

Happy Nowruz

#کرونا_را_شکست_میدهم



این شماره: زنان، اطفال، داخلی

- فلوجارت تشخیص و درمان بیماری COVID19 در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری
- پاسخ سازمان بهداشت جهانی (WHO) به سوالات شایع مراقبین سلامت در ارتباط با COVID 2019
- طب روز: جدیدترین مقالات پزشکی
- معمای بالینی

ای آنکه به تدبیر تو گرد ایام
ای دیده و دل، از تو در کون مادام
ای آنکه به دست توست احوال جهان
حکمی فرما که گردد ایام به کام
سال هزار و سیصد و نود و نه پر برکت و میمون باد

PLUS

Ferrous bisglycinate
Biotin & Choline



شربت فروگلوبین پلاس

قوی ترین فرم آهن با ملح فروس بیس گلیسینات

تقویت کننده ای ایده آل برای خون سازی به همراه بیوتین و کولین



For every stage in life, **TRUST VITABIOTICS**





۴ سخن سردبیر

۵ پزشکی و فرهنگ
دکتر علی نادری
پزشک عمومی



فروردین ماه ۹۹ / سال پنجم / شماره ۳۳
NO.33 / MAR, APRIL 2020

طب روز



۶ مروری سیستماتیک و متاآنالیز بر
ارتباط بین اندومتريوز و سندرم
روده تحریک پذیر

۱۰ ایمنی و کارایی مکمل ها در بارداری

۱۶ راهکارهای تشخیصی و درمانی برای
دانش آموزان پیش از دبستان مبتلا
به اختلال کم توجهی و بیش فعالی

۲۰ رویکرد به بیمار با
پروتئینوری غیر نفروتیک

۲۴ کم کاری تیروئید تحت بالینی
و بیماری های قلبی عروقی
و ارتباط آن با مرگومیر



مقالات ارسالی شما



۲۸ دیس منوره
دردهای همراه با قاعدگی
دکتر ژیا غفوریان
متخصص زنان و زایمان



مروری بر داروها و گایدلاین ها



فلوچارت تشخیص و درمان
بیماری COVID 19 در سطوح
ارائه خدمات سرپایی و بستری

۳۰

معمای بالینی

پسری یازده ساله با استفراغ و کاهش وزن

۳۸

باشگاه پزشکان



پیاپی تبریک

۴۴

پرسش و پاسخ در مورد کنترل و پیشگیری از
عفونت برای مراقبین سلامت در مواجهه با بیماران
مشکوک یا تایید شده COVID-19

۴۹



گزارش کمپین و همایش ها



آدرس: تهران، خیابان قائم مقام
فرهانی، کوچه عرفان، پلاک ۲، طبقه ۲
واحد ۸
تلفن: ۰۲۱-۸۸۱۰۹۵۱۵

مسئولیت مطالب و آگهی ها به عهده
نویسنده و سفارش دهنده است.
چه زیباست برای استفاده از مطالب و تصاویر
ماهانم بهداشت با ما هماهنگ بفرمایید.

گزارش همایش ها

۵۲

صاحب امتیاز: حمید یافتیان
مدیر مسئول: دکتر پرستورستمی
سردبیر: سید میر ابراهیم میردهقان
دبیر شورای سیاست گذاری: دکتر علی نادری

شورای سیاست گذاری:

- دکتر رضا فرید حسینی
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- دکتر ربابه طاهری پناه
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد معالج
متخصص بیماری های کودکان
- دکتر فراز مجاب
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر سید ضیاءالدین مظهری
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر سامان احمد نصر الهی
عضو هیئت علمی مرکز آموزش و پژوهش بیماری های پوست و جذام دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر الهه ستاری
داروساز

همکاران این شماره:

دکتر میلاد اکبرزاده
دکتر ژیل اغفوریان

کمیته اجرایی: پویا زهفروش، سمیرا مشروطه کرمانی
طراح و صفحه آرا: رحیم رحیمی نجات
طرح روی جلد: ساناز آل طعمه

چاپ: میران

نشانی: تهران، خیابان قائم مقام فرهانی
کوچه عرفان، پلاک ۲، طبقه ۲ واحد ۸
تلفن: ۰۲۱-۸۸۱۰۹۵۱۵

سخن سردبیر



برآمد باد صبح و بوی نوروز
به کام دوستان و بخت پیروز
مبارک بادت این سال و همه سال
همایون بادت این روز و همه روز
چو آتش در درخت افکند گلنار
دگر منقل منه آتش میفروز
چو نرگس چشم بخت از خواب برخاست
حسد گو دشمنان را دیده بردوز
بهاری خرم است ای گل کجایی
که بینی بلبلان را ناله و سوز
جهان بی ما بسی بوده ست و باشد
برادر جز نکونامی میندوز
نکویی کن که دولت بینی از بخت
میر فرمان بدگوی بدآموز
منه دل بر سرای عمر سعدی
که بر گنبد نخواهد ماند این گوز
دریغا عیش اگر مرگش نبودی
دریغ آهو اگر بگذاشتی یوز
(سعدی)

فرا رسیدن نوروز باستانی را خدمت تمامی ایرانیان بخصوص پزشکان، پرستاران و سایر عزیزانی که در این نبرد سخت، با بیماری منحوس COVID-19 دست و پنجه نرم می کنند تبریک عرض می کنم و از خداوند متعال برای ملت بزرگ ایران در این سال جدید بهترین اتفاقات را آرزو مندم.

سید میر ابراهیم میردهقان

دکتر علی نادری
پزشک عمومی

پزشکی و فرهنگ

بهار نرم نرمک از راه رسیده و از پس روزهای دشوار، سال نور را به ارمغان آورده است. نوروز بر شما مبارک باد. در حال و هوای نوروز به عنوان مهمترین رخدادهای فرهنگی سالپایانه ایرانیان، به نظر میرسد نگاهی به نقش فرهنگ در پزشکی و در هویت یابی بدن به عنوان موضوع مورد بررسی پزشکی خالی از لطف نباشد.

که زیبایی را تعریف می کنند، به بدن مربوط می شوند و بخش هایی از اقتصاد را از طریق تعیین شکل و مقدار مصرف تحت تاثیر قرار می دهند. این الگوهای فرهنگی، ظاهر زیبا را به عنوان یکی از عناصر مهم در پذیرش اجتماعی و یک سرمایه اجتماعی معرفی می کنند که افراد حتی در سنین بالا نیز برای حفظ آن تلاش می کنند. به همین دلیل با توسعه جوامع صنعتی، مصرف کالاها و خدمات تجاری مرتبط با سلامت و زیبایی توسط کسانی که می خواهند بدنهای خوش ترکیب داشته باشند، جوانی خود را حفظ کنند یا مراقب بدن خود باشند، رشد شگفت انگیزی یافته است.

به نظر می رسد علیرغم ماهیت به ظاهر فردی رابطه میان پزشک و بیمار، فعالیت پزشکی، از گروههای اجتماعی و جامعه ای که این فعالیت در آن انجام می شود جدا شدنی نیست. خدمات پزشکی در هر شکل و قالبی که ارائه شوند (مطب خصوصی، بیمارستان، مدیریت)، پزشک در آن با شبکه ای در هم پیچیده از قوانین، مقررات، عادات، رویه ها و ارزش های اجتماعی در ارتباط است. پزشکی، خدمتی اجتماعی است که در پرتو ویژگی های فرهنگی، اجتماعی، جمعیتی و اقتصادی جامعه ارائه می شود. این ویژگی ها می توانند برای پیشرفت و موفقیت پزشکی تسهیل گر یا مشکل آفرین باشند.

می شوند تا برای رشد و تعالی روح، جایی باز شود. علم پزشکی با تاکید بر ماده گرایی، از دوگانگی روح/بدن عبور کرد؛ اعتبار حیات را میان انسان و حیوانات به اشتراک گذارده و انسان را به اقتضات و نیازهای بدن محدود نمود. زندگی جمعی انسان ها، تحت تاثیر تحلیل ها، تجویزها و ارزش های علم پزشکی تحولات مهمی را تجربه کرد که موجب جلب توجه علوم انسانی و اجتماعی به بدن به عنوان موضوع مورد بررسی علم پزشکی و تندرستی به عنوان هدف آن شد. از جمله این تحولات می توان به تاثیرات جمعیت شناختی علم پزشکی اشاره کرد. ارتقاء سطح تندرستی و موفقیت در درمان بیماری ها به عنوان دستاوردهای مهم علم پزشکی به افزایش طول عمر انسان ها و سالمندی جمعیت منجر شد که ماهیت متغییر بدن ها را برجسته نمود و پیوند بدن ها با تاریخ را عینیت بخشید. تغییر شکل نهاد خانواده از خانواده پر جمعیت و گسترده به خانواده هسته ای نیز مراقبت از سالمندان را به مسئله ای اجتماعی تبدیل کرد. به علاوه، در جوامع سکولار مباحثی وجدانی- اخلاقی مانند اتانازی پرسش های مهمی درباره مسئله مالکیت فرد بر بدن خود را ایجاد کرده است.

بدن ها از منظر اقتصادی-فرهنگی نیز موضوعیت یافته اند. برخی باور دارند الگوهای فرهنگی

فرهنگ، مفهومی عام است که برای توصیف جنبه های نهادی و آموخته در جوامع انسانی مورد استفاده قرار می گیرد. این مفهوم، شیوه عمومی زندگی کردن گروه یا گروه هایی از مردم است که عناصری از قبیل عادات، اعتقادات، ارزش ها، سنت ها و روش های کاربرد اشیاء و وسایل را شامل می شود. در واقع می توان گفت فرهنگ نحوه های ویژه ای از زیستن را به افراد دیکته می کند. آداب و روش های حفظ سلامت، تشخیص فرد بیمار، نحوه برطرف کردن نیازمندیهای مربوط به بیمار و رفتار با او، تحت تاثیر مستقیم فرهنگ جامعه قرار دارد. در عین حال، عوامل فرهنگی می توانند دشواری هایی نیز در مواجهه با بیماری و پذیرش روش های جدید پیشگیری و درمان به وجود آورد.

از طرف دیگر، تعیین موضوع مورد بررسی و هدف از توسعه شناخت علمی، از جمله شاخص های دسته بندی و تعیین مرز علوم با یکدیگر است. موضوع مورد بررسی پزشکی، بدن انسان و هدف از توسعه دانش پزشکی، حفظ و ارتقاء تندرستی، درمان بیماری و بازتوانی آسیب دیدگان تعریف شده است؛ اما بدن، قبل از پزشکی مورد توجه علوم انسانی و اجتماعی و قبل از آن، مورد توجه ادیان نیز بوده است. در غالب ادیان، بدن چیزی است که در تقابل با روح و تعالی قرار دارد در نتیجه، بدن، نیازها و خواسته های آن طرد



مروری سیستماتیک و متاآنالیز بر ارتباط بین اندومتریوز و سندرم روده تحریک پذیر



Review article: A systematic review and meta-analysis of the associations between endometriosis and irritable bowel syndrome.

Khadija Saidi, Shantanu Sharma, Bodil Ohlsson

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 246 (2020) 99–105



ENDOMETRIOSIS

آندومتریوز (Endometriosis) بیماری مزمنی است که در صورت وجود بافت آندومتر در خارج از حفره رحم تعریف می شود. این بیماری معمولاً خود را با دیسمنوره (Dys-menorrhea)، منوراژی (Menorrhagia)، درد مزمن لگن و علائم گوارشی نشان می دهد. مانند هر بیماری مزمن دیگر، تشخیص زودهنگام در مدیریت آندومتریوز برای بهبود پیش آگهی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مهم است.



تمایز آن ها هم مهم است. در مجموع، چالشی که پزشکان با آن روبرو هستند، چه پزشکان عمومی، چه متخصصین گوارش یا متخصص زنان و زایمان، تمایز این دو وضعیت است که غالباً با ماهیت روش های تشخیصی ارتباط دارد. استاندارد طلایی برای تشخیص آندومتریوز شامل روش های جراحی است که به دلیل ماهیت

آن ها سندرم روده تحریک پذیر (IBS) است. تصور می شود این دو بیماری دارای پاتوفیزیولوژی متفاوت هستند؛ اما بحث و گفتگوهای زیادی در مورد ارتباط نزدیک و ویژگی های مشترک آن ها، از جمله التهاب خفیف، افزایش نفوذپذیری روده و افزایش حساسیت احشایی وجود دارد. با این حال مدیریت این دو بیماری متفاوت است؛ بنابراین

با این حال تشخیص سریع آندومتریوز اغلب به طور متوسط ۵ تا ۶ سال به تأخیر می افتد و بیماران اغلب به علت هزینه های مراقبت های بهداشتی و سلامت جسمی ضعیف، بار بیماری زیادی را تجربه می کنند. قبل از تشخیص قطعی در مورد بیماران آندومتریوز، چند تشخیص دیگر داده می شود. یکی از شایع ترین

تهاجمی و هزینه‌های انجام لاپاروسکوپی، معمولاً در شرایط خاص استفاده می‌شود؛ بنابراین معمولاً تکنیک‌های معاینه لگن و تصویربرداری لگنی به جای روش‌های جراحی برای تشخیص بیماری مشکوک به آندومتریوز استفاده می‌شود. از طرف دیگر، هیچ روش استاندارد تشخیصی برای IBS وجود ندارد و متداول‌ترین دستورالعمل معیارهای Manning و Rome هستند؛ در نتیجه تشخیص قطعی IBS بسته به معیارهای تشخیصی استفاده‌شده ممکن است متفاوت باشد؛ بنابراین جای تعجب نیست که علائم دستگاه گوارش مرتبط با آندومتریوز نیز ممکن است به عنوان نشانه‌های IBS تشخیص داده شوند. این موضوع، بحثی را مطرح می‌کند راجع به اینکه آیا این دو وضعیت هم‌زمان وجود دارند یا اینکه IBS تشخیصی نادرست از علائم مرتبط با آندومتریوز است. تا جایی که می‌دانیم هیچ بررسی سیستماتیک و متاآنالیزی برای ارزیابی ارتباط بین آندومتریوز و IBS انجام نشده است. در ادامه این مقاله مطالعات انجام‌شده در مورد مقایسه بین آندومتریوز و سندرم روده تحریک‌پذیر (IBD) را بررسی می‌کنیم تا فهم بیشتری راجع به لزوم تمایز بین این دو وضعیت و بزرگی مشکل به دست آوریم.

تشخیص آندومتریوز و IBS

در مقاله برای تأیید تشخیص آندومتریوز به روش‌های جراحی تکیه داشتند و شامل لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا جراحی و تأیید هیستوپاتولوژیکی بودند. فقط یک مقاله جدا از استفاده از روش‌های جراحی، شامل تشخیص آندومتریوز با استفاده از معاینه بینایی واژن در ۳ درصد از بیماران بود. هفت مقاله برای تشخیص IBS مبتکی به معیارهای Rome بود، در حالی که سه مقاله معیارهای استفاده‌شده را مشخص نکردند؛ اما تشخیص‌ها را پزشکان عمومی، متخصص گوارش یا جراحان کولورکتال انجام داده بودند. مطالعه‌ای از معیار ویزوال آنالوگ برای (VAS-IBS) استفاده کرده است. دو مطالعه کوهورت گذشته‌نگر بزرگ و یک مطالعه کنترل موردی بزرگ را که از طبقه‌بندی ICD-9-CM برای آندومتریوز و IBS استفاده کرده بودند، به‌کار گرفته بودند؛ زیرا این تشخیص‌ها را حداقل دو بار متخصصان زنان و زایمان و گوارش داخلی

داده بودند یا تشخیص آندومتریوز با عمل جراحی تأیید شده بود؛ بنابراین تصور می‌شد آن‌ها در تحقق معیارهای ورود به این مقاله کافی هستند. سه مقاله از کد ICD-9CM برای آندومتریوز و دو مقاله از کد ICD-9CM برای IBS استفاده کرده‌اند. سه مقاله مرحله بیمار را در چرخه قاعدگی در نظر می‌گرفتند.

ارتباط بین آندومتریوز و IBS

از بین سیزده مقاله شناسایی‌شده، نه مقاله در درجه اول زنان مبتلا به مشکلات زنان را هدف قرار داده‌اند. دو مقاله زنان مبتلا به آندومتریوز یا IBS را هدف قرار داده‌اند. مقاله دیگری زنان مبتلا به درد مزمن لگن و دیگری زنان مبتلا به IBS را هدف قرار داده‌اند. تمام مطالعات بررسی‌شده در مورد زنان مبتلا به آندومتریوز نسبت به گروه کنترل، خطر بیشتری برای تشخیص IBS یا نشان دادن علائم مشابه IBS گزارش کرده‌اند.

بیشترین شیوع IBS گزارش‌شده در بین بیماران آندومتریوز ۵۲ درصد بود. با تقسیم بیماران به گروه آندومتریوز خفیف تا متوسط و شدید، شیوع IBS به ترتیب ۶۵ درصد و ۵۵ درصد بود. بیشترین نسبت شانس تعدیل‌شده (adjusted odds ratio) در مورد تشخیص IBS در بین بیماران آندومتریوز در مقایسه با گروه شاهد ۲/۵۸ و نسبت خطر تعدیل‌شده (adjusted hazard ratio) مربوط به آن، ۲/۹ بود. افزایش خطر ابتلا به IBS حتی پس از تشخیص قطعی آندومتریوز همچنان ادامه دارد. هنگامی که بیماران به‌طور کامل بررسی شدند و انواع اختلالات دستگاه گوارش در نظر گرفته شد، شیوع IBS فقط ۱۲٪ از ۴۴ بیمار بررسی‌شده بود.

در متاآنالیزی که فقط چهار مقاله را شامل می‌شد، نسبت شانس جمع‌شده (pooled odds ratio) ۲/۳۹ به دست آمد که با ۹۵ درصد اطمینان (confidence interval) بین ۱/۸۳ تا ۳/۱۱ همراه بود. ناهمگونی آماری بیشتر از ۸۶ درصد بود که نشان‌دهنده تفاوت در نتایج مطالعه و تفاوت در روش‌های مطالعات است.

درو و همکاران گزارش دادند که در ۴۱ درصد از بیماران مبتلا به IBS هم‌زمان آندومتریوز هم تشخیص داده شده بود. به همین ترتیب، مور و همکاران گزارش دادند که ۳۷ درصد از بیماران Rome مثبت، مبتلا به آندومتریوز بودند،

در حالی که فقط ۱۵ درصد از بیماران با Rome منفی آندومتریوز داشتند. از آنجاکه تنها یک مطالعه بیماران مبتلا به IBS را هدف قرار داده بود، هیچ متاآنالیزی برای بررسی سؤال تحقیق دوم وجود ندارد: «شانس آندومتریوز هم‌زمان، در بیماران مبتلا به IBS هستند چقدر است؟»

بحث

تا جایی که می‌دانیم، این اولین مطالعه برای مرور سیستماتیک مقالاتی است که ارتباط بین آندومتریوز و IBS را مقایسه می‌کنند. این بررسی سیستماتیک و متاآنالیز نشان داده است که مطالعات از افزایش خطر ابتلا به تشخیص IBS در بیماران مبتلا به آندومتریوز خبر می‌دهند. این خطر بعد از تشخیص به‌وسیله جراحی تأیید شده است. با این حال، ارزیابی ارتباط بین آندومتریوز و IBS در مطالعات موجود باید با احتیاط تفسیر شود. با توجه به اینکه تشخیص IBS و گاهی تشخیص آندومتریوز، متکی به علائمی است که بیمار گزارش می‌دهد، در نظر گرفتن جنبه‌های مختلفی که ممکن است بر علائم‌شناسی نیز تأثیر گذارد، معقول است.

معلوم شده است درمان دارویی، مانند اپیوئیدها و آزادکننده‌های هورمون گنادوتروپین (GnRH) که برای درمان آندومتریوز استفاده می‌شوند، شدت علائم دستگاه گوارش را افزایش می‌دهد. همان‌طور که در این مطالعه ذکر شد، فقط یک مقاله به داروهای تجویز‌شده برای بیماران توجه کرده است که ممکن است بر تفسیر نتایج مطالعه حاضر تأثیر بگذارد. به همین ترتیب، در تمام مطالعات دیگری که از معیارهای Rome برای ارزیابی علائم روده استفاده کرده‌اند و برای درمان دارویی نقشی در نظر نگرفته‌اند، ممکن است به دلیل عوارض جانبی داروها، علائم بیش‌ازحد گزارش شده باشد؛ به عنوان مثال، سمن و همکاران گزارش دادند خطر تشخیص IBS پس از تأیید تشخیص آندومتریوز در مقایسه با گروه کنترل دو برابر می‌شود. با این حال، تاریخچه داروهای تجویز‌شده را حساب نکردند.

با توجه به شیوع زیاد IBS در زنان، تأثیر مرحله چرخه قاعدگی، یکی دیگر از عوامل مهم درخور توجه است. مور و همکاران در بررسی‌ای توضیح دادند درد شکم مربوط به آندومتریوز و علائم روده‌ای، در هر دو گروه اختلالات عملکردی و



مقالات منتشرشده نویسندگان و اتکا به معیارهای تشخیصی ساختاری برای اندومتریوز و IBS برای انتخاب مقالات مرتبط است. علاوه بر این، این بررسی شامل چندین مطالعه موردی-شاهدی (case-control) یا گروهی-موردی (case-cohort) بود که قادر به ایجاد ارتباط بین اندومتریوز و IBS بودند. محدودیت اصلی تعدیل نشدن مخدوش کننده‌های مهم، مانند درمان دارویی، قاعدگی و جنبه‌های روانی، در اکثر مقالات بررسی شده است. محدودیت‌های دیگر شامل مطالعات منتشرشده بسیار کم در رابطه با موضوع است؛ به خصوص با ناهمگونی بسیار زیاد وجود همپوشانی نسبتاً زیاد علائم که ممکن است به تشخیص غلط دو بیماری در مطالعات مرور شده دامن زده باشد.

نتیجه‌گیری

این بررسی، ماهیت پیچیده اندومتریوز و IBS و چالشی را که پزشکان متخصص هنگام تشخیص این دو بیماری در زنان با آن‌ها روبرو هستند، نشان داده است. مهم است که در زنان جوان مبتلا به علائم گوارشی، اندومتریوز رد شود. با توجه به ارتباط نزدیک این دو بیماری و افزایش خطر ابتلا به هر دو بیماری، نیاز به بررسی مدیریت IBS مرتبط با اندومتریوز (endometriosis-related IBS) وجود دارد؛ بنابراین متخصصان گوارش و زنان و زایمان باید به منظور جلوگیری از سوءمدیریت بیماران و برای توسعه گزینه‌های تشخیصی و درمانی مؤثر، همکاری کنند. به تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است.

آیا این دو بیماری با هم همراهی دارند، دشوار است. معیارهای Rome ممکن است برای افتراق بین IBS و علائم اندومتریوز بسیار کلی و مبهم باشد. تجدیدنظر در معیارهای Rome به نسخه چهارم فعلی، منجر به کاهش چشمگیر شیوع IBS شده است. برآورد IBS با توجه به Rome IV نسبت به Rome I-III، احتمالاً می‌تواند منجر به نتایج متفاوتی در رابطه با اندومتریوز شود. عیسا و همکاران خاطرنشان کردند اگرچه بسیاری از بیماران اندومتریوز ممکن است معیارهای Rome را تکمیل کنند، معیارهای استفاده‌شده قادر به تفکیک بین حساسیت احشایی ایجادکننده علائم روده‌ای، به‌ویژه مربوط به اندومتریوز یا IBS نیستند. به همین ترتیب، به دلیل علائم مشترک بیماری سلیاک و IBS، معیارهای Rome به تنهایی برای تمایز دو بیماری کافی نیست و تجزیه و تحلیل آنتی‌بادی‌های مربوط به بیماری سلیاک باید انجام شود. باوجوداین علائم دستگاه گوارش همچنان در زنان با اندومتریوز با تأیید بافت‌شناسی، یافته‌ای مهم است و تقریباً به اندازه علائم زنان و زایمان شایع است؛ بنابراین توسعه بیشتر ابزارهای تشخیصی بهتر برای تمایز علائم اندومتریوز و IBS برای مراقبت بهینه از سلامت، بسیار مهم است. اگر در بیماران اندومتریوز تمام انواع اختلالات دستگاه گوارش را در نظر بگیریم و تنها بر پرسشنامه‌های علائمی تکیه نداشته باشیم، شیوع کمی از IBS به دست خواهد آمد. این موضوع بر نیاز به معاینه مناسب علاوه بر پرسشنامه‌ها برای تعیین تشخیص نهایی تأکید می‌کند.

نقاط قوت این مقاله شامل بررسی مستقل

غیرعملکردی روده، اغلب در دوران قاعدگی بدتر می‌شود. در این بررسی، فقط سه مقاله مرحله بیمار را در چرخه قاعدگی در نظر گرفته بودند. مور و همکاران و رمور جیسا و همکاران گزارش دادند قاعدگی علائم روده را در بیماران اندومتریوز بدتر می‌کند. مورسجدا و همکاران دریافتند ۸۰ درصد از بیماران اندومتریوز همراه با IBS، در دوران قاعدگی تشدید علائم روده‌ای را تجربه می‌کنند؛ بنابراین نگران‌کننده است که نتایج ده مطالعه دیگر در این بررسی، برای چرخه قاعدگی تعدیل نشده‌اند؛ بنابراین ممکن است در نتایج به دست آمده اغراق شده باشد.

هم اندومتریوز، هم IBS با استرس مزمن و اختلالات روانی مرتبط هستند و شدت علائم دستگاه گوارش با میزان سلامت روان شناختی ارتباط دارد. حساسیت احشایی (visceral hypersensitivity) که در هر دو بیماری شایع است، ممکن است به وسیله مکانیسم‌های محیطی، مثلاً التهاب ایجاد شود؛ اما ممکن است به وسیله مکانیسم‌های مرکزی نیز ایجاد شود؛ بنابراین وجود علائم دستگاه گوارش ممکن است نه تنها به اختلال اولیه دستگاه گوارش مربوط باشد، بلکه ممکن است نتیجه جنبه‌های روانی و سایکوسوماتیک نیز باشد. تعیین اینکه آیا سلامت روانی مختل شده، اولیه یا ثانویه به دردهای مزمن است، سخت است.

با توجه به همپوشانی زیاد علائم بین اندومتریوز و IBS، استفاده از پرسشنامه ممکن است به تنهایی برای تمایز بین دو شرط کافی نباشد. با توجه به تعداد بیماران با Rome مثبت با سابقه تشخیصی اندومتریوز یا اندومتریوز هم‌زمان، تشخیص اینکه

MEYER

We think hard to make healthcare simple™

**Calcium + Magnesium
Vit.D3 + ISOFLAVONES**



قرص ایزومکس / بهترین همراه دوران یائسگی

حاوی مقادیر درمانی ایزوفلاون‌های سویا به همراه کلسیم، منیزیم و ویتامین D3
بهبود گرگرفتگی و علائم یائسگی، سلامت استخوان ها و سیستم قلبی-عروقی

VITAARIA

مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۴۱۷۸۲

www.vitaaria.com

ایمنی و کارایی مکمل‌ها در بارداری



Safety and efficacy of supplements in pregnancy
Benjamin Brown and Ciara Wright
Nutrition Reviews Vol. 0(0):1–14 (2020)

کمبودهای مواد مغذی ممکن است به‌مرور زمان ایجاد شوند که در طول دوره‌ای کوتاه از مصرف مکمل‌ها برطرف نمی‌شود. می‌توان ادعا کرد این نکته در دوران بارداری اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا شروع مکمل‌ها در سه‌ماهه اول یا دوم ممکن است بازه زمانی کافی‌ای نباشد تا بتواند بر رشد جنین تأثیر بگذارد. در این مقاله ویتامین‌ها، مواد معدنی و چربی‌های امگا ۳ با توجه به عملکرد و شناسایی گروه‌های در معرض خطر، بررسی می‌شوند.

A B6 B9 B12 C D E K

ویتامین A احتمالاً بحث‌برانگیزترین مکمل در دوران بارداری است و تا حد زیادی به زنان باردار توصیه می‌شود از مصرف آن خودداری کنند؛ پس یا از فرمولاسیون مکمل حذف می‌شود یا به دلیل خطر ابتلا به بیماری تراتوژنیک، بتاکاروتن جایگزین آن می‌شود. با این حال، ویتامین A نقش مهمی در رشد جنین دارد و خطر تراتوژن بودن آن محدود است. هنگامی که

شواهد درخور توجهی در مورد اهمیت رژیم غذایی مادر برای سلامتی جنین وجود دارد. وضعیت تغذیه جنین عمدتاً به تغذیه مادران وابسته است. سال‌هاست که می‌دانیم کمبودهای مواد مغذی بحرانی می‌تواند منجر به ناهنجاری‌ها و پیامدهای بهداشتی نامطلوب هم برای مادر و هم برای فرزند شود. به همین دلیل است که اغلب زنانی که قصد باردار شدن دارند، بر روی سلامت و مصرف مواد مغذی خود تمرکز می‌کنند. مصرف مکمل در بارداری بسیار متداول است. مطالعات نشان می‌دهد استفاده از مولتی‌ویتامین، به‌استثنای اسیدفولیک، در گروه‌های مختلف در سراسر ایالات متحده، کانادا و استرالیا زیاد است (از ۷۸ تا ۹۸ درصد). با این حال دانش در مورد ایمنی یا اثربخشی مکمل‌ها گسترده نیست.

در معرض خطر یا افرادی که ممکن است علاوه بر رژیم غذایی متعادل از مکمل بهره‌مند شوند، ارائه شده است. شایان ذکر است محدودیت‌های فراوانی برای ارزیابی صحت شواهد لازم به‌منظور مصرف توصیه‌های تغذیه‌ای وجود دارد. می‌توان این ادعا را در مورد بارداری برجسته‌تر دانست. با توجه به نقش کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی در تغذیه، کاهش مصرف مواد مغذی در بارداری به‌عنوان گروه کنترل کاملاً غیراخلاقی است. مطالعه در مورد تغذیه نیز با مطالعه مداخله دارویی متفاوت است؛ زیرا اثبات تأثیر کمبود مواد مغذی سخت‌تر از تأثیر مصرف دارو است.

بسیاری از تولیدکنندگان مکمل از احتیاط استفاده می‌کنند و از برچسب‌های مشاوره‌ای برای جلوگیری از استفاده در دوران بارداری استفاده می‌کنند. با توجه به شیوع نسبتاً زیاد کمبود مواد مغذی، کاهش تراکم مواد مغذی در غذاها و مصرف بیشتر غذاهای فرآوری‌نشده، مصرف مکمل در دوران بارداری ممکن است گاهی مفید باشد و خطرات ناشی از پیامدهای منفی را کاهش دهد.

شواهد ایمنی بخشی و اثربخشی مکمل‌های غذایی در دوران بارداری در این مقاله بررسی شده است؛ همچنین توصیه‌هایی برای گروه‌های خاص





است، مشخص کرد. در همین حال، تنها تعداد کمی از پژوهش‌ها این آستانه را تأیید کردند و طبق تعدادی دیگر از تحقیقات می‌توان سطح ایمنی بالاتر از این را تعیین کرد. بیشترین خطر در ۶۰ روز اول بارداری است.

A B6 B9 B12 C D E K

تأمین کافی **ویتامین B6** در بارداری نقش مهمی در رشد عصبی، سنتز انتقال‌دهنده‌های عصبی و متابولیسم جنین دارد. کمبود ویتامین B6 با کاهش احتمال حاملگی و افزایش خطر از دست دادن حاملگی ارتباط دارد. مطالعات مداخله‌ای نادر است. البته متآنالیزی از سه مطالعه کوچک نشان داد تأثیر مثبت معنی‌داری بر وزن هنگام تولد دارد؛ اما هیچ تأثیری بر سایر پیامدهای بهداشتی نوزادان یا عوارضی برای مادران ندارد؛ همچنین تأثیری بر روی مرگ‌ومیر مادران ندارد. طبق بررسی‌ای که بعد انجام شد، شواهد بیشتری برای تعیین مزایا یا پیامدهای بحرانی مصرف آن در دوران بارداری، برای مادر و نوزاد لازم است. مکمل

به اسید رتینوئیک تبدیل شود، به‌عنوان لیگاند برای خانواده گیرنده‌های رتینوئید عمل می‌کند. دو فاکتور رونویسی وابسته به اسید رتینوئیک (گیرنده‌های اسید رتینوئیک و گیرنده‌های رتینوئید X) در الگوی مشخص، در جنین در حال رشد بیان شده‌اند. افراط یا کمبود ویتامین می‌تواند باعث ایجاد تغییرات اساسی در بیان ژن شود و ناهنجاری‌های رشدی ایجاد کند. رتینوئیک اسید در ارگانوژنز، از جمله ریه، نقش دارد. در مطالعه‌ای عملکرد ریه در فرزندان افرادی که کمبود مکمل ویتامین A داشته‌اند، بررسی شد؛ همچنین ویتامین A عملکرد سیستم ایمنی نقش دارد و کمبود آن در نوزادان خطر ابتلا به بیماری‌های عفونی، مانند اسهال، سرخک و بیماری‌های تنفسی را افزایش می‌دهد. مکمل ممکن است عفونت‌های مادر را کاهش داده و لنفوپوئیس زودرس جنین را بهبود دهد. در اتحادیه اروپا مقدار مصرف روزانه توصیه‌شده در دوران بارداری معادل ۵۴۰ میلی گرم رتینول (RE) است و در ایالات متحده ۷۷۰ میلی گرم RE است. به‌عنوان ویتامین محلول در چربی، ویتامین A از قبل تولیدشده

A B6 B9 B12 C D E K

پیشگیری از نقص لوله عصبی شناخته‌شده‌ترین نقش **اسید فولیک** در بارداری است. طبق بررسی مروری مصرف مکمل قبل از بارداری و تا هفته دوازدهم بارداری برای جلوگیری از اولین و دومین بروز نقص لوله عصبی مؤثر است. بسیاری از کشورهای جهان، از جمله ایالات متحده، انگلیس، کشورهای اتحادیه اروپا، کانادا، نیوزیلند و چین، در اوایل دهه ۱۹۹۰ توصیه‌هایی صادر کردند که زنان برای بارداری باید روزانه ۴۰۰ میلی گرم اسید فولیک مصرف کنند. باوجود این، مصرف کمتر از حد لازم فولات همچنان زیاد است و شیوع حاملگی‌های غیرمترقبه و عدم انطباق وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که درصد نقص لوله عصبی به‌صورت هشداردهنده زیاد است. ارزیابی واقعیت به دلیل بی‌نظمی در گزارش دشوار است؛ اما از ۵ تا ۲۰ در ۱۰ هزار تولد حتی در کشورهای توسعه‌یافته مانند بریتانیا متغیر است. تلاش‌های مداوم برای آموزش وجود دارد

ممکن است شدت تهوع خفیف در بارداری را کاهش دهد؛ در صورتی که ۳۰ تا ۷۵ میلی گرم در روز در دوزهای تقسیم شده مصرف شود. علاوه بر این، زنان باردار کم‌خونی که به مکمل آهن پاسخ نمی‌دهند ممکن است به ویتامین B6 پاسخ دهند و توجه به این کمبود در محیط بالینی کم‌خونی مهم است. مقدار مصرف توصیه‌شده برای زنان باردار در اتحادیه اروپا ۱/۸ میلی گرم در روز و در ایالات متحده ۱/۹ میلی گرم است. منابع آن شامل ماهی، گوشت، مرغ، تخم‌مرغ، حبوبات و آجیل است. مکمل‌ها معمولاً حاوی مقادیر بسیار بیشتری هستند. دوزهای ۵۰ تا ۵۱۰ mg/d گرفته‌شده در سه‌ماهه اول با نتایج نامطلوب جنین همراه نبوده است. پیریدوکسین در دوزهای بیشتر از ۵۰ mg/d، با سمیت عصبی و نوروپاتی همراه بوده است؛ البته پیریدوکسال-۵-فسفات نوعی ایمن‌تر از B6 است و با نوروپاتی همراه نیست. هیچ مدرکی از عوارض جانبی یا سمیت عصبی در دوز ۲۵ میلی گرم در روز در زنان باردار نشان داده نشده است.

در روغن ماهی، گوشت و محصولات لبنی یافت می‌شود. بتاکاروتن، منبع اصلی گیاهی رتینول، در بسیاری از میوه‌ها و سبزی‌ها، به‌خصوص هویج نارنجی، سیب‌زمینی شیرین، کدو و فلفل‌ها یافت می‌شود. کمبود این ویتامین در کشورهای در حال توسعه که دسترسی ضعیف به محصولات گیاهی تازه و مصرف محدود رژیم غذایی گوشتی دارند، شایع است. بااین‌حال در بررسی سازمان بهداشت جهانی (WHO)، مقدار رتینول سرم < ۰/۷۰ میلی مول در لیتر زنان باردار، در آمریکا فقط ۲ درصد بود؛ اما به‌طور نگران‌کننده‌ای در اروپا با ۱/۶ درصد، زیاد بود. در حال حاضر، این تصور رایج وجود دارد که از مصرف هرگونه مکمل با اسید رتینوئیک به‌شدت جلوگیری شود؛ حتی غذاهای پر از ویتامین A از پیش آماده‌شده نیز مصرف نشود، به‌عنوان مثال کبد. می‌توان گفت خطر ناشی از مصرف مکمل بسیار زیاد است. بررسی ۲۳۰۰۰ زن باردار در مجله پزشکی نیوانگلند، آستانه بسیار محافظه‌کارانه ۳۰۰۰ میلی گرم RE/D را به علت مصرف ویتامین A از پیش آماده‌شده که در مواد غذایی و مکمل‌ها

و در بیشتر کشورها توصیه به زنان برای مصرف این ویتامین در سن باروری گسترش یافته است. بررسی‌های سیستمیک و متاآنالیزها نشان دادند مصرف مکمل اسیدفولیک در دوران بارداری خطر پره اکلامپسی، زایمان زودرس و پیامدهای مربوط به سن حاملگی (SGA) را کاهش داده است. با این حال، همانطور که آشکار بود تأثیر قابل توجه در مورد زایمان زودرس فقط زمانی مشاهده شد که مصرف اسیدفولیک در دوران بارداری (نه با مصرف مکمل قبل از حاملگی) شروع شد. مقدار ۴۰۰ میلی گرم مکمل تا حد زیادی بی خطر است. شواهد در مورد عوارض جانبی، مانند سرطان، دیابت، اختلالات تیروئید و بیماری آلرژیک در مصرف کمتر از ۱۰۰۰ میلی گرم ضعیف است. شواهد تجربی نشان می‌دهد اسیدفولیک بیشتر از این مقدار، ممکن است خطراتی مربوط به تغییر در پیشرفت عصبی داشته باشد؛ اما مطالعات بیشتری در رابطه با دوز و زمان بندی لازم است. به طور سنتی، از دوزهای ۴ میلی گرم برای بیماران پرخطر استفاده شده است. با این حال، دوز ۴۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم اسیدفولیک خطر کمی برای بروز نقص لوله عصبی دارد. میزان مصرف روزانه توصیه شده در دوران بارداری ۶۰۰ میلی گرم در اتحادیه اروپا و ۴۰۰ میلی گرم در ایالات متحده است، جایی که حداکثر مقدار قابل تحمل ۱ میلی گرم تعیین می‌شود، البته به علت نقایص ناهنجاری‌های خون شناختی و کمبود B12 است. منابع غذایی شامل حبوبات (لوبیا و عدس)، سبزی‌های برگ سبز، کلم بروکلی، مارچوبه و آووکادو است. تقریباً هشتاد کشور در سراسر جهان سیاست غنی سازی، از جمله ایالات متحده، دارند که منجر به کاهش چشمگیر بروز نقایص لوله عصبی شده است. بسیاری از کشورهای عضو اتحادیه اروپا چنین سیاستی ندارند. در این کشورها ممکن است توصیه شود ۸۰۰ میلی گرم در روز برای به حد مطلوب رسیدن فولات گلبول‌های قرمز لازم باشد تا از نقایص هنگام تولد در زنان جلوگیری شود.

ویتامین B12 کوفاکتوری در چرخه متیلاسیون است که برای اطمینان از وجود فولات کافی

A B6 B9 **B12** C D E K

برای سنتز اسید دئوکسی ریبونوکلیک و تکثیر سلولی ضروری است. کمبود ویتامین B12 با پیامدهای نامطلوب برای مادر و نوزاد همراه است؛ از جمله سقط جنین خودبه خود، پره اکلامپسی، وزن کم هنگام تولد و ناهنجاری‌های رشدی (خصوصاً نقص لوله عصبی) و تأخیر در میلینه شدن یا دمیینه شدن. یکی از علامت‌های شایع کمبود B12 کم خونی ماکروسیتیک است که ممکن است در زنان باردار در آزمایش خون معمولی‌ای که در آن سایر مارکرها مانند هموسیستئین یا اسید متیل مالونیک آزمایش نشده است، تشخیص داده شود. مکمل فولات می‌تواند کم خونی ماکروسیتیک کمبود B12 را برطرف کند. با توجه به اینکه به خانم‌های باردار توصیه می‌شود اسیدفولیک مصرف کنند و برخی مقادیر زیادی مصرف کنند، ممکن است اندازه گیری به طور معمول میزان B12 در بارداری یا در دوران پیش از بارداری مهم باشد. مقدار زیاد فولات و مقدار کم ویتامین B12 در دوران بارداری ممکن است زنان را به دیابت دچار کند؛ همچنین کودکان با وزن کم هنگام تولد را بعدها مستعد مقاومت به انسولین کند. میزان مصرف روزانه توصیه شده برای زنان باردار در اتحادیه اروپا ۴/۵ میکروگرم است؛ اما در ایالات متحده ۲/۶ میکروگرم است. بر اساس شواهد موجود در دوران بارداری جذب بهتری وجود دارد. هیچ عوارض جانبی در نتایج بارداری با مصرف زیاد مکمل ویتامین B12 همراه نیست. مصرف معمول مکمل‌ها در دوران بارداری ۳۵ میکروگرم است؛ اما تا ۱۰۰۰ میکروگرم به خانم‌هایی که در جذب مشکل دارند داده می‌شود؛ بنابراین هیچ سقفی در مورد مصرف ویتامین B12 برای زنان باردار در اتحادیه اروپا یا ایالات متحده تعیین نشده است. برای درمان کمبود، محدوده‌ای از ۵۰۰ تا ۲۰۰۰ میکروگرم ویتامین B12 در روز ممکن است به صورت خوراکی توصیه شود که به همان اندازه دوزهای زیرزبانی یا عضلانی مؤثر است.

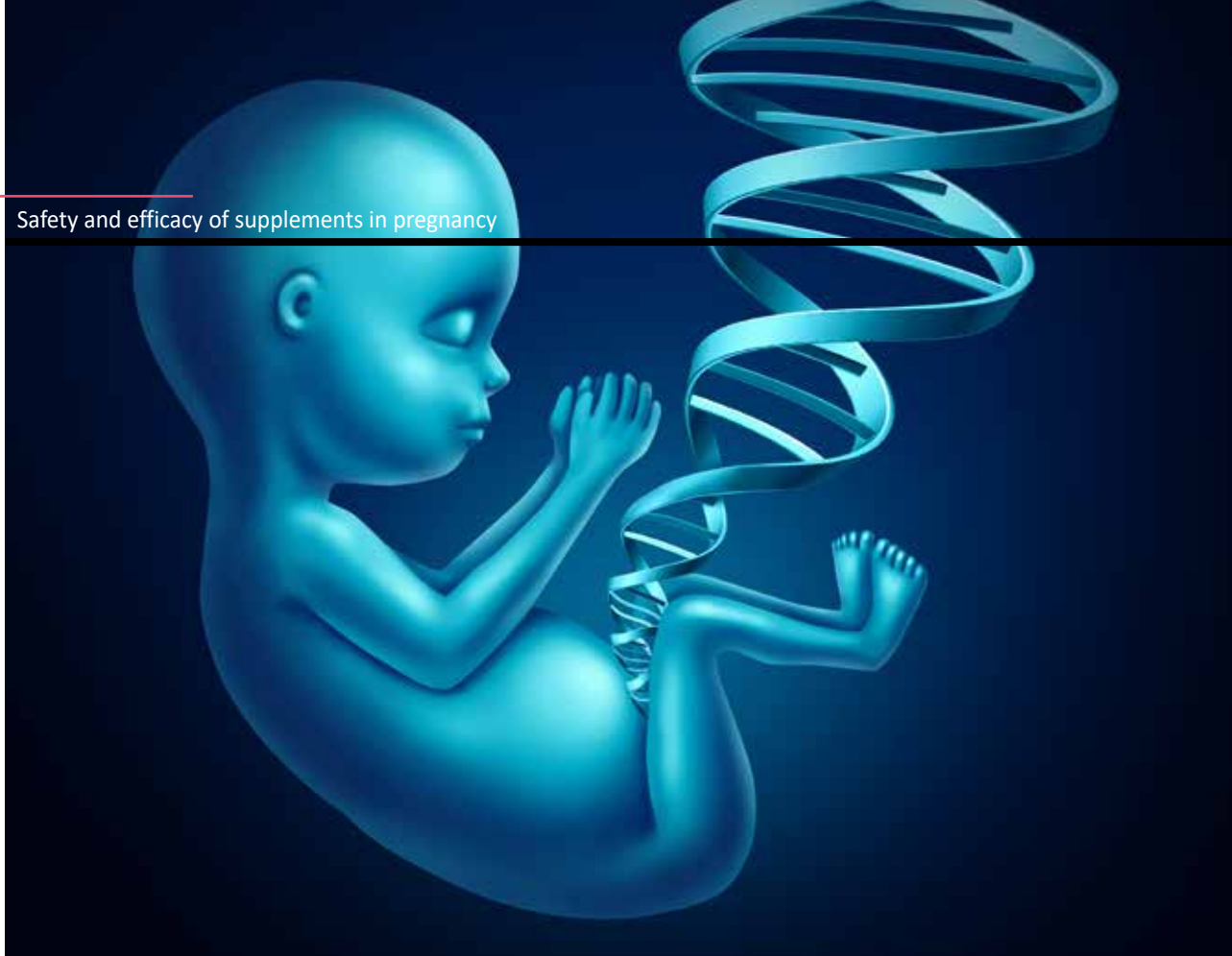
مطالعات بالینی از مکمل‌های معمول **ویتامین C** برای جلوگیری از پیامدهای مهم بارداری مانند رشد جنین، پره اکلامپسی، تولد زودرس و مرگ

A B6 B9 B12 **C** D E K

جنین یا نوزاد پشتیبانی نمی‌کند. ممکن است مکمل ویتامین C خطر پارگی زودرس غشاها را کاهش دهد، همان‌طور که در تعداد کمی از مطالعات مشاهده‌ای و مداخله‌ای مشاهده شده است. علاوه بر این، مصرف مکمل ۱۰۰ میلی گرم (دوز محافظه کارانه) خطر ابتلا به عفونت ادراری در بارداری را نیز کاهش می‌دهد. مقدار مصرف روزانه توصیه شده در دوران بارداری در اتحادیه اروپا ۱۰۵ میلی گرم و ۸۵ میلی گرم، به صورت محافظه کارانه‌تر، در ایالات متحده است که می‌توان با مصرف پنج وعده میوه و سبزی‌ها در روز به دست آورد. با این حال، کمبود ویتامین C شایع است که خطر را بیشتر برای افراد کم درآمد، زنان باردار، افراد سیگاری باردار و زنان باردار مبتلا به دیابت نوع ۱ افزایش می‌دهد. شواهد گسترده‌ای از مصرف بهینه حداقل ۲۰۰ میلی گرم ویتامین C در روز پشتیبانی می‌کند و ۴۰۰ میلی گرم در روز برای رسیدن به حداکثر مقدار ویتامین C پلاسما لازم است. تمرکز بر منابع غذایی با ویتامین C زیاد، برای رسیدن به این هدف لازم است. ویتامین C از طریق بند ناف به جنین منتقل می‌شود؛ بنابراین مصرف بیش از حد مادر ممکن است منجر به افزایش غلظت پلاسمای جنین شود. در نتیجه در ایالات متحده حداکثر دوز مصرفی در بارداری را ۲ میلی گرم در روز تعیین کرده‌اند.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) کمبود ویتامین D را کمتر از ۵۰ nmol/L تعریف کرده است و در زنان باردار در سطح جهان با ارقامی از ۳۵ تا ۷۷ درصد، در شمال اروپا تا ۳۳ درصد، در ایالات متحده تا ۷۰ درصد و تا ۹۰ درصد در مناطق خاورمیانه مشاهده می‌شود. کمبود ویتامین D تعدادی از پیامدهای بارداری منفی، از جمله پره اکلامپسی، دیابت بارداری (GDM)، زایمان سزارین اورژانسی، وزن کم هنگام تولد و SGA همراه است؛ همچنین بین کمبود ویتامین D و افسردگی پس از زایمان ارتباط وجود دارد که با خطر ۲/۶۷ برابر با سطح ویتامین D کمتر از ۵۰ nmol/L همراه است. ویتامین D تقویت کننده مهم سیستم ایمنی است. اختلال در تنظیم سیستم ایمنی بدن می‌تواند در کاهش

A B6 B9 B12 **C** D E K



ایالات متحده باشد. معلوم شده است مصرف ۱۲ تا ۱۵ میلی گرم آلفا توکوفرول در روز باعث حفظ ویتامین E کافی در بزرگسالان سالم می شود.

A B6 B9 B12 C D E **K**

ویتامین K برای فعالیت بیولوژیکی تعدادی از عوامل انعقادی لازم است؛ اما هیچ مطالعه‌ای خونریزی مادران را نتیجه‌ای از مکمل ویتامین K ارزیابی نکرده است. نوزادان به دلیل سنتز محدود ویتامین در روده دچار کمبود ویتامین K در هنگام تولد هستند. باید افزود مکمل مادر در دوران بارداری، لزوم مصرف ویتامین K عضلانی را برای پیشگیری از بیماری همولیتیک نوزادان نفی نمی کند. ویتامین K2 به میزان ۴۵ میلی گرم در روز به عنوان گزینه درمانی بی خطر در یک سری موارد پوکی استخوان مرتبط با بارداری استفاده شده است. مقدار مصرف توصیه شده ۷۰ میکروگرم در روز در اتحادیه اروپا و ۹۰ میکروگرم در روز در ایالات متحده تعیین شده است. بهترین منابع رژیم غذایی K1 سبزی‌ها با برگ سبز تیره و سبزی‌های خانواده برزیکا مانند کلم بروکلی، جوانه بروکسل و کلم است. ویتامین K2 در محصولات حیوانی به مقدار کمی یافت می شود؛ اما در درجه اول به وسیله باکتری‌های کولون و باکتری‌ها در غذاهای تخمیری تولید می شود.

نیست. در این صورت باید ملاک‌های دیگری شامل قرار گرفتن در معرض آفتاب، فصل، محل اقامت در عرض جغرافیایی و نژاد را در نظر گرفت.

A B6 B9 B12 C D **E** K

ویتامین E آنتی اکسیدانی محلول در چربی است. پیشنهاد می شود در شرایط استرس اکسیداتیو، از جمله پره اکلامپسی، محدودیت رشد داخل رحمی و پارگی زودرس غشاهای محافظ مصرف شود. ویتامین E همچنین میانجی ترشح پروستاگلندین است و میزان ویتامین E و پروستاگلندین با سن حاملگی افزایش می یابد. این ممکن است در مهار انقباضات رحمی و تجمع پلاکتی و افزایش قطر عروق نقش داشته باشد. غلظت پلاسمایی اندک آلفا توکوفرول با افزایش خطر ابتلا به SGA، پره اکلامپسی، GDM و سقط جنین همراه است. مطالعات کوچک تر نشان داده اند مکمل ویتامین E ممکن است در پیشگیری از گرفتگی پا در دوران بارداری با دوز ۱۰۰ میلی گرم در روز مفید باشد؛ همچنین ممکن است در پیشگیری از بیماری خفیف یا بیماری آسم در کودکان با مصرف یک دوز ۸ تا ۱۸ میلی گرم در روز نقش داشته باشد. مصرف روزانه ویتامین E که برای بارداری توصیه می شود می تواند تا ۱۱ میلی گرم در اتحادیه اروپا و ۱۵ میلی گرم در

بارداری مکرر نقش داشته باشد. کاهش حاملگی مکرر در ۱ تا ۲ درصد از زنان بارور تأثیر دارد و مطالعات نشان می دهد با کمبود ویتامین D ارتباط دارد؛ بنابراین مصرف ویتامین D از نظر بالینی مهم است، به خصوص اینکه علت کاهش حاملگی مکرر اغلب روشن نیست. معلوم شده است مصرف مکمل ۴۰۰۰ IU در بارداری خطر ابتلا به آسم در فرزندان و به ویژه در مادران دارای کمبود این ویتامین را کاهش می دهد. بررسی‌ها و مطالعات نشان داد مصرف مکمل ویتامین D باعث کاهش بروز پره اکلامپسی، GDM، SGA، وزن کم، زایمان زودرس و سزارین نمی شود، اگرچه تأثیر مثبتی بر وزن تولد داشته است. مصرف توصیه شده برای بارداری ۶۰۰ IU در اتحادیه اروپا و ایالات متحده است. تاکنون گزارشی در مورد اثرات تراژونی ویتامین D در انسان منتشر نشده است. با مصرف ۱۵۰۰ IU/d مکمل در زنان باردار و شیرده، سطح خون ۲۵ هیدروکسی ویتامین D به طور مداوم بیشتر از 75 nmol/L افزایش یافته است. حداکثر مقدار پذیرفتنی برای زنان باردار ۴۰۰۰ IU است و با استفاده از روش‌های ارزیابی ایمنی متعدد به دست آمده است که مؤثرتر از دوزهای کم است. آزمایش سطح سرمی ۲۵ هیدروکسی ویتامین D روشی ایدئال است برای تعیین افرادی که کمبود ویتامین D دارند و باید از مکمل استفاده می کنند. البته همیشه به عنوان تستی معمول در دسترس



آهن

شلاته در ۱۵ الی ۲۵ میلی گرم در روز نیز بهتر تحمل می شود و برای درمان کمبود آهن در زنان باردار نسبت به سولفات آهن در دوزهای ۴۰ الی ۵۰ میلی گرم در روز مؤثرتر است.

زینک

روی برای فعالیت بیش از ۳۰۰ آنزیم لازم است و برای زندگی، رشد و نمو ضروری است. آنزیم های وابسته به روی و فاکتورهای رونویسی روی نقش مهمی در تکثیر اسید دئوکسی ریبونوکلئیک، تکثیر سلولی و رونویسی ژن دارند. کمبود روی می تواند رشد و نمو کودک را مختل کند، خطر ابتلا به عقب ماندگی یا SGA را افزایش داده و بر فنوتیپ تأثیر بگذارد، به طوری که بسیاری از ویژگی های سندرم الکل جنین می تواند با اختلال در متابولیسم روی ناشی از الکل مرتبط باشد. کمبود روی در نوزادان ممکن است خطر عفونت را افزایش داده و باعث درمانیت شود. رشد اولیه مغزی نوزاد، به ویژه به کمبود روی حساس است. جذب روی به میزان زیادی تحت تأثیر محتوای فیتات رژیم غذایی است؛ بنابراین مقدار توصیه شده در اتحادیه اروپا از ۹/۱ میلی گرم در رژیم غذایی فیتات بسیار کم (گوشت زیاد، غلات و حبوبات کم، غلات و حبوبات، مصرف حبوبات کم) تا ۱۴/۳ میلی گرم در رژیم غذایی حاوی فیتات زیاد (مانند گیاهان و رژیم غذایی با گوشت کم) باشد. مقدار توصیه شده در آمریکا ۱۱ میلی گرم در روز تعیین شده است. این نکته همچنین حائز اهمیت است که رژیم های غذایی کم گوشت در جمعیت های کم درآمد ممکن است وجود داشته باشد. حداکثر دوز پذیرفتنی ۲۵ میلی گرم در روز در اتحادیه اروپا و ۴۰ میلی گرم در روز در ایالات متحده تعیین شده است؛ اگر چه هیچ مطالعه ای باروری منفی را تا ۹۰ میلی گرم در روز نشان نداده است. قرار گرفتن در معرض روی تراژون نیست، در مقابل، مصرف کافی روی ممکن است از تراژون جلوگیری کند.

با توجه به اینکه در برخی مطالعات بین کم خونی فقر آهن و سایر اشکال کم خونی تفاوت کمی وجود دارد، تخمین کمبود آهن دشوار است. WHO شیوع کم خونی در سراسر جهان را در بارداری ۴۱/۸ درصد تخمین می زند که تقریباً نیمی از آن، به فقر آهن مربوط می شود. کم خونی فقر آهن در طی دوسه ماهه اول بارداری عاملی خطر را برای زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد است و کمبود آهن را در نوزادان باعث می شود. افزودن این نکته حائز اهمیت است که هموکروماتوز ارثی بیماری ژنتیکی نسبتاً شایع است، به خصوص در اروپا که اغلب تا بعد از بارداری از نظر بالینی تشخیص داده نمی شود. مقدار مصرف توصیه شده ۱۶ میلی گرم در روز در اتحادیه اروپا، و ۲۷ میلی گرم در روز در ایالات متحده است. باید به همه زنان باردار توصیه شود رژیم غذایی را افزایش داده و جذب را بهینه کنند. ویتامین C به عنوان اسید اسکوربیک جذب آهن را از منابع آهن غیرهم افزایش می دهد، در حالی که اسید فیتیک موجود در غلات و حبوبات مانع جذب آهن می شود. در دوران بارداری، در صورتی که هموگلوبین کمتر از ۱۱۰ گرم در لیتر در سه ماهه اول و سوم یا کمتر از ۱۰۵ گرم در لیتر در سه ماهه دوم باشد، کم خونی در نظر گرفته می شود. در هنگام مصرف مکمل، آهن خوراکی باید طی دو هفته باعث افزایش هموگلوبین شود تا تأیید کمبود آهن در نظر گرفته شود. عوارض جانبی، از جمله ناراحتی دستگاه گوارش، تهوع و یبوست، معمولاً در دوز ۴۰ تا ۵۰ میلی گرم در روز گزارش می شود و حداکثر دوز مجاز آن در ایالات متحده، ۴۵ میلی گرم در روز، فقط بر این اساس است. این ها شکایات شایع در زنان باردار است و مکمل آهن ممکن است ناراحتی را تشدید کند. مصرف منقطع مکمل آهن (دوز < ۸۰ mg در هفته) به جای مصرف روزانه آن (دوزهای < ۴۰ mg/d) کمتر احتمال دارد که عوارض جانبی ایجاد کند. گلیسینات آهن

ید

ید ماده مغذی اساسی برای رشد و نمو جنین است که ممکن است عموم مردم در کی اشتباه از آن داشته باشند. ید برای سنتز هورمون تیروئید لازم است و تحویل تیروکسین از طریق جفت ضروری است تا زمانی که سنتز جنین، تقریباً در هفته ۱۷ تا ۱۹ بارداری، کافی باشد. حتی کم کاری تیروئید تحت بالینی می تواند خطر سقط جنین و مرگ نوزاد را دو برابر کند. کاهش عملکرد تیروئید مادر و کمبود ید مادر در تعدادی از مطالعات در مقیاس بزرگ با اختلال در رشد عصبی، رشد شناختی، مسائل رفتاری، مهارت های یادگیری و بهره هوشی در کودکان همراه بوده است. مصرف بیش از حد ید ممکن است باعث ایجاد تغییراتی در عملکرد تیروئید شود و باعث ایجاد کم کاری تیروئید یا پرکاری تیروئید در برخی از افراد، به ویژه تولید آنتی بادی های ضد تیروئید شود. مقدار مصرف روزانه توصیه شده در دوران بارداری، ۲۰۰ میکروگرم در روز در اتحادیه اروپا و ۲۲۰ میکروگرم در روز در ایالات متحده است. پاک سازی ید ادرار باید در بارداری از ۱۵۰ میکروگرم در لیتر در حالت بهینه تا بین ۱۵۰ تا ۲۴۹ میکروگرم در لیتر افزایش یابد. اندازه گیری عملکرد تیروئید از جمله وجود آنتی بادی همراه با ید ادرار برای اطمینان از مصرف مکمل، ایدئال خواهد بود. با این حال، تشخیص آن در زنان باردار دشوار است، اگر چه تخمین ممکن است. WHO استفاده از ۲۵۰ میکروگرم در روز را برای زنان باردار در کشورهایی که دسترسی به نمک یددار ندارند، توصیه می کند. در حالت ایدئال مکمل، در زنان دارای کمبود قبل از بارداری، به بهینه سازی وضعیت در دوران بارداری کمک می کند. توجه به این نکته مهم است که در جایی که آزمایش در دسترس نباشد، در مصرف بیش از حد مکمل باید احتیاط شود. در اتحادیه اروپا حداکثر مقدار پذیرفتنی ۶۰۰ میکروگرم در روز است. در ایالات متحده، با توجه به شیوع زیاد بیماری تیروئید، حتی بیشتر از ۱۱۰۰ میکروگرم در روز در نظر گرفته می شود.

**Most Trusted
by Moms**
**Clinical Evidence for
Optimum Foetal Care**

**Before
Pregnancy**

**During
Pregnancy**



قرص پرگناکر

برترین محصول بریتانیا در بهبود باروری و دوران بارداری / جهت کمک به سلامت مادر و جنین

راهکارهای تشخیصی و
درمانی برای دانش آموزان
پیش از دبستان مبتلا به

اختلال کم توجهی و بیش فعالی



Diagnosis and Treatment Options for Preschoolers with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Wigal S, Chappell P, Palumbo D, Lubaczewski S, Ramaker S, Abbas R. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2020 Jan 20.

DSM-5 اختلال کم توجهی-بیش فعالی (ADHD) را اختلال عصبی تکاملی ای با علائمی که از سنین پیش دبستانی آشکار می شوند، طبقه بندی می کند. شناسایی زودهنگام می تواند منجر به استفاده از مداخلات رفتاردرمانی مبتنی بر والد/معلم شود که خط اول درمان توصیه شده برای بیماران پیش از دبستان است. از طرفی، داده های محدودی وجود دارند که ما را از نحوه استفاده از گزینه های دارودرمانی به عنوان خط دوم درمان آگاه کنند. در این مطالعه مروری، مطالعات اخیر در ارتباط با کودکان پیش از دبستان مبتلا به ADHD شناسایی شده اند.



کم توجهی-بیش فعالی، در مطالعه PATS در مقایسه با مطالعات MPH، بیشتر بوده است. پس از انتشار مطالعه PATS، تعداد اندکی مطالعه برای بررسی تأثیر داروها بر ADHD در کودکان پیش از سنین مدرسه طراحی شده است. مطالعاتی حکایت از نتایج پیشرفت معنادار در علائم ADHD به وسیله متیل فنیدات (سریع رهش) در مقایسه با گروه شم داشت. دو مطالعه بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار بین MPH و ریسپیریدون یا MPH به همراه ریسپیریدون در التیام علائم ADHD بودند. یک مطالعه نشان دهنده مؤثر بودن اتوموکستین در مقابل شم برای علائم

از دبستان نشانه های تکامل عصبی نرمال باشد. تابه حال مقیاس های متعددی برای تشخیص اختلال کم توجهی-بیش فعالی در سنین کمتر از شش سال اعتبارسنجی و تأیید شده اند. مطالعه درمانی بیشترین داده ها را تا به امروز در مورد بازدهی و بی خطر بودن متیل فنیدات (MPH) برای درمان اختلال کم توجهی-بیش فعالی در کودکان پیش از دبستان با پیشرفت های معنادار در بهبود علائم اختلال، در مقایسه با گروه شم، فراهم کرده است؛ اگر چه عوارض جانبی مرتبط با عدم مصرف پیوسته در کودکان سنین مدرسه مبتلا به اختلال

جستجویی در PubMed و clinicaltrials.gov انجام شد با هدف شناسایی کارآزمایی هایی مبنی بر بازدهی و بی خطر بودن داروهای ADHD برای کودکان کمتر از شش سال؛ همچنین متدهای تشخیصی و کرایتریای شناسایی اختلال ADHD در کودکان پیش از دبستان پایش شد. DSM-5 تظاهرات بالینی متفاوتی در مورد اختلال ADHD در سنین پیش از دبستان، در مقایسه با سنین مدرسه توصیف می کند؛ اما کرایتریای تشخیصی ای به تفکیک سن مشخص نمی کند. نکته مهم اینکه تظاهرات ADHD در کودکان سنین مدرسه، می تواند در کودکان پیش

اختلال کم توجهی-بیش فعالی در کودکان پیش از دبستان بود.

مقدمه

اختلال کم توجهی-بیش فعالی (ADHD) در DSM-5 به عنوان اختلال عصبی تکاملی ای با علائمی که در سنین پیش دبستانی آشکار می شود، طبقه بندی شده است. این بیماری عموماً در کودکان در سن مدرسه تشخیص داده می شود؛ با این حال بیشتر والدین کودکانی که برای ارزیابی علائم ADHD ارجاع می شوند، شروع علائم را از چهار سالگی یا زودتر گزارش می کنند؛ همچنین رشد غیر عادی قشر مغز در کودکان مبتلا به ADHD در اوایل سال های پیش دبستانی مشاهده شده است. علائم ADHD ممکن است در طول دوره زندگی متفاوت باشد و زمینه علائم در کودکان خردسال در مقایسه با کودکان یا نوجوانان مدرسه ای متفاوت است. شناخت زودهنگام ADHD در انجام دادن مداخلاتی که می تواند از بروز نتایج اجتماعی و عملکردی ضعیف در نتیجه ADHD جلوگیری کند، مهم است. مرور متون نشان می دهد آموزش رفتاری والدین بیشترین اثربخشی را در معالجه بیماران پیش دبستانی با ADHD داشته است. در تجزیه و تحلیلی بر داده های کودکان ۲ تا ۵ ساله در سال ۲۰۰۹، ۵۷/۸ درصد بیماران داروهای روان گردان دریافت کردند. با این حال، داده های کمی برای دانستن استفاده از گزینه های خط دوم دارودرمانی در این جمعیت وجود دارد.

بهترین مدرک برای اثربخشی دارودرمانی بر کودکان کم سن و سال، از مطالعه درمان ADHD مر سوم به PATS به دست آمده است. این مطالعه، کار آزمایی چندفازی کنترل شده ای با گروه شم، بر اثر مصرف متیل فنیدات سریع رهش (IR) بود که بر روی ۳۰۳ کودک ۳ تا ۵ ساله مبتلا به ADHD انجام شد.

داروهایی که FDA برای درمان ADHD کودکان ۳ تا ۵ ساله تأیید می کند، شامل فرمولاسیونی از قرص آمفتامین، محلول خوراکی و قرص دکسترو آمفتامین و نمک های ترکیبی آمفتامین هستند. آددرال اولین داروی ADHD در کودکان سه ساله بود؛ اما تا به امروز فقط یک مطالعه تأثیر آن را تأیید می کند. به همین دلیل، AAP استفاده از داروهای تأیید شده FDA را به عنوان درمان

خط اول درمان برای کودکان پیش دبستانی توصیه نمی کند. از آنجایی که داروهای ADHD تأیید شده FDA برای کودکان کمتر از شش سال معدودند، نسخه های تأیید نشده اغلب استفاده می شوند.

در میان روان پزشکان کودک و نوجوان ایالات متحده، ۷۱ درصد اغلب دارودرمانی را برای بیماران پیش دبستانی وقتی رفتار درمانی ناموفق باشد، توصیه می کنند. از پاسخ دهندگانی که دارو تجویز می کنند، ۶۴ درصد MPH، ۲۱ درصد آمفتامین و ۱۶ درصد غیر محرک ها را به عنوان داروی خط اول تجویز می کنند.

با توجه به این الگوی عمل، استفاده از داروهای روان گردان در بیماران پیش دبستانی مبتلا به ADHD تحت نظارت دقیق FDA قرار گرفته است. کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال نیز در بخش زیادی از مطالعات بالینی در مورد اثربخشی، ایمنی و تحمل داروهای ADHD بررسی شده اند. با این حال به دلیل تغییرات جسمی، عاطفی و رفتاری در این سنین، این مطالعات تعمیم پذیر به کودکان کم سن تر نیست؛ در نتیجه این مطالعه تحقیقات تأثیر دارودرمانی بر کودکان پیش دبستانی، با هدف تبیین شناخته ها و ناشناخته ها را بررسی می کند.

نتایج

تشخیص ADHD در کودکان پیش دبستانی
DSM-5 تظاهرات مختلفی از ADHD در کودکان پیش دبستانی در مقایسه با کودکان در سن مدرسه توصیف می کند. با این حال معیارهای تشخیصی ADHD را در گروه های سنی مختلف تفکیک نمی کند.

مطالعات زیادی میزان پایایی علائم را از سنین مدرسه تا بزرگسالی بررسی کرده اند که منتج به طیف گسترده ای از تخمین ها شده است. بیشتر مطالعات نشان می دهد در مورد بسیاری از کودکان سن مدرسه با تشخیص ADHD، علائم تا بزرگسالی ادامه خواهد یافت.

فاکتورهای رایج پیش بینی کننده پایداری ADHD از سنین مدرسه به بزرگسالی، شامل شدت ADHD، اختلالات همراه و همچنین سلامت روانی والدین بوده اند. علائم ADHD ممکن است از پیش دبستانی شروع شوند؛ اما تعداد کمی از مطالعات از دوره ابتدایی بررسی

را شروع کرده اند. محققان PATS نتیجه گرفته اند تشخیص ADHD از دوران پیش دبستانی تا سن مدرسه نسبتاً پایدار است.

در برخی مطالعات بیش فعالی با افزایش سن اندکی کم است و کم توجهی افزایش پیدا کرده است، اگرچه پیچیدگی در ارزیابی بی توجهی در کودکان خردسال ممکن است عامل برخی از این تغییرات نتایج باشد.

مطالعه ای در مورد کاربرد علائم ADHD در DSM برای تشخیص در کودکان پیش دبستانی انجام شد. این مطالعه اشاره می کند بسیاری از علائم ارزیابی شده برای تشخیص، ممکن است از نظر رشدی نامشخص، نامتناسب یا غیر ممکن باشند.

در میان بیماران مطالعه PATS، اکثر علائم موجود در DSM-IV وجود دارد. با این حال، با توجه به تفاوت های گزارش شده در علائم ADHD در پیش دبستانی در مقایسه با کودکان مدرسه ای، در ارزیابی باید روند رشد را در نظر گرفت. استفاده از مقیاس های ارزیابی رفتاری که به طور خاص برای این کار طراحی شده است، ممکن است به پزشکان اجازه دهد بیماران پیش دبستانی را بهتر شناسایی کنند.

دارودرمانی در بیماران پیش دبستانی مبتلا به ADHD

مداخلات رفتاری در مورد بیماران ADHD یا سرپرستان آن ها، شامل آموزش والدین، مدیریت کلاس و مداخلات همسالان است. گایدلاین های AAP رفتار درمانی والد محور یا معلم محور را توصیه می کنند. گسترده ترین داده های کارایی و ایمنی در دارودرمانی در مورد ADHD در کودکان پیش دبستانی تا به امروز یافته های PATS است. مجموعه ای از مقالات نیز اثربخشی درمان با MPH IR را در مورد بیماران پیش دبستانی گزارش می کنند. MPH IR به طور کلی در کودکان مقطع پیش دبستانی به خوبی تحمل می شود؛ اما برخی از تفاوت ها در ایمنی و تحمل MPH IR در کودکان پیش دبستانی در مقابل سن مدرسه گزارش شده است.

محققان PATS نتیجه گرفتند در کودکان پیش دبستانی، MPH IR باید با دوز پیشنهادی ۲/۵ میلی گرم شروع شود که نیمی از دوز شروع توصیه شده برای کودکان شش سال و

بیشتر است. کارآزمایی‌ای نمره مقیاس درمان با ریسپریدون را با MPH مقایسه کرد که در مورد هر دو دارو، به‌طور درخور توجهی کاهش علائم ADHD مشاهده شد؛ در مقایسه، درمان ترکیبی با MPH IR به‌علاوه ریسپریدون نیز علائم ADHD کاهش مشابهی داشتند؛ اما در مورد کسانی که درمان ترکیبی دریافت کرده بودند، دوز MPH IR و میزان برخی از عوارض جانبی متداول MPP، مانند بی‌خوابی، به‌طور درخور توجهی اندک بود.

مطالعات دیگری اتوموکسستین (مهارکننده انتخابی باز جذب نوراپی نفرین) یا گوانفاسین (آگونیست آلفا ۲) را ارزیابی کردند. مطالعه‌ای اثربخشی اتوموکسستین در مقابل دارونما را برای کاهش علائم ADHD در کودکان پیش‌دبستانی نشان داد. اثربخشی گوانفاسین در درمان بیش‌فعالی و علائم ADHD نیز در یک کارآزمایی ثبت شد.

هیچ مطالعه‌ای در مورد فرمولاسیون طولانی‌مدت MPH یا هر محرک دیگری، وجود ندارد. با این حال بر اساس لیست clinicaltrials.gov، تعدادی از کارآزمایی‌های بالینی در مورد تأثیر داروهای ADHD بر کودکان پیش‌دبستانی برنامه‌ریزی شده است که یا در حال انجام شدن هستند یا اخیراً به اتمام رسیده‌اند. داروهای ارزیابی‌شده در این آزمایش‌ها، شامل MPH، آمفتامین، lisdexamfetamine، اتوموکسستین و کلونیدین است.

بحث

تفاوت در رفتارهای متناسب سن و رفتارهای اجتماعی و عملکردی برای فعالیت‌های پیش‌دبستانی در مقابل سن مدرسه، تشخیص ADHD را در کودکان کم‌سن و سال پیچیده می‌کند. برخی از رفتارهایی که علائم ADHD در سن مدرسه است، ممکن است در کودکان کوچک‌تر از لحاظ رشدی متناسب باشند. با وجود این، تشخیص ADHD در کودکان پیش‌دبستانی نسبت به سال‌های مدرسه نسبتاً پایدار است. چندین مقیاس علائم در مورد کودکان کمتر از شش سال اعتبارسنجی شده است. می‌توان از آن‌ها برای شناسایی ADHD در این جمعیت استفاده کرد. دستورالعمل‌های بالینی AAP همچنین بر اهمیت غربالگری در

مورد عوارض، در هنگام ارزیابی هر بیمار ADHD تأکید می‌کنند. این اختلالات از ۵۰ درصد تا بیش از ۸۰ درصد در بیماران ADHD، همراه با ODD و CD، اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی هستند. این اختلالات همراه به نظر می‌رسد برای کودکان پیش‌دبستانی با کودکان مدرسه‌ای مبتلا به ADHD مشابه باشد. غربالگری اختلالات همراه بسیار مهم است؛ زیرا ممکن است برنامه درمانی برای ADHD را تغییر دهد.

دستورالعمل‌های درمانی فعلی در مورد ADHD، رفتاردرمانی را به‌عنوان درمان خط اول برای کودکان پیش‌دبستانی توصیه می‌کند؛ همچنین دارودرمانی را برای بیماران پیش‌دبستانی با ADHD متوسط تا شدید وقتی رفتاردرمانی نتیجه نمی‌دهد، توصیه می‌شود. گزینه‌های جایگزین برای درمان ADHD شامل استفاده از مکمل‌های غذایی و فیزیوتراپی، مانند ماساژ، است که سیستماتیک ارزیابی نشده‌اند.

داروهای متداول به‌منظور درمان ADHD، از جمله MPH، برای کودکان کمتر از شش سال اندیکاسیون ندارند. در واقع فقط سه داروی آمفتامین، نمک آمفتامین ترکیبی و دکستروآمفتامین در کودکان سه‌ساله اندیکاسیون دارند. AAP در مورد کودکان پیش‌دبستانی که اختلال متوسط تا شدید دارند، MPH را به‌عنوان گزینه دارویی خط اول توصیه می‌کند. PATS تا به امروز جامع‌ترین داده‌های دارویی درمان ADHD کودکان پیش‌دبستانی را ارائه داده است و نشان می‌دهد داروهای محرک باید در سنین ۳ تا ۵/۵ سال با احتیاط مصرف شوند. اتوموکسستین همچنین به‌طور معناداری علائم بیماری را کاهش می‌دهد.

اندازه اثر متوسط و تحمل بالقوه کاهش یافته داروهای ADHD بر بیماران پیش‌دبستانی، برای طراحی مطالعات آینده چالش‌برانگیز است.

تعداد کم درمان‌های ADHD که FDA در مورد کودکان کمتر از شش سال تأیید کرده است، بر لزوم ایجاد گزینه‌های دارودرمانی بیشتر تأکید می‌کند. شواهد موجود نشان می‌دهد در کودکان پیش‌دبستانی که رفتاردرمانی برای آن‌ها بهبود کافی در علائم ADHD و توانایی عملکردی فراهم نمی‌کند، ممکن است درمان با دارویی محرک یا غیرمحرک سودمند باشد. الگوریتم PPWG فرمولاسیون آمفتامین را به‌عنوان درمان بعدی

توصیه می‌کند. گزینه‌های دارویی بعدی برای بیماران پیش‌دبستانی ممکن است در آینده نزدیک در دسترس باشد.

این مطالعه با مروری بر مطالعات ADHD در سنین پیش‌دبستانی، نشان می‌دهد اثر دارودرمانی در کودکان پیش‌دبستانی در مقایسه با کودکان بزرگ‌تر در مطالعات انجام‌شده متوسط بوده است؛ اما این موضوع می‌تواند ناشی از متدهای ناکارآمد ارزیابی این گروه سنی باشد. به سبب کارآزمایی‌های در حال انجام، پزشکان باید منتظر باشند که آرماتاریوم درمانی برای بیماران مبتلا به ADHD در سن پیش‌دبستانی تغییر کند.

نتیجه‌گیری

علائم و زیرگروه‌های ADHD ممکن است در کودکان پیش‌دبستانی (۳ تا ۵ سال) در مقایسه با کودکان شش‌ساله و بزرگ‌تر، متفاوت باشد؛ اما ADHD بیماری عصبی تکاملی‌ای است که قبل از رسیدن به سن مدرسه در کودکان شناخته می‌شود. به نظر می‌رسد تشخیص ADHD به‌طور کلی از سن پیش‌دبستانی تا سن مدرسه پایدار است. مطالعات کمی در مورد تأثیر داروها برای درمان ADHD در کودکان پیش‌دبستانی انجام شده است که بیانگر نیازی برآورده‌نشده است؛ در نتیجه باید تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود.

اهمیت بالینی

علائم و زیرگروه‌های ADHD ممکن است در کودکان پیش‌دبستانی (۳ تا ۵ سال) در مقایسه با کودکان شش‌ساله یا بزرگ‌تر متفاوت باشد؛ با این حال به نظر می‌رسد تشخیص ADHD عموماً در سنین پیش‌دبستانی تا سن مدرسه پایدار است. PATS همچنان بزرگ‌ترین داده بر کارایی و ایمنی MPH برای ADHD در کودکان پیش‌دبستانی است. تا به امروز مطالعات اندکی به‌منظور ارزیابی دارودرمانی ADHD در کودکان پیش‌دبستانی انجام شده است. متخصصان بالینی باید آگاه باشند در حال حاضر یک نیاز برآورده‌نشده در مورد اطلاعات ایمنی و تحمل‌پذیری داروهای ADHD در کودکان پیش‌دبستانی وجود دارد؛ اما ممکن است در آینده نزدیک تغییر کند.

MEYER

We think hard to make healthcare simple™

Vitamins + Iron + Minerals

GROWTH & APPETITE TONIC

for GROWING CHILDREN



شربت کیدیکر

شربت کیدیکر حاوی ویتامین های C.E.D.A و ویتامین های گروه B، آهن، روی و آل لایزین موثر در بهبود رشد و افزایش اشتها
انرژی داری ثابت شده طی مطالعه بالینی

www.vitaaria.com

مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۴۱۷۸۲

VITA ARIA

رویکرد به بیمار با پروتئینوریای غیر نفروتیک



Approach to the Patient with Non-nephrotic Proteinuria.

Renu Regunathan-Shenk, Ehsan Nobakht, Scott D. Cohen
Chronic Renal Disease, pp.961-973. January 2020

این مقاله به بررسی پروتئینوریای غیر نفروتیک در بیماران می‌پردازد. این اختلال از جهت پیشرفت به سمت بیماری مزمن کلیوی و افزایش ریسک اختلالات قلبی عروقی اهمیت دارد. نوع پروتئینوریا می‌تواند به تشخیص نوع بیماری مزمن کلیوی کمک کند. ارزیابی‌ها شامل بررسی ته‌نشین‌های ادراری، ارزیابی‌های سروزولژیک و بیوپسی کلیه در صورت ضرورت است. تغییرات سبک زندگی و آنتاگونیست‌های رنین-آنژیوتانسین-آلدوسترون پایه‌های اصلی درمان محافظه‌کارانه در تمام بیماران با بیماری کلیوی پروتئینوریک هستند. درمان‌های مبتنی بر سرکوب سیستم ایمنی، بسته به اتیولوژی بیماری کلیوی، می‌تواند مطلوب باشد. لازم است راهکارهای درمانی اختصاصی دیگر برای کاهش پروتئینوریا و کاهش سرعت پیشرفت بیماری‌های کلیوی ایجاد شود.



مقدمه

پروتئینوریا از مدت‌ها پیش علامت کلاسیک بیماری‌های کلیوی بوده است. امروزه پروتئینوریا به دفع بیش از ۱۵۰ میلی گرم پروتئین در ۲۴ ساعت اطلاق می‌شود. انواع مختلفی از پروتئین در ادرار افراد سالم ممکن است یافت شود، از جمله آلبومین، ایمونوگلوبولین، تام هورسفال و موکوپروتئین که شایع‌ترین پروتئین یافت‌شده در ادرار افراد با کلیه‌های سالم است. پروتئینوریا نشانه‌ی کلیدی آسیب گlomerولی و تخریب فیلتراسیون گlomerولی است. رابطه‌ی

بنا ۲ میکروگلوبولین و آلفا ۱ ماکروگلوبولین، می‌تواند نشان‌دهنده‌ی آسیب بالقوه به توپول‌ها یا پروتئینوریای ناشی از افزایش جریان باشد، هرچند در ارتباط با آسیب‌های گlomerولی هم ممکن است مشاهده شود.

پروتئینوریا بیش از ۳/۵ گرم در روز یا پروتئینوریا در رنج سندرم نفروتیک با یا بدون علائم سندرم نفروتیک زمینه‌ای، می‌تواند ناشی از گlomerulopaty مثل گlomerulواسکلروز قطع‌ای موضعی (FSGN)، نفروپاتی غشایی، بیماری تغییرات مینیمال،

رتبه‌ای بین آلبومینوریا و نتایج منفی حاصل از بیماری‌های کلیوی و دسته‌بندی‌های نرخ فیلتراسیون گlomerولی (GFR) مشخص شده است.

تعریف پروتئینوریا

انواع مختلفی از پروتئینوریا وجود دارد که می‌تواند نشان‌دهنده‌ی محل آسیب نفرون باشد. آلبومینوریا نشان‌دهنده‌ی آسیب در سطح سد فیلتراسیون گlomerولی است. درحالی‌که ترشح ادراری پروتئین‌هایی با وزن کم، مثل

نفروپاتی دیابتی یا آمیلوئیدوز باشد. پروتئینوریای غیر نفروتیک تشخیص‌های افتراقی مشخصی دارد. در این مورد تشخیص‌های افتراقی به بیماری‌هایی که کمپارتمان‌های کلیوی مختلفی، مثل عروق کلیه و اختلالات ساختارهای توبولواینترستیشیال، گسترش پیدا می‌کند.

پروتئینوریا از نظر اتیولوژی به‌طور کلاسیک، به دو دسته گلوMERولی-توبولی و افزایش جریان دسته‌بندی می‌شود. ساختار غشای پایه گلوMERولی به‌صورت روزانه از طریق انتشار و همرفت اجازه عبور به مقدار محدودی از پروتئین‌ها را می‌دهد. بخش اعظم این پروتئین در ادامه در لوله پیچ خورده نزدیک باز جذب می‌شود. پروتئین تمام هورسفال در بخش ضخیم صعودی قوس هنله ترشح می‌شود. سد فیلتراسیون گلوMERولی از سه لایه تشکیل شده است. لایه اول پنجره‌های اندوتلیومی هستند که با خون در ارتباط مستقیم هستند. این پنجره‌ها سوراخ‌هایی به قطر ۱۰۰ nm هستند که به‌وسیله گلیکوکالیکسی با بار منفی پوشیده شده‌اند و به‌عنوان فیلتری برای ذراتی با بار منفی و قطر بیش از ۱۰۰ nm، مثل آلبومین، عمل می‌کنند. دومین لایه غشای پایه گلوMERولی است که از کلاژن نوع چهار و لامینین به همراه پروتئوگلیکان‌هایی با بار منفی، از جمله هپارین سولفات، ساخته شده است. سومین و بیرونی‌ترین لایه از اپیتلیوم احشایی یا پودوسیت‌هایی با زوائد پای تشکیل شده است که سوراخ‌هایی با قطر کمتر از ۷۰ nm می‌سازند. این سد فیلتراسیون اجازه عبور به مولکول‌های کوچک (تا ۳۵ nm) بدون بار یا کاتیونی را می‌دهد.

آلبومین به‌وسیله گلوMERول‌ها فیلتر می‌شود و اکثر آن در لوله پیچ خورده نزدیک باز جذب می‌شود. در حالت نرمال روزانه ۲۰ الی ۳۵ میلی گرم آلبومین ترشح می‌شود. پروتئینوریای گلوMERولار و توبولار یا پروتئینوریای ناشی از افزایش جریان که فراتر از توانایی بازجذب توبولی باشد، می‌تواند منجر به سطوح پاتولوژیک پروتئینوریا شود. پروتئینوریای گلوMERولی عمدتاً آلبومینی و ناشی از نقایص سد انتخابی برای سایز و بار الکتریکی است. این پاتوژنز در بسیاری از بیماری‌های گلوMERولی ایجاد می‌شود.

افزایش آلبومینوریا ناشی از آسیب اندوتلیومی است و باعث افزایش خطر قلبی عروقی می‌شود. پروتئینوریای توبولار در ارتباط با پروتئین‌هایی با وزن مولکولی کم است و در اختلالات توبولواینترستیشیال یا گلوMERولار ایجاد می‌شود. پروتئینوریای ناشی از افزایش جریان نیز در اختلالاتی مثل مالتیپل میلوما یا رابدومیولیز ایجاد می‌شود.

شیوع پروتئینوریا

افراد بالغ سالم روزانه کمتر از ۱۵۰ میلی گرم پروتئین از طریق ادرار دفع می‌کنند. ۲۰ درصد از این مقدار آلبومین و سایر آن پروتئین تام هورسفال، قطعاً از ایمونوگلوبولین‌ها و پروتئین‌هایی با وزن مولکولی کم هستند. شیوع میکروآلبومینوریا یا آلبومینوریای متوسط رو به بالا بین ۵/۱ تا ۸/۲ درصد تخمین زده شده است. شیوع آلبومینوریای شدید که در گذشته با عنوان ماکروآلبومینوریا شناخته می‌شد کمتر از ۲ درصد تخمین زده شده است.

اهمیت موضوع مطالعه

پروتئینوریا فاکتور پیش‌بینی کننده معنادار در پیشرفت بیماری‌های کلیوی و ایجاد نارسایی کلیه (ESRD) است؛ همچنین با ریسک افزایش مرگ‌ومیر در بیماری‌های قلبی عروقی در ارتباط است. بر اساس گزارش CDC در سال ۲۰۱۸، بیماری‌های کلیوی پروتئینوریک، نهمین علت مرگ‌ومیر در سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۱۶ بودند. کارآزمایی‌های متعددی ارتباط بین پروتئینوریا با کاهش نرخ فیلتراسیون گلوMERولی (GFR) را تأکید کرده‌اند؛ همچنین کاهش پروتئینوریا با داروهای مهارکننده آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسینی (ACEi) یا بلوک‌کننده‌های گیرنده آنژیوتانسینی (ARBs) با کاهش ریسک ایجاد ESRD و کاهش ریسک کاهش نرخ فیلتراسیون گلوMERولی را نشان می‌دهند.

شرح حال و معاینه بالینی

هر شرح حال و معاینه فیزیکی کامل باید با تأکید بر علائم و نشانه‌های بیماری‌های کلیوی اولیه و ثانویه اخذ شود. بیماری‌های زمینه‌ای مثل فشارخون، بدخیمی‌ها یا عفونت‌های مزمن می‌توانند علت پروتئینوریا باشند؛ همچنین

سابقه خانوادگی بیماری کلیوی می‌تواند در انواع ارثی بیماری مثل نفریت ارثی مثبت باشد. طیفی از بیماری‌های کلیوی به دلیل داروها یا در ارتباط با داروها ایجاد می‌شوند؛ در نتیجه اخذ شرح حال دقیق دارویی ضروری است. معاینات بالینی شامل گرفتن فشارخون و معاینه دقیق قلبی ریوی و همچنین بررسی دقیق ضایعات پوستی از جهت ارتباط برخی از بیماری‌های پوستی با اختلالات کلیوی است. ادم علامت مهمی است که غالباً در بیماران با پروتئینوریای نفروتیک دیده می‌شود.

مطالعات ادرار

قدم اول در بررسی پروتئینوریا اخذ نمونه تصادفی ادرار برای تأیید آن و در ادامه نمونه ادرار صبحگاهی برای رد پروتئینوریای ارتواستاتیک است. پروتئینوریای ارتواستاتیک و همچنین پروتئینوریای خوش‌خیم عملکردی در سطوح پایین پروتئینوریا (کمتر از ۱g در روز) محتمل هستند. وجود فشارخون، کاهش GFR، هماچوری میکروسکوپی و وجود کیست‌های سلولی رد کننده علل خوش‌خیم پروتئینوریای عملکردی هستند.

Dipstick ادراری:

آنالیز Dipstick ادراری تستی رایج در ارزیابی اولیه بیماران با بیماری‌های کلیوی است. درک محدودیت‌های این تست بسیار مهم است. نمونه ادرار غلیظ، ادرار قلیایی یا داروهایی مثل فنازوپیریدین ممکن است منجر به نتایج مثبت کاذب در این تست شود. در مقابل، ادرار اسیدی یا ادرار رقیق می‌تواند منجر به نتایج منفی کاذب در این تست شود؛ در نتیجه برای تفسیر این تست، چگالی اختصاصی ادرار و همچنین pH ادرار نیز باید در نظر گرفته شوند. اخذ تست Dipstick ادراری پس از دریافت ماده حاجب یدی می‌تواند منجر به نتیجه مثبت کاذب شو؛ همچنین این تست فقط پروتئینوریا از نوع آلبومینوری را نشان می‌دهد.

نسبت آلبومین ادراری به کراتینین (UACR): در مقایسه با dipstick ادراری UACR توان بیشتری در پیش‌بینی حوادث قلبی عروقی دارد. UACR در شناسایی آسیب گلوMERولی کمک کننده است. نقص اصلی در UACR، ناتوانی

آن در شناسایی پروتئینوری ناشی از افزایش جریان در انواع پاراپروتئینمیما مثل مالتیپل میلوما است. اندازه گیری میزان کلی پروتئین در برطرف سازی این نقص مؤثر است؛ در نتیجه مطالعات ادراری دیگری به همراه UACR در شرایط پاراپروتئینمیما ضروری است.

نسبت پروتئین ادراری به کراتینین (UPCR): همبستگی نزدیکی بین UPCR و تصادفی و ترشح پروتئین ادراری ۲۴ ساعته وجود دارد. در مقایسه با UACR، UPCR (شامل آلبومین و پروتئین های غیر آلبومینی می شود) توانایی پیش بینی مشابهی برای عوارض بیماری های مزمن کلیوی دارد. فاصله پروتئینی بین پروتئین کلی ادرار و آلبومین ادرار می تواند بیانگر وجود پاراپروتئین ها در بیماری هایی مثل مالتیپل میلوما باشد.

UPCR و UACR می توانند تحت تأثیر نژاد، جنسیت، توده عضلانی و وضعیت تغذیه ای قرار بگیرند. با توجه به اینکه غلظت کراتینین ادرار مخرج تمامی این نسبت ها است، می تواند در بیمارانی با توده های عضلانی بزرگ منجر به دست کم گرفتن پروتئینوری و در بیمارانی با شرایط تغذیه ای ضعیف یا توده عضلانی کم منجر به بیش تخمینی پروتئینوری باشد.

مطالعات ادراری ۲۴ ساعته:

این مطالعات استاندارد طلایی اندازه گیری پروتئینوری هستند، با این حال ممکن است تحت تأثیر بیش جمع آوری و کم جمع آوری قرار گیرد. اندازه گیری پروتئین ادرار بر اساس نمونه تصادفی رویکردی رایج شده است. مطالعه ادرار ۲۴ ساعته همچنان برای تأیید تشخیص یا در شرایط پایشی با درجه های بالای پروتئینوری، در شرایطی که نمونه تصادفی قابل اعتماد نباشد، مثل بیماران با نفریت لوپوسی کاربرد دارد.

ته نشین ادراری (Urine Sediment):

بررسی میکروسکوپی ته نشین های ادراری برای محدود کردن تشخیص های افتراقی پروتئینوری غیر نفروتیک مفید است. حضور RBC های دیسمورفیک، آکانتوسیت هایی با حباب های غشایی و کیست های RBC بیانگر همآچوری گلودرولار است. بیماری با پروتئینوری غیر نفروتیک و همآچوری

گلودرولار ممکن است گلودرولوپاتی اولیه یا ثانویه داشته باشد.

ارزیابی سرولوژیک

هیچ ارزیابی سرولوژیک روتینی برای بیماران با پروتئینوری غیر نفروتیک توصیه نمی شود. وقتی هیچ اتیولوژی واضحی برای پروتئینوری دیده نمی شود، مطالعات سرولوژیک برای علل عفونی، خودایمنی یا نئوپلاستیک ضرورت می یابد. این مطالعات سرولوژیک باید بر اساس شرح حال دقیق و معاینات بالینی طراحی شوند. بررسی عللی مثل نقص ایمنی اکتسابی انسانی (HIV)، سفلیس، هپاتیت B و C به خصوص در افراد پرخطر باید در نظر گرفته شود. بیماران با گلودرولونفریت مرتبط با هپاتیت B و C ممکن است با پروتئینوری غیر نفروتیک تظاهر یابند. بیماران با نفروپاتی غشایی مرتبط با سفلیس ممکن است با پروتئینوری خفیف تا نفروتیک تظاهر یابند. فرایندهای خودایمنی باید در بیماران جوان و بیماران با سابقه خانوادگی اختلالاتی مثل لوپوس و واسکولیت بررسی شوند. تست های سرولوژیک، شامل بررسی آنتی بادی ضد هسته ای، آنتی بادی ضد ds-DNA، آنتی بادی ضد سیتوپلاسم نوتروفیلی و کمپلمان های سرم می توانند در رویکرد تشخیصی به پروتئینوری غیر نفروتیک مؤثر باشند. ارزیابی های سرولوژیک برای بدخیمی ها مثل مالتیپل میلوما نیز ممکن است در نظر گرفته شود.

تصویربرداری کلیه

اولتراسونوگرافی کلیه مدالیتی رایجی برای ارزیابی اولیه بیماری های کلیه است. سایر مدالیتی ها شامل گرافی ساده، CT اسکن MRI، مطالعات داپلر اولتراسوند، اسکن های هسته ای کلیوی و مطالعات پیلوگرافی هستند. تمام بیماران با کاهش عملکرد کلیه با اتیولوژی نامعلوم باید تحت با تصویربرداری کلیوی، به ویژه به منظور رد کردن علل انسدادی ارزیابی شوند. در مورد بیماران با پروتئینوری با حفظ GFR نیز باید برای رد علل ساختاری بیماری های کلیوی تصویربرداری انجام شود. اولتراسونوگرافی برای ارزیابی سایز و بافت کلیه پیش از انجام بیوپسی ضروری است.

بیوپسی کلیه:

بیوپسی کلیه ممکن است در ارزیابی پروتئینوری غیر نفروتیک برای تأیید تشخیص انجام شود؛ اما راهکارهای درمانی فقط در درصد کمی از بیماران تغییر کرده اند (>۱۵ درصد). در مجموع، بیماران با پروتئینوری ایزوله غیر نفروتیک پیش آگهی بهتری از بیماران با پروتئینوری غیر نفروتیک دارند. بسیاری از نفرولوژیست ها تنها در بیمارانی با پروتئینوری بیش از ۱g از بیوپسی کلیه استفاده می کنند.

مطالعات ژنتیک مولکولی

مطالعات ژنتیکی به خصوص باید در مورد بیماران با پروتئینوری غیر نفروتیک با سابقه خانوادگی بیماری های کلیوی استفاده شود. بیماران با سابقه خانوادگی شناخته شده بیماری فابری (Fabry Disease) یا سندرم آلپورت ممکن است بدون بیوپسی کلیه وارد تست های ژنتیک شوند. مطالعه ژنتیکی برای بیماری فابری تأیید کننده است. پروتئینوری غیر نفروتیک ممکن است اولین تظاهر بالینی بیماری فابری در افراد با بیماری های کلیوی محدود باشد.

در بیماران با سابقه خانوادگی سندرم آلپورت با یک جهش شناخته شده، تست های ژنتیک مولکولی می تواند برای ژن مدنظر انجام شود. یک تست مثبت برای موتاسیون شناخته شده، می تواند ضرورت انجام بیوپسی کلیه را حذف کند. سکانسینگ DNA نیز روشی دیگر برای بیمارانی با شاخصه های دیگر سندرم آلپورت و بدون سابقه خانوادگی این سندرم است؛ در نتیجه تست های ژنتیکی می توانند به بیمارانی با پروتئینوری غیر نفروتیک که مایل به انجام بیوپسی کلیه نیستند، پیشنهاد شود. تست های ژنتیکی همچنین برای بیماران با FSGS در دسترس است. نداشتن سابقه خانوادگی نیاز به تست ژنتیکی را رد نمی کند؛ چراکه بسیاری از ژن های شناخته شده برای FSGS نفوذ ناقص دارند. نتیجه درمان مستقیم فردی را تحت تأثیر قرار نمی دهد، اما ممکن است مشاوره خانواده، به خصوص در ارتباط با کیس های دهنده پیوند کلیه را تحت تأثیر قرار دهد.

درمان

کنترل فشارخون با هدف رساندن آن به کمتر از $130/80$ mmHg مهم‌ترین درمان برای بیماران با پروتئینوریا است. مهار سیستم رنین-آنژیوتانسین-آلدوسترون (RAAS) خط اول درمان ضدفشار خون است. مهارکننده‌های RAAS شامل ACEis و ARBs هستند. این داروها مستقل از تأثیرشان بر کاهش فشارخون، منجر به کاهش پروتئینوریا می‌شوند. کارآزمایی‌های بالینی متعددی از استفاده از مهارکننده‌های RAAS در درمان بیماران با بیماری‌های کلیوی غیر دیابتی حمایت کرده‌اند.

آنتاگونیست‌های گیرنده‌های مینرالوکورتیکوئیدها (MRAs) می‌توانند در صورت اندیکاسیون به ACEis و ARBs اضافه شود؛ همچنین بلاک‌کننده‌های کانال‌های کلسیمی غیر دی‌هیدروپیریدینی، مثل وراپامیل و دیلتیازم از طریق کاهش فشار فیلتراسیون

جمع‌بندی

ایجاد پروتئینوریا پیامدهای معناداری در پیش‌آگهی بیماری‌های مزمن کلیوی و افزایش خطر قلبی‌عروقی دارد. نوع پروتئینوریا ممکن است کلیدهای تشخیصی مهمی در مورد تعیین اتیولوژی بیماری مزمن کلیوی فراهم کند. ارزیابی‌ها شامل بررسی ته‌نشین‌های ادراری، ارزیابی‌های سِرولوژیک و بیوپسی کلیه در صورت ضرورت است. تغییرات سبک زندگی و آنتاگونیست‌های RAAS پایه‌های اصلی مدیریت محافظه‌کارانه برای تمام بیماران با بیماری‌های کلیوی پروتئینوریک را تشکیل می‌دهند. درمان‌های مبتنی بر سرکوب سیستم ایمنی، بسته به اتیولوژی بیماری کلیوی، می‌تواند مطلوب باشد. لازم است راهکارهای درمانی اختصاصی دیگر برای کاهش پروتئینوریا و کاهش سرعت پیشرفت بیماری‌های کلیوی ایجاد شود.

گلوMERولی منجر به کاهش پروتئینوریا می‌شوند. ویتامین D نیز ممکن است از طریق مهار بیان ژن‌های پرورنین و در نتیجه مهار سیستم RAAS در کاهش پروتئینوریا نقش داشته باشد.

آنتاگونیست‌های گیرنده‌های اندوتلینی (ETA) برای اثرات ضد پروتئینوریکشان نیز در حال بررسی هستند.

درمان با استاتین‌ها نیز برای تمام بیماران مزمن کلیوی با سن بیشتر از پنجاه سال توصیه می‌شود. نقش محدود کردن مصرف پروتئین به منظور کاهش پروتئینوریا همچنان مناقشه‌برانگیز است؛ همچنین تغییرات سبک زندگی، مثل قطع مصرف سیگار و کاهش وزن، ممکن است به کاهش پروتئینوریا کمک کند.

اگر بیوپسی کلیه انجام شود، درمان سرکوب ایمنی ممکن است پایه درمان ضد پروتئینوریا برای بیماران با گلوMERولونفریت حاد و نفریت توبولواینترستیشیل باشد.

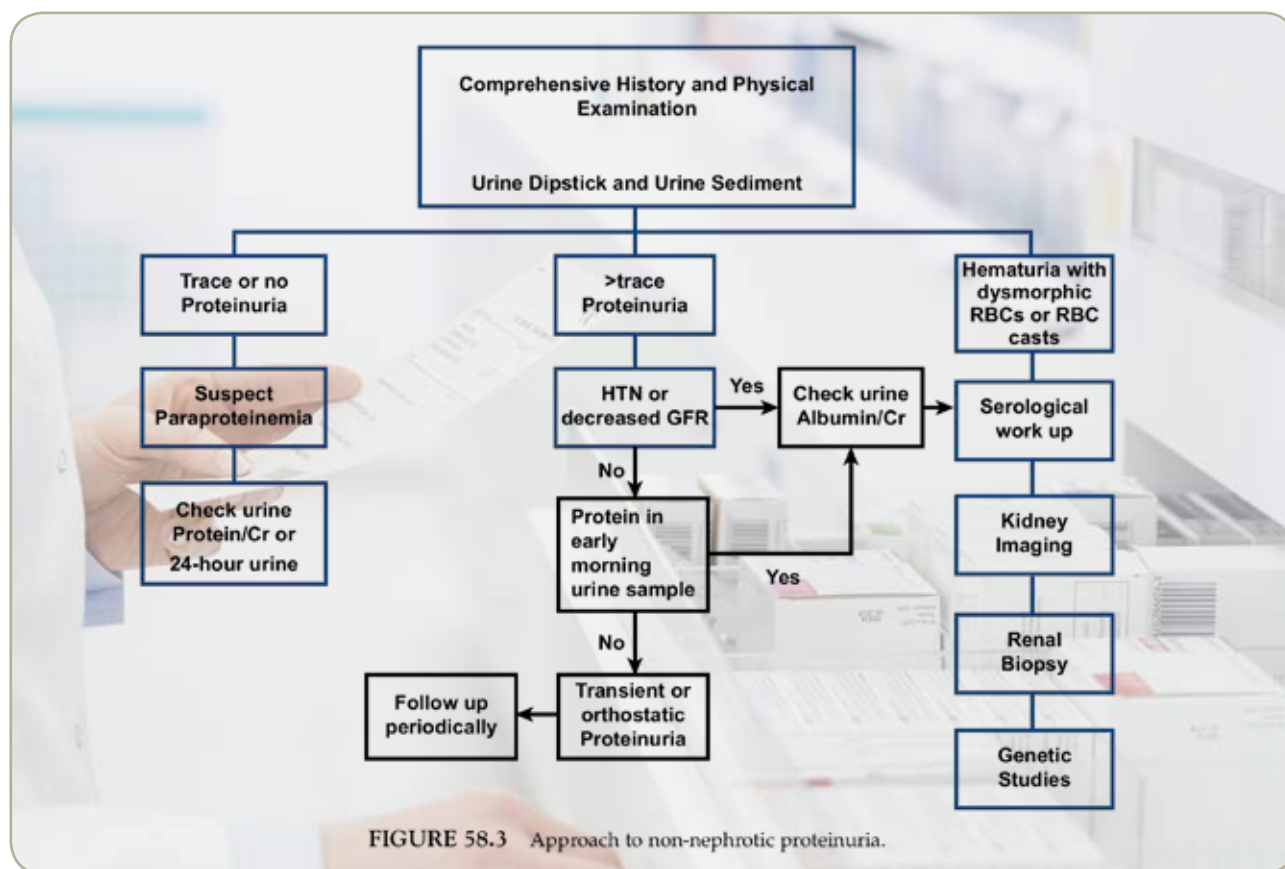


FIGURE 58.3 Approach to non-nephrotic proteinuria.

کم کاری تیروئید تحت بالینی و بیماری های قلبی عروقی

و ارتباط آن با مرگومیر



Association of Subclinical Hypothyroidism and Cardiovascular Disease with Mortality

Inoue K, Ritz B, Brent GA, Ebrahimi R, Rhee CM, Leung AM
JAMA Netw Open. 2020 Feb 5;3(2):e1920745.

کم کاری تیروئید تحت بالینی یا افزایش سطح تیروتروپین (TSH) با سطح طبیعی تیروکسین آزاد (FT4)، اختلالی شایع است که تقریباً ۱۰ درصد از افراد بالغ را تحت تأثیر قرار می دهد. یک مطالعه مروری قبلی، در افرادی که کم کاری تیروئید آشکار دارند و حتی افرادی که کم کاری تیروئید تحت بالینی دارند، نا هنجاری های قلبی عروقی (مانند اختلال عملکرد بطن چپ و اختلال در عروق) گزارش کرده است.



و غیرمستقیم به ما کمک می کند تا اثر بخشی بالقوه راهبردهای مداخله را در نظر بگیریم. در صورت وجود ارتباطات غیرمستقیم درخور توجه برای کم کاری تیروئید تحت بالینی یا غلظت TSH در حد زیاد نرمال، غربالگری فعال CVD برای بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تحت بالینی ممکن است برای کاهش خطر مرگومیر در این گروه مفید باشد. این مطالعه بر اساس ارتباط بین کم کاری تیروئید و CVD در جمعیت عمومی ایالات متحده انجام شده است. برای آنالیز کردن واسطه ای به منظور بررسی قدرت هر گونه واسطه، از کم کاری تیروئید تحت بالینی یا غلظت TSH در حد بالای نرمال گرفته تا همه علل مرگومیر از طریق CVD استفاده شده است.

قلبی عروقی (CVD) و مرگ نامشخص است. در همین حال، برخی از مطالعات اخیر حاکی است حتی غلظت TSH در حد نرمال با افزایش خطر ابتلا به CVD و مرگومیر در بین جمعیت عمومی ایالات متحده یا بزرگسالان مبتلا به بیماری مزمن کلیه همراه است که نشانگر اهمیت در نظر گرفتن تغییرات در محدوده هنجار TSH هنگام ارزیابی طولانی عواقب نامطلوب سلامتی است. این روش اپیدمیولوژیک، ارتباط کل عاملی خطر را با نتیجه (به عنوان مثال کم کاری تیروئید تحت بالینی یا غلظت TSH با نرمال زیاد با مرگومیر) را به ارتباطی مستقیم (نه از طریق CVD) و ارتباطی غیرمستقیم (از طریق CVD) تجزیه می کند. تمایز رابطه های مستقیم

هورمون تیروئید ناکافی باعث اختلال در عملکرد قلبی می شود و ممکن است منجر به برادی کاردی، اختلال عملکرد اندوتلیال، افزایش ضخامت اینتیمای محیط، عملکرد دیاستولیک، افزایش مقاومت عروقی و افیوژن پریکارد شود؛ همچنین سایر مطالعات اپیدمیولوژیک ارتباطی بین کم کاری تیروئید تحت بالینی یا غلظت TSH نرمال (غلظت TSH سرم در انتهای بالای محدوده طبیعی) با دیس لیپیدی، افزایش مقاومت به انسولین و فشار خون بالا در سندرم متابولیک نشان داده اند. با وجود این مکانیسم ها و شواهد در مورد بار احتمالی TSH زیاد بر متابولیسم قلبی، پیوند علیتی بالقوه بین کم کاری تیروئید تحت بالینی، بیماری

مواد و روش‌ها

● منابع داده و جمعیت مورد مطالعه

۱۰۱۲۶ شرکت کننده با سن بیست سال یا بیشتر در ثبت نام وجود داشتند که غلظت TSH و FT4 سرم آن‌ها در دسترس بود که شرکت کنندگان ذیل را حذف کردیم: بدون داده برای آموزش (ده شرکت کننده)؛ سیگار کشیدن (هفت شرکت کننده)؛ سابقه مرگ در نزدیکان (یازده شرکت کننده)؛ زنان باردار یا شیرده (۱۸۹ شرکت کننده)؛ استفاده از داروهایی که ممکن است عملکرد تیروئید سرم را تغییر دهد، مانند آمیودارون، جایگزینی هورمون تیروئید و/یا داروهای ضد تیروئید (۵۰۸ شرکت کننده)؛ شرکت کنندگان با غلظت TSH سرم زیر حد کمتر از محدوده طبیعی یا غلظت FT4 غیرطبیعی سرم (۳۸۱ شرکت کننده). گروه تحلیلی نهایی شامل ۹۰۲۰ شرکت کننده بود.

● تعریف عملکرد تیروئید سرم

TSH سرم از شرکت کنندگان با استفاده از روش ارزیابی ایمنی میکروذرات آنزیم اندازه گیری شد و FT4 سرم با ارزیابی ایمنی آنزیمی دومرحله‌ای اندازه گیری شد. دامنه‌های طبیعی TSH و FT4 به ترتیب ۰/۳۴ تا ۵/۶۰ mIU/L و ۰/۶ تا ۱/۶ نانوگرم در دسی لیتر (برای تبدیل FT4 به پیکومول در لیتر، ضرب در ۱۲۰۸۷۱) تعیین شد. شرکت کنندگان با غلظت TSH و FT4 سرم در محدوده طبیعی، دارای عملکرد تیروئید نرمال در نظر گرفته شدند. شرکت کنندگان با غلظت TSH سرم بیشتر از حد بالایی محدوده طبیعی و غلظت FT4 در محدوده طبیعی دچار کم کاری تیروئید تحت بالینی در نظر گرفته شدند.

● CVD و سایر متغیرها

بیماری‌های عروق کرونر و حوادث غیر کشنده CVD (نارسایی احتقانی قلب، آنژین، انفارکتوس میوکارد یا سکته مغزی) با گزارش خود شخص در ابتدا مشخص شد. متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، نژاد/قومیت و وضعیت تحصیلی پاسخ دهندگان بودند. وضعیت سیگار کشیدن، سابقه سرطان، دیابت، فشارخون بالا یا دیس لیپیدمی و دریافت نسخه‌ای از استاتین نیز گزارش شد. وزن و قد برای محاسبه شاخص توده

بدنی اندازه گیری شد. اندازه گیری کراتینین سرم مطابق کتابچه راهنمای آزمایشگاه برای NHANES ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲، ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۸، ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۲ انجام شد که از آن همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد، نرخ تصفیه گلومرولی تخمین زده شده (میلی لیتر در دقیقه در ۱.۷۳ مترمربع) محاسبه شد.

بحث

با استفاده از تجزیه و تحلیل‌ها، دریافتیم که CVD، ۱۴،۳ درصد از همبستگی کم کاری تیروئید تحت بالینی و ۵/۹ درصد از همبستگی TSH با حد بالای نرمال را با همه علل مرگومیر، در نمونه‌های نماینده جمعیت عمومی بزرگسالان ایالات متحده میانجی‌گری می‌کند. میانجی‌گری CVD، به‌ویژه در زنان و شرکت کنندگان شصت سال و بیشتر، در طبقه‌بندی بر اساس جنس و سن مشاهده شد. در حالی که TSH با حد پایین نرمال با افزایش خطر علل مرگومیر همراه بود، ما شواهدی مبنی بر میانجی‌گری CVD برای این گروه پیدا نکردیم. رهنمودهای بالینی فعلی انجمن تیروئید آمریکایی و انجمن تیروئید اروپایی درمان کم کاری تیروئید تحت بالینی را هنگامی که $TSH \geq 10 \text{ mIU/L}$ یا کمتر (بدون علائم در افراد جوان‌تر) است، توصیه نمی‌کند. این توصیه با توجه دو بررسی جامع اخیر انجام شده است که شواهد راجع به مزایای بالینی درمان جایگزینی هورمون تیروئید برای کیفیت زندگی یا علائم کم کاری تیروئید در بزرگسالان، به‌ویژه افراد سالخورده با کم کاری تیروئید تحت بالینی، انجام شده است. متاآنالیز قبلی گزارش داد کم کاری تیروئید تحت بالینی با خطر بیشتر CVD همراه است؛ بنابراین درمان با لووتیروکسین توصیه می‌شود. وقتی غلظت TSH سرم به 10 mIU/L یا بیشتر برسد، یافته‌ها در مورد افزایش خطر مرگومیر در میان شرکت کنندگان با کم کاری تیروئید تحت بالینی (تعریف شده به $TSH > 5.6 \text{ mIU/L}$) با CVD میانجی‌گری شده است، در مقایسه با کسانی که غلظت TSH آن‌ها متوسط است، نشان می‌دهد سطح بالاتر TSH ممکن است عاملی خطرزا برای CVD و همچنین مرگومیر باشد، حتی هنگامی که سطح TSH فقط در حد متوسط بالا

می‌رود. در مطالعه حاضر، ارتباطی منحنی U بین غلظت TSH سرم و خطر مرگومیر، حتی در غلظت نرمال TSH و FT4 سرم مشاهده کردیم. علاوه بر این، CVD ارتباط بین حد بالای نرمال TSH و مرگومیر را میانجی‌گری می‌کند. در حالی که تأثیر غیرمستقیم تخمین زده شده برای TSH با حد بالای نرمال کم است، باید تأثیر این رابطه در نظر گرفته شود، با توجه به اینکه شرکت کنندگان با TSH با حد بالای نرمال تقریباً یک سوم از کل جمعیت (طبق تعریف) را در مطالعه حاضر تشکیل می‌دهند. نتایج حاصل از مطالعات قبلی که به بررسی ارتباط عملکرد تیروئید سرم در محدوده طبیعی و پیامدهای جانبی مختلف طولانی‌مدت پرداخته‌اند در جمعیت‌های مختلف ناسازگار بوده است.

Rhee و همکارانش ارتباطی بین حد بالای غلظت نرمال TSH و میزان مرگومیر در بین مبتلایان به بیماری مزمن کلیه، از جمله افرادی که دیالیز دریافت می‌کنند، گزارش داده‌اند. یافته‌های ما پشتیبانی بیشتری درباره اهمیت در نظر گرفتن تغییرات در محدوده نرمال سطح هورمون تیروئید (از نظر آماری که بین درصد ۲/۵ و ۹۷/۵ در جمعیت سالم تعریف شده است) هنگام ارزیابی خطر مرگومیر در جمعیت عمومی ایالات متحده ارائه می‌دهند. چندین مکانیسم بالقوه وجود دارد که ممکن است ارتباط کم کاری تیروئید تحت بالینی و حد بالای نرمال TSH (حد پایین نرمال عملکرد تیروئید) را با مرگ میانجی‌گری شده از طریق CVD توضیح دهد. هورمون تیروئید یکی از تنظیم کننده‌های بسیار مهم عملکرد قلب و همودینامیک قلبی عروقی است؛ بنابراین سطح ناکافی هورمون تیروئید باعث به استراحت در آمدن سلول‌های عضله صاف عروق و کاهش انقباض قلبی با تنظیم جذب کلسیم و بیان چندین پروتئین انقباضی در کاردیومیوسیت‌ها می‌شود؛ همچنین سطح پایین هورمون تیروئید مقاومت عروقی سیستمیک را افزایش داده و با کاهش اکسید نیتریک در دسترس باعث اختلال در عملکرد اندوتلیال می‌شود. مطالعات قبلی گزارش داده‌اند عملکرد پایین تیروئید حتی در محدوده طبیعی با سندرم متابولیک به دلیل افزایش مقاومت به انسولین همراه است و ممکن است در پیشرفت آترواسکروز و



خطر ابتلا به CVD نقش داشته باشد. در حالی که مکانیسم‌های زیربنایی دقیق هنوز مشخص نیستند، مکانیسم‌های بیولوژیکی از یافته‌های ما پشتیبانی می‌کنند که CVD تا حدی ارتباط غلظت‌های بیشتر TSH با مرگ را میانجی‌گری می‌کند. در تجزیه و تحلیل‌های طبقه‌بندی شده، دریافتیم میانجی‌گری از طریق CVD در زنان بیشتر است. به طور کلی به خوبی مشخص شده است زنان در معرض خطر بیشتری به سبب کم‌کاری تیروئید تحت بالینی نسبت به کم‌کاری عمومی هستند.

مطالعه‌ای که پیشتر در نروژ انجام شده است همچنین ارتباطی بین حد بالای نرمال غلظت TSH و CVD در زنان (نه در مردان)، مطابق با نتایج ما نشان داده است؛ همچنین دریافتیم حد بالای نرمال غلظت TSH نرمال با افزایش خطر مرگ‌ومیر در شرکت‌کنندگان کمتر از شصت سال و در شصت سال یا بیشتر همراه است. با این حال، ما قدرت کافی برای برآورد میزان تأثیر (از نظر آماری معنی‌دار) در شرکت‌کنندگان جوان‌تر را نداریم؛ زیرا به مطالعات بزرگ‌تر با دوره پیگیری طولانی‌تر نیاز دارند. میانجی‌گری CVD در ارتباط بین غلظت بیشتر TSH و مرگ‌ومیر فقط در افراد مسن مشاهده شد. اگرچه نباید هورمون درماني تیروئید به طور معمول به بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید تحت بالینی پیشنهاد شود، یافته‌های ما حاکی از اهمیت تحقیقات بیشتر در مورد اثربخشی بالینی مداخلات پزشکی (مانند برنامه پیشگیری از CVD) برای جمعیت‌های خاص با کم‌کاری تیروئید تحت بالینی یا حتی در گروه‌هایی با حد پایینی عملکرد نرمال تیروئید است؛ همچنین ارتباطی بین حد پایینی غلظت نرمال TSH (عملکرد تیروئید با حد بالای نرمال) و مرگ‌ومیر، به‌ویژه در آقایان و جمعیت جوان‌تر، مشاهده کردیم. با این حال، هیچ مدرکی برای میانجی‌گری از طریق CVD پیدا نکردیم. مطالعات قبلی حاکی از افزایش خطر ابتلا به CVD و مرگ‌ومیر در بین افرادی با حد بالای نرمال عملکرد تیروئید است. گزارش شده است سطح هورمون تیروئید افزایش یافته بر کیفیت زندگی و عملکرد شناختی و همچنین سیستم قلبی عروقی در جمعیت‌های جوان و میان‌سال تأثیر منفی می‌گذارد. علاوه بر این، کولت و

ارائه نمی‌دهد. دوم، در حالی که بعید به نظر می‌رسد CVD غلظت TSH سرم را تحت تأثیر قرار دهد و باید احتمال رابطه معکوس را در نظر بگیریم (اینکه وضعیت تیروئید شرکت‌کنندگان قبل از CVD متفاوت از وضعیت تیروئید در زمان ورود به مطالعه بود). سوم، چون CVD و سایر تاریخچه‌های پزشکی به وسیله خود بیمار گزارش شده بودند، ممکن است عامل میانجی‌گر و مخدوش‌گر اشتباه طبقه‌بندی شده باشند.

همکاران گزارش دادند خطر مرگ‌ومیر در غلظت‌های کمتر TSH در مردان کمی بیشتر از زنان است. به مطالعات بیشتری برای شناسایی عوامل مسئول برای ارتباط غلظت TSH کمتر با مرگ و تأیید ناهمگونی مشاهده‌شده از نظر جنس و سن نیاز داریم.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

قدرت اصلی این مطالعه تخمین مسیر بالقوه از غلظت TSH سرم به مرگ‌ومیر از طریق CVD در نمونه‌ای بزرگ از جمعیت عمومی ایالات متحده است که از طریق ارتباط فردی با بانک اطلاعاتی مرگ‌ومیر ملی آمریکا با گرفتن دقیق گزارش مرگ است. علاوه بر این، از TSH و FT4 سرم برای تعریف کم‌کاری تیروئید تحت بالینی استفاده کردیم که در مطالعات قبلی به دلیل کمبود داده FT4 اجرا نشده است. با این حال، مطالعه ما نیز محدودیت‌های مختلفی دارد. در مرحله اول، در نظر گرفتن هرگونه روند یا تغییر در عملکرد تیروئید در طول پیگیری امکان‌پذیر نبود؛ بنابراین مطالعه حاضر هیچ اطلاعاتی در مورد اهمیت درمان با جایگزینی هورمون تیروئید در صورتی که سطح بالای TSH متعاقباً باعث استفاده از دارو در شرکت‌کنندگان شود،

نتیجه‌گیری

با استفاده از بانک اطلاعاتی ملی بزرگ‌سالان در ایالات متحده، این مطالعه نشان داد CVD ارتباط بین کم‌کاری تیروئید تحت بالینی و حد بالای غلظت نرمال TSH با مرگ‌ومیر را، به‌ویژه در زنان و احتمالاً در افراد مسن، میانجی‌گری می‌کند. شواهدی نیافتیم که CVD ارتباط بین حد پایین غلظت نرمال TSH تا مرگ‌ومیر را میانجی‌گری می‌کند. به مطالعات بیشتری نیاز داریم تا فواید بالینی درمان جایگزینی هورمون تیروئید در نظر گرفته‌شده برای غلظت TSH در اواسط نرمال یا غربالگری فعال CVD برای افراد با غلظت زیاد TSH را بررسی کنیم.

VITABIOTICS
SCIENCE OF HEALTHY LIVING

**Super Strength
with Vitamin D
500 IU**



Fish Oil

شریت روغن ماهی (امگا ۳)

موثر در بهبود رشد و تکامل عصبی و همچنین بینایی در کودکان و نوزادان در حال رشد
بهبود مشکلات عدم تمرکز و پیش فعالی در کودکان و نوجوانان / کاهش ریسک بروز حوادث قلبی

45 YEARS
VITABIOTICS
Est. 1971

THE QUEEN'S AWARDS
FOR ENTERPRISE
2018

Britain's leading
supplements
for specific life stages

UK's
Nº1
VITAMIN
COMPANY

مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۴۱۷۸۲

www.vitabiotics.com / www.vitabiotics.ir



[vitabioticsiran](https://www.instagram.com/vitabioticsiran)



[telegram.me/vitabioticsiran](https://t.me/vitabioticsiran)

دیس منوره

دردهای همراه با قاعدگی

دیس منوره اختلال ژنیکولوژی شایعی است که حدود ۶۰ درصد زنان دارای قاعدگی را مبتلا می‌کند. در دیس منوره اولیه درد قاعدگی بدون پاتولوژی لگنی رخ می‌دهد، در حالی که در دیس منوره ثانویه قاعدگی‌های دردناک همراه با پاتولوژی زمینه‌ای وجود دارند.



دیس منوره اولیه

معمولاً در عرض ۱ تا ۲ سال بعد از شروع اولین قاعدگی، یعنی هم‌زمان با تثبیت سیکل‌های همراه با تخمک‌گذاری، پدیدار می‌شود. این اختلال در زنان جوان تر رخ می‌دهد؛ اما گاهی تا دهه پنجم زندگی پابرجا می‌ماند. دیس منوره ثانویه معمولاً سال‌ها بعد از منارک و گاهی همراه با سیکل‌های عدم تخمک‌گذاری دیده می‌شود. علت دیس منوره اولیه افزایش تولید یا مقدار نامتعادل پروستاگلاندین‌های ترشح‌شده

از آندومتر در طی قاعدگی است. این پروستاگلاندین‌ها باعث افزایش انقباضات رحمی و کاهش جریان خون رحمی و افزایش حساسیت اعصاب محیطی شده و در ایجاد درد نقش دارند. درد ناشی از دیس منوره اولیه معمولاً چند ساعت قبل یا درست بعد از شروع پریود قاعدگی آغاز شده و ممکن است ۴۸ تا ۷۲ ساعت طول بکشد. درد ماهیت کولیکی دارد و همراه به آن، درد انتشاریابنده به قدام ران، تهوع، استفراغ و اسهال و به‌ندرت حملات سنکوپ دیده می‌شود. درد با ماساژ شکم، فشار متقابل یا حرکت بدن بهتر می‌شود. درمان معمولاً با مسکن‌های گروه NSAID انجام می‌شود که مهارکننده پروستاگلاندین سنتاز هستند. این مسکن‌ها باید ۱ تا ۳ روز قبل از شروع خونریزی قاعدگی و اگر قاعدگی‌ها نامنظم هستند، در هنگام آغاز اولین درد خفیف یا خونریزی شروع شوند؛ همچنین باید به‌منظور

جلوگیری از تشکیل مجدد فرآورده‌های جانبی پروستاگلاندینی به‌طور مداوم هر ۶ تا ۸ ساعت مصرف شوند. درمان طبیی باید در چند روز اول خونریزی قاعدگی انجام شود و برای تعیین پاسخ مناسب بیماران به درمان، باید یک دوره ۴ تا ۶ ماهه درمان انجام شود. اگر درمان اولیه موفق نبود باید تغییر دوز و تغییر نوع مسکن امتحان شود. البته این درمان دارویی در بیماران مبتلا به زخم‌های دستگاه گوارش یا حساسیت شدید برونش‌ها به آسپرین ممنوع است. عوارض جانبی معمولاً خفیف و شامل تهوع، اسهال، سوءهاضمه و گاهی خستگی است. دیده شده است قرص‌های ضدبارداری به‌اندازه مسکن‌ها مؤثر هستند. در آن دسته از بیماران مبتلا به دیس منوره اولیه که به جلوگیری از حاملگی هم علاقه دارند، مصرف این قرص‌ها بهترین روش درمان است. درمان توأم مسکن‌های گروه NSAID و قرص‌های

می توان این روش ها را مدنظر قرار داد. ضایعات اندومتریوزی باید تحت تخریب یا رزکشن قرار گیرند. در زنانی که تمایل به حفظ باروری ندارند و دچار دیس منوره ثانویه شدید هستند، برداشتن رحم و لوله ها و تخمدان ها و خارج کردن ضایعات اندومتریوزی ترجیح داده می شود. برداشتن رحم بدون تخمدان ها سبب احتمال بیشتر عود بیماری و احتمال ۳۰ درصدی جراحی مجدد می شود.

اندومتریوز رکتواژینال اغلب از نوع عمقی است و عصب گیری بسیار زیادی دارد و با درد سیکیلیک شدید لگن و درد هنگام نزدیکی همراه است. رزکشن لاپاراسکوپیک این ضایعات ممکن است از نظر جراحی مشکل ساز باشد. در این وضعیت هورمون درمانی ممکن است مؤثر باشد.

آدنومیوز: وجود استروما و غدد اندومتری در داخل عضله میومتر رحم به صورت نابجا، به کرات آدنومیوز، اندومتریوز و فیبروم های رحمی هم زمان باهم وجود دارند. اگر چه گاهی آدنومیوز در سنین کم باروری دیده می شود، سن متوسط زنان علامت دار بیشتر از چهل سال است.

علائم آدنومیوز: خونریزی شدید یا طولانی مدت قاعدگی، دیس منوره و درد هنگام نزدیکی است. علائم اغلب حدود دو هفته قبل از شروع خونریزی قاعدگی آغاز می شوند و تا قطع خونریزی برطرف نمی شوند. رحم معمولاً به صورت منتشر بزرگ می شود، اما بیشتر مواقع کوچک تر از ۱۴ سانتی متر است و اغلب حالت نرم و حساس دارد. تشخیص آدنومیوز بالینی بر اساس علائم بیمار است. تشخیص قطعی آن به وسیله نمونه برداری است. سونوگرافی لگن یا MRI مفید هستند.

روش درمان

به سن بیمار و تمایل وی برای حفظ باروری در آینده بستگی دارد. روش قطعی درمان آدنومیوز برداشتن رحم است؛ اما قبل از آن می توان از مسکن های ضدالتهابی و قرص های ضدبارداری خوراکی، آیودی های حاوی لوونورسترول، مهار قاعدگی با پروژستین های خوراکی یا اگونیست های GnRh استفاده کرد.

تخمدان، ناهنجاری های مادر زادی لگن و تنگی سرویکس (دهانه رحم)، شایع ترین علت دیس منوره ثانویه اندومتریوز است و بعد از آن آدنومیوز و آیودی مطرح هستند. احتمال جواب دهی دیس منوره ثانویه به مسکن ها و قرص های ضدبارداری خوراکی کمتر است. آدنومیوز: در زنان مبتلا به غدد و استرومای آندومتر در خارج از حفره رحم، مثل تخمدان ها، روده، دیافراگم و به طور پراکنده در حفره لگن یافت می شوند.

علائم آدنومیوز: دیس منوره شدید و درد سیکیلیک لگن که حدود دو هفته قبل از خونریزی قاعدگی شروع می شود. علائم دیگر عبارت اند از درد در هنگام نزدیکی، کاهش باروری، خونریزی نامنظم، عفونت ادراری، تکرر ادرار و به ندرت دفع خون در مدفوع یا ادرار.

تشخیص بر پایه علائم بیمار به صورت بالینی، سونوگرافی، آزمایش (افزایش CA125 که البته برای آدنومیوز قطعی نیست)، مشاهده مستقیم در حین عمل جراحی با لاپاراسکوپ یا لاپاراتومی است. ضایعات مشکوک حین جراحی باید نمونه برداری شوند.

درمان دیس منوره ثانویه:

- 1. درمان طبی که اولین خط درمانی است و شامل قرص های ضدبارداری همراه با مسکن های ضدالتهابی بدون آن هاست
- 2. دومین خط درمان طبی شامل دوز زیاد پروژستین ها یا آنالوگ های هورمون آزادکننده گنادوتروپین (GnRh) است.

ضدبارداری خوراکی ممکن است مؤثرتر از درمان تک تک این عوامل باشد. اگر بیمار به این رژیم جواب نداد، می توان کدئین را به مدت ۲ تا ۳ روز در همراه به این رژیم درمانی اضافه کرد.

درمان غیر دارویی، به ویژه حرارت، طب سوزنی یا تحریک عصب الکتریکی از طریق پوست هم ممکن است سودمند باشد.

داده های کافی در حمایت از هیچ گونه رژیم ویتامینی یا گیاهی وجود ندارد.

دیس منوره ثانویه

نوعی درد سیکیلیک مرتبط با قاعدگی است که در ارتباط با اختلالات زمینه ای لگن رخ می دهد. درد معمولاً ۱ تا ۲ هفته قبل از خونریزی قاعدگی شروع می شود و تا چند روز بعد از قطع خونریزی ادامه می یابد. علت های زمینه ساز عبارت اند از آدنومیوز، آدنومیوز، عفونت لگنی، آیودی مسی کیست های

فلوچارت تشخیص و درمان بیماری COVID-19 در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری

نسخه دوم / سیزدهم اسفند ماه ۱۳۹۸

② گروه ب-بیماران با بیماری زمینه ای:

- بیماری قلبی -عروقی
- فشارخون
- دیابت
- بیماری های تنفسی زمینه ای
- BMI > 40

بدیهی است که استفاده از ماسک جراحی برای تمام افرادی که دچار علائم تنفسی شده اند، برای کاهش میزان انتقال به سایرین توصیه می شود. توضیح: ماسک N95 برای مراقبین بیمار در مراکز درمانی و عمدتاً در حین انجام اقدامات منجر به تولید آئروسول توصیه می شود.

این خدمات با توجه به ملاحظات اجرایی تنظیم شده است و در صورت نیاز به روزرسانی خواهد شد:

خدمات تشخیص -درمان سرپایی

کلیه پزشکان اعم از بخش دولتی، خصوصی و خیریه ها باید به این فلوچارت دسترسی داشته و می توانند به عنوان قدم اول در غربالگری بیماران کمک کنند. در مراجعه فرد به هر مرکز درمانی سرپایی باید مطابق فلوچارت مصوب کمیته علمی، به شرح زیر عمل نمود:

کلیه افرادی که با علائم گلو درد، سرفه خشک، با



با تمرکز بر "دستورالعمل کشوری کرونا ویروس جدید" این راهنما به عنوان ضمیمه فلوچارت نحوه برخورد با بیماران در سطوح سرپایی و بستری است که در تاریخ دوازدهم اسفند ماه سال ۱۳۹۸ به تصویب نهایی کمیته علمی کرونا ویروس رسیده است. ممکن است این پروتکل با نظر کمیته علمی و براساس شواهد علمی و ارزیابی های میدانی (من جمله تعداد بیماران بستری و میزان تجویز مصرف دارو) در فواصل زمانی مورد نیاز به روزرسانی شود.



مورد قطعی

◀ جداسازی ویروس COVID-19 از فرد با علائم تنفسی

گروه های در معرض خطر ابتلا به بیماری COVID 19 عارضه دار

دو گروه زیر بعنوان افرادی که در معرض ابتلا به بیماری COVID 19 عارضه دار قرار دارند، در نظر گرفته شده است،

در این راهنما گروه الف به عنوان پر خطر و گروه ب بعنوان در معرض خطر تلقی می شوند:

- ① گروه الف-بیماران با نقص ایمنی:
 - تحت درمان با کورتیکواستروئید (بیش از 12.5mg/d پردنیزولون بیش از دو هفته)
 - شیمی درمانی
 - بدخیمی ها
 - پیوند اعضا
 - مبتلایان به HIV

تعریف موارد بیماری

مورد مشکوک

- ◀ بیمار با شرح حال سرفه خشک یا لرز یا گلودرد همراه با تنگی نفس یا یا بدون تب
- ◀ بیمار با علائم تنفسی فوقانی/تحتانی با تظاهرات رادیولوژیک بصورت انفیلتراسیون مولتی لوبولر یک یا دو طرفه در CT scan یا گرافی قفسه صدری

مورد محتمل

- ◀ هر مورد مشکوک که در عرض ۱۴ روز قبل سابقه تماس نزدیک با مورد قطعی COVID-19 را داشته باشد.
- ◀ هر مورد مشکوک که در عرض ۱۴ روز قبل سابقه حضور در مناطق با اپیدمی COVID 19 را داشته باشد.
- ◀ فرد مبتلا به پنومونی که علیرغم درمان های مناسب، پاسخ بالینی نامناسب داشته و به شکل غیر معمول و سرعت غیر قابل انتظاری وضعیت بالینی بیمار حادث تر و وخیم تر شود.



رژیم دودارویی

رژیم درمانی دودارویی در بیماران سرپایی:
اسلتامیویر+هیدروکسی کلروکین/کلروکین

① اسلتامیویر ۷۵ میلی گرم دوبار در روز برای ۵ روز

② هیدروکسی کلروکین سولفات ۲۰۰ میلی گرم یا کلروکین فسفات ۲۵۰ میلی گرم (معادل ۱۵۰ میلی گرم مقدار پایه) دو بار در روز بمدت ۵ روز

اسلتامیویر کپسول ۷۵ میلی گرمی،
هیدروکسی کلروکین سولفات قرص ۲۰۰ میلی گرمی و کلروکین فسفات قرص ۲۵۰ میلی گرم (معادل ۱۵۰ میلی گرم پایه) موجود است.



از آنجا که افرادی که تحت درمان سرپایی قرار می گیرند جز گروه هایی هستند که ممکن است دچار عوارض شدید شوند، لذا باید به صورت روزانه و تلفنی توسط مراقبین سلامت پیگیری شوند و در صورت بروز هر کدام از علائم زیر سریعاً بیمار را به مراکز بیمارستانی منتخب ارجاع دهد:

- ① تنگی نفس و تنفس دشوار.
 - ② علائم کاهش سطح هوشیاری
 - در صورت وجود علائم زیر به پزشک مرکز جامع سلامت ارجاع شود و پزشک تصمیم بگیرد که فرد نیاز به ارجاع به مرکز تخصصی دارد یا ادامه درمان و یا درمان های حمایتی اضافه شود:
 - ③ تشدید سرفه، ایجاد سرفه خلط دار
 - ④ عدم قطع تب بعد از ۵ روز از درمان
- این علائم به صورت روزانه و فعال طی تماس تلفنی از بیمار سوال می شود و در فرم پیگیری مربوطه ثبت می شود.

جز گروه پرخطر الف باشد لازم است CT scan ریوی (HRCT) برای وی انجام شود و برای بیماران گروه پرخطر گروه ب با تب ($T > 37.8^{\circ}C$) تصویر برداری ریه انجام شود. یافته ها در CT scan شامل پیشرفت سریع از انفیلتراسیون Patchy منتشر دوطرفه به ground glass می باشد. در صورت عدم دسترسی به CT scan میتوان از CXR (گرافی قفسه صدری) استفاده نمود. انفیلتراسیون یک یا دوطرفه ریه ها ممکن است در گرافی دیده شود. با داشتن هر کدام از علائم رادیولوژیک یاد شده فرد باید به مراکز بیمارستانی منتخب ارجاع شود.

با توجه به اینکه در افراد با نقص ایمنی تب می تواند علامت شایعی نباشد، در صورت عدم مشاهده تب، بر اساس وضعیت عمومی بیمار، پزشک می تواند تصویر برداری را مطابق فلوجارت "بیماران تب دار" انجام دهد. در این بین بیماران پیوند، مبتلا به سرطان، نقص ایمنی پیشرفته به توجه بیشتری نیاز دارند و اگر امکان سی تی اسکن سرپایی وجود ندارد برای ارزیابی بیشتر باید به بیمارستان منتخب ارجاع شوند.

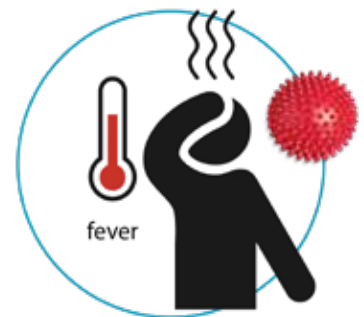
برای بیماران پرخطر تب دار با گرافی قفسه صدری / CT scan نرمال، (یا در شرایطی که دسترسی به تصویر برداری ریوی وجود ندارد)، مراقبت و جداسازی در منزل به همراه تجویز رژیم دودارویی توصیه می شود. بر حسب تشخیص بالینی ممکن است آنتی بیوتیک نیز برای فرد تجویز شود. در هر استان تحویل دارو به بیمار از طریق مراکز منتخب اعلام شده توسط دانشگاه علوم پزشکی صورت می گیرد. اصول جداسازی در منزل، نحوه مصرف دارو، علائم هشدار دهنده مهم به بیمار/همراه باید توضیح داده شود.

به این منظور لازم است مراکز منتخب تجویز دارو، کد ملی، نام و نام خانوادگی فرد بیمار را به مرکز بهداشت شهرستان اعلام نماید تا بهروز و مراقب سلامت مربوطه در سامانه سبب ثبت نموده و به شکل روزانه پیگیری نمایند.

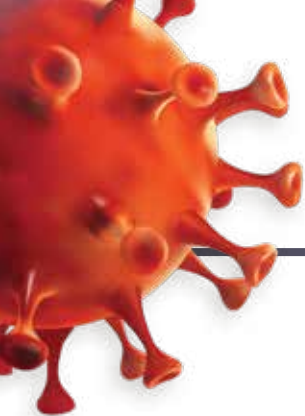
یا بدون تب به مراکز جامع سلامت، کلینیک ویژه های منتخب، پزشکان بخش خصوصی مراجعه می کنند باید از نظر علائم تنفسی مورد ارزیابی قرار گیرند. بیماری ممکن است در مراحل اولیه عفونت بدون تب باشد و فقط با سایر علائم تنفسی ظاهر کند. تب بسیار بالا عموماً علامت شایعی نیست:



الف در صورت وجود تنگی تنفس و یا سطح اشباع اکسیژن کمتر از ۹۳٪ یا $RR > 30$ باید فرد به یکی از مراکز تخصصی منتخب (*) اسامی و آدرس این مراکز در هر استان توسط دانشگاه علوم پزشکی اعلام می شود) ارجاع شوند. توجه کنید تنگی نفس و هیپوکسمی می تواند بیانگر احتمال پنومونی شدید (SARI) باشد. اگر تنگی نفس و هیپوکسمی ($SpO_2 < 93\%$) مشاهده شود، نیاز به تجویز اکسیژن و اقدامات ایزولاسیون متناسب دارد و فرد باید سریعاً به مراکز بیمارستانی منتخب ارجاع شود و پس از ارزیابی بیشتر در مراکز بیمارستانی، در خصوص نیاز به بستری وی تصمیم گیری شود.



ب اگر فرد تنگی نفس نداشته باشد، در صورتی که تب داشته ($T > 37.8^{\circ}C$) و



جزئیات بیشتر در دستورالعمل اجرایی نحوه تامین و توزیع داروی مورد نیاز و پیگیری بیماران تحت درمان سرپایی COVID 19 شرح داده شده است.

در بیماران بدون تنگی نفس که تب ندارند و یا تب داشته اما جز گروه در معرض خطر نیستند، مراقبت و جداسازی در منزل توصیه می شود. بر حسب تشخیص بالینی پزشک ممکن است آنتی بیوتیک برای فرد تجویز شود.

لازم به ذکر است که یک یافته ارزشمند در ابتلا به این ویروس، CRP مثبت همراه با لنفوپنی می باشد. بنابراین در بیمارانی که تب نداشته و فقط با علائم تنفسی مراجعه کرده و تنگی نفس هم نداشته باشد، می تواند توصیه شود در صورت امکان CBC و CRP انجام شود. در صورتی که لنفوپنی کمتر مساوی $1100/ml$ وجود داشته باشد، ضمن مشاوره تخصصی نیاز به مراقبت فعال و پیگیری در منزل دارد.

3 پزشکان بخش خصوصی

تعیین مطب های خصوصی که مجوز تجویز دارو دارند بر عهده سازمان نظام پزشکی استان است. از طرف سازمان نظام پزشکی برای پزشکان عمومی -داخلی- عفونی- زنان و اطفال فراخوان داده می شود. هر پزشکی که موافقت نماید، موظف است با رعایت کامل دستورالعمل، داروهای سرپایی را برای افراد واجد شرایط در قالب فرم درخواست داروی سرپایی درخواست نموده و بیمار بادر دست داشتن فرم درخواست دارو به مراکز جامع سلامت منتخب یا داروخانه کلینیک های ویژه منتخب ارجاع می شود.

در هر دانشگاه علوم پزشکی مراکز زیر به عنوان مرکز ارائه خدمات درمان سرپایی COVID-19 برای ارائه داروی سرپایی در نظر گرفته شده است:

1 مراکز جامع سلامت با عنوان مراکز مراقبت بیماریهای واگیر (۱۶ یا ۲۴ ساعته) که توسط معاونت بهداشتی تعیین می شوند.

2 داروخانه ی کلینیک ویژه منتخب که توسط معاونت دارو و غذا دانشگاه تعیین شده است.

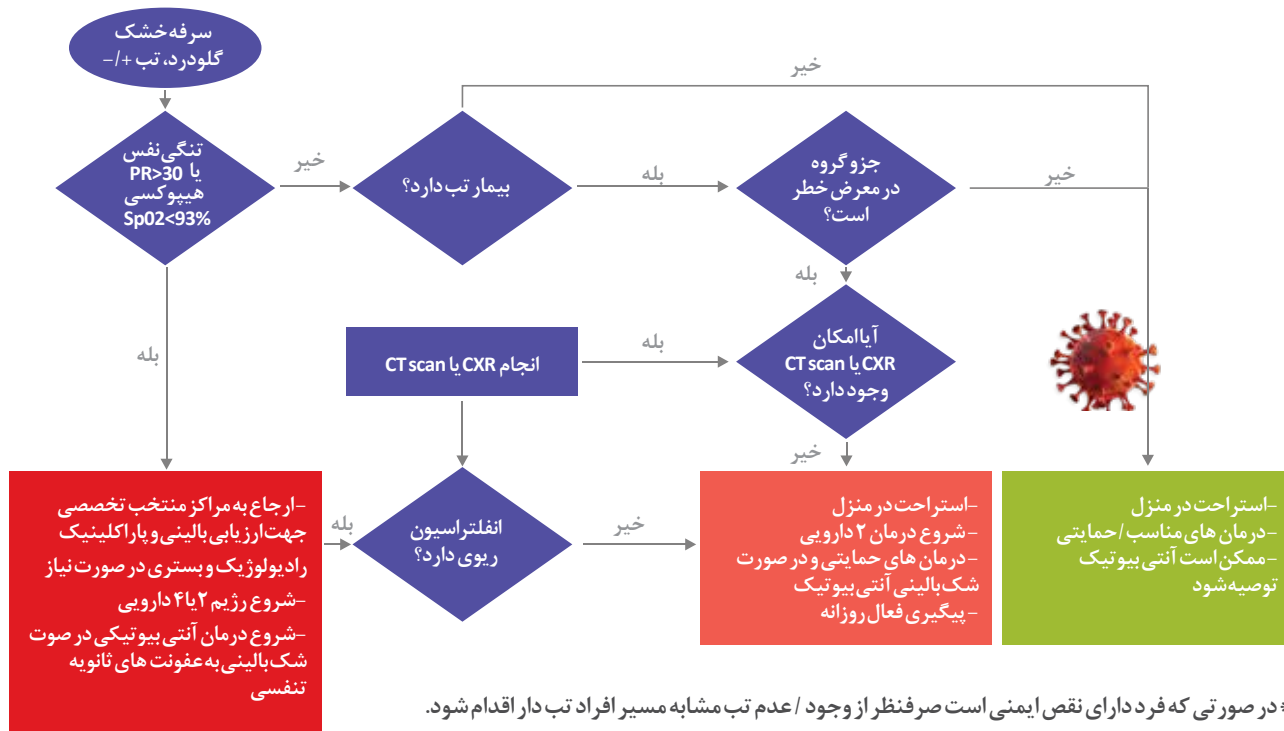
پزشکان زیر مجوز تجویز داروی سرپایی را دارند:

1 پزشکان مراکز جامع سلامت

کلینیک پزشکان مراکز جامع سلامت می توانند مطابق دستورالعمل برای بیماران واجد شرایط درمان سرپایی دارو را تجویز کنند، و داروی تجویزی توسط پزشکان مراکز جامع سلامت، در مراکز جامع سلامت منتخب (۱۶ یا ۲۴ ساعته) تحویل می شود.

2 پزشکان کلینیک های ویژه منتخب

پزشکان کلینیک های ویژه هایی که توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی که به عنوان مرکز ارائه خدمات درمان سرپایی COVID-19 انتخاب شده اند، دانشگاه ها مکلف هستند در کلینیک های ویژه منتخب از ویزیت متخصصین عفونی، فوق تخصص ریه، متخصص اطفال، متخصص زنان و سایر رشته های مرتبط (حسب صلاحدید) استفاده کنند. داروی تجویزی توسط پزشکان کلینیک ویژه، در داروخانه کلینیک ویژه (تعیین شده توسط غذا و دارو) و یا مراکز جامع سلامت منتخب (۱۶ یا ۲۴ ساعته) تحویل بگیرند.



* در صورتی که فرد دارای نقص ایمنی است صرف نظر از وجود / عدم تب مشابه مسیر افراد تب دار اقدام شود.



پروتکل) را از بیمارستان تحویل خواهد گرفت.

① رژیم سه دارویی

رژیم ضد ویروسی پیشنهادی برای درمان موارد بستری شامل:

رژیم درمانی سه دارویی در بیمارستان بستری:
اسلتامیویر + هیدروکسی کلروکین / کلروکین +
لوپیناویر / ریتوناویر

① اسلتامیویر: کپسول ۷۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت یک عدد برای حداقل ۵ روز

② دو قرص هیدروکسی کلروکین سولفات ۲۰۰ میلی گرم یا دو قرص کلروکین فسفات ۲۵۰ میلی گرم (معادل ۱۵۰ میلی گرم مقدار پایه) تک دوز (یک نوبت)

③ قرص لوپیناویر / ریتوناویر ۵۰۰/۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت ۲ عدد به مدت حداقل ۵ روز

“ طول مدت درمان ترکیب اسلتامیویر +
لوپیناویر / ریتوناویر متناسب با پاسخ بالینی
بیمار می تواند تا ۱۴ روز افزایش یابد.

رژیم چهار دارویی

در شرایطی که هر یک از علائم زیر وجود داشته باشد، بعنوان بیماری بسیار شدید باید در نظر گرفته شود:

علامت
کاهش سطح هشیاری
$RR \geq 24$
$BP < 90/60$
Multi lobular infiltration (CXR/CT scan)
Hypoxemia

در موارد با علائم بسیار شدید می توان به ترکیب سه دارویی فوق ریبایرین روزانه نیز اضافه نمود.

به بیمارهای زمینه ای بیمار نیز توجه کافی مبذول شده و در صورت نیاز مشاوره های تخصصی برای بیمارهای زمینه ای داده شود.

در صورت وجود موارد زیر و یا با تشخیص و صلاحدید متخصص بیهوشی بیمار به بخش مراقبت ویژه منتقل می شود:

- هیپوکسمی مقاوم به درمان
- کاهش سطح هشیاری
- ناپایداری همودینامیک
- هیپرکپنیا خستگی تنفسی

شرایط نمونه گیری

برای بیماران سرپایی نیازی به نمونه گیری نمی باشد. هر بیماری که بستری شود باید از نظر ژن E بررسی شود:

در صورت منفی بودن از نظر ژن E سایر بیماری ها از جمله آنفلوآنزا در نظر گرفته شود و با نظر پزشک، تعیین تکلیف شود. انجام آزمایش تایید تشخیص فقط برای بیمارانی که تست ژن E مثبت و نیاز به انتوباسیون دارند، انجام شود و نیاز به تست تکمیلی برای همه بیماران نیست.

“ توضیح: به منظور تکمیل اطلاعات
اپیدمیولوژیک: تست های تایید
تشخیص برای تعدادی از بیماران با
تست ژن E مثبت انجام خواهد شد.

رژیم های درمانی

بیماری که علائم بالینی همراه با تصاویر رادیولوژیک مثبت دارد که به عنوان مورد مثبت در بخش کرونا بستری شده اند، ضمن ایزولاسیون کامل باید تحت درمان متناسب قرار گیرد. ابتلا به ویروس منجر به اختلال در دفاع سیستمیک و موضعی تنفسی می شود که نتیجه آن می تواند بروز عفونت ثانویه باشد. در این شرایط به دلیل احتمال ایجاد عفونت ثانویه، درمان آنتی بیوتیکی متناسب نیز باید تجویز شود.

سهمیه داروی بیمارستانی، برای موارد بستری، متناسب با تعداد موارد بستری توسط معاونت بهداشتی دانشگاه تامین با همکاری معاونت غذا و دارو؛ به بیمارستانها تحویل خواهد شد. بیمارستان بر اساس دستورالعمل اعلام شده از معاونت بهداشتی، موظف به ثبت اطلاعات بیماران و ارائه به معاونت بهداشتی است. بیمار در زمان ترخیص داروی مصرفی برای ادامه درمان در منزل (مطابق

خدمات تشخیص - درمان بستری

موارد زیر باید جهت ارزیابی بیشتر و در صورت لزوم بستری به بیمارستانهای تخصصی منتخب ارجاع شوند:

① افرادی که علاوه بر علائم سرفه یا گلو درد با یا بدون تب دچار تنگی نفس و هیپوکسمی ($SpO_2 > 93\%$ یا $RR > 30$) باشد نیازمند ارجاع فوری به بیمارستانهای منتخب می باشد. هر کدام از این علائم می تواند بیانگر پنومونی شدید باشد و ممکن است نیاز به تجویز اکسیژن نیز وجود داشته باشد؛ اقدامات ایزولاسیون متناسب در هنگام ارجاع باید رعایت شود.

② در افراد با نقص ایمنی صرف نظر از وجود/عدم تب که امکان تصویر برداری ریه نیز وجود ندارد یا با یافته های مثبت تصویر برداری ریه، برای ارزیابی بیشتر به بیمارستان منتخب ارجاع شود.

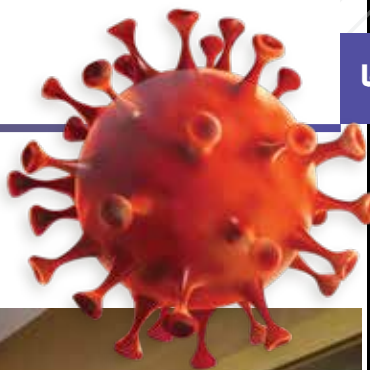
③ همچنین سایر افراد در معرض خطر تب دار، بدون تنگی نفس اما با یافته های مثبت تصویر برداری ریه نیز باید به مراکز بیمارستانی منتخب ارجاع شوند.

اندیکاسیون های بستری

مطابق فلوجارت برای بیمارانی است که علاوه بر بیماری تنفسی حاد (ILI یا ARI) (Influenza-like Illness OR Flu – like symptoms)) علائم دشواری تنفس اعم از شکایت تنگی نفس یا پالس اکسی متری کمتر از ۹۳ درصد یا $RR > 30$ داشته باشند.

نحوه پذیرش و روند بستری بیمار در بیمارستان (Patient flow)

بیمارانی که توسط مراکز سرپایی به بیمارستانهای منتخب ارجاع شده اند و یا به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده اند و با علائم شک به کرونا، اندیکاسیون بستری را دارند تا زمان تعیین تکلیف نهایی و انجام ارزیابی های پاراکلینیک و تصویر برداری به صورت ایزوله تحت نظر خواهند بود و خدمات حمایتی لازم را دریافت می کنند. در صورت تایید تشخیص (پاسخ نمونه وایرولوژیک یا یافته های مطرح کننده COVID در سی تی اسکن) و در مواردی که نتیجه وایرولوژیک موجود نیست (لنفوپنی و CRP مثبت) به بخش ویژه کرونا منتقل می شوند. لازم است در این بخش



رژیم درمانی چهار دارویی در موارد بستری بیماران با علائم بسیار شدید:

اسلتامیویر + هیدروکسی کلروکین / کلروکین + لوپیناویر / ریتوناویر + ریباویرین

- ① اسلتامیویر: کپسول ۷۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت یک عدد برای حداقل ۵ روز
- ② دو قرص هیدروکسی کلروکین سولفات ۲۰۰ میلی گرم یا دو قرص کلروکین فسفات ۲۵۰ میلی گرم (معادل ۱۵۰ میلی گرم مقدار پایه) تک دوز (یک نوبت)

- ③ قرص لوپیناویر / ریتوناویر ۵۰ / ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت ۲ عدد به مدت حداقل ۵ روز
- ④ قرص / کپسول ریباویرین ۲۰۰ mg هر ۱۲ ساعت ۳ عدد به مدت حداقل ۵ روز (روزانه ۶ قرص)

طول مدت درمان ترکیب اسلتامیویر + لوپیناویر / ریتوناویر متناسب با پاسخ بالینی بیمار می تواند تا ۱۴ روز افزایش یابد.

◀ به موارد منع مصرف و تداخلات دارویی بویژه در خصوص هیدروکسی کلروکین و ریباویرین دقت شود.

◀ اوسلتامیویر در این ترکیب برای پوشش آنفلوآنزا نیست! مراقب باشیم تجویز اوسلتامیویر در آینده خطر آنفلوآنزای مقاوم را افزایش می دهد.

◀ حتی بیماران بدحال اغلب نیاز به تجویز آنتی بیوتیک ندارند. غیر از بحث تداخلات و عوارض، نگران شیوع عفونت های مقاوم بعد از اپیدمی ها باشیم.

نکات کلیدی تجویز و پایش درمان

① کپسول اسلتامیویر به منظور تحمل گوارشی بهتر است همراه غذا تجویز شود. در بیماران با NG محتوای کپسول در ۲۰ میلی لیتر آب (ترجیحا آب مقطر) سوسپانسیون شده و گاوژ شود. بعد از گاوژ دارو، لوله NG با ۱۰ میلی لیتر آب شسته شود.

② در کودکان برای تهیه سوسپانسیون محتوی

ویتامین آ و سلنیوم در ناتوان کردن سیستم ایمنی برای مقابله با هر عفونتی دخیل هستند. پس توصیه به مصرف این مکمل ها تنها در افراد با کمبود ریز مغذی ها توصیه می شود. همواره باید مراقب اثرات سوء مصرف بیش از اندازه این مکمل ها باشیم. اغلب افراد با تغذیه سالم نیاز به مکمل ندارند.

◀ هیچ دارویی برای پیشگیری از ابتلا به ویروس کرونا توصیه و تایید نشده است. از تجویز هیدروکسی کلروکین به عنوان پروفیلاکسی اجتناب کنید.

◀ درمان اختصاصی برای این عفونت وجود ندارد و اصل درمان اقدامات حمایتی است. بیش از ۹۰ درصد مبتلایان نیاز به درمان دارویی ندارند.

◀ درمان های دارویی پیشنهادی و شاید موثر، تنها در بیماران با مشکلات زمینه ای، نقص ایمنی و بدحال توصیه می شود.

◀ احتمالا مهم ترین دارو در کوکتل پیشنهادی برای بیماران بسیار بدحال لوپیناویر / ریتوناویر است.

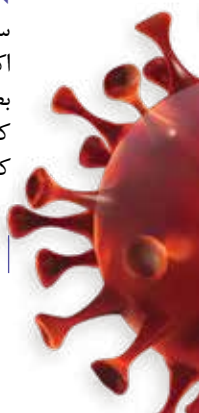
◀ در انتخاب کلروکین از کلروکین فسفات و یا هیدروکسی کلروکین سولفات می توان استفاده نمود.

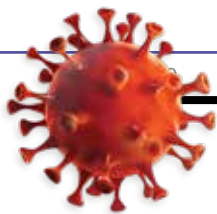
◀ خاطر نشان می شود تجویز همزمان کلتر و کلروکین می تواند منجر بروز عوارض قلبی (نظیر آریتمی) شود لذا احتیاطات لازم در این خصوص باید مد نظر باشد.

◀ خاطر نشان می شود که مصرف کورتیکواستروئید در عفونت های وایرال تنفسی هرگز در قدم اول توصیه نمی شود. استفاده از کورتیکواستروئید در بیماری COVID 19 در شرایط خاص و بر اساس تصمیم گیری بالینی پزشک متخصص ممکن است صورت گیرد.

◀ تاکید بر تغذیه سالم و استراحت کافی ضروری است.

◀ بطور کلی هیچکدام از مکمل ها شامل ویتامین سی، زینک، سلنیوم، ویتامین دی، ویتامین آ، اکیناسه، کورکومین، زنجبیل، جین سینگ و ... بصورت اختصاصی نقشی در پیشگیری از ابتلا به کورونا ویروس جدید ندارند. ولی بطور مشخص کمبود پروتئین، ویتامین دی، ویتامین سی،





● تجویز اکسی کدون ۵ تا ۱۵ میلی گرم خوراکی در موقع نیاز تا حداکثر ۶ بار در روز و یا هر ۴ تا ۶ ساعت در اولویت است. قرص اکسی کدون بصورت ۵ و ۱۵ و ۳۰ میلی گرم موجود است.

● در صورتی که بیمار شربت اوپیوم مصرف می کند منعی برای ادامه اپیوم نیست.

● از تجویز متادون حتی الامکان اجتناب شود (خطر QT prolongation و آریتمی).

● در بیماران نیازمند تجویز هر دارویی که بالقوه خطر آریتمی را افزایش می دهد، پایش قلبی-عروقی و نوار قلبی توصیه می شود.

● در بیماران نیازمند داروی مخدر تزریقی، مورفین ارجح است (۳ تا ۵ میلی گرم زیر جلدی و یا وریدی در موقع نیاز برای حداکثر ۴ بار در روز).

● در صورت نیاز به تجویز NSAIDs داروی ارجح ناپروکسن ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت است.

● منعی برای تجویز استامینوفن کدئین وجود ندارد.

● به علت مشکلات تنفسی در این بیماران توصیه به تجویز حداقل مخدر در این بیماران می شود (حداقل دوز و حداقل دوره در صورت نیاز ضروری).

شکایت سوم: اضطراب و بی قراری

در صورت نیاز به تجویز آرام بخش حتی الامقدور از تجویز هالوپریدول و کوئتیاپین در این بیماران اجتناب شود. به عنوان آرام بخش می توان از شربت دیفن هیدرامین ۱۰ میلی لیتر خوراکی، سه بار در روز و یا قرص کلردiazپوکسید ۵ تا ۱۰ میلی گرم دو تا سه بار در روز استفاده نمود.

شکایت چهارم: تهوع و استفراغ مقاوم

در بیماران با تهوع و استفراغ شدید که امکان دریافت خوراکی دارو وجود ندارد، آمپول پرومتازین ۲۵ میلی گرم عضلانی (در صورت عدم اختلال انعقادی و ترمبوسیتوپنی) بصورت تجویز در زمان های مورد نیاز با فاصله ۶ تا ۸ ساعت قابل تجویز است. بعد از بهبود علائم و تحمل خوراکی سریعاً به قرص پرومتازین با همین دوز تبدیل شود. بطور کلی تجویز وریدی پرومتازین به علت

دوز ذکر شده در جدول برای بیماران با نارسایی مزمن می باشد. در بیماران با نارسایی حاد باید دقت شود که Under dosing انجام نشود. بر اساس تعریف، بیمارانی که سطح سرمی کراتینین بیشتر از ۳ برابر حد پایه افزایش یافته است و یا بمدت حداقل ۱۲ ساعت ادرار کمتر از ۰.۵ mg/kg/h دارند و یا نیازمند دیالیز شده اند در گروه با نارسایی حاد کلیه مرحله دو تا سه قرار می گیرند. در این بیماران تنظیم دوز برای اسلئامیویر ۷۵ میلی گرم روزانه و برای ریبویرین ۶۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم روزانه پیشنهاد می شود. در بیماران دیالیزی توصیه می شود دوز محاسبه شده بعد از دیالیز تجویز شود.

هیدروکسی کلروکین و لوپیناویر/ریتوناویر نیاز به تنظیم دوز ندارند.

● توجه به موارد منع مصرف ریبویرین (نارسایی کبدی شدید، آنمی شدید، ترمبوسیتوپنی شدید، بارداری) و عوارض جدی دارو (آنمی همولیتیک)

عوارض دارویی و نحوه برخورد با آنها:

در مصرف داروها ممکن است عوارض زیر ایجاد شود که توجه به آنها بسیار ضروری می باشد.

شکایت اول: تهوع و استفراغ

برخی از بیماران بدنبال مصرف لوپیناویر/ریتوناویر و اوسلئامیویر دچار تهوع و با شیوع کمتر استفراغ می شوند. اقدامات پیشگیری کننده که می تواند کمک کننده باشد به قرار زیر است:

- تقسیم زمان مصرف دارو در زمانهای مختلف برای مثال ۸ صبح، ۸ شب
- تجویز داروها بعد غذا و یا با معده پر
- تجویز ۵ تا ۱۰ میلی لیتر شربت دیفن هیدرامین یا یک قرص دیمن هیدرینات نیم ساعت قبل از مصرف داروها
- رعدم تجویز اندانسترون یا متوکلورامید در این بیماران

شکایت دوم: درد

در صورت نیاز به تجویز ضد درد یا جایگزینی اپیوئید مورد استفاده بیماران دریافت کننده لوپیناویر/ریتوناویر و اوسلئامیویر توجه فرمایید:

کپسول اسلئامیویر را می توان در حجم مشخص از شربت ساده یا آب میوه حل نمود و با توجه به سن و وزن کودک دوز نمود. سوسپانسیون آماده شده در دمای اتاق تا ۱۰ روز و در یخچال تا ۱۷ روز قابل استفاده است. سوسپانسیون قبل از مصرف تکان داده شود.

● قرص هیدروکسی کلروکین همراه غذا تجویز شود. قرص دارای پوشش نازک (FC) است. توصیه شده قرص دارای پوشش شکسته یا خورد نشود. پوشش این دارو برای محافظت در برابر شرایط محیطی است. جهت گاوژ، پوشش قرص با پنبه الکلی پاک شده و در ۲۰ میلی لیتر آب سوسپانسیون شده و بلافاصله گاوژ شود.

● لوپیناویر/ریتوناویر همراه غذا تجویز شود. در صورت نیاز به گاوژ دارو، قرص در ۲۰ میلی لیتر آب سوسپانسیون شده و بلافاصله گاوژ شود.

● قرص یا کپسول ریبویرین همراه غذا مصرف شود. در صورت نیاز به گاوژ دارو، محتوای کپسول در ۱۰ - ۲۰ میلی لیتر آب سوسپانسیون و گاوژ شود.

● به تداخل هیدروکسی کلروکین با داروی لوپیناویر/ریتوناویر دقت شود. خطر QT inter- val prolongation و بروز آریتمی وجود دارد. به وجود بیماری قلبی زمینه ای، تاکی کاردی و مصرف سایر داروها دقت شود. میوکاردیت و تاکی کاردی در درصدی از بیماران بدحال وجود دارد. اغلب بیماران نیازمند بستری در بخشهای ویژه نیازمند دریافت آنتی بیوتیک بخاطر پنومونی باکتریال همراه نیز می باشند. استفاده از فلوروکینولونها بخصوص لوفلوکساسین خطر آریتمی را افزایش می دهد. به دریافت سایر داروها که این عارضه را تشدید می کنند همانند متادون، اندانسترون، متوکلورامید، کوئتیاپین و ... دقت شود. اصلاح اختلال الکترولیتی در پیشگیری از بروز آریتمی بسیار مهم می باشد. نگهداری سطح سرمی منیزیم در حدود ۳ میلی گرم در دسی لیتر و پتاسیم در حدود ۴ میلی اکی والان در لیتر توصیه می شود.

● درگیری کلیوی در بیماران مبتلا به عفونت کرونا می تواند بصورت آسیب حاد کلیوی ظاهر نماید. توجه و افتراق نارسایی کلیوی حاد از مشکلات زمینه ای بیماران (نارسایی مزمن) جهت تنظیم دوز داروها مهم می باشد. تعدیل

pH اسیدی توصیه نمی شود چرا که ترکیبی بسیار محرک عروق بوده و خطر ترمبولیت وجود دارد. فورمولاسیون ایرانی هم با خارجی

متفاوت نیست. اگرچه بر روی شکل تزریقی ایرانی تزریق وریدی ذکر نشده است. در صورت ضرورت و عدم پاسخ و یا منع مصرف راه خوراکی

و یا عضلانی، جهت تزریق وریدی رقیق سازی در ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین و انفوزیون در عرض ۱۵ تا ۳۰ دقیقه توصیه می شود.

دوز داروها در جمعیت خاص

دارو	کودکان	بیماران با نارسای کلیوی	بیماران با نارسایی کبدی	بارداری
اسلتامیویر	-نوزادان: 3 میلی گرم بر اساس وزن بدن دوبار در روز -کودکان زیر 15 کیلوگرم: 30 میلی گرم دوبار در روز -کودکان بالای 15 تا 23 کیلوگرم: 40 میلی گرم دوبار در روز -کودکان بالای 23 تا 40 کیلوگرم: 40 میلی گرم دوبار در روز -کودکان بالای 40 کیلوگرم: شیه دوز بالغین	-کلیرانس کراتینین 30 تا 60 میلی لیتر در دقیقه: 75 میلی گرم روزانه -کلیرانس کراتینین کمتر از 30 میلی لیتر در دقیقه و بیماران دیالیزی: 75 میلی گرم یک روز در میان	عدم نیاز به تنظیم دوز	مجاز
هیدروکسی کلروکین	3 تا 5 میلی گرم بر اساس وزن بدن در یک یا دو دوز منقسم	عدم نیاز به تنظیم دوز	عدم نیاز به تنظیم دوز	مجاز
لوپیناویر- ریتوناویر	30 میلی گرم بر اساس متر مربع سطح بدن دوبار در روز	عدم نیاز به تنظیم دوز	عدم نیاز به تنظیم دوز	مجاز
ریباویرین	5 میلی گرم بر اساس وزن بدن در دو دوز منقسم	-کلیرانس کراتینین 30 تا 50 میلی لیتر در دقیقه: 50 درصد دوز توصیه شده -کلیرانس کراتینین 15 تا 30 میلی لیتر در دقیقه: 25 درصد دوز توصیه شده -کلیرانس کراتینین کمتر از 15 میلی لیتر در دقیقه و بیماران دیالیزی: 200 تا 400 میلی گرم در روز	در نارسایی کبدی (شدید Child-Pugh class C) توصیه نشده است.	منع مصرف دارد.

ترخیص

ترخیص بیماران صرفاً بر اساس قطع تب بدون نیاز به تب بر و بهبودی علائم بالینی و عدم وابستگی به دستگاه ونتیلاتور و بعد از ترخیص بیماران مثبت، مطابق پروتکل سرپایی پیگیری و مراقبت می شوند.

مراقبت های بعد از ترخیص

• ادامه درمان بیمار

حداقل طول مدت درمان ۵ روز است لذا در صورتی که زمان ترخیص بیمار کمتر از ۵ روز، دارو دریافت

کرده است باقیمانده داروهای کلترا و اسلتامیویر تا پایان ۵ روز به بیمار تحویل داده می شود. لازم به ذکر است طول مدت درمان بنا به صلاحدید پزشک معالج می تواند تا ۱۴ روز ادامه یابد.

• پیگیری پس از ترخیص

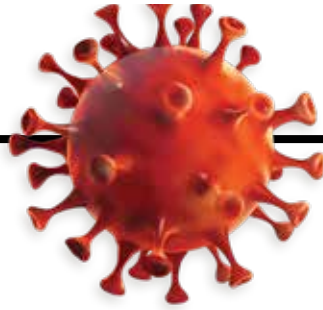
مشخصات بیمار در زمان ترخیص، توسط مراقب بیماریهای مقیم در بیمارستان در سامانه سیب ثبت شده و بیمار به مدت ۱۴ روز بعد از تاریخ بستری، به ثورت روزانه توسط مراقب سلامت و به صورت تلفنی تحت مراقبت قرار می گیرد و در

صورت برگشت علائم تب، تنگی نفس، کاهش سطح هوشیاری و یا تشدید سرفه مجدداً جهت ویزیت به بیمارستان ارجاع می شود.

• ایزولاسیون در منزل

۱. بیمار در یک اتاق تنها دارای تهویه مناسب قرار داده شود (در و پنجره های اتاق قابل باز شدن باشد).

۲. جابجایی و حرکت بیمار محدود شود و حتی الامکان فضاهاى مشترک (آشپزخانه، حمام، توالی و...) دارای تهویه مناسب بوده و پنجره ها



و سپس آبکشی شود. سطوح توالت و حمام مورد استفاده بیمار حداقل یک بار در روز شسته و ضد عفونی شود (با هیپوکلریت سدیم نیم درصد معادل ۵۰۰۰ ppm یا به نسبت یک دهم در آب حل شود).

۱۲. در زمان تمیز نمودن محیط زندگی بیمار بایستی از دستکش ها و لباس های محافظ و یا پیش بند به منظور جلوگیری از رسیدن ترشحات به بدن استفاده شوند و تا زمانی که سطح آن ها تمیز است می توان از آن ها استفاده کرد. می توان از دستکش یک بار مصرف و یا دستکش خانگی استفاده کرد. دستکش های خانگی بایستی با آب و صابون و یا دترژنت شسته شود. دستکش یک بار مصرف بایستی پس از استفاده دور انداخته شود (قبل از آوردن دستکش و بعد از استفاده باید دست شسته شود).

۱۳. زباله های مرتبط با بیمار زباله عفونی در نظر گرفته شده و در سطل درب دار نگهداری و به عنوان زباله عفونی دفع شود. از انواع مواجهه با لوازم آلوده که در ارتباط مستقیم با بیمار هستند اجتناب شود.

از ماسک طبی استفاده شود و به صورت جدی بهداشت تنفسی رعایت شود. به عنوان مثال در زمان سرفه یا عطسه، بینی و دهان خود را با دستمال کاغذی بپوشانند و دستمال پس از استفاده دور انداخته شود.

۹. ارائه دهندگان مراقبت نیز بایستی از ماسک طبی استفاده کنند؛ به طوری که دهان و بینی به صورت کامل پوشانده شود و در طول استفاده از ماسک به آن دست نزنند.

۱۰. استفاده از ملحفه های شخصی و ظروف اختصاصی که بتوان پس از استفاده از آن ها، قابل شست و شو با آب و صابون باشند، بلامانع است. بهتر است لباس، ملحفه، حوله های حمام و دست روزانه و به طور مرتب با صابون رختشویی و یا در ماشین لباسشویی با آب ۶۰ تا ۹۰ درجه شسته و کاملاً خشک شوند.

۱۱. سطوحی که بیمار با آن ها در تماس است (میز، تخت، مبلمان اتاق و...) بایستی روزانه تمیز و ضد عفونی شود. برای ضد عفونی کردن این وسایل می توان از شوینده های خانگی یا دترژنت، شسته

جهت گردش هوا باز شوند.

۳. حتی المقدور سایر افراد خانواده در یک اتاق مجزا باشند. در صورتی که این شرایط امکان پذیر نباشد، بیمار بایستی حداقل یک متر از فرد بیمار فاصله داشته باشد.

۴. تعداد مراقبین از بیمار به حداقل رسانده شود (حتی الامکان یک نفر که دارای وضعیت سلامت مطلوب بوده و دارای ضعف سیستم ایمنی و یا بیماری زمینه ای نباشد از بیمار مراقبت کند).

۵. بیمار ملاقات ممنوع باشد.

۶. بعد از هر بار تماس با بیمار و مکان نگهداری وی، مراقب و یا افراد خانواده، شستشو و بهداشت دست انجام دهند.

۷. دست ها قبل و بعد از آماده کردن و خوردن غذا و یا هر زمانی که فرد احساس کند که دست های وی آلوده است باید شسته شود. در صورتی که آلودگی دست مشهود نباشد، می توان از هندراب (ضد عفونی کننده بر پایه الکل) استفاده کرد.

۸. جهت جلوگیری از انتشار ترشحات تنفسی،

ضمیمه ۱: تامین وسائل حفاظت فردی مبتنی بر مکان های ارائه دهنده خدمت

ج. پرسنل واحدهای تریاژ بخش های بستری

۱. ماسک جراحی برای بیمار علامت دار
۲. ماسک جراحی - شیلد - عینک و گان برای پزشک و ارائه دهندگان خدمت
۳. ماسک N95 برای پزشک تنها برای زمانی که پرسنل ناگزیر از اقداماتی باشد که می تواند منجر به تولید آئروسل شود.
۴. کیسه های نایلونی برای دفع ماسک بیمار
۵. سطل زباله درب دار با برچسب زباله عفونی برای دفع بهداشتی اقلام فوق
۶. مایع ضد عفونی کننده با پایه الکلی مخصوص دست و سطوح

لازم است حداقل روزی سه بار کلیه سطوح و فضای بیمارستان مطابق دستورالعمل گند زدایی ضد عفونی شود.

۱. ماسک جراحی برای بیمار علامت دار
۲. ماسک جراحی - شیلد - عینک و گان برای پزشک و فرد تحویل دهنده دارو
۳. ماسک N95 برای پزشک تنها برای زمانی که پزشک ناگزیر از معایناتی باشد که می تواند منجر به تولید آئروسل شود.
۴. کیسه های نایلونی برای دفع ماسک بیمار
۵. سطل زباله درب دار با برچسب زباله عفونی برای دفع بهداشتی اقلام فوق
۶. مایع ضد عفونی کننده با پایه الکلی مخصوص دست و سطوح
۷. صابون مایع به مقدار کافی در دسترس پرسنل و بیمار قرار گیرد.

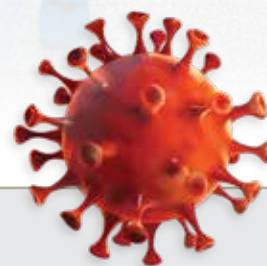
لازم است حداقل روزی یکبار کلیه سطوح و فضای مرکز مطابق دستورالعمل گند زدایی ضد عفونی شود.

الف. مطب های خصوصی

۱. ماسک جراحی برای بیمار علامت دار
۲. ماسک جراحی برای پزشک (در صورت امکان عینک و شیلد برای پزشک)
۳. کیسه های نایلونی برای دفع ماسک بیمار
۴. سطل زباله درب دار با برچسب زباله عفونی برای دفع بهداشتی اقلام فوق
۵. مایع ضد عفونی کننده با پایه الکلی مخصوص دست و سطوح
۶. سطوح مطابق دستورالعمل مربوطه ضد عفونی شود.

ب. مراکز جامع سلامت منتخب (۱۶ یا ۲۴ ساعته) و کلینیک ویژه و داروخانه های منتخب که تحویل داروی سرپایی در آنها انجام می شود.

ضمیمه ۲: راهنمای تریاژ مادر باردار و بیماری COVID-19



درمان دارویی مادر مبتلا به کرونا ویروس

۱۱۵ و اطلاع به بیمارستان مقصد ۳۰ دقیقه زودتر و ۱۰ دقیقه قبل از رسیدن آمبولانس به مقصد الزامی است.

• تصمیم گیری برای انتخاب نوع درمان در زمان بستری، ترخیص و سرپایی به عهده متخصص زنان/پریناتولوژیست و عفونی است.

• تصمیم گیری در مورد زمان و نحوه ختم بارداری طبق نظر تیم پزشکان معالج (متخصص عفونی، زنان/پریناتولوژیست، اطفال/نوزادان بیهوشی و در صورت امکان intensivist) خواهد بود.

هر ۱۲ ساعت ۲ قرص Kaletra 200/50 (ترکیب Lopinavir/ritonavir) تا حداقل ۵ روز

• انجام سی تی اسکن ریه در مورد بیماران بستری، موردی بوده و با صلاح دید تیم معالج و با هماهنگی کامل با بخش رادیولوژی انجام می شود.

• نمونه برداری برای بررسی عفونت ویرال در مورد بیماران بستری انجام می شود.

• در مواردی که لازم است بیمار اعزام شود، هماهنگی قبلی با MCMC و اعزام با آمبولانس

۱ درمان دودارویی

Oseltamivir 75 mg Bid تا حداقل ۵ روز

Hydroxy chloroquine sulfate 200mg Bid: حداقل ۵ روز یا Chloroquine phosphate 150mg Bid تا حداقل ۵ روز

۲ درمان سه دارویی

Oseltamivir 75 mg Bid تا حداقل ۵ روز
Hydroxy chloroquine sulfate 200mg Bid یا Chloroquine phosphate 150mg Bid تا حداقل ۵ روز

تهیه شده: کمیته ی کشوری سلامت مادران - کرونا / دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس - معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / بررسی و تایید کمیته علمی ستاد کرونا در تاریخ ۱۲ اسفند ۱۳۹۸

It's time to support
your **immune system**



پسری یازده ساله با استفراغ و کاهش وزن



The new england journal of medicine. Case Records of the Massachusetts General Hospital. Case 1-2020: An 11-Year-Old Boy with Vomiting and Weight Loss.
N Engl J Med 2020;382:180-9. 2020 Massachusetts Medical Society.

شرح حال بیمار

یک ماه قبل از مراجعه به اورژانس، پزشک متخصص مراقبت‌های اولیه بیمار را به دلیل تهوع، استفراغ، کاهش اشتها و کاهش وزن معاینه کرد. بیمار و والدینش گزارش دادند این علائم تقریباً سه ماه زودتر شروع شده و در طی سه هفته گذشته بدتر شده است. تهوع و استفراغ در اوایل صبح اتفاق می‌افتاد، در ادامه روز کاهش می‌یافت و با استرس تشدید می‌شد؛ همچنین بیمار از خستگی و احساس سوزش و بازگشت غذای متناوب در گلو شکایت می‌کرد. او از پنج روز قبل درمان با لانزوپرازول (Lansoprazole) را شروع کرده بود، ولی علائم کاهش پیدا نمی‌کرد. در معاینه، وزن ۳۶/۴ کیلوگرم (صدک ۳۷) و قد ۱۴۸/۶ سانتی‌متر (صدک ۵۸) بود. در مراجعه به کلینیک مراقبت‌های اولیه یازده ماه قبل، وزن ۴۰/۵ کیلوگرم (صدک ۷۸) و قد ۱۴۳/۵ سانتی‌متر (صدک ۶۲) بود. شکم نرم با صداهای روده معمولی و بدون تندرینس یا توده بود. سایر معاینات طبیعی بود. نتایج آزمایشگاه در جدول ۱ نشان داده شده است. امپرازول (Omeprazole) تجویز شده است و بیمار در این بیمارستان به متخصص گوارش و روان‌شناس کودکان ارجاع شده است.



و ترانس گلوتامیناز بافتی IgA و IgG منفی بود. لانسوپرازول (Lansoprazole) و رژیم ضد رفلاکس پذیر تجویز شد و علائم در طی یک دوره تقریباً دوماهه برطرف شد؛ پس از آن مهارکننده پمپ پروتون قطع شد.

هنگامی که بیمار شش سال داشت، به دلیل فشارخون بالا در بیمارستانی دیگر به نفرولوژی کودکان ارجاع شد. سونوگرافی کلیه طبیعی بود و نتایج حاصل از نظارت سرپایی بر فشارخون پیشنهاددهنده اثر «کت سفید» (white coat effect) بود؛ به عنوان مثال فشارخون بالا فقط در

(Omeprazole) و لانسوپرازول (Lansoprazole) درمان شده بود. وی به دلیل برونشیت (Bronchiolitis) در پانزده ماهگی در بیمارستان محلی بستری شده بود و پس از آن اپیزودهایی از خس خس سینه را تجربه کرده بود. هنگامی که پنج سال داشت، دچار کاهش اشتها، کاهش وزن و اپیزودهای استفراغ به دنبال گلودرد شد و متخصص گوارش کودکان در بیمارستان دیگری او را معاینه کرد. در آن زمان، بررسی دستگاه گوارش فوقانی پس از تجویز کنتراست باریم انجام شد و طبیعی بود. آزمایش برای IgA

با مراجعه به کلینیک گوارش کودکان بیمارستان (سه هفته قبل از مراجعه به اورژانس)، بیمار گزارش داد پس از شروع درمان با امپرازول (Omeprazole)، تهوع و استفراغ اندکی کاهش یافته است و سپس علائم بدتر شده است. استفراغ غیرخونین و غیرصفراوی بود. اور روزی ۲ یا ۳ نوبت اجابت مزاج غیرخونی و طبیعی داشت. بیمار دوقلو بود و در هفته سی و ششم بارداری به وسیله سزارین به دنیا آمد. در دوران نوزادی مبتلا به بیماری ریفلاکس معده به مری (GERD) بود که با رانیتیدین (Ranitidine)، امپرازول

جدول ۱- نتایج آزمایشگاهی

مرکز آندوسکوپی، نه روز قبل از مراجعه به اورژانس	در کلینیک گوارش، سه هفته قبل از مراجعه به اورژانس	در کلینیک مراقبت اولیه، یک ماه قبل از مراجعه به اورژانس	بازه طبیعی	متغیر
		15.7	1.5–15.5	Hemoglobin (g/dl)
		10,050	4500– 13,500	White-cell count (per μ l)
		52.9	40–59	Neutrophils (%)
		37.9	33–48	Lymphocytes (%)
		5,410,000	4,000,000– 5,200,000	Red-cell count (per μ l)
		81.1	77.0–95.0	MCV (fl)
		29.0	25.0–33.0	MCH (pg)
		35.8	31.0–37.0	MCHC (g/dl)
		11.6	11.5–14.5	RDW (%)
		434,000	150,000– 450,000	Platelet count (per μ l)
	12		0–13	ESA (mm/hr)
128	138	132	135–145	Sodium (mmol/liter)
4.3	5.1	4.7	3.4–5.0	Potassium (mmol/liter)
88	95	91	98–108	Chloride (mmol/liter)
19	21	20	23–32	Carbon dioxide (mmol/liter)
21	22	21	3–17	Anion gap (mmol/liter)
10.6	10.5	10.5	8.5–10.5	Calcium (mg/dl)
4.9	4.7			Phosphorus (mg/dl)
2.1	1.9		1.7–2.4	Magnesium (mg/dl)
29	22	30	5–20	Urea nitrogen (mg/dl)
0.86	0.68	0.70	0.60–1.50	Creatinine (mg/dl)
94	98	88	70–110	Glucose (mg/dl)
		8.2	6.0–8.3	Total protein (g/dl)
		5.1	3.3–5.0	Albumin (g/dl)
		29	10–55	ALT (U/liter)
		34	10–40	AST (U/liter)
		247	15–350	ALP (U/liter)
		0.4	0.0–1.0	Total Bilirubin (mg/dl)
		<0.2	0–0.4	Direct Bilirubin (mg/dl)
7.87			0.40–5.00	Thyrotropin (μ lU/ml)
		35	40–150	Triglycerides (mg/dl)
		132	<200	Cholesterol (mg/dl)
		57	35–100	HDL (mg/dl)
		68	50–129	LDL (mg/dl)
		127	45–160	Iron (μ g/dl)
		387	230–404	TIBC (μ g/dl)
		393	20–300	Ferritin (μ g/liter)
		33	14–50	Transferrin saturation (%)
	2.2		<8.0	CRP (mg/liter)

شرایط درمانگاهی؛ همچنین بیمار آلرژی فصلی، کوری رنگ قرمز سبز و سابقه تأخیر در گفتار و بیضه‌های جمع شده (retractile testes) داشت.

در مراجعه به درمانگاه مراقبت‌های اولیه وقتی نه‌ساله بود، شاخص توده بدنی وی در محدوده اضافه‌وزن قرار داشت. یک سال قبل از ارائه فعلی، شکستگی سالتر-هریس (Salter-Harris) نوع دو در انگشت پنجم سمت چپ داشت.

بیمار امپرازول را دریافت کرده بود و هیچ حساسیتی به داروها نداشت، واکسیناسیون کامل بود. او به همراه والدین و خواهر دوقلوی خود در حومه شهر نیوانگلند زندگی می‌کردند. در مدرسه کار کرد تحصیلی خوبی داشت و در ورزش شرکت می‌کرد. اخیراً برای امتحان ورودی مدارس خصوصی به‌شدت آماده می‌شد. پدرش مبتلا به دیابت نوع یک و فشار خون بالا بود و دایی‌اش دچار کم‌کاری تیروئید بود.

گاهی به سنگینی نفس می‌کشد و هنگام راه رفتن سرگیجه می‌گیرد. اوندانسترون (Ondansetron) از طریق تلفن تجویز شد و قرار آندوسکوپی فوقانی برای روز بعد تعیین شد.

روز بعد بر روی بیمار آندوسکوپی فوقانی انجام شد. مری، معده و روده کوچک مشاهده شد. مری طبیعی به نظر می‌رسد. بدنه معده نیز طبیعی به نظر می‌رسید. باین حال آنتروم معده اریتماتوئید بود که نشان‌دهنده وجود التهاب بود. قسمت دوم دئودنوم، تورفتگی‌های متوسط و منتشر چین‌های دایره‌ای (دریچه‌های کر کرینگ (valves of Kerkring) را نشان می‌داد که به‌عنوان مخاط پیچ‌خورده متوسط توصیف شد. نمونه‌های بیوپسی مری دیستال، آنتروم معده و دئودنوم برای بافت‌شناسی جمع‌آوری شد. سایر نتایج آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است.

علل تهوع و استفراغ راجعه در کودکان

Organic

Diabetic ketoacidosis
Alcohol
Illicit-drug use
Neurologic
Food poisoning
Infections (gastrointestinal or genitourinary)
Gastrointestinal diseases: (in order of frequency)
Gastroesophageal reflux disease
Celiac disease
Eosinophilic esophagitis
Helicobacter pylori gastritis
Peptic duodenitis
Biliary dyskinesia
Cholelithiasis
Genitourinary diseases:
Renal tubular acidosis
Uremia
Hemolytic-uremic syndrome
Metabolic disorders:
Hypercalcemia
Adrenal insufficiency
Other rare causes of acidosis or alkalosis

Functional

Irritable bowel syndrome
Cyclic vomiting syndrome
Eating disorder
Functional abdominal pain
Functional dyspepsia
Gastroparesis
Rumination
Functional vomiting
Munchausen's syndrome

Anatomical or Surgical

Strangulated hernia
Adhesions
Cholelithiasis
Malrotation with midgut volvulus
Intussusception
Anatomical gastrointestinal obstructions
Superior mesenteric artery syndrome
Pancreatic pseudocyst

یازده روز پس از آندوسکوپی، هنگامی که بیمار صبح زود برای استفاده از حمام از رختخواب برخاست، دچار سینکوپ شد. والدین وی با متخصص گوارش تماس گرفتند. متخصص توصیه کرد ارزیابی در بخش اورژانس بیمارستان انجام شود.

به‌محض ورود به اورژانس، بیمار گزارش داد حالت تهوع و استفراغ کاهش نیافته است و خستگی او به تدریج وخیم‌تر شده است و احساس ضعف می‌کند. او اخیراً از تعطیلات ساحلی در جنوب شرقی ایالات متحده بازگشته بود، جایی که از ضد آفتاب و چتر برای محافظت از آفتاب

نتایج معاینات شکم و عمومی بدن، مشابه نتایج به‌دست آمده در کلینیک مراقبت‌های اولیه بود و معاینه رکتال طبیعی بود. دوز امپرازول افزایش یافت و به بیمار توصیه شده که در دفتر چاهی رژیم غذایی و علائم را ثبت کرده و روند درمان را با روان‌شناس پیگیری کند. نتایج آزمایشگاه در جدول ۱ نشان داده شده است.

هشت روز پس از مراجعه به کلینیک دستگاه گوارش کودکان بیمارستان (سیزده روز قبل از مراجعه به اورژانس)، پدر بیمار برای گزارش کردن وخیم‌تر شدن استفراغ، کاهش وزن و خستگی، با کلینیک تماس گرفت. به نظر می‌رسید بیمار

استفاده کرده بود.

در معاینه بیمار هوشیار، اورینته و لاغر بود. دما ۳۶/۸ درجه سانتی‌گراد، نبض ۸۷ ضربان در دقیقه، فشار خون ۱۰۸/۵۵ میلی‌متر جیوه، میزان تنفس بیست تنفس در دقیقه و اشباع اکسیژن ۱۰۰ درصد در هنگام تنفس هوای محیط بود. وزن وی ۳۳/۷ کیلوگرم (صدک ۲۰) بود. مخاط دهان خشک بود. در معاینه شکم، تندرست خفیف ربع فوقانی چپ مشاهده شد. پوست به‌طور چشمگیری برنزه شده بود که مهم‌ترین آن در نواحی در معرض نور، از جمله صورت بود. باقیمانده معاینات بدنی طبیعی بود. نوار قلب ریتم سینوسی طبیعی را نشان داد.

تشخیص افتراقی

این پسر یازده‌ساله با حالت تهوع و استفراغ مکرر مراجعه کرده است با علائمی که در بین کودکان در سن مشابه، شایع است. استفراغ شامل اخراج



جدول ۲. علائم و نشانه‌های نارسایی آدرنال

علامت یا نشانه ی نارسایی آدرنال	وجود یا عدم وجود این علامت یا نشانه در این بیمار
• علائم شایع:	
خستگی طول کشنده یا مزمن	بله
ضعف عضلانی	بله
کاهش اشتها	بله
کاهش وزن	بله
درد شکم	بله
• علائم دیگر:	
حالت تهوع	بله
استفراغ	بله
اسهال	خیر
افت فشار خون بخصوص هنگام بلند شدن که باعث گیجی یا غش کردن می‌شود.	بله
تحریک پذیری و افسردگی	بله، بعد از ترخیص از بیمارستان
اشتیاق برای غذاهای پرنمک	نامشخص
سر درد	نامشخص
تعریق	نامشخص
هایپرپیگمانتاسیون یا تیره شدن پوست	بله، البته با تعطیلات ساحلی تداخل پیدا نمود.
• نشانه‌های آزمایشگاهی:	
کاهش سطح آلدوسترون	نامشخص
کاهش سطح کورتیزول	بله
افزایش سطح کورتیکوتروپین	بله
کاهش سطح سدیم	بله
افزایش سطح پتاسیم	خیر
کاهش سطح گلوکز	خیر

اجباری محتویات معده است و فرآیندی بسیار هماهنگ و بازتابی است که به وسیله مرکز استفراغ سیستم عصبی مرکزی کنترل می شود. نقش تکاملی استفراغ پاک کردن سریع سموم خورده شده است و معمولاً به دنبال حالت تهوع رخ می دهد؛ پیامی هشداردهنده که مانع از مصرف بیشتر مواد غذایی می شود. استفراغ تظاهراتی از بسیاری از اختلالات داخل و خارج روده ای، هم به صورت حاد و هم مزمن، از جمله فشار داخل جمجمه بالا، بیماری های متابولیک، التهاب و ناهنجاری های دستگاه گوارش (آناتومیک و مخاطی) است؛ بنابراین تشخیص افتراقی شامل علل متعدد احتمالی تهوع و استفراغ مکرر است که آن ها را می توان به علل عملکردی (functional)، آناتومیک (anatomical) و ارگانیک (organic) طبقه بندی کرد.

● علل عملکردی (Functional)

بیشتر علل استفراغ در دوران کودکی، عملکردی است؛ در نتیجه محوری روده-مغزی بسیار تعاملی ایجاد می شود. در این بیمار خصوصیات استفراغ بینش مهمی در تشخیص افتراقی فراهم می کند؛ همچنین سابقه GERD وی کمک کننده است. نکته درخور توجه این است که طبق معاینه جسمی، نشانه ای از تب و علائمی از بثورات پوستی، زردی، کاهش ترگور پوستی یا پتشی ندارد و معاینه شکمی نسبتاً خوش خیم است. در مقابل، اپیزود اخیر سنکوپ وقتی که از خواب بلند شد و استفراغ مداوم با کاهش وزن نسبتاً زیاد، نگران کننده است.

با توجه به این ملاحظات، همه علل کارکردی را می توان به صورت منطقی رد کرد. شرح حال بیمار با اختلالات خوردن (eating disorders)، بازگشت و بلع مجدد غذا (rumination) یا سندرم مونچوزن (Munchausen's syn-drome) سازگار نیست. درد عملکردی شکم، سندرم روده تحریک پذیر، استفراغ عملکردی و سوءهاضمه عملکردی بندرت با کاهش وزن همراه است. خصوصیات اپیزودهای استفراغ بیمار با گاستروپارزی (gastroparesis) سازگار نیست، شرايطی که استفراغ در طول روز به جای کاهش یافتن، بدتر می شود. سندرم استفراغ دوره ای (cy-clic vomiting syndrome)، اختلال اپیزودیک نسبتاً ناشناخته و احتمالاً کمتر تشخیص

داده شده ای است که با میگرن همراه است. این بیماری عمدتاً در دوران کودکی رخ می دهد، با حملاتی که برای افراد جداگانه کلیشه ای می شود و دوره ای و پیش بینی پذیر است که در این بیمار ذکر نشده است.

● علل آناتومیک (Anatomical)

علائم معمول فتق گیر کرده (strangulated hernia) شامل حالت تهوع، استفراغ، تب، درد ناگهانی است که به سرعت به درد شدید و ناتوان کننده و ناتوانایی در دفع مدفوع یا گاز می رسد. به استثنای حالت تهوع و استفراغ، این علائم را این بیمار گزارش نداده است. به همین ترتیب، علائمی از استفراغ صفراوی، تورم شکم، تغییر در عادات روده ای، مثلاً اسهال یا یبوست، یا مدفوع خونی (علائمی که معمولاً با سوء تغذیه و ولولوس روده همراه است) نشان نداده است.

ویژگی های بارز در هم رفتگی روده (-intussusception) شامل تب، بی حالی، استفراغ صفراوی، اسهال، تعریق و تورم شکم است؛ علائمی که بیمار گزارش نداده است. سرانجام، انسدادهای آناتومیک دستگاه گوارش مانند سندرم شریان مزانتریک فوقانی (superior mesenteric syndrome) و کیست کاذب پانکراس (-pancreatic pseudocyst)، نه با شرح حال بیمار (به عنوان مثال نبودن سابقه ضربه به شکم، جراحی نخاع برای اصلاح اسکولیوز یا کاهش وزن ناگهانی) و نه علائم وی (مثلاً عدم نفخ، سیری زودرس، باد معده و علائم انسداد روده کوچک) سازگار نیستند.

● علل ارگانیک (Organic)

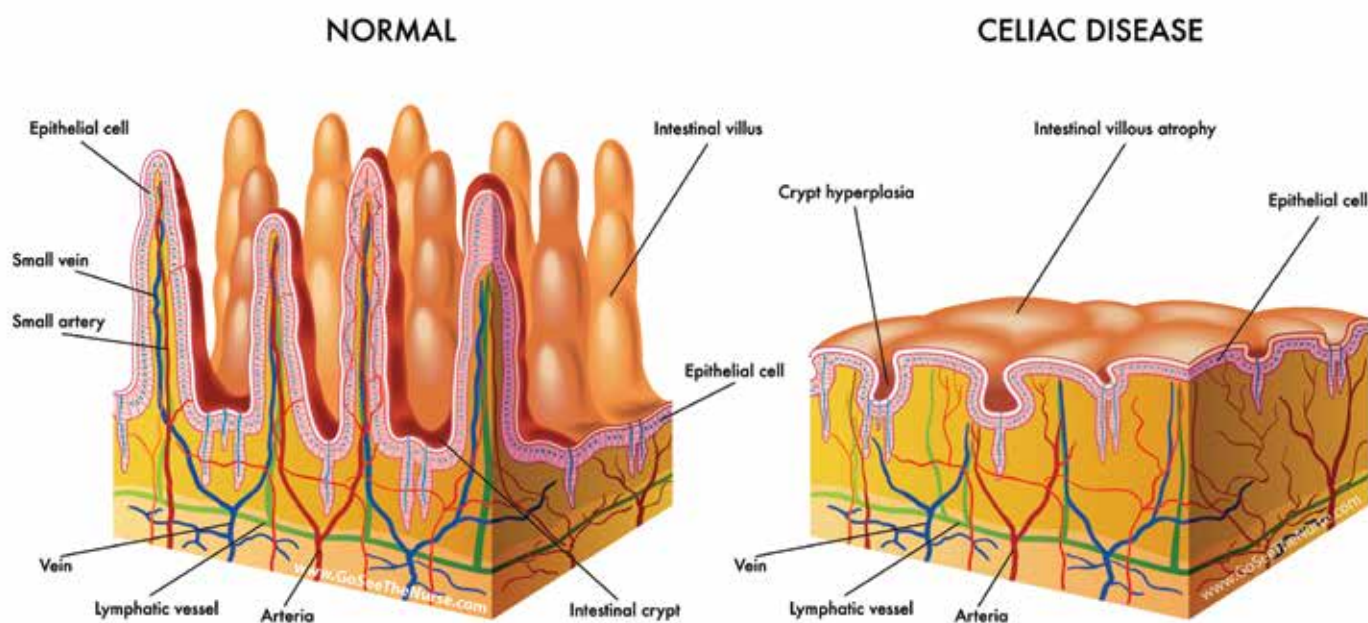
با توجه به اینکه بعید است تهوع و استفراغ این بیمار با علتی کاربردی یا آناتومیک توضیح داده شود، تشخیص افتراقی را می توان به علل ارگانیک محدود کرد. شرح حال و نتایج آزمایشگاهی بیمار با برخی از علل ارگانیک احتمالی، از جمله کتواسیدوز دیابتی، مصرف الکل، استفاده از داروهای غیرمجاز، دلایل عصبی، مسمومیت غذایی، عفونت ها یا بیماری های دستگاه ادراری-تناسلی سازگار نیست؛ بنابراین با توجه به علائم این بیمار، با بیماری های دستگاه گوارش و اختلالات متابولیکی روبرو هستیم.

از میان بیماری های دستگاه گوارش که با تهوع و استفراغ مکرر مشخص می شوند GERD،

دئودنیت پپتیک (peptic duodenitis)، بیماری سلیاک، ازوفازیت ائوزینوفیلیک (eosinophilic esophagitis)، گاستریت هلیکوباکتر پیلوری، دیسکینزی صفراوی (biliary dyskinesia) و کوله لیتیاژیس (cholelithiasis) باید در نظر گرفته شود. به نظر می رسد این واقعیت که علائم بیمار با درمان با مهارکننده های پمپ پروتون بهبود نیافته است، GERD و دئودنیت پپتیک و احتمالاً گاستریت H.pylori را رد می کند. علاوه بر این، با توجه به تظاهرات بالینی، احتمال کوله لیتیاژیس و دیسکینزی صفراوی بعید است. در نهایت نتایج آزمایشگاهی با تشخیص ازوفازیت ائوزینوفیلیک سازگار نیست و این موضوع را می توان بر اساس بررسی بافت شناسی مخاط مری که نشان دهنده افزایش تعداد ائوزینوفیلها در لامینا پروپریا است، رد کرد؛ بنابراین بیماری سلیاک محتمل ترین علت علائم بیماری است؛ زیرا تهوع، استفراغ، خستگی مزمن و کاهش وزن، همگی علائم بالینی احتمالی این بیماری هستند.

بیماری سلیاک (Celiac Disease)

بیماری سلیاک نوعی آنتروپاتی خودایمن است که در اثر مصرف دانه های حاوی گلوتن (به عنوان مثال گندم، گندم سیاه و جو) در افرادی که مستعد ژنتیکی ابتلا به این بیماری هستند ایجاد می شود. بیماری سلیاک با تداوم وجود گلیادین (gliadin)، ماده سمی گلوتن، ادامه دارد. از دیگر خصوصیات این بیماری می توان به پاسخ آنتی بادی بسیار اختصاصی در برابر ترانس گلوتامیناز بافتی و ارتباط قوی با هاپلوتیپ های اصلی پیچیده بافتی، به ویژه HLA DQ2 و DQ8 اشاره کرد. تشخیص این بیماری بر اساس تست های غربالگری حضور آنتی بادی ترانس گلوتامیناز بافتی به همراه ویژگی های بالینی تبییک در بیماران علامت دار است. تأیید تشخیص از طریق آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی دوازدهه حاصل می شود که شواهدی از آنتروپاتی سلیاک کلاسیک را نشان می دهد و شامل افزایش تعداد لنفوسیت های اپیتلیال، تغییرات ویلوس (villous blunting) و هیپرپلازی کریپت (crypt hyperplasia) است. تست های آزمایشگاهی درخواست شده متخصص گوارش کودکان که به احتمال زیاد شامل آزمایش آنتی بادی های ترانس گلوتامیناز بافتی و بررسی بافت شناسی نمونه های بیوپسی است، در تأیید



بیماری آدیسون در کشورهای صنعتی از هر یک میلیون نفر، ۱۱۰ تا ۱۴۴ نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نارسایی ثانویه آدرنال هنگامی رخ می‌دهد که غده هیپوفیز نتواند مقدار کافی کورتیکوتروپین (corticotropin) تولید کند، هورمونی که باعث تحریک غدد فوق کلیوی در تولید کورتیزول می‌شود و بسیار شایع‌تر از بیماری آدیسون است. این بیمار چندین علامت و نشانه شایع نارسایی آدرنال را داشته است (جدول ۲). در خور توجه است که برخی از ویژگی‌های اصلی یا گزارش نشده است (به عنوان مثال ولع مصرف غذاهای شور) یا تشخیص داده نشده است (به عنوان مثال هیپوگلیسمی و افزایش پتاسیم خون).

جنبه‌ای جذاب که در این بیمار به آن توجه می‌شود مربوط به هیپرپیگمانتاسیون زیاد یا تیرگی پوست است که می‌تواند نشانه‌ای از نارسایی آدرنال باشد. پوست این بیمار به خصوص در مناطق در معرض نور، از جمله صورت، برنزه گزارش شده است. این ویژگی را می‌توان با این واقعیت توضیح داد که به تازگی از تعطیلات ساحل بازگشته است؛ اما او از ضد آفتاب و چتر برای محافظت از خورشید استفاده کرده است.

است که یازده روز پس از آندوسکوپی، وقتی بیمار اوایل صبح از رختخواب برای استفاده از حمام بلند شده، سنکوپ اتفاق افتاده است. این سیر بالینی این احتمال را مطرح می‌کند که علاوه بر بیماری سلپاک، علتی متابولیکی نیز جزئی از تصویر بالینی علائم وی باشد. بر اساس شرح حال وی، یافته‌های بالینی و نتایج آزمایش آزمایشگاهی، کتواسیدوز دیابتی، اسیدوز توبولار کلیوی، هایپرکلسمی و سایر علل نادر اسیدوز یا الکالوز را می‌توان به طور منطقی رد کرد. این موضوع، تشخیص نارسایی آدرنال را به عنوان اختلال متابولیکی‌ای که می‌تواند در علائم و بدتر شدن بیمار نقش داشته باشد، باقی می‌گذارد.

نارسایی آدرنال (Adrenal Insufficiency)

نارسایی آدرنال نوعی اختلال نادر است که می‌تواند بیماری‌ای اولیه یا ثانویه باشد. بیماری آدیسون (Addison's disease)، اصطلاح شایع نارسایی اولیه آدرنال، هنگامی اتفاق می‌افتد که غده‌های آدرنال آسیب دیده و قادر به تولید مقدار کافی از هورمون کورتیزول نباشند. هورمون آدرنال آلدوسترون نیز ممکن است دچار کمبود شود.

تشخیص بیماری سلپاک در مورد این بیمار مؤثر خواهد بود.

سابقه شکستگی سالتر-هاریس نوع دو انگشت پنجم دست چپ (شواهد غیرمستقیم پوکی استخوان که عارضه احتمالی بیماری سلپاک است) به همراه تاریخچه خانوادگی بیماری‌های خودایمنی (دیابت نوع یک در پدر و کم کاری تیروئید در دایی که هر دو اغلب با بیماری سلپاک همراه هستند) از این تشخیص احتمالی پشتیبانی می‌کند. علاوه بر این، یافته‌های آندوسکوپی از مخاط پیچ خورده متوسط و پراکنده (diffuse, moderately scalloped mucosa) که در دنودنوم مشاهده شده است، بسیار مطرح کننده انتروپاتی سلپاک است، اما تشخیصی نیست.

بیماری سلپاک تشخیصی احتمالی در مورد این بیمار است؛ اما دو ویژگی در این بیمار وجود دارد که نیاز به توضیح دارد. اول اینکه وقتی بیمار پنج ساله بوده است، آزمایش غربالگری بیماری سلپاک منفی شده است. با وجود این برخلاف شواهد منسوخ شده، از دست دادن تحمل به گلوتن در بین افرادی که از نظر ژنتیکی در معرض ابتلا به سلپاک هستند، همیشه در زمان اولین مواجهه رخ نمی‌دهد. در عوض ممکن است بعدها در نتیجه عوامل محیطی اضافی، از جمله تغییر در ترکیب و عملکرد میکروبیوم روده، رخ دهد. دوم اینکه باید بتوانیم بدتر شدن بیمار را بعد از انجام آندوسکوپی توجیه کنیم، به خصوص خستگی، تنفس سنگین و سرگیجه هنگام راه رفتن. حتی نگران کننده تر این

بر اساس تمام ملاحظات فوق و علائم و نشانه‌های سازگار و غیرسازگار شناخته شده، محتمل ترین تشخیص در مورد این بیمار، ترکیب بیماری سلپاک و نارسایی آدرنال است.

“

باسم درودیه هکله در نوسه

نوروزیه د نوو عید بانه گه به بهار ما ابراهیم
لذت معنوی خالص و فرطان دلدار به هکله
له عید به بهار و هم ابراهیم عزیز به بهار
و بهار به بهار به بهار به بهار به بهار
و بهار به بهار به بهار به بهار به بهار
و بهار به بهار به بهار به بهار به بهار

دکتر خسرو فولادی نشستا
متخصص کودکان و نوزادان / بهداشت و تغذیه

با عرض تبریک سال نو خدمتتون
به آرزوی سهرین ما به بهار به بهار
سلامتی، شادی، امید فراوان
خدمتتون به بهار به بهار
در شیت روز اوردن

دکتر دانیال زمانفر
فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان

نوروز خاص و مختصر به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار

دکتر ذبیح اله جهانبخش
متخصص بیماری های کودکان و نوزادان

خدمت سهره به بهار
اگر به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار

دکتر مجید وارث وزیران
بورد فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان و نوجوانان

سال ۱۳۹۹ به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار
به بهار به بهار به بهار به بهار

دکتر غلامرضا سلیمانی
متخصص بیماری های کودکان / فوق تخصص عفونی کودکان

باسمه تعالی صلوات علی ۱۴۹۹ فروردین
 و همه بزرگان دانا و داناواران و بزرگان
 دانا و داناواران و بزرگان دانا و داناواران

دکتر فرامرز کرامتی
 متخصص بیماری های کودکان و نوزادان

سال نو را خدمت همکاران محترم
 تبریک عرض می کنم

دکتر مصطفی صدیقی
 متخصص کودکان و نوزادان
 فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان

فرارسیده بهار
 ۱۳۹۹ مبارک

دکتر معصومه بلیلا
 متخصص کودکان
 فوق تخصص نوزادان

سال نو را به تمام جامعه پزشکی تبریک عرض می کنم
 و همه بزرگان دانا و داناواران و بزرگان
 دانا و داناواران و بزرگان دانا و داناواران

دکتر سید علی اشرف سیادت
 متخصص کودکان و نوزادان
 رشد، تغذیه، واکسیناسیون

سال ۱۴۹۹ ما به تمام مردم عزیز گورم
 تبریک عرض میکنم امیدوارم سالی پر از سلامتی و شادمانی
 داشته باشیم

دکتر علی عابدینی
 متخصص بیماری های داخلی (قلب، گوارش، ریه)

بسم
 ضمن تشکرات و خدای آن بزرگوار در مجله
 بهاران سال ۱۳۹۹ را به کلمه عزیزان تبریک
 عرض نموده و سالی سرشار از موفقیت و قدرتی را در پیش
 آرزو دارم

دکتر سید محمد رضا مرتضوی زاده
 فوق تخصص مدیکال انکولوژی و هماتولوژی

حلال سال نو را خدمت شما
 محترم تبریک عرض نموده، سال نو مبارک
 و سلامت و موفقیت را بر
 شما و خانواده محترم آرزو می‌کنم

دکتر مژگان زحمتکشان / متخصص کودکان
 فوق تخصص گوارش، پیوند کبد، اندوسکوپی

کدام روزی
 ضمن تبریک سال نو
 سالی سرشار از سلامتی
 و موفقیت را برای شما و خانواده
 محترم آرزو می‌کنم

دکتر شهرام عبدلی اسکوئی
 فوق تخصص بیماری های عفونی کودکان

در آستانه قبولی سال نو، تبریکات صمیمانه
 خود را تقدیم می‌دارم. امیدوارم سال ۹۹
 را سرشار از درخشش، سعادت، شادمانی
 و صلح و آرامش برای تمام مردم عزیزمان ببینیم

دکتر مریم جوانمرد
 متخصص کودکان و نوزادان

تبریک عید به مناسبت
سال جدید و همکاری
جدید

دکتر حبیب اله مصطفی لو
فوق تخصص قلب

سال نو مبارک
تقدیم به همکاران گرامی
متخصصین اطفال و فوق
تخصص غدد

دکتر محمود قاسمی
فوق تخصص غدد و بیماری های
متابولیک ارثی دارای بورد فوق تخصصی

شرکت محترم ویتابیوتیکس
با سلام و احترام
سال نو بر شما و همکاران
محترم متان مبارکباد

دکتر سید ابراهیم منصوری نژاد
فوق تخصص بیماری های مغز
و اعصاب کودکان و نوجوانان

حافظ گشوده ام و چهره زیباست خال تو
حتما قشنگ می شود امل خال تو
با آن زبان فاخر و ایرانی اصیل
فرخنده باد روز و شب و ماه و سال تو

تبریک سال نو به همراه موفقیت به گروه دارویی ویتابیوتیکس

دکتر جشید اسماعیل زاده
جراح و متخصص گوش و حلق و بینی و حنجره

مسلان محترم شرکت
vitabiotic با تقدیم
تبریک سال نو و آرزوی
سالی پر بار

دکتر اردشیر اسدی
متخصص بیماری های کودکان و نوزادان
رشد و غدد، آسم و آلرژی، اعصاب و روان

شرکت محترم ویتابیوتیکس
با سلام و احترام و عرض ارادت صمیمانه آغلر سال نور
خدمت شما عزیزان تبریک گفته برای تان دلی شد، جانی
سلام و لبخ خندان در همه ایام آرزو دارم.

دکتر محمد صادق صبا
متخصص کودکان

در طلوع سرو امید و تفاهم
لبخند کائنات، ایمان
بیاوریم به انحطاط فصل
سرد، در بدایت سرور
شگوفه ی سب که نیم
بهار را نوید می دهد.
نوروز مبارک

دکتر علیرضا جاویدی
متخصص کودکان و نوزادان
متخصص تغذیه اطفال

سال نو را به شرکت ویتابیوتیکس تبریک گفته و آرزوی
سالی خوش برای همه کارکنان دارم.

دکتر سید علاءالدین علوی
متخصص کودکان / فوق تخصص نوزادان

CORONAVIRUS (COVID-19)

پرسش و پاسخ در مورد کنترل و پیشگیری از عفونت برای مراقبین سلامت در مواجهه با بیماران مشکوک یا تایید شده 2019-nCoV

پزشکی، محافظ چشم (مانند شیلد یا عینک) و دستکش بپوشند. پروسیجر باید در یک اتاق جداگانه/ایزوله انجام شود و در طول جمع آوری نمونه ی NP، مراقبین سلامت باید از بیماران بخواهند که دهان خود را با ماسک پزشکی یا دستمال کاغذی بپوشانند. اگر چه امکان دارد جمع آوری سواب های NP و OP باعث تحریک سرفه ی بیمار گردد، اما در حال حاضر هیچ مدرکی در دست نیست که نشان دهد سرفه ی ایجاد شده از طریق جمع آوری نمونه های NP/OP، منجر به افزایش خطر انتقال COVID-19 از طریق آئروسل هاست.

آیا مراکز خون (blood centers) باید به طور مرتب محصولات خونی را از نظر ویروس ۱۹-COVID غربال کنند؟

خیر؛ اگر چه قطعات RNA از SARS-CoV-2 در خون بیماران مبتلا به COVID-19 علامت دار مشاهده شده است، این بدان معنی نیست که ویروس زنده / عفونی است. به طور کلی، ویروس های تنفسی به اینکه بوسیله ی انتقال خون منتقل شوند، معروف نیستند. مراکز خون باید برای جلوگیری از اهدای خون افراد مبتلا به علائم تنفسی یا تب، اقدامات معمول غربالگری اهداکننده را انجام دهند. به عنوان اقدامات احتیاطی، مراکز خون می توانند افرادی که در ۱۴ روز قبل سابقه ی مسافرت به یک کشور درگیر با COVID-19 را داشتند، یا کسانی که مبتلا به COVID-19 هستند و یا تماس نزدیکی با یک فرد مبتلا به COVID-19 داشتند را نپذیرند.

آیا چکمه، پیش بند های غیر قابل

دسترس نیست، پارچه را در کمر ۰.۵ درصد برای حدود ۳۰ دقیقه خیس کنید و در آخر با آب تمیز بشویید و بگذارید کاملاً در نور آفتاب خشک شود.

توصیه در مورد ضد عفونی کردن وسایل نقلیه، کالاهای و محصولات وارده از چین یا سایر کشورهای مبتلا به COVID-19 چیست؟

تا به امروز هیچ اطلاعات اپیدمیولوژیکی وجود ندارد که نشان دهد تماس با کالاهای، محصولات یا وسایل نقلیه حمل شده از کشورهای مبتلا به COVID-19، منبع COVID-19 در انسان بوده است. به همین دلایل، با توجه به اینکه هیچ مدرکی مبنی بر اینکه این محصولات خطری برای سلامت عمومی دارند در دسترس نیست، هیچ توصیه ای برای ضد عفونی کالاهای و محصولات وارده از کشورهای مبتلا به COVID-19 وجود ندارد. WHO به نظارت دقیق بر تکامل COVID-19 ادامه خواهد داد و توصیه ها را در صورت لزوم به روز می کند.

کدام تجهیزات محافظ شخصی (PPE) باید توسط مراقبین سلامت (HCW) که از سواب های نازوفارنکس (NP) یا روفارنجیال (OP) در در بیماران مشکوک یا تأیید شده ی COVID-19 استفاده می کنند، به کار برده شود؟

مراقبین سلامت که نمونه های NP و OP را از بیماران مشکوک یا تأیید شده ی COVID-19 جمع آوری می کنند، باید به خوبی آموزش دیده بوده و لباس آستین بلند غیر استریل و تمیز، ماسک

چگونه می توانید روختی، حوله و ملافه های آلوده ی بیماران مبتلا به COVID-19 را تمیز کنید؟

کلیه افرادی که با تخت خواب آلوده، حوله و لباس بیمارانی که مبتلا به COVID-19 هستند سروکار دارند:

۱ قبل از لمس هر نوع پارچه ی آلوده، از وسایل محافظ شخصی مناسب استفاده کنید که شامل دستکش های مناسب کار سنگین، ماسک، محافظ چشم (شیلد صورت / عینک)، لباس آستین بلند، پیش بند (در صورتی که لباس مقاوم به مایع نیست)، چکمه یا کفش بسته می باشد.

۲ هرگز پارچه های آلوده را با بدن حمل نکنید. ملحفه های آلوده را در یک حاملی که واضحاً بر چسب زده شده و ضد آب باشد، قرار دهید. (به عنوان مثال کیف، سطل)

۳ در صورت وجود ضایعه ی جامد روی پارچه، مانند مدفوع و یا استفراغ، آن را با دقت بوسیله ی یک شیء صاف و محکم جدا کرده و قبل از قراردادن پارچه در حامل مشخص، آن را در چاه یا توالیت مشخص بریزید. اگر توالیت در همان اتاق بیمار نیست، ضایعات آلوده را در سطل بسته قرار دهید تا درون چاه یا توالیت تخلیه نمایید.

۴ شستشو و ضد عفونی پارچه: برای تمیز کردن و ضد عفونی کردن پارچه ها، توصیه می شود شستشو توسط دستگاه با آب گرم (۶۰-۹۰ درجه سانتیگراد) و مواد پاک کننده لباسشویی صورت گیرد. اگر شستن با دستگاه ممکن نیست، پارچه را می توان در آب داغ و صابون در سطل بزرگ خیساند، با استفاده از چوب دستی هم زد و از پاشیدن آب خودداری نمود. اگر آب گرم در



نفوذ یا گت های یکسره، به عنوان تجهیزات روتین محافظ شخصی (PE) برای مراقبین سلامت (HCW) بیماران مبتلا به عفونت مشکوک یا تأیید شده ی nCoV-۲۰۱۹، لازم است؟

خیر؛ دستورالعمل فعلی WHO برای مراقبین سلامت بیماران مشکوک یا تأیید شده ی بیماری تنفسی حاد 2019-nCoV، توصیه می کند علاوه بر اقدامات احتیاطی استاندارد، که همیشه باید توسط HCW ها برای کلیه بیماران استفاده شود، از احتیاط تماسی و قطره ای (contact and droplet precautions) استفاده نمایند. از نظر PPE، اقدامات احتیاطی تماسی و قطره ای شامل پوشیدن دستکش یک بار مصرف برای محافظت از دست، پوشیدن لباس تمیز غیراستریل و آستین بلند برای محافظت از لباس در برابر آلودگی، ماسک پزشکی برای محافظت از بینی و دهان و محافظ چشم (به عنوان مثال عینک و شیلد صورت)، قبل از ورود به اتاقی که در آن بیمار مشکوک یا تأیید شده ی بیماری حاد تنفسی 2019-nCoV بستری است، می باشد. ماسک های تنفسی (respirators) (به عنوان مثال N95)، فقط برای پروسیجرهای تولیدکننده آئروسل مورد نیاز است.

○ آیا ماسک های پزشکی یک بار مصرف می توانند ضد عفونی و مجدداً استفاده شوند؟

خیر؛ ماسک های پزشکی یک بار مصرف فقط برای یک نوبت مصرف در نظر گرفته شده است. پس از استفاده، آن ها باید با استفاده از تکنیک های مناسب برداشته شوند (به عنوان مثال جلوی آن را لمس نکنید و با کشیدن بند پشت گوش از عقب آن را بردارید). آن ها را بلافاصله در سطل زباله های عفونی درب دار قرار دهید، و به دنبال آن بهداشت دست را رعایت نمایید.

○ چرا WHO احتیاطات تماسی و قطره ای را برای مراقبین سلامت بیماران مشکوک / تأیید شده ی 2019-nCoV توصیه می کند، نه استفاده ی روتین از اقدامات احتیاطی هوا برد (airborne precautions)؟

ماسک برای افرادی که واقعا نیاز به پوشیدن آنها دارند، شود. در مراکز درمانی که مراقبین سلامت به طور مستقیم مراقب بیماران بیماری حاد تنفسی مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV هستند، ماسک ها در کنار سایر PPE ها و بهداشت دست، بخش مهمی از جلوگیری انتشار 2019-nCoV در بین مردم هستند.

○ آیا بیماران مبتلا به عفونت nCoV مشکوک و تأیید شده، می توانند در یک اتاق، هم گروه (cohorted) باشند؟

در حالت ایده آل، بیماران مبتلا به بیماری تنفسی 2019-nCoV مشکوک و تأیید شده، باید در اتاق های مجزا ایزوله شوند؛ با این حال، هنگامی که این موضوع امکان پذیر نیست (به عنوان مثال، تعداد محدود اتاق های یک نفره)، هم گروهی (cohorting) گزینه قابل قبولی است. برخی از بیماران مبتلا به عفونت مشکوک 2019-nCoV ممکن است در واقع بیماری های تنفسی دیگری داشته باشند، از این رو باید از بیمارانی که عفونت تأیید شده 2019-nCoV دارند بصورت جداگانه هم گروه شوند. حداقل یک متر فاصله بین تخت ها باید همیشه حفظ شود.

○ آیا بیماران مشکوک یا تأیید شده ی nCoV-۲۰۱۹، در صورت داشتن بیماری خفیف، باید در بیمارستان بستری شوند؟

خیر؛ برای بیمارانی که دارای بیماری خفیف هستند، به عنوان مثال تب خفیف، سرفه، ضعف، آبریزش بینی و گلودرد، بدون علائم هشدار از جمله تنگی نفس یا مشکل در تنفس، افزایش ترشحات تنفسی (مثل خلط یا هموپتزی)، علائم گوارشی مانند تهوع، استفراغ و/یا اسهال و بدون تغییر وضعیت روانی، ممکن است بستری در بیمارستان لازم نباشد؛ مگر اینکه نگرانی در مورد وخامت سریع وضعیت بالینی وجود داشته باشد. در صورت بروز هرگونه وخامت بیماری، باید به کلیه بیماران مرخص شده به منزل دستور داده شود که به بیمارستان برگردند.

○ آیا برای بیماران مشکوک یا تأیید شده ی nCoV-۲۰۱۹، هنگامی که به

WHO دستورالعمل سریع خود را براساس اجماع خبرگان بین المللی که شواهد موجود را در مورد نحوه انتقال 2019-nCoV در نظر گرفته اند، تدوین نمود. این شواهد، انتقال ویروس توسط قطرات و تماس با سطوح آلوده ی تجهیزات را نشان می دهد؛ و از انتقال روتین بوسیله ی هوا (airborne transmission) پشتیبانی نمی کند. انتقال هوا برد ممکن است، مانند سایر بیماری های تنفسی ویروسی، در طی پروسیجرهای تولیدکننده ی آئروسل (به عنوان مثال اینتوباسیون نای و برونکوسکوپی) اتفاق بیفتد؛ بنابراین WHO اقدامات احتیاطی هوا برد (airborne precautions) را برای این پروسیجرها توصیه می کند.

○ آیا WHO توصیه می کند افراد سالم حین شیوع nCoV-۲۰۱۹، بصورت روتین از ماسک استفاده نمایند؟

خیر؛ WHO توصیه نمی کند که افراد بدون علامت (یعنی افرادی که علائم تنفسی ندارند) در جامعه ماسک های پزشکی بپوشند، زیرا در حال حاضر هیچ مدرکی مبنی بر اینکه استفاده روزمره از ماسک های پزشکی توسط افراد سالم، مانع از انتقال 2019-nCoV می شود، موجود نیست. توصیه می شود ماسک توسط افراد علامت دار در جامعه استفاده شود. سوء استفاده و استفاده بیش از حد از ماسک های پزشکی ممکن است باعث مشکلات جدی کمبود ذخایر و عدم دسترسی



کرده اند وجود دارد؟

خیر؛ روش خاصی برای مدیریت اجساد افرادی که از 2019-nCoV فوت کرده اند وجود ندارد. مسئولان و مراکز پزشکی باید از سیاست ها و آیین نامه های موجود خود در مورد مدیریت پس از مرگ افرادی که در اثر بیماری های عفونی فوت می کنند، پیروی کنند.

آیا مدلی برای راه اندازی بخش ایزولاسیون و انواع نیازهای بهداشتی و محصولات وجود دارد؟

در حال حاضر، مدلی برای راه اندازی یک بخش ایزولاسیون در دست تهیه است. مشخصات PPE برای مراقبین سلامت که از بیماران nCoV مراقبت می کنند را می توانید در سبد کالای بیماری (disease commodity package) در این آدرس مشاهده کنید:

[https://www.who.int/publications-detail/disease-commodity-package---novel-coronavirus-\(ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/disease-commodity-package---novel-coronavirus-(ncov))

توصیه ها در مورد استفاده از کلر (chlorine) برای بهداشت دست و کنترل آلودگی nCoV چیست؟

محلول ضعیف کلر (۰.۰۵٪) می تواند برای ضد عفونی کردن دست ها، هنگامی که هندراب بر پایه الکل (ABHR) یا صابون وجود ندارد، استفاده شود. با این حال، محلول کلر ضعیف هنگامی که هندراب بر پایه الکل یا صابون در دسترس هستند، توصیه نمی شود؛ زیرا ساخت و رقیق کردن محلول های کلر، خطر بالاتری برای ایجاد سوزش دست و بیماری زایی دارد. علاوه بر این، محلول های کلر باید روزانه تهیه شوند و در جای خشک و خنک، با درب و دور از نور خورشید نگهداری شوند؛ در غیر این صورت احتمال دارد قدرت و کارایی در ضد عفونی را از دست دهند. کلر (۰.۰۵٪) به عنوان یک آلوده زدا برای تمیز کردن محیط، هنگامی که مقدم از تمیز کردن با آب و صابون باشد، مؤثر است.

بستری شدن نیاز دارند، بیمارستان های تخصصی یا ارجاعی لازم است؟

خیر؛ توصیه های فعلی WHO شامل الزامی برای استفاده ی انحصاری از بیمارستان های تخصصی یا ارجاعی برای درمان بیماران مشکوک یا تأیید شده ی بیماری تنفسی حاد 2019-nCoV نیست. با این حال، در صورتی که به نظر برسد این بیمارستان ها می توانند به صورت ایمن تری از بیماران با عفونت مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV مراقبت کنند و یا به دلایل بالینی دیگر (به عنوان مثال، دسترسی حمایت حیاتی پیشرفته)، کشورها یا حوزه های قضایی محلی ممکن است تصمیم بگیرند در چنین بیمارستان هایی از بیماران مراقبت کنند. صرف نظر از آن، هر مرکز درمانی که بیماران مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV را تحت درمان قرار می دهد، باید برای محافظت از بیماران، کارکنان و بازدید کنندگان، از توصیه های کنترل و پیشگیری عفونت WHO پیروی کند.

چه ضد عفونی کننده هایی برای تمیز کردن محیط، در مراکز درمانی یا خانه های دارای بیماران مبتلا به عفونت مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV توصیه می شوند؟

برای تمیز کردن محیط در مراکز بهداشتی و درمانی و یا خانه هایی که بیماران مبتلا به عفونت مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV دارند، باید از ضد عفونی کننده هایی استفاده شود که در برابر ویروس های پوشش دار (enveloped)، مانند 2019-nCoV و سایر کورونا ویروس ها مؤثر باشند. بسیاری از مواد ضد عفونی کننده، از جمله ضد عفونی کننده های رایج بیمارستانی، وجود دارند که در برابر ویروس های پوشش دار فعال هستند. در حال حاضر توصیه های WHO شامل موارد زیر است:

- الکل اتیل (70% Ethyl alcohol) ۷۰٪ برای ضد عفونی کردن تجهیزات قابل استفاده مجدد (مثلاً دماسنج ها) در فاصله ی بین استفاده.

- هیپو کلریت سدیم (Sodium hypo) ۰.۵٪ (chlorite at 0.05%) (معادل ۵۰۰ ppm) برای ضد عفونی سطوحی که غالباً در خانه ها یا مراکز درمانی لمس می شوند.

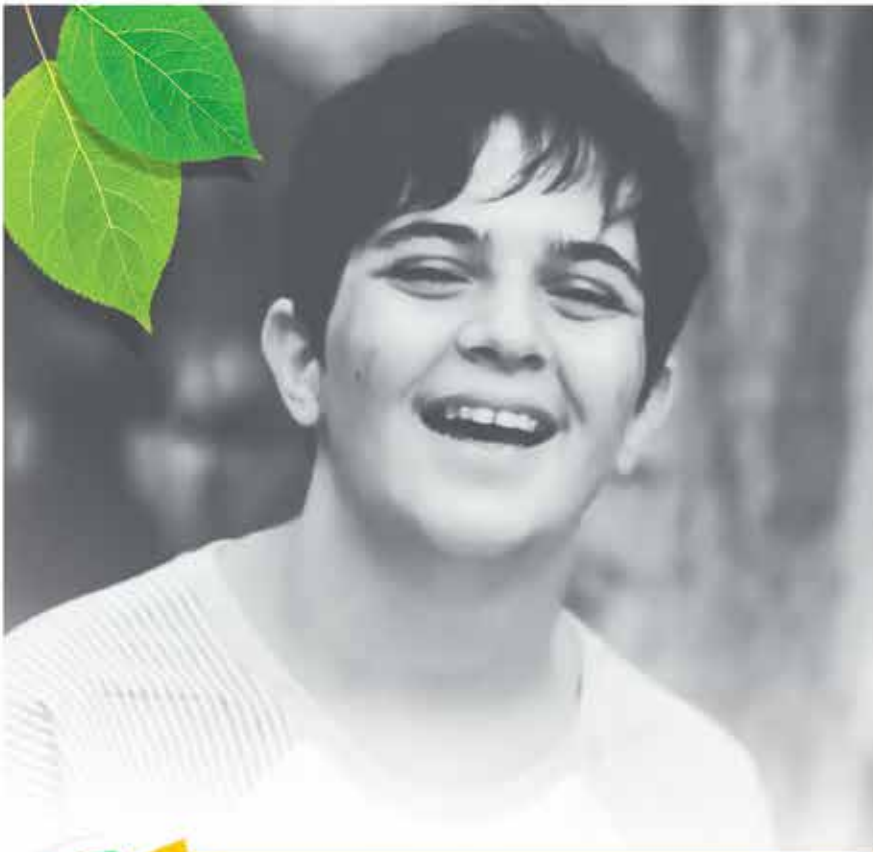
۲۰۱۹-nCoV چه مدت می تواند بر یک سطح خشک زنده بماند؟

در حال حاضر هیچ اطلاعاتی در مورد پایداری 2019-nCoV روی سطوح موجود نیست. داده های حاصل از مطالعات آزمایشگاهی در مورد SARS-CoV و MERS-CoV نشان داده اند که پایداری محیطی به عوامل مختلفی از جمله دما، رطوبت و نوع سطح بستگی دارد. WHO همچنان شواهد موجود را پیرامون nCoV نظارت می کند و در صورت وجود شواهد مرتبط، به روز می گردد.

آیا روش خاصی در رابطه با ضایعات تولید شده توسط بیماران مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV وجود دارد؟

خیر؛ ضایعات تولید شده حین مراقبت های بهداشتی یا مراقبت در منزل بیمارانی که به عفونت مشکوک یا تأیید شده ی 2019-nCoV مبتلا هستند، باید به عنوان زباله های عفونی دفع شوند.

آیا روش خاصی برای مدیریت اجساد افرادی که از 2019-nCoV فوت



موسسه خیریه توانسرای طلوع مهر مرکز نگهداری معلولین ذهنی نورستان

"با مجوز رسمی از سازمان بهزیستی کشور"



مرکز نورستان با افتخار به صورت شبانه روزی و زیر نظر سازمان بهزیستی تعداد ۶۰ نفر از معلولین ذهنی و جسمی دختران بالای ۱۴ سال را تحت پوشش خود قرار داده است.

در رضی آباد شهریار و در فضایی جان پرور با همت جمعی از هنرمندان و دوستان مهربانمان به توانبخشی و نگهداری این عزیزان مشغولیم.

تعداد ۴۰ نفر از معلولین نورستان مجهول الهویه می باشند و ۴ سال از نگهداری این عزیزان در این مرکز می گذرد.

حالشان خوب است و حال و جان ما نیز در پی آن خوبتر. آرزومندیم اگر اندیشه تان و باورتان به نورستان هموار بود، سری به بچه های نورستان بزنید و غرق باران رحمت خداوندی شوید.



● آقای سپهر محمدی رئیس هیات مدیره

● تلفن: ۰۹۱۲۱۴۳۴۱۵۰ nourestaan

● شماره حساب: ۵۸۹۲-۱۰۱۱-۵۵۲۴-۷۰۵۵

● شماره کارت: ۱۹۹۲۸۸۷۷۷۷۷۷۰۴




VITABIOTICS
 SCIENCE OF HEALTHY LIVING

چهارمین کنگره سلامت مردان همزمان با هفته ملی سلامت مردان از تاریخ ۳۰ بهمن ماه لغایت ۲ اسفند ماه ۱۳۹۸ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار گردید. این کنگره در بردارنده محورهای، وضعیت جمعیت کشور و سلامت مردان، تروما و حوادث سلامت مردان و بیماری های پروستات بوده و حضور اساتید و سیاستگذاران بنام و برجسته کشور در کنگره امسال، فرصت مغتنمی را برای بحث در خصوص جدید ترین و به روز ترین موضوعات و چالش های حال حاضر کشور فراهم آورده است. شرکت ویتابیوتیکس تهران یکی از شرکت کنندگان در این همایش و میزبان اساتید، پزشکان و کلیه شرکت کنندگان در این همایش می باشد.

اگر به بیماری کرونا 2019 (کوید 19-) مبتلا شدید چه باید بکنید

اگر به کووید 19- مبتلا شده‌اید یا مشکوک هستید که به ویروس عامل کووید 19- آلوده شده‌اید، مراحل زیر را به منظور پیشگیری از انتقال بیماری به افراد در خانه و جامعه دنبال کنید.

به غیر از مواقعی که نیاز به مراقبت پزشکی دارید در خانه بمانید

به غیر از مواقعی که نیاز به مراقبت پزشکی دارید، باید فعالیت‌های خارج از خانه را محدود کنید. به محل کار، مدرسه، یا مکان‌های عمومی نروید. از حمل و نقل عمومی، سوار کردن دیگران، یا تاکسی استفاده نکنید.

در خانه خود را از دیگر افراد و حیوانات جدا کنید.

افراد: تا حد امکان، باید در یک اتاق مجزا و دور از بقیه افراد خانه بمانید. همچنین، در صورت امکان، از دستشویی و حمام مجزا استفاده کنید.

حیوانات: در دوره بیماری از نگهداری حیوانات خانگی یا سایر حیوانات خودداری کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر [بخش کووید 19- و حیوانات](#) را ببینید.

پیش از مراجعه حضوری به پزشک با وی تماس بگیرید.

اگر از قبل وقت معاینه دارید، با پزشک تماس بگیرید و اطلاع دهید که به کووید 19- مبتلا یا مشکوک به ابتلا هستید. انجام این کار به کادر درمانی کمک می‌کند که اقداماتی را جهت پیشگیری از آلوده شدن دیگران انجام دهند.

ماسک بزنید

زمانیکه در ارتباط با دیگر افراد یا حیوانات هستید (برای مثال، وقتی همزمان در یک اتاق یا در یک وسیله نقلیه هستید) و پیش از ورود به مطب پزشک باید ماسک بزنید. اگر نمی‌توانید از ماسک استفاده کنید (مثلاً به دلیل ایجاد مشکل در تنفس)، توجه داشته باشید که افرادی که با شما زندگی می‌کنند نباید با شما همزمان در یک اتاق باشند، و باید هنگام ورود به اتاق شما ماسک بزنند.

هنگام عطسه و سرفه جلوی دهان خود را بگیرید

هنگامی که عطسه و سرفه می‌کنید جلوی دهان و بینی خود را با دستمال کاغذی بگیرید. دستمال کاغذی‌های استفاده شده را در سطل دردار بیاندازید؛ سپس فوراً دست‌های خود را حداقل به مدت 20 ثانیه با آب و صابون بشویید و یا دست‌هایتان را با مواد تمیزکننده الکلی دار مخصوص دست که حاوی حداقل 60-95% الکلی می‌باشد تمیز کنید به طوریکه مواد را به کل دست‌ها آغشته کرده و آنقدر به هم مالید تا خشک شود. در صورتی که کثیفی دست‌ها قابل توجه است ترجیحاً باید از آب و صابون استفاده شود.

از استفاده مشترک از لوازم خانگی شخصی بپرهیزید

حتماً از بشقاب، لیوان، فنجان، ظروف غذاخوری، حوله، و یا رختخواب مجزا از سایر افراد خانه و یا حیوانات خانگی استفاده کنید. پس از هر بار استفاده از این وسایل باید آنها را به طور کامل با آب و صابون بشویید.

دست‌های خود را مرتب تمیز نگه دارید.

دست‌های خود را مرتباً با آب و صابون حداقل به مدت 20 ثانیه بشویید. در صورتیکه آب و صابون در دسترس نبود، دست‌های خود را با مواد تمیزکننده الکلی دار مخصوص دست که حاوی حداقل 60% الکلی می‌باشد تمیز کنید به طوریکه دست‌ها را کاملاً آغشته کرده و آنقدر به هم مالید تا خشک شود. در صورتی که کثیفی دست‌ها قابل توجه است ترجیحاً باید از آب و صابون استفاده شود. از دست زدن به چشم، بینی و دهان خود با دست آلوده خودداری کنید.

سطوحی که مرتباً لمس می‌شوند را هر روز تمیز کنید.

سطوحی که مرتباً لمس می‌شوند شامل پیشخوان، روی میز، دستگیره در، وسایل داخل حمام، توالت، تلفن، کیبورد، تبلت و میز کنار تخت است. همچنین، تمام سطوحی که ممکن است روی آنها خون، مدفوع و یا ترشحات بدن باشد را تمیز کنید. دستمال نظافت و اسپری تمیزکننده را طبق دستورالعمل موجود روی برچسب آنها استفاده کنید. برچسب‌ها شامل دستورالعمل‌هایی برای استفاده صحیح و موثر از مواد تمیزکننده هستند؛ از جمله اقدامات احتیاطی که باید هنگام استفاده از این مواد انجام دهید. مثلاً پوشیدن دستکش و اطمینان از وجود جریان مناسب هوا هنگام استفاده از مواد.

علائم بیماری خود را پایش و رصد کنید

در صورت شدید شدن بیماری (مثلاً تنگی نفس)، هرچه سریع‌تر به پزشک مراجعه کنید. **پیش از مراجعه به پزشک، با مطب پزشک یا مرکز درمانی تماس گرفته و به ایشان اطلاع دهید که مبتلا یا مشکوک به ابتلا به کووید 19- هستید.** پیش از ورود به مرکز درمانی ماسک بزنید. انجام این کارها به کادر درمانی کمک می‌کند که اقداماتی را جهت پیشگیری از آلوده شدن افرادی که در مطب پزشک یا در اتاق انتظار هستند انجام دهند.

از پزشک خود درخواست کنید که با وزارت بهداشت یا مرکز بهداشت محلی تماس بگیرید. افرادی که تحت مراقبت ویژه و یا مراقبت خانگی هستند باید از دستورالعمل‌های ارائه شده از سوی مرکز بهداشت محلی خود و یا متخصصان بهداشت پیروی کنند.

در موارد اورژانسی با 911 تماس بگیرید و به افراد اعزامی اورژانس اطلاع دهید که شما مبتلا یا مشکوک به ابتلا به کووید 19- هستید. در صورت امکان، تا پیش از رسیدن افراد اورژانس پزشکی ماسک بزنید.

خروج از قرنطینه خانگی

بیماران مبتلا به کووید 19- باید تا زمانی که خطر انتقال ثانویه به افراد دیگر به حداقل برسد در قرنطینه خانگی بمانند. زمان خروج از قرنطینه خانگی برای هر فرد متفاوت است و طبق نظر پزشک و وزارت بهداشت و مرکز بهداشت محلی انجام می‌گیرد.



چاپ مقاله علمی شما در مجله بهداشت

ماهنامه بهداشت به منظور بالا بردن سطح علمی هرچه بیشتر این مجله و ایجاد ارتباط موثر در میان اعضای محترم جامعه پزشکی، اقدام به چاپ مقالات پزشکان و داروسازان گرامی می نماید. لازم به ذکر است این ماهنامه جدیدترین مقالات روز دنیا را از معتبرترین ژورنال های تخصصی به چاپ می رساند. همکاران گرانمایه در صورت تمایل می توانند در زمینه چاپ مقالات خود در حوزه های اطفال، زنان، عمومی، داخلی، تغذیه، غدد، پوست و مو، ریه، آسم و آلرژی، ایمونولوژی، عفونی، ارتوپدی، مغز و اعصاب، گوارش و قلب و عروق اقدام نمایند. مزید امتنان خواهد بود برای ارسال مقالات و یا دریافت اطلاعات بیشتر در این زمینه با آدرس زیر مکاتبه فرمائید.

info@onlinebehdasht.ir

MEYER

We think hard to make healthcare simple™

Full of betacarotene



Excellent Taste

شربت آسماویت

کمک به کاهش علائم ناشی از آلرژی و حساسیت‌های فصلی
کمک به تقویت سیستم ایمنی/ حاوی آنتی اکسیدان های طبیعی و ویتامین های: A, C, D, E و ب کمپلکس
به همراه مواد معدنی ضروری شامل: سلنیوم، منگنز، زینک، آهن و منیزیم

VITAARIA

مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۴۱۷۸۲

www.vitaaria.com