

انجمن متخصصین کودکان اصفهان
Isfahan society of pediatrics



خبرنامه سمینار دو روزه انجمن متخصصین کودکان اصفهان

تازه های طب کودکان



روز اول : ۵شنبه ۹ اسفند ۱۴۰۳



ALHAVI
Pharmaceuticals
Since 1958



خبرنامه سمینار انجمن کودکان اصفهان

دبیر علمی : دکتر مهدی سالک

دبیر اجرایی : دکتر کامران صفوی پور

اولین روز این سمینار که با تلاش انجمن متخصصین کودکان اصفهان در تاریخ پنج شنبه نهم اسفند ماه ۱۴۰۳ در مجموعه تالار پویش در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار گردید، در سه پانل به بررسی مشکلات دندانپزشکی کودکان؛ بیماری های چشم و اختلالات خواب در کودکان پرداخته شد.

سخنرانان این پانل ها که از اعضا هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی اصفهان بودند، به تفکیک در مورد مسائل فوق صحبت نموده و در انتها به پرسش های همکاران پاسخ داده شد.

در زمان استراحت و پذیرایی نیز دوستان از غرفه های مربوط به شرکت های حامی برنامه بازدید نمودند.

در این خبرنامه که به کوشش جمعی از همکاران تهیه شده است، تنها به چند نکته مهم و کاربردی هر پانل که شاید ما به عنوان متخصص کودکان کمتر آن را می دانیم، پرداخته ایم.

تنظیم کننده : دکتر ریحانه برکتین
دبیر انجمن کودکان اصفهان



پنل اول : دندانپزشکی کودکان

سخرانان : دکتر آناهیتا هراتیان، دکتر ریحانه فقیهیان، دکتر رویا فروغی و دکتر مهدی جعفرزاده



نکات مهم رویش دندان:

اگر به چارت رشد دندانی در اینترنت نگاه کنیم زمان رویش هر دندان می تواند به اضافه و منهای ۶ ماه باشد. پس تاخیر رشد دندان شیری تا شش ماه با زمینه وراثتی قابل قبول است. تب جزو علائم رویش دندان نیست.

پوسیدگی دندان

پوسیدگی دندان شایع ترین بیماری مزمن دوران کودکی است و ۵ برابر شایع تر از آسم است. پوسیدگی می تواند در سه سطح اتفاق بیفتد، پوسیدگی های سطحی و پوسیدگی سطوح صاف در دوران کودکی شایع تر هستند و پوسیدگی ریشه در سنین میانسالی شایع تر است. سه عامل مهم که برآیند آن ها باعث پوسیدگی دندان می شود، عبارتند از : میزبان (عوامل ژنتیکی فرد)، باکتری های پوسیدگی زا و رژیم غذایی.

کودکان در بررسی های اولیه از نظر پوسیدگی به سه دسته کم خطر، متوسط خطر و پرخطر تقسیم می شوند. کودکان کم خطر هر ۶ تا ۱۲ ماه پیگیری می شوند، کودکان متوسط خطر هر ۳ تا ۶ ماه و کودکان پر خطر هر ۳ ماه بررسی می شوند.

Essential of dental science

راهنمای پیشگیرانه دندان کودک

باتوجه به این که سه سال اول زندگی، زمان طلایی بهداشت دهان و دندان است، حتما لازم است اولین ویزیت دندان پزشکی با رویش اولین دندان و حتما قبل از یک سالگی انجام شود.

در این بازه هم والدین پذیرش بیشتری دارند و هم باکتری های پوسیدگی زا هنوز در دهان کودک کلونیزه نشده اند.

در هر ویزیت دندان پزشکی چه نکاتی مهم است؟ معاینه بالینی دهان و دندان : این معاینه تا سه سالگی نیازی به نشستن روی یونیت دندان پزشکی ندارد و در وضعیت زانو به زانو با والد انجام می شود، در این پوزیشن کودک در آغوش والد است و والد نقش نگه دارنده کودک را نیز دارد.

سر کودک در آغوش دندانپزشک است و معاینه انجام می شود.

رشد و تکامل استخوان فک و دندان ها
ارزیابی پوسیدگی و ریسک آن
آموزش بهداشت دهان و دندان



اصفهان کم است و لازم است فلوراید تراپی تحت نظر دندان پزشک برحسب میزان ریسک پوسیدگی برای کودک انجام شود. توصیه به استفاده روتین از فلوراید خوراکی نیست.

Cpp-acp: این موس ها حامل های کلسیم و فسفر هستند و برای درمان ضایعات اولیه پوسیدگی موثر هستند. این موس ها جایگزین خمیردندان نبوده و بعد از مسواک زدن باید با انگشت روی دندان ها کشیده شود.

عادات غذایی: طبق تحقیقات قبل از ۱۲ ماهگی شیر مادر ارتباطی با پوسیدگی دندان ندارد، ولی بعد از یک سالگی شیر مادر و شیرخشک به ویژه در طول شب باعث افزایش پوسیدگی دندان می شود. مواد چسبنده مثل پفک و پولکی آسیب بیشتری به دندان می زنند، تعدد خوردن قند هم خیلی مهم است، خوردن حجم زیادی از قند یکجا کم خطرتر از خوردن این حجم به آهستگی و در طول زمان است. میزان قند مصرفی استاندارد در رژیم روزانه کودک ۴ تا ۸ ساله ۳۲/۵ گرم در روز و معادل ۱۰ درصد کالری روزانه است.

بیماری های دهان

کیست های رشدی و مرواریدهای اپشتین همه خوش خیم هستند و تا یک ماهگی برطرف می شوند.
دندان ناتال و پری ناتال: این دندان ها اکثرا همان دندان اصلی هستند و چون ریشه ناکامل دارند، لق بوده و باید به دندانپزشک ارجاع شود.

هماتوم رویشی: کیست های بنفش قبل از رویش دندان بوده که نیاز به کاری ندارند.

جمع آوری و خلاصه: دکتر فهیمه محب محمدی

طبق آمار ۵۰ درصد کودکان تا ۶ ماهگی به باکتری های پوسیدگی زا آلوده می شوند و ۸۴ درصد کودکان تا ۲ سالگی به این باکتری ها آلوده می شوند. عامل اصلی این آلودگی دهان، والدین و مراقبین کودک هستند.

ریسک فاکتورهای پوسیدگی دندان در کودکان:

تاریخچه پزشکی (پره ترم بودن، بستری شدن مکرر در دو سال اول، تب های سخت و طولانی، وزن کم، آلرژی ها، داروها)

انتقال باکتری ها: از زمان بارداری این مبحث مهم است، مادر باید دندان های پوسیده خود را درمان کند و آموزش کامل بهداشت دهان را ببیند، استفاده از قند زایلیتول می تواند میزان باکتری های پوسیدگی زا را در دهان کم کند و استفاده آن در مادر توصیه می شود.

مسواک زدن: تا ۶ سالگی باید توسط والدین زده شود، قبل از ۶ ماهگی با دستمال خیس لثه ها تمیز شود، از زمان رویش دندان تا یک سالگی مسواک انگشتی و از یک سالگی به بعد باید با مسواک مخصوص کودکان مسواک زده شود. خمیردندان از ابتدا باید فلورایددار باشد، از ۶ ماهگی تا ۳ سالگی به اندازه برنج و بعد از ۳ سالگی به اندازه نخود باید استفاده شود و بعد از آن لازم نیست دهان شسته شود، همین که کف از دهان خارج شود کافیتست. حداقل دو بار در روز مسواک لازم است.

نخ دندان: از وقتی دندان ها کنار هم قرار می گیرند و باهم در تماس اند باید نخ دندان هم استفاده شود.

فلوراید: فلوراید یک ماده معدنی است که جذب دندان می شود و مقاومت دندان رو در مقابل اسیدهای تولید شده توسط باکتری ها بالا می برد و حتی پوسیدگی را در مراحل اولیه متوقف می کند. فلوراید آب مصرفی



پنل دوم : چشم پزشکی کودکان

سخنرانان : دکتر علی آقاجانی، دکتر محمد ملک احمدی، دکتر افسانه نادری، دکتر علی صالحی



انسداد مجاری اشکی :

در صورت بروز عفونت آنتی بیوتیک موضعی مصرف شده و پس از بهبودی قطع می شود.
درمان جراحی در ۱۲ تا ۱۵ ماهگی تحت sedation و اگر لازم بود بیهوشی انجام می شود، موفقیت این روش ۸۰ درصد است.
در مورد زمان عمل دو استثنا وجود دارد که نباید صبر کرد و به محض تشخیص لازم است که اقدام شود. این دو استثنا شامل داکریو سیستیت و داکریوسیستوسل است.

۷۰ تا ۸۰ درصد نوزادان به دنیا آمده به نوعی در انتهای مجرای اشکی انسداد دارند و در ۹۰ تا ۹۵ درصد آنها این انسداد تا یک سالگی برطرف می شود.
علائم بعد از چهار هفتگی ظاهر می شود و در ۳۰ درصد موارد تظاهرات دو طرفه است. در صورت وجود اشک در روز اول تولد باید به فکر عفونت بود و نه انسداد مجرای اشکی.

علائم کلینیکی : کثیفی لبه پلک و جمع شدن اشک

رتینوپاتی پر مچوریتی
ناشی از عدم تشکیل عروق ته چشم به علل عمدتاً پره مچوریتی و low birth weight است.
ریسک فاکتور ها عبارتند از :
low birth weigh (وزن ۲۰۰۰ گرم و کمتر)
پر مچوریتی (با سن ۳۲ هفته و کمتر)

تشخیص : می توان از فلورسئین استفاده کرد، عدم تخلیه آن حداقل بعد از ۵ تا ۶ دقیقه می تواند تشخیص را مشخص کند (spesifty100% , sesitivity90%)

تقسیم بندی : Simple که درگیری در انتهای مجرای اشکی است (Hasner's membrane) و Complex که بقیه موارد را شامل می شود.

عوامل زیر همچنین این ریسک را افزایش می دهد :
unstable situations , sepsis , transfusion ,
entrocoulitis

درمان : نوع Simple در ۹۰ درصد موارد خود به خود باز می شود، درمان در سنین پایین کمپرس قوی روی برجستگی گوشه چشم تا ۲ سانتیمتر روی لبه کناری بینی و انجام حرکات دورانی است.



در پره مچورها شانس گلوکوما بیشتر از نوزادان غیر پره مچور است. درمان قطعی گلوکوما جراحی در اولین فرصت است. استعداد ابتلا به گلوکوما در بعضی از بیماری ها مثل استورج وبر، سندروم مارفان و هموسیستینوری افزایش دارد.

یکی از علائم گلوکوم در سن بعد از سه سالگی ممکن است تاری دید باشد، تروما نیز از عوامل مساعد کننده است. پروگنوز بسته به شدت بیماری و زمان تشخیص گلوکوم است. بیماران مبتلا به گلوکوم باید در طول عمر خود مورد معاینه و بررسی مکرر قرار داشته باشند.

آمبلیوپی

آمبلیوپی یا تنبلی چشم شایع ترین علت نقص بینایی در کودکان است. افرادی که رنگ چشم سبز دارند بیشتر به این بیماری مبتلا می شوند. شیوع تنبلی چشم ۲ تا ۴ درصد است.

در تنبلی چشم، فیزیولوژی چشم اشکال دارد و تشخیص آن باید زیر سن ۳ ماهگی انجام گیرد.

درمان: پوشاندن (patching) چشم سالم است که به ازای هر سال سن کودک یک هفته patching چشم سالم صورت می گیرد. دوره پچ تراپی ۳ تا ۶ ماه می باشد و تا زمانی که جواب بدهد ادامه داده می شود.

در ۵۰ درصد موارد پس از قطع patching تنبلی چشم ممکن است عود می کند.

اکسیژن تراپی بعد از ۳۲ تا ۳۳ هفته خطر زیر ۳۲ هفتگی را ندارد. در ایران نوزادان زیر ۲۰۰۰ گرم و تولد در ۳۲ هفتگی و کمتر از آن، نیاز به معاینه چشم دارند. در تولد ۳۱ تا ۳۳ هفتگی، اولین معاینه ۴ هفته بعد از تولد انجام می شود و در تولد ۲۴ هفتگی، اولین معاینه ۷ هفته بعد از تولد انجام می شود.

هایپروکسی در سن ۳۲ هفتگی به پایین خطر رتینوپاتی را دارد اما در سنین ۳۷ هفتگی خطری ندارد.

تقسیم بندی: هر چه عدد Zon کمتر باشد عارضه وخیم تر و یا حادث تر است، هر چه Stage بیشتر باشد شبکه در حال کنده شدن است. وجود Plus نشان دهنده درگیری وریدی و شریان های چشم به صورت اتساع و تورتوزیته عروق شریانی و وریدی است که نشانه وخامت بیشتر است.

اگر فاکتور Zon کم، فاکتور Stage بالا و فاکتور Plus مثبت باشد، بیماری وخیم تر است.

درمان رتینوپاتی پره مچوریتی: شامل تزریق، لیزر فوتو کوآگولیشن و جراحی در استیج های بالاتر از ۴ یا ۵ است و Poor Prognos می باشد.

گلوکوم

گلوکوم به افزایش فشار داخل چشم گفته می شود که می تواند بر عصب بینایی تاثیر گذاشته و باعث نابینایی شود. علائم ظاهری گلوکوم در بچه های زیر ۳ سال شامل چشم های بزرگ و cloudy corneas، اشک ریزش، حساسیت به آفتاب، چشمک زدن و megalocornia می باشد.



پنل سوم: خواب در کودکان

سخنرانان : دکتر مجید کیوانفر، دکتر زهرا پارساپور، دکتر محسن رئیسی، دکتر محمدعلی پورمیرزایی



خواب طبیعی و انواع اختلال خواب

به عنوان متخصص کودکان در ویزیت‌های روتین این سوالات را از والدین بپرسید:

تعریف اختلال خواب در کودکان : هر نوع اختلال در شروع خوابیدن، عمق خواب، کیفیت خواب، حفظ خواب و یا زود بیدار شدن از خواب که باعث اختلال در عملکرد روزانه می‌شود را اختلال خواب می‌گویند.

بی‌خوابی در کودکان دو تایپ دارد:

۱. اختلال در شروع به خواب رفتن یا

sleep onset association

۲. اختلال در طول خواب limit setting type

درمان خواب در کودکان: بهترین راهکار برای جلوگیری از ایجاد اختلالات خواب در کودکان پیشگیری از بدخوابی، با آموزش بهداشت خواب از دوران نوزادی می‌باشد. برای این منظور توصیه می‌شود که دو ساعت قبل از شروع خواب با نور به هیچ عنوان تماس نداشته باشد و در یکی دو ساعت اول بیدار شدن از خواب تماس با نور زیاد و شدید داشته باشد.

درمان دارویی با ملاتونین فقط در بچه‌هایی که در شروع به خواب رفتن مشکل دارند انجام می‌شود. دوز توصیه شده نیم میلی گرم ۲ تا ۴ ساعت قبل از شروع خواب است و هر هفته نیم میلی گرم اضافه شود تا به ۳ الی ۵ میلی گرم برسد و حداکثر ۳ تا ۶ هفته مصرف می‌شود.

۱. آیا سخت به خواب می‌رود؟
۲. آیا در طول خواب بیدار می‌شود؟
۳. آیا در خواب مشکلات تنفسی دارد؟
۴. آیا در طول روز رفتار غیر طبیعی دارد؟
۵. آیا صبح‌ها به سختی از خواب بیدار می‌شود؟
۶. آیا در طول روز خواب آلودگی دارد؟

علائم بی‌خوابی در کودکان :

۱. علائم رفتاری شامل خستگی، کوفتگی، تحریک پذیری، بی‌قراری
۲. علائم فیزیکی شامل سردرد، درد معده، درد سینه، گلودرد، تنفس سخت
۳. علائم احساسی شامل اضطراب، استرس، افسردگی، کابوس و وحشت شبانه
۴. علائم ذهنی شامل عدم توجه، اختلال یادگیری، اختلال حافظه



علل آپنه انسدادی خواب : انسداد راه هوایی فوقانی، کاهش تون عضلانی راه هوایی، کاهش درایو تهویه مرکزی

تشخیص : شرح حال که کودک سه شب در هفته علائم خروپف دارد شامل معاینه بالینی و گرافی لترال گردن سپس پر کردن پرسشنامه و در صورت اسکور بالای ۸ جهت انجام تست خواب ارجاع به متخصص خواب صورت می گیرد.

بی خوابی در کودکان: Insomnia

۱. **بی خوابی حاد :** چند روز تا چند هفته ماندگاری دارد. با استرس حاد یا تغییر محیط جدید مثل نقل مکان یا مشکلات خانوادگی ایجاد می شود. موقتی است و با برطرف شدن عامل محرک سریعاً برطرف می شود.

۲. **بی خوابی مزمن:** حداقل سه شب در هفته رخ می دهد و سه ماه طول می کشد. به علت مشکلات پزشکی، روانشناختی و محیطی مثل اضطراب، افسردگی، درد مزمن و ... اتفاق می افتد، مداوم است و نیاز به مداخله برای رفع علت اصلی دارد.

۳. **بدخوابی به علت مشکلات پزشکی:** عللی مثل آسم، آلرژی، بیش فعالی، اوتیسم، اضطراب و افسردگی باعث بروز آن می شود. مشکلات ثانویه به وضعیت اولیه است و با درمان مشکل زمینه‌ای برطرف می شود.

۴. **بی خوابی ناشی از مصرف داروهای محرک :** مثل کافئین و ریتالین که بعد از قطع یا تنظیم دارو بی خوابی برطرف می شود.

انواع پاراسومنیا :

۱. راه رفتن در خواب sleep walking
۲. صحبت کردن در خواب sleep talking
۳. شب ادراری bed wetting
۴. وحشت شبانه night terrors که در اوایل خواب و در خواب NREM اتفاق می افتد و کودک چیزی به یاد ندارد.
۵. کابوس شبانه night mares که در خواب REM اتفاق می افتد و کودک کاملاً آن را به یاد می آورد و بیشتر ناشی از استرس روز است.
۶. دندان قروچه bruxism که می تواند باعث آسیب به دندان ها شود.
۷. آپنه انسدادی خواب OSA که در خواب خروپف شبانه دارند و در طول روز خواب آلود هستند، در طول خواب مرتب تغییر وضعیت می دهند و بیشتر از ۵ بار در ساعت جابجا می شوند، علت آن کمبود آهن یا مسائل ژنتیک می باشد که باید درمان آنمی فقر آهن انجام شود و فریتین بالای ۵۰ نگه داشته شود.
۸. نارکولپسی که دو نوع دارد :
 - کاتاپلکسی که فرد تون عضلانی خود را ناگهانی از دست می دهد.
 - نوع دیگر که بدون تغییر در تون عضلانی در ساعاتی از روز به طور کامل می خوابد.

آپنه انسدادی خواب obstructive sleep apnea

عوارض OSA : مشکلات عصبی رفتاری، کاهش توجه، اختلال در تنظیم هیجانی، کاهش عملکرد تحصیلی، شب ادراری، اختلال رشد، فشار خون سیستمیک، فشار خون ریوی.



درمان اختلالات خواب:

۱- ایجاد محیط امن: مانند حذف سیگار، حذف آلرژن‌ها، کاهش وزن، درمان رینیت آلرژیک، درمان ریفلاکس، آسم، پولیپ بینی و انحراف سپتوم

۲- تجویز اکسیژن مکمل: که درمان موقت است.

۳- تجویز آنتی بیوتیک: که در کوچک شدن سائز آدنویید تاثیر طولانی ندارد.

۴- درمان پوزیشنال: وضعیت پرون برای این بیماران مناسب‌تر است.

۵- آدنوتونسیلکتومی: اگر اندکس AHI بین ۱ تا ۱۰ باشد، بیمار ۶ ماه با دارو تحت نظر گرفته می‌شود. برای درمان نگهدارنده مصرف کورتون نازال به مدت ۲ تا ۴ هفته و در صورت پاسخ مناسب به کورتون، ادامه درمان تا ۳ ماه توصیه می‌شود. مصرف مونته لوکاست در صورت عدم پاسخ به کورتون انجام می‌شود.

در صورت داشتن اندکس AHI بالای ۱۰ و یا عدم پاسخ به درمان دارویی، جراحی آدنوتونسیلکتومی انجام می‌شود. ۶ تا ۸ هفته بعد از انجام جراحی ویزیت مجدد انجام شود.

جمع آوری و خلاصه: دکتر محبوبه سمیعی

۵. بی‌خوابی به علت عدم رعایت بهداشت خواب: برنامه نامنظم خواب، تماس بیش از حد با صفحه نمایش، محیط خواب ناخوشایند باعث ایجاد بی‌خوابی می‌شود که اغلب با ایجاد روال خواب ثابت و یک محیط خواب مساعد بهبود می‌یابد.

۶. بی‌خوابی به علت اختلال ریتم شبانه روزی خواب و بیداری: ناهماهنگی بین ساعت داخلی بدن کودک و برنامه‌های بیرونی باعث بدخوابی می‌شود.

۷. بی‌خوابی روانی فیزیولوژیکی: که در هنگام به خواب رفتن اضطراب در مورد خواب و بدخوابی و کیفیت خواب خود دارد که بیشتر در نوجوانان دیده می‌شود.

۸. بی‌خوابی رفتاری: امتناع از خوابیدن و تاخیر در شروع خواب، بیداری‌های طولانی شبانه و مقاومت در خوابیدن که در بیماران روانپزشکی دیده می‌شود.

درمان بی‌خوابی:

رفتار درمانی و رعایت بهداشت خواب اولین و مهم‌ترین درمان می‌باشد.

درمان‌های دارویی کوتاه مدت که زیر ۱۶ سال تایید نشده است، عبارتند از:

ملاتونین: که در شروع خواب موثر است.

هیدروکسی‌زین: که در شروع خواب موثر است، اما گاهی باعث بی‌قراری، بدخوابی و مقاومت می‌شود.

کلونیدین: برای ادامه و تداوم خواب در بیماران خاص استفاده می‌شود.

گاباپنتین: که عوارض زیادی دارد.



