



نشریه خبری، علمی و آموزشی

انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران
سال دوم - شماره ششم / مهر ماه ۱۴۰۰

صاحب امتیاز: انجمن علمی ترویج تغذیه با شیرمادر ایران
مدیرمسئول: دکتر سیدعلیرضا مرندی
سردبیر: دکتر منصور بهرامی

هیئت تحریریه: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر سیدابوالفضل افجه، دکتر بهار اله وردی، دکتر منصور بهرامی، دکتر علی اصغر حلیمی اصل، دکتر غلامرضا خاتمی، دکتر کنایون خاتمی، دکتر محمود راوری، دکتر حامد شفق، دکتر احمدرضا فرسار، دکتر خلیل فریور، دکتر فاطمه فرهمند، دکتر سیدحسین فخرایی، دکتر سیدعلیرضا مرندی، دکتر پانته آنظری، دکتر شهربانو نخعی، دکتر محمدعلی نیلفروشان

جمع آوری مقالات: دکتر مژگان مظلوم، زیبا محمدخانلو

تنظیم و ویرایش: دکتر ناهید عزالدین زنجانی

تایپ: آینده طالبی

صفحه آرایی: پرویز مقدم

آدرس انجمن: تهران، بالاتراز میدان ولیعصر، نرسیده به چهارراه

زرتشت، کوچه دانش کیان، پلاک ۲۴، طبقه همکف

کدپستی ۱۴۵۸۴۵۳۷۱

تلفن: ۰۱-۸۸۹۱۰۱۹۰ و ۸۸۸۹۱۱۶۹

دورنگار (تلفکس): ۸۸۸۹۱۱۷۰

آدرس سایت: www.shiremadar.com

آدرس ایمیل: shiremadar@yahoo.com

فهرست مطالب

۲ اخبار انجمن.....

هفته جهانی شیرمادر

۲ "حمایت از تغذیه با شیرمادر؛ مسئولیت مشترک".....

۸ مقالات علمی.....

• میکروبیوم

• چه وقتی زمان مناسب برای بستن (clamp) بند ناف است؟

• درمان دارویی پدیده رینود نوک پستان

• از کووید ۱۹ و شیرمادر بیشتر بدانیم

✓ واکسیناسیون زنان باردار و مادران شیرده علیه بیماری کووید-۱۹

✓ نکات قابل توجه و مهم از مطالب ارائه شده در وبینار ستاد کرونای

دانشگاه تهران (واحد بهداشت)

✓ نکاتی در مورد سویه دلنا

✓ واکسن کووید-۱۹ (کوویران برکت)

اخبار انجمن

اقدامات انجام گرفته:

- ۱) اجرای سه برنامه آموزشی به مناسبت هفته جهانی شیرمادر در برنامه رادیویی ترنج (رادیو گفتگو)، رادیو سلامت و شبکه سلامت توسط اساتید محترم هیئت مدیره
- ۲) برگزاری سه وبینار آموزشی در ۱۰ تیرماه، ۱۴ مردادماه و ۱۱ شهریورماه
- ۳) ارسال چند مقاله برای ماهنامه «کودک سالم»
- ۴) ارسال مقاله جهت انجمن پزشکان کودکان ایران به مناسبت هفته جهانی شیرمادر
- ۵) ترجمه چند مقاله علمی جهت چاپ در نشریه انجمن
- ۶) تهیه چند عنوان پژوهشی
- ۷) مذاکره با معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد و دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت انجام یک یا دو پروژه تحقیقاتی در سال جاری و یا سال آینده
- ۸) تصویب برنامه تربیت مشاورین شیردهی در مرکز آموزش مهارت‌های بالینی وزارت بهداشت
- ۹) تهیه برنامه زمان بندی شده برای وبینارهای انجمن و احتمالاً یک دوره تربیت مشاور شیردهی تا پایان سال جاری
- ۱۰) تهیه یک جزوه آموزشی در زمینه دارو و شیرمادر با همکاری یکی از مشاورین شیردهی دانشگاه علوم پزشکی ایلام جهت استفاده همکاران پزشک و مشاورین شیردهی (به صورت PDF در گروه‌ها گذاشته شد).
- ۱۱) تکمیل و ارسال فرم اعتباربخشی مربوط به اداره آموزش مداوم وزارت بهداشت در سامانه eas.behdasht.gov.ir



هفته جهانی شیر مادر "حمایت از تغذیه با شیر مادر؛ مسئولیت مشترک"

World Breastfeeding Week 2021 - ۱۴۰۰

Protect Breastfeeding: A Shared Responsibility

توضیح: این مطلب خلاصه فولدری است که در اداره کودکان وزارت بهداشت ترجمه شده است.

- همه‌گیری COVID-۱۹ چالش‌های عظیمی برای جامعه جهانی ایجاد کرده است. اطمینان از بقاء، سلامت و رفاه برای همگان بیش از هر زمان دیگر حائز اهمیت است. تغذیه با شیر مادر پایه و اساس زندگی است و به سلامت کوتاه مدت و بلندمدت، تغذیه مناسب و امنیت غذایی در شرایط اضطراری و غیر اضطراری کمک می‌کند.

تغذیه با شیر مادر نیز یکی از حقوق بشر است که باید مورد احترام قرار گرفته حفظ شده و تحقق یابد.

- طی همه‌گیری COVID-۱۹، تغذیه با شیر مادر تحت تأثیرات مثبت و منفی آن قرار گرفته است. به دلیل قرنطینه شدن شهرها و محدودیت‌های تردد در اکثر کشورها، والدین مجبور شده‌اند در خانه بمانند و به مراقبت و پرورش کودک خود بپردازند. از طرف دیگر به دلیل خطر انتقال کرونا در چندین کشور، جدایی مادر و نوزاد اتفاق می‌افتد. **WHO توصیه می‌کند**

که مادر و نوزاد را کنار هم نگه دارید زیرا نه تنها تغذیه با شیر مادر بی خطر است بلکه از بسیاری موارد مرگ و میر نوزادان نیز پیشگیری می‌کند.

- استفاده از رسانه‌های جمعی و بازاریابی دیجیتال رو به فزونی است. یک چالش جدی که تغذیه با شیر مادر با آن مواجه است بهره‌برداری توسط صنایع تولیدکننده جانشین شونده‌های شیر مادر (BMS) از طریق تبلیغات گسترده و بازاریابی غیراخلاقی است. این شیوه‌ها توسط کد بین المللی پوشش داده می‌شود و باید قانون کشوری برای آن تنظیم شود. امسال چهلمین سالگرد تدوین کد بین‌المللی است. اگرچه در برخی کشورها پیشرفت امیدوارکننده‌ای وجود دارد ولی در بسیاری از کشورها اجرا و پایش آن بسیار ضعیف است.

- روش‌های ارتقای وضعیت تغذیه با شیر مادر یک مسئله سلامت عمومی است که نیاز به تلاش و سرمایه‌گذاری در سطح

اجرای موثر هم که به طور کلی وجود ندارد.

• آمار و ارقام

میزان جهانی تغذیه با شیر مادر کم است و فقط ۴۳٪ نوزادان طی ساعت اول پس از تولد تغذیه با شیر مادر را شروع کرده و ۴۱٪ شیرخواران زیر شش ماه هم تغذیه انحصاری با شیر مادر داشته‌اند. اگرچه تداوم تغذیه با شیر مادر تا یکسال ۷۰٪ است، اما میزان تداوم تا دو سالگی به ۴۵٪ کاهش می‌یابد.

رسیدن به هدف جهانی تغذیه یعنی افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر به ۵۰٪ تا سال ۲۰۲۵، به سرمایه‌گذاری اضافی به میزان ۵٫۷ میلیارد دلار طی ۱۰ سال یا ۴٫۷۰ دلار برای هر نوزاد در همه کشورهای با درآمد کم و متوسط نیاز دارد.

• راه‌حل‌ها

• کلید محافظت اجتماعی عادلانه که والدین را توانمند کرده و حقوق آنها را تضمین می‌کند، قانونگذاری، سیاست‌های حمایتی محل کار و تغییر نگرش مثبت است که شامل سیاست‌ها و قوانین حمایت اجتماعی والدین مانند استفاده از مرخصی زایمان با حقوق است.

محیط کار دوستدار مادر در دو بخش دولتی و غیردولتی نیز به ایجاد محیط دوستدار تغذیه با شیر مادر کمک می‌کند.

سیاست‌ها و برنامه‌های کشوری باید بر ضرورت دسترسی شاغلین دو بخش دولتی و غیردولتی به حق مرخصی زایمان با حقوق والدین، طبق توصیه‌های ILO تأکید کنند. **برای مادر باید حداقل ۱۸ هفته و ترجیحاً حداکثر شش ماه مرخصی**

زایمان با حقوق فراهم شود. بهبود پوشش و کیفیت حمایت از تغذیه با شیر مادر مبتنی بر محیط کار از جمله فراهم کردن اتاق شیردهی و استراحت در طول روز کاری نیز ضروری است.

• **نظم و نظارت بر بازاریابی جانشین شونده‌های شیر مادر بسیار حیاتی است زیرا نشان داده شده است که صنایع تولید کننده جانشین شونده‌های شیر مادر (BMS) کد بین‌المللی را به ویژه طی همه‌گیری COVID-۱۹ در مناطق مختلف جهان نقض کرده است.** گسترش رسانه‌های جمعی و بازاریابی دیجیتال بر لزوم تعامل با ذینفعان مختلف، به ویژه شرکت‌های رسانه‌های اجتماعی، جهت آگاه ساختن آنها از مقررات مربوط به سیستم عامل‌هایشان تأکید می‌کند. زمان آن

جامعه دارد. در هفته جهانی تغذیه با شیر مادر به ما یادآوری می‌شود که محافظت از تغذیه با شیر مادر یک مسئولیت مشترک همگانی است. وقت آن است که همگی برای حفظ و حمایت از تغذیه با شیر مادر نسبت به اطلاع‌رسانی، تثبیت، مشارکت و توجه بیشتر اقدام کنیم. این امر به تضمین بقا، سلامتی و رفاه فرزندان و خانواده‌های آنها کمک می‌کند و در دستیابی به اهداف توسعه پایدار نقش کلیدی دارد.

اهداف هفته جهانی تغذیه با شیر مادر - سال ۱۴۰۰:

۱. **اطلاع‌رسانی کنید:** در خصوص حمایت از تغذیه با شیر مادر به مردم اطلاع‌رسانی کنید.
۲. **تثبیت کنید:** حمایت از تغذیه با شیر مادر را به عنوان یک مسئولیت حیاتی همگانی، تثبیت کنید.
۳. **به مشارکت بطلید:** از افراد تاثیرگذار و سازمان‌ها جهت تعامل و مشارکت در تاثیرگذاری بیشتر، دعوت به عمل آورید.
۴. **با پرداختن بیشتر به تغذیه با شیر مادر، توجه بیشتری به آن معطوف کنید:** طیف گسترده‌ای از اقدامات حمایتی از برنامه تغذیه با شیر مادر را در راستای سلامت عمومی انجام دهید.

سطح کشوری

• چالش‌ها

در سطح جهانی، اکثریت قریب به اتفاق زنان ترجیح می‌دهند شیرخوار خود را با شیر مادر تغذیه کنند، اما متأسفانه بسیاری از آنها نمی‌توانند تا زمانی که می‌خواهند، تغذیه با شیر مادر را ادامه دهند. موانع عمده‌ای در محیط دوستدار تغذیه با شیر مادر وجود دارد که فقدان اراده سیاسی و سرمایه‌گذاری طولانی مدت در حفظ و حمایت از تغذیه با شیر مادر در سطح کشوری دلیل اصلی آن است.

اجرای کد بین‌المللی ضروری است. اگرچه در ۱۳۶ کشور با اتخاذ برخی اقدامات قانونی پیشرفت‌هایی صورت گرفته است، اما فقط ۲۵ کشور و ۴۲ کشور به ترتیب دقیقاً یا تا حد متوسط با این قانون مطابقت دارند. حتی علیرغم اینکه کشورها قوانینی هم در این خصوص دارند موضوعات مربوط به حیطة محصولات، برچسب‌گذاری، تخلفات بهداشتی، فروش و تبلیغات گسترده همچنان یک نگرانی فزاینده است. **نظارت**



شواهد اخیر از ۳۸ کشور با درآمد کم و متوسط نشان می‌دهد که تمديد مرخصی زایمان می‌تواند موانع شیردهی برای مادران شاغل را کم می‌کند.

۹۰٪ شاغلین کشورهای در حال توسعه، ۶۷٪ در کشورهایی با درآمد بالا و پایین میانه و ۱۸٪ در کشورهای با درآمد بالا در بخش غیردولتی کار می‌کنند. مادران شاغل در بخش غیردولتی از شرایط و محیط مناسب برای مادر برخوردار نیستند تا در کنار انجام کار بتوانند به تغذیه با شیر مادر نیز ادامه دهند.

ب: سطح جامعه

*چالش‌ها

شرکت‌ها اکنون از روش‌های جدیدی مانند استفاده از سازمان‌های حمایت از صنایع، معرفی خود به عنوان اساس سازمان‌های غیردولتی، همکاری با کمپین‌های سلامت عمومی، طرح ادعاهای بهداشتی بی اساس، تبلیغات گسترده غذای کودک، استفاده از رسانه‌های جمعی و اجتماعی، بازاریابی دیجیتال و استفاده از افراد تأثیرگذار برای فعالیت‌های تبلیغاتی خود استفاده می‌کنند. صنایع از افراد مشهور و تأثیرگذار در جامعه و حتی کارکنان بهداشتی استفاده می‌کنند تا محصولات خود را به طور آشکار یا پنهانی تبلیغ کنند که در نتیجه تغذیه مطلوب با شیرمادر تضعیف می‌شود.

فرارسیده است که نهادهای بین‌المللی بهداشت و دولت‌ها بررسی کنند که چگونه می‌توان بازاریابی دیجیتالی جانشین شونده‌های شیرمادر را از طریق رسانه‌های اجتماعی سرو سامان داد و شرکت‌ها را مسئول و پاسخگو کرد. همه اجزای حفظ و حمایت از تغذیه با شیرمادر به مشارکت بخش‌های مختلف جامعه و دولت در یک رویکرد سلامت عمومی با مسئولیت مشترک و بدون تعارض منافع نیاز دارند.

اقدامات لازم:

الف: سطح محیط کار

*چالش‌ها

در بسیاری از مناطق جهان، والدین شاغل از حمایت‌های اجتماعی کافی برخوردار نیستند؛ از جمله مرخصی با حقوق، سیاست محیط کار دوستدار والدین، (فضای مناسب برای شیردادن و یا دوشیدن شیر)، مرخصی ساعتی و ساعات کاری انعطاف‌پذیر که باعث می‌شود آنها نتوانند تغذیه با شیرمادر موفقی داشته باشند و معمولاً مدت کوتاهی پس از زایمان مجبور به بازگشت به محل کار خود هستند.

کارفرمایان نیز درک درستی از این که چگونه حمایت از تغذیه با شیرمادر برای کارکنان و خانواده‌های آنها می‌تواند مفید باشد و یا نیازهای مادر شیرده برای بازگشت به محیط کار چیست را ندارند. مانع دیگر تنوع محیط کار است که موجب می‌شود شرایط و منابع تامین مالی مختلفی برای اجرای برنامه‌های حمایت از تغذیه با شیرمادر وجود داشته باشد مثلاً یک شرکت چند ملیتی از تسهیلات حمایتی بیشتری لازم برای مادران نسبت به یک شرکت کوچک یا متوسط برخوردار خواهد بود.

*آمار و ارقام

فقط ۳۹ کشور کنوانسیون حمایت از مادران (ILO، ۲۰۰۰ شماره ۱۸۳) را تصویب کرده‌اند. از بین ۱۸۵ کشور، مرخصی زایمان با حقوق در ۹۹ کشور حداقل ۱۴ هفته، در ۵۷ کشور ۱۴-۱۷ هفته و فقط در ۴۲ کشور ۱۸ هفته یا بیش از آن ارائه می‌شود. فقط تعداد کمی از مادران به مبنی بر تغذیه انحصاری با شیرمادر تا ۶ ماه (توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی) دارند. مرخصی پدر و مرخصی والدین به ترتیب فقط در ۶۶ و ۱۰۰ کشور دنیا اجرا می‌شود.

*راه حل‌ها

آگاهی بیشتر مردم از کد بین المللی جانشین شونده‌های شیر مادر و حمایت از حق تغذیه با شیرمادر مورد نیاز است. مدافعان جامعه مدنی نیز باید هوشیار بوده و بازاریابی دیجیتال BMS را که ناقض کد بین المللی است را شناسایی کرده و نحوه برخورد با این موضوع را بررسی کنند. رسانه‌ها می‌توانند با همکاری با متخصصان برای انتقال بی طرفانه و صحیح اطلاعات، از برنامه تغذیه با شیرمادر حمایت کنند.

پیام‌های کلیدی

۱- ایجاد محیط دوستدار کودک مستلزم سرمایه گذاری و

اجرای سیاست مبتنی بر شواهد

در حمایت از تغذیه با شیر مادر است.

۲- همه ما باید در برابر استراتژی‌های بازاریابی دیجیتال

شرکت‌های تولیدکننده شیرمصنوعی هوشیارتر باشیم و راه‌های

مهار آنها را بررسی کنیم.

۳- کشورها باید مطابق کد بین المللی بازاریابی جانشین

شونده‌های شیرمادر و مصوبات بعدی مجمع جهانی بهداشت،

قوانین کشوری را وضع، نظارت و اجرا کنند.

۴- تمام کارکنان بهداشتی که خدمات سلامت مادر

و کودک ارائه می‌کنند باید در زمینه مشاوره شیردهی، کد

بین المللی جانشین شونده‌های شیرمادر و تعارض منافع

آموزش ببینند.

۵- حمایت اجتماعی از والدین می‌تواند از طریق مشارکت

بین دولت، کارفرمایان، اتحادیه‌های صنفی، سازمان‌های

جامعه مدنی و جوامع حاصل شود.

۶- همکاری میان نقش آفرینان مختلف جامعه، می‌تواند به

حمایت از تغذیه با شیر مادر برای همه خانواده‌ها

کمک کند.



جوامع و افراد به ویژه در مواقع اضطراری و بلایا در برابر تبلیغات عمومی و کمک‌های مالی صنایع تولیدکننده جانشین شونده‌های شیرمادر (BMS) آسیب پذیر هستند، این تبلیغات هم قوانین کشوری و هم کد بین المللی جانشین شونده‌های شیرمادر را نقض می‌کنند. مشخص شده است که صنایع تولید کننده جانشین شونده‌های شیرمادر در همه‌گیری کووید ۱۹ از سردرگمی و ترس ناشی از تغذیه با شیرمادر سود برده و محصولات خود را به عنوان «گزینه ایمن تر» فعالانه تبلیغ می‌کنند و این نقض صریح کد بین المللی جانشین شونده‌های شیرمادر است.

*آمار و ارقام

در اندونزی صنایع تولیدکننده جانشین شونده‌های شیرمادر (BMS) علیرغم مقررات کشوری، محصولات خود را از طریق بازاریابی دیجیتال طرح‌هایی مانند «nombassador» به مادران معرفی می‌کنند.

ارائه هدایا و سوء استفاده توسط صنایع تولید کننده جانشین شونده‌های شیرمادر طی همه‌گیری کووید ۱۹ در بسیاری از کشورها از جمله کانادا، هند، ایتالیا، پاکستان، فیلیپین و انگلستان گزارش شده است.

مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که صنایع تولیدکننده جانشین شونده‌های شیرمادر با والدین جدید آسیب پذیر و به ویژه شاغلین ارتباط برقرار کرده و به راحتی محصولات خود را به صورت انفرادی به آنها می‌رسانند.

مقالات علمی



تحت عنوان میکروبیوم می‌شناسیم باعث بروز سایر خصوصیات انسانی می‌شود.

امروز میکروبیوم را به عنوان یک ارگان جدید در کنار سایر ارگان‌های انسانی مانند مغز، قلب، کلیه قرار می‌دهند. وزن این ارگان را بین ۲۰۰ تا ۱۴۰۰ گرم تخمین می‌زنند. میزان این میکروب‌ها ده برابر تعداد سلول‌های انسانی است (صد تریلیون میکروب در برابر ده تریلیون سلول انسانی). و تعداد ژن‌های میکروبی ۱۰۰-۱۰۰۰ برابر ژن‌های انسانی است. (۲-۲۰ میلیون در برابر بیست و سه هزار). نکته جالب اینجاست که تفاوت بین ژن‌های انسانی در افراد مختلف تنها ۱/۰٪ است. اما تفاوت بین ژن‌های میکروبی در بین انسان‌ها ۹۰٪ می‌باشد.

منشاء این میکروبیوم کجاست و تفاوت بین آنها از کجا به وجود می‌آید؟ بستگی به زایمان دارد اگر زایمان طبیعی (NVD) باشد و یا از طریق سزارین فرد متولد شود نوع میکروبیوم غالب متفاوت است. اگر تغذیه با شیر مادر باشد میکروبیوم غالب زمانی که شیر خشک مصرف می‌شود فرق دارد. این میکروبیوم از کانال زایمان، پوست مادر و یا مدفوع مادر سرچشمه می‌گیرد. معمولاً در بین ۱-۳ سالگی میکروبیوم هر انسانی ثابت می‌شود مگر در مواقعی که "دیس بیوزیس" (تغییر در فلور نرمال) اتفاق افتد. عواملی که باعث دیس بیوزیس می‌شوند عبارتند از: نوع تغذیه اولیه، روش زایمان، مصرف آنتی‌بیوتیک، عفونت‌های مختلف، تغییر در رژیم غذایی، مصرف بعضی مواد شیمیایی.

در شیرخواری که از شیر مادر استفاده می‌کند میکروب غالب، بیفیدوباکتر است ولی کودکی که از شیر خشک استفاده می‌کند معمولاً باکتریوئید، پروتئوس و کلاستریدیوم یافت می‌شود.

میکروبیوم

دکتر حامد شفق، فوق تخصص گوارش کودکان

از گذشته‌های دور اعتقاد بر این بوده است که نوع ماده غذایی مصرفی در تشکیل ساختار شخصیتی و سلامت جسمی و روحی انسان تأثیرگذار می‌باشد. جمله معروفی است که می‌گوید "بشر در واقع آن چیزی است که می‌خورد" یک سیاستمدار فرانسوی در سال ۱۸۲۶ گفته: **به من بگو چه چیزی می‌خوری تا به تو بگویم چه کسی هستی.** تا قبل از یک دهه پیش تصور بر این بود که برای توصیف خصوصیات انسانی نیاز به صد هزار ژن داریم. اما بعد از پیشرفت مهندسی ژنتیک مشخص شد بیست و سه هزار ژن در بدن انسان وجود دارد. بنابراین در پی پاسخ به این سوال که این عدم تناسب چگونه توجیه می‌شود تئوری‌هایی مطرح شد و عنوان کردند منابع دیگری از DNA و RNA در بدن وجود دارد که مشخص شد در ریبوزوم و میتوکندری این منابع هستند ولی باز هم نتوانستند این تفاوت فاحش را توضیح دهند. در نهایت به این نتیجه رسیدند که DNA و RNA غیر انسانی مسئول این موارد است و در واقع فلور نرمال موجود در پوست، دهان، روده و... که

تغذیه‌ایی مانند کمک به هضم غذاهای هضم نشده و تولید نوترینت‌های مفید.

پره‌بیوتیک در واقع موادهایی غیرقابل هضمی هستند که باعث تقویت رشد و یا فعالیت یک یا گروهی از میکروب‌های مفید روده می‌شوند. عموماً شامل الیگوساکاریدهایی مانند اینولین، فروکتوالیگوساکارید (FOS)، گالاکتوالیگوساکارید (GOS) و لاکتولوز هستند. پیاز، سیر، تره‌فرنگی، کاسنی، کنگر فرنگی از منابع طبیعی پره‌بیوتیک هستند. از نظر تئوری پره‌بیوتیک به پروبیوتیک ارجح است.

پره‌بیوتیک‌های خاصی در شیرمادر وجود دارند که به اولیگوساکاریدهای شیرمادر (HMO) (Human Milk Oligosaccharide)، معروفند و اما در عین حال در زمان‌های مختلف شیردهی و در بین مادران مختلف متفاوت هستند. میکروبیوم در بروز یا پیشگیری از بیماری‌های مختلف نقش دارند از جمله:

- Irritable Bowel Syndrome (IBS)
- کولیک دوران شیرخوارگی
- Inflammatory Bowel Disease (IBD)
- NEC

- عفونت‌های روده‌ای (اسهال حاد، اسهال ناشی از آنتی‌بیوتیک، کولیت پسودومامیرانو) آلرژی (درماتیت آتوپیک، آسم، رینیت آلرژیک)، عدم تحمل به لاکتوز، انسفالوپاتی کبدی، یبوست، بیماری‌های قلبی، اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلالات دو قطبی از این دسته هستند.

چاقی نیز یکی از مواردی است که آن را به تغییر در میکروبیوم روده ربط می‌دهند.

در نوزادی که به صورت NVD متولد می‌شود لاکتوباسیل بیشتر است و در زایمان سزارین مجموعه‌ایی از میکروب‌های بالقوه پاتوژن پوست مادر و محیط بیمارستان مانند استافیلوکوک و آسینوباکتر وجود دارد.

نقش میکروبیوم چیست؟

میکروبیوم، باقیمانده موادهایی و ترشحات دستگاه گوارش را متابولیزه می‌کند. سبب تولید گاز می‌شود که بعضی حتی جذب می‌شوند. بعضی متابولیت‌ها را تولید می‌کنند که در تکامل و استحکام اپی‌تلیوم دستگاه گوارش موثر است و هم‌چنین در تکامل سیستم ایمنی فرد تاثیر خود را نشان می‌دهد.

چگونه می‌توانیم ترکیب میکروبیوم را هدفمندانه تغییر دهیم؟

با استفاده از پروبیوتیک، پره‌بیوتیک، سین‌بیوتیک و یا پیوند مدفوع این کار انجام می‌شود. براساس تعریف WHO و FAO، پروبیوتیک میکروارگانیسم‌های زنده‌ای هستند که اگر به میزان کافی و مناسب مصرف شوند سبب بهبودی وضعیت سلامتی فرد می‌شوند.

پروبیوتیک از چند راه مختلف تاثیر خود را در بدن اعمال می‌کند: ۱- تاثیر بر عملکرد ایمنی دستگاه گوارش با کاهش سایتوکاین‌ها و افزایش IgA ترشحاتی ۲- بهبود عملکرد اپی‌تلیوم روده از طریق تولید موسین، بهبود جواب‌های سایتوپروتکتیو ۳- اثرات نوروزنیک مانند تولید رسپتورهای اپیوئیدی در اپی‌تلیوم روده و کاهش هیپرسنسیتیویتی احشایی ۴- مقابله با عملکرد میکروب‌های پاتوژن از طریق کاهش چسبندگی پاتوژن‌ها، کاهش PH لومینال و تولید باکتریوسین ۵- اثرات

اقدام به قطع بند ناف کند. در مطالعه ای در هلند مشخص شد اگر عامل زایمان ماما باشد زمان بریدن بندناف (حداقل به مدت ۶۰ ثانیه و بیشتر)، نسبت به متخصص زنان با تاخیر بیشتری انجام شده است (۹۷٪ در مقابل ۷۵٪).

تعاریف:

۱. کلامپ فوری (ICC) Immediate cord clamping: بلافاصله و در همان چندثانیه اول تولد و حتی قبل از شروع تنفس در نوزاد
۲. کلامپ زودهنگام (ECC) Early cord clamping: کمتر از ۶۰ ثانیه پس از تولد و معمولاً در همان ۱۵ تا ۳۰ ثانیه اول
۳. کلامپ متوسط یا بینابینی (IMCC) Intermediate cord clamping: بین ۶۰ تا ۱۸۰ ثانیه بعد از تولد
۴. کلامپ با تأخیر (DCC) Delayed umbilical cord clamping: ۱۸۰ ثانیه و یا بیشتر، بعد از تولد
۵. کلامپ بند ناف پس از ثبتات فیزیولوژیکی نوزاد - Physio-logical-Based Cord Clamping (PBCC): بدون در نظر گرفتن زمان خاصی انجام می‌شود.

در حال حاضر متاسفانه هنوز هم در آمریکا و در اکثر نقاط دنیا کلامپ فوری بندناف (ICC) بدون لحاظ ارزیابی‌های علمی از تأثیر بالقوه آن بر سلامت و تکامل شیرخوار، بصورت اقدام روتین انجام می‌شود. در گایدلاین مربوط با تاخیر در کلامپ بند ناف سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، زمان کمتر از ۶۰ ثانیه بعد از تولد را کلامپ زودهنگام (ECC) (توصیف نموده ولیکن تأخیر در کلامپ بند ناف (DCC) را بین ۱ تا ۳ دقیقه که با توقف نبض در آن همراه است را بدون در نظر گرفتن وزن نوزاد و سن بارداری، زمان مناسب کلامپ بند ناف ذکر می‌کند. اگرچه معدودی از کشورها دارای گایدلاین مربوطه هستند ولیکن سایر کشورها زمان‌های متفاوتی را برای کلامپ بند ناف پیشنهاد نموده و یا اجرا می‌کنند. از جمله این زمان در گایدلاین انگلیس NIC برای نوزاد رسیده ۱ تا ۵ دقیقه (۲۰۱۴)، در انجمن تحقیقات اروپا ERC بیشتر از ۱ دقیقه (۲۰۱۵)،

زمان مناسب برای بستن (clamp) بند ناف

دکتر محمود راوری، متخصص کودکان

بین مرحله دوم زایمان (لحظه تولد) و مرحله سوم زایمان (خروج جفت) زمان بسیار مهم و حیاتی در تصمیم‌گیری برای کلامپ و بریدن بندناف است. بیش از یک قرن است که در مقالات علمی، زمان کلامپ بندناف مورد بحث قرار گرفته و در اوایل قرن ۱۹، اراسموس داروین پزشک انگلیسی بیان نمود یکی از اعمالی که به کودک صدمه خواهد زد بستن و بریدن زود هنگام بند ناف است و این عمل نه تنها تا زمان نفس کشیدن نوزاد، بلکه تا قطع نبض بند ناف باید به تاخیر بیفتد. در گذشته نیز معمولاً بریدن بند ناف بعد از توقف نبض بندناف و از ۱ تا ۵ دقیقه پس از تولد صورت می‌گرفته است. مطالعات اولیه نشان داده که اکثر خون موجود در جفت در طی همان تنفس‌های اولیه به نوزاد منتقل می‌شود و چون مطالعاتی صرفاً برای تعیین زمان مناسب بریدن بندناف انجام نشد به تدریج زمان بین تولد و کلامپ بندناف کوتاه و کوتاه‌تر شد و با توجه به نداشتن دستور عمل‌های مربوطه به جز در معدودی از کشورها، متاسفانه در اکثر نقاط دنیا عامل زایمان (ماما-پزشک متخصص زنان) خود تصمیم می‌گیرد که چه زمانی

✓ فواید زودرس آن برای مادران:

- عدم تاثیر در خونریزی مادر و طول مرحله سوم زایمانی و کاهش بروز باقی ماندن جفت.

✓ فواید دیررس آن برای نوزادان نارس و کم وزن:

به افزایش هموگلوبین در سنین ۱۰ هفتگی و فواید نورودولوپمنتال حتی تا ۴ سالگی

✓ از فواید دیررس آن برای نوزادان رسیده:

بهبود ذخایر آهن در طی ۶ ماه اول عمر، بخصوص کاهش خطر بروز کم خونی در ماه‌های بعدی

در شیرخواران متولد شده از مادران کم خون

در حوالی ترم حدود یک سوم خون جفتی جنینی در جفت و دوسوم آن در بدن جنین در جریان است لذا قطع فوری بندناف (ICC) سبب می‌شود که ۲۵ تا ۳۰ درصد از خون جنینی جفتی در جفت باقی مانده و با جریان یکطرفه از طریق وریدنافی به نوزاد منتقل نشود. از طرفی تاخیر در بستن بند ناف (DCC) تا ۶۰ ثانیه سبب کاهش خون جفتی جنینی به مقدار ۲۰ درصد و با تاخیر به مدت ۳-۵ دقیقه، این مقدار به ۱۳ درصد تنزل می‌یابد، لذا هرچه قدر تاخیر بیشتری در بستن بندناف انجام شود حجم خون بیشتری به نوزاد منتقل شده و نیز سبب وزن بیشتری در او شود. انتقال خون جفتی (placental transfusion) مشخصاً در همان تنفس‌های اولیه در نوزاد، با ایجاد فشار منفی در قفسه سینه سبب هواگیری ریه‌ها شده و ورود خون ورید نافی را به جریان ریوی تسهیل می‌کند.

از عوامل موثر در انتقال خون جفتی در هنگام تاخیر در بستن بند ناف (DCC) بجز زمان بستن بندناف که به عنوان مهمترین عامل، می‌توان به انقباضات رحمی، کاهش جریان خون از نوزاد به جفت به علت اسپاسم شریان نافی، تنفس خودبخودی و منظم نوزاد و نیروی جاذبه زمین (Gravity) نیز اشاره نمود.

در مطالعه ای در ارتباط با اثر گراویته در مقدار حجم خون منتقل شده به نوزاد، انجام و دیده شد که **قرار دادن سطح**

نوزاد نسبت به جفت در مدت زمانی که انتقال خون جفتی

به طور کامل انجام می‌شود موثر است به طوری که اگر سطح نوزاد نسبت به جفت (ناحیه پرینه) ۱۰ سانتی متر پایین تر یا ۱۰ سانتی متر بالاتر باشد انتقال کامل خون جفت در مدت ۳ دقیقه، اگر سطح نوزاد ۳۰ سانتی متر پایین تر از پرینه باشد در مدت ۲ دقیقه و اگر ۵۰ سانتی متر پایین تر باشد در مدت

در انجمن متخصصین زنان امریکا ACOG و کودکان امریکا AAP حداقل ۳۰ تا ۶۰ ثانیه (۲۰۱۷)، در ایتالیا نوزاد رسیده ۳۱ تا ۳ دقیقه زیر ۲۹ هفته ۶۰ ثانیه و بالای ۲۹ هفته ۹۰ ثانیه (۲۰۱۸)، در ایران ۱ دقیقه و بیشتر و ترجیحاً تا ۳ دقیقه (۲۰۱۶)، در سوئد از سال ۲۰۰۸ نوزاد رسیده ۲ تا ۳ دقیقه و در نوزاد نارس بین ۳۰ تا ۱۲۰ ثانیه و ۶ دقیقه در سال ۲۰۱۹ می‌باشد.



تصویر طرف چپ بند ناف نبض دار در حین انتقال خون به نوزاد
تصویر طرف راست توقف نبض بند ناف و سفید شدن آن

اگرچه در فرانس‌های متعدد به لمس نبض بندناف برای تصمیم‌گیری بستن بند ناف اشاره شده ولی در مطالعه‌ای، سونوگرافی از بندناف نوزادان در زمانی که هنوز به جفت وصل بوده نشان داد که لمس بند ناف برای نبض آن شاخص مطمئنی در تعیین جریان خون وریدی یا شریانی بند ناف نبوده لذا همان رنگ پریدگی و سفید شدن بند ناف در حدس به زمان قطع جریان خون بندناف، کمک کننده است.

تاخیر در کلامپ بندناف دارای فواید اثبات شده‌ای به شرح زیر می‌باشد:

فواید زود هنگام آن برای نوزادان نارس و کم وزن :

- کاهش خطر بروز خونریزی مغزی (IVH)، آنتروکولیت نکرولانت (NEC) و سپتی سمی با شروع دیررس.
- کاهش نیاز به تزریق خون (حتی در دفعات) برای کم خونی یا کاهش فشارخون، داروهای اینوتروپ، سورفکتانت و تهویه مکانیکی.
- افزایش هماتوکریت، هموگلوبین، فشارخون، اکسیژن رسانی به مغز، جریان گلبول‌های قرمز خون و تسریع در ثبات قلبی عروقی و ثبات بهتر همو دینامیکی.

✓ فواید زودرس آن برای نوزادان رسیده:

- تسریع در ثبات قلبی عروقی، کفایت حجم خون و ذخیره آهن از بدو تولد و افزایش هماتوکریت و هموگلوبین.

تاخیر در کلامپ بندناف از جفت به نوزاد منتقل می‌شود با روش دوشیدن بند ناف برابر است. روش انجام کار عموماً به این صورت است که پس از **قطع فوری بند ناف در فاصله حدود ۳۰ سانتی متری از محل ناف**، بند ناف بین دو انگشت شست و اشاره گرفته شده و به طرف نوزاد با سرعت ۱۰ سانتی متر در ثانیه و تکرار آن ۳ تا ۴ بار دوشیده می‌شود.

دوشیدن بند ناف در حالی که هنوز به جفت وصل است نیز روش دیگری در انتقال خون جفتی در زمانی محدود است که در نوزادان ناپایدار و یا آن‌هایی که در خطر خونریزی مغزی هستند انجام می‌شود.

نگرانی‌هایی که ممکن است در انتقال خون جفتی (Placental transfusion) در روش تأخیر در کلامپ بند ناف مد نظر باشد و مبادرت به کلامپ زود هنگام بند ناف شود شامل: دیسترس تنفسی، پلی‌سیتمی و زردی حاصل از افزایش خون دریافتی است ولی مطالعات وسیع انجام شده حاکی از آن است که این عوارض چه در نوزاد رسیده و چه نوزاد نارس در نتیجه تأخیر در کلامپ بندناف واقع نمی‌شود و از طرفی اختلافی در میزان خونریزی پست پارتوم در مادر (PPH) بر حسب کلامپ زود هنگام و یا در کلامپ با تأخیر وجود ندارد.

موارد منع استفاده تأخیر در کلامپ بندناف (DCC): این موارد شامل: نیاز فوری به احیا در نوزاد و یا حیاتی که ضربان قلب زیر ۶ باشد و سریع تر نشود، حوادث جفت (جداشدن و جفت سرراهی) و بند ناف (بندناف بدون نبض، بند ناف گره خورده و بندناف خیلی کوتاه)، چندقلویی (دوقلوئی مونوگوریونیک)، مشکلات مادری (شوک، تشنج، خونریزی بعد از زایمان) است. **تأخیر در کلامپ بندناف (DCC) در موارد HIV و کووید-۱۹:**

سازمان جهانی بهداشت برای مادران مبتلا به ایدز تأخیر ۱ تا ۳ دقیقه‌ای در کلامپ بند ناف را ارجح بر امکان ریسک انتقال ویروس دانسته و بر استفاده از داروهای ضد ایدز در بارداری، هنگام زایمان و بعد از زایمان تأکید نموده است. در کووید-۱۹ نیز مجامع علمی دنیا، منعی برای انجام آن ندانسته و تأخیر در کلامپ بند ناف را مطابق شرایط معمول هر مرکز توصیه نموده‌اند که در آخرین دستورالعمل کشوری "برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اول پس از تولد" زمان کلامپ بند ناف را حداقل ۱ دقیقه و بیشتر و ترجیحاً تا ۳ دقیقه بیان شده است.

۱ دقیقه خواهد بود. در حالی فاصله ۵۰ سانتی متر بالاتر از پرینه اصلاً خونی به نوزاد منتقل نمی‌شود.

خونی که پس از تولد، از بند ناف به نوزاد منتقل می‌شود حدود ۳۵ میلی گرم آهن دارد که در بدن نوزاد ذخیره می‌شود و برای تامین نیازهای او حتی تا ۶ ماهگی نیز کافی است. همچنین خون منتقل شده حاوی چندین میلیون تا یک میلیارد سلول‌های بنیادی (Stem Cells) و سیتوکائین‌های وابسته به آن است که تبدیل به سلول‌های عصبی، عضلانی، کبدی و خونی می‌شود لذا به عبارتی فایده تأخیر در قطع بندناف، یعنی اولین پیوند بافتی و طبیعی‌ترین stem cell therapy که برای رشد و تکامل نوزاد و سلامت او مؤثر بوده و اثرات مفید زودرس در پیشگیری از بیماری‌های دوران نوزادی و دیررس در سنین دیگر دارد. لذا نمونه‌گیری و یا جمع‌آوری خون بندناف به منظور بانک خون بندناف (اگرچه که در نوزادان کمتر از ۳۷ هفته نباید انجام شود) نباید با قطع فوری بندناف و عوارض ناخواسته در سلامت مادر و نوزاد همراه شود.

کلامپ بند ناف پس از ثبات فیزیولوژیکی نوزاد (Physiological-Based Cord Clamping (PBCC)

با توجه به اهمیت و فواید بسیار مهم و حیاتی تأخیر در کلامپ بند ناف به خصوص در نوزادان نارس و خیلی نارس (LBW و VLBW)، در حال حاضر در کشورهای پیشرفته چه در زایمان طبیعی و چه در سزارین، بعد از ثبات فیزیولوژیکی (PBCC)، اقدام به کلامپ بند ناف می‌شود و کلامپ بند ناف تا حصول اطمینان از ثبات فیزیولوژیکی نوزاد که به صورت تنفس خود بخود و منظم، ضربان قلب بیشتر از ۱۰۰، اشباع اکسیژن بیشتر از ۹۰ درصد با FiO₂ کمتر از ۴۰ درصد تعریف شده است، انجام می‌شود.

دوشیدن بند ناف (Umbilical Cord Milking): اگرچه دلایلی نیاز به قطع فوری بندناف (احیا فوری - نوزاد ناپایدار) باشد، این روش، جایگزین مطمئنی برای تأخیر در کلامپ بندناف است. انجمن پرستاری و مامایی آمریکا (ACNM) نیز در شرایط نیاز به احیا فوری که امکان تأخیر در کلامپ بندناف را جایز نمی‌داند، دوشیدن بندناف را بخصوص در نوزادان نارس مفید می‌داند. **انجمن کودکان آمریکا (AAP) به دلایل امکان بروز خونریزی مغزی (IVH) در نوزادان کمتر از ۲۸ هفته بارداری این روش را توصیه نمی‌کند.** در یک مطالعه در نوزادان نارس کمتر از ۳۳ هفته، نشان داد حجم خونی که در مدت ۳۰ ثانیه

درمان پره اکلامپسی سبب ایجاد فنومن رینود در نیپل شده است. شیردادن، ورود به اتاق دارای دستگاه تهویه کننده هوا (air Condition)، شناکردن در آب سرد و یا باز نمودن درب فریزر ممکن است سبب تحریک و تشدید علائم شود. درمان‌های غیر دارویی شامل روش درست شیردهی، گرم نگهداشتن نوک پستان و کنترل استرس و اجتناب از قرار گرفتن در هوای سرد است. پرهیز از نوشیدن کافئین، استفاده از بتابلوک‌های غیر انتخابی و منقبض‌کننده‌های عروق مانند سودوافدرین نیز توصیه می‌شود. اگرچه ترک سیگار اغلب توصیه می‌شود اما سیگار از علل اصلی ایجاد فنومن رینود در زنان نیست. وقتی این روش‌ها کارساز و نتیجه بخش نباشند اغلب درمان دارویی توصیه می‌شود. چندین داروی موضعی و سیستماتیک توصیه شده اگر چه هیچ آزمایش بالینی دقیقی در افراد مبتلا به RP نیپل انجام نشده است. داروهای مورد استفاده در درمان پدیده رینود (RP) که ممکن است برای درمان RP نوک پستان هم کمک کننده باشد به شرح زیر است:

بلوک‌های کانال کلسیم:

بلوک‌های کانال کلسیمی دی هیدروپیپیدینی شامل آملودیپین (Amlodipine)، فلودیپین (Felodipine)، ایزرادپین (Isradipine)، نیکاردپین (Nicardipine)، نیفیدیپین (nifedipine)، نیمودیپین (Nimodipine)، نيسولدپین (Nisoldipine) هستند. دی هیدروپیپیدین‌ها تأثیر بیشتری بر رگ‌های خونی محیطی و تأثیر کمتری بر روی گره‌های دهلیزی-بطنی و سینوسی قلب نسبت به وراپامیل و دیلتیازم دارند. چون دیلتیازم و وراپامیل اثر کمتری نسبت به دی هیدروپیپین‌ها بر روی عروق محیطی دارند لذا به اندازه دی هیدروپیپین‌ها در درمان RP مؤثر نیستند. نتیجه تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۴ بر درمان RP (نه رینود نوک پستان) به وسیله بلوک‌کننده‌های کانال کلسیمی نشان داد که شدت بیماری تا یک سوم و تعداد حملات بیماری تا ۵-۲/۸ بار

درمان دارویی پدیده رینود نوک پستان

LACTmed Update 2020

Drug Treatment Raynauds Phenomenon of the Nipple

ترجمه: زیبا محمدخانلو، کارشناس ارشد مامایی

فنومن رینود (RP) در ۳-۵٪ افراد رخ می‌دهد که میزان وقوع آن در زنان چهار برابر مردان است. این پدیده در اثر وازواسپاسم عروق در انتهاها از جمله نیپل اتفاق می‌افتد. سندروم رینود نوک پستان می‌تواند بسیار دردناک و در نتیجه نیاز به قطع شیردهی باشد. به طور معمول رینود با سه فاز رنگی مشخص می‌شود که از رنگ سفید (سفید شدن به دلیل وازواسپاسم)، رنگ آبی یا بنفش (سیانوز در اثر کمبود اکسیژن در رگ‌های خونی استاتیک) سپس رنگ قرمز تیره (پر خونی واکنشی) پیش می‌رود و اغلب با عفونت قارچی کاندیدا آلبیکنس اشتباه می‌شود و درمان ضدقارچی توصیه شود. در برخی افراد ممکن است سابقه فنومن رینود در دست‌ها یا ترومای نیپل و یا سابقه شخصی یا فامیلی بیماری تیروئید داشته باشند. در برخی موارد گزارش شده که استفاده از لابتالول (Labetalol) برای

عوارض جانبی ایجاد شده گرگرفتگی، سردرد، سرگیجه و به میزان کمتر افت فشارخون، آریتمی، مشکلات عروق مغزی و تغییرات بینایی هستند. فقط در مورد استفاده از داروی sildenafil در دوران شیردهی اطلاعاتی وجود دارد. در دو بیمار مبتلا به فشارخون ریوی که تحت درمان با این دارو بودند در یکی از بیماران سطح خیلی پایینی از دارو در شیرمادر یافت شد در نوزاد بیمار دوم هیچ اثر جانبی که توسط دارو ایجاد شده باشد ملاحظه نشد.

سایر داروهای خوراکی

هر چند از چندین داروی دیگر شواهدی از اثر مفید و مؤثر آن بر روی RP وجود دارد ولی این داروها در درمان مشکلات نوک پستان تحت مطالعه قرار نگرفته‌اند. در یک مطالعه در RP ثانویه مسدود کننده‌های رسپتورهای آنژیوتاسین Angiotensin receptor blocker (ARB) مانند لوزارتان با دوز ۵۰ میلی‌گرم در روز نسبت به استفاده از داروی نیفدیپین با دوز ۴۰ میلی‌گرم در روز، شدت و دفعات حملات بیماری کاهش بیشتری داشتند. استفاده از لوزارتان در دوران شیردهی مورد مطالعه قرار نگرفته است اما در مورد داروی candesartan مطالعه شده است. شواهد اولیه تحقیقات حاکی از آن است که candesartan به میزان کم وارد شیرمادر می‌شود و به سختی در پلاسما شیرخوارانی که شیرمادر می‌خورند قابل تشخیص است. مشخص شد که در یک مطالعه و چند کیس ریپورت، فلوکسیتین با دوز ۲۰ میلی‌گرم در روز نسبت به داروی نیفدیپین با دوز ۴۰ میلی‌گرم در روز، دفعات حملات را در RP اولیه و ثانویه به میزان بیشتری کاهش می‌دهد ولی فلوکسیتین یک داروی مشکل ساز در دوران شیردهی است. میزان آن در شیرمادر و همچنین در پلاسما سرم برخی نوزادان می‌تواند بالا باشد. عوارض جانبی مانند کولیک، احساس خواب‌آلودگی و بیحالی در شیرخواران مادرانی که به دلیل افسردگی از این دارو استفاده می‌کنند، گزارش شده است.

*پماد نیتروگلسیرین موضعی:

پماد نیتروگلسیرین به طور سریع سبب گشاد شدن عروق می‌شود و می‌تواند انقباض عروق را درمان کند. در دو مطالعه سیستماتیک کنترل شده در مورد استفاده موضعی از نیتروگلسیرین در درمان RP (اغلب در ناحیه دست و

در هفته کاهش پیدا کرد. طبق متآنالیز کوکین هم نتیجه این بود که بلوک کننده‌های کانال کلسیمی تعداد حملات بیماری را حدود ۱/۷ مورد در هفته کاهش می‌دهد. **در حال حاضر اولین خط درمان برای RP داروی نیفدیپین است و در اکثر گزارشات هم در درمان RP نوک پستان داروی نیفدیپین استفاده شده است.** آملودیپین نسبت به نیفدیپین طولانی اثرتر است که خود یک مزیت بالقوه برای آن محسوب می‌شود و برای درمان RP نیپل استفاده شده اما مدارک کمتری از اثر و عوارض آن در اختیار می‌باشد.

در بیشتر مطالعات، نیفدیپین با دوز ۲۰ میلی‌گرم سه بار در روز استفاده شده اگرچه بعضی مواقع با دوز ۱۵-۱۰ میلی‌گرم سه بار در روز و در دیگر موارد از نوع بلند اثر آن Sustained-release به صورت تک دوز ۶۰-۳۰ میلی‌گرم روزانه هم استفاده شده است. عوارض جانبی رایج هیدروپیروپیدین‌ها در مادر عبارتند از: سردرد، سرگیجه، افت فشارخون و تاکیکاردی که عوارض جانبی را می‌توان با شروع نیفدیپین به مقدار ۱۰ میلی‌گرم ۲-۳ بار در روز، سپس هر هفته تا ۶۰ میلی‌گرم در روز افزایش داد. آملودیپین هم از ۵ میلی‌گرم روزانه شروع و در صورت لزوم تا ۲۰ میلی‌گرم در روز افزایش می‌یابد. میزان ترشح نیفدیپین و آملودیپین در شیرمادر بسیار کم و میزان آن در پلاسما خون شیرخوار غیرقابل تشخیص است. استفاده مادران از این داروها هیچ عارضه جانبی نامطلوبی را در شیرخواران ایجاد نکرده است.

مهارکننده‌های فسفودی استراز نوع:

Phosphodiesterase Type 5 Inhibitors

مهارکننده‌های فسفودی استراز نوع 5 (PDE5) شامل سیلدنافیل (sildenafil)، تادالافیل (tadalafil) و واردنافیل (vardenafil) هستند. مورد استفاده این وازودیلاتورها، RP‌های مقاوم به درمان با مسدودکننده‌های کانال کلسیم است. یک متآنالیز انجام شده در مورد این داروها برای RP ثانویه، نشان داد که در این شرایط تأثیرگذار بوده و شدت علائم بالینی، تکرر و طول مدت حملات را کاهش می‌دهد. دوز مورد استفاده برای سیلدنافیل، ۲۰ گرم در روز، تادالافیل ۲۰-۵ میلی‌گرم یک بار در روز و واردنافیل ۱۰ میلی‌گرم دوبار در روز است. در مورد استفاده از این داروها در مشکلات نوک پستان گزارشی در دست نیست.

ماهی، ویتامین B6، (پیریدوکسین) و ال آرژینین هستند اگرچه تحقیقات چندانی در این زمینه انجام نشده استفاده از پیریدوکسین ۱۰۰ میلی‌گرم دوبار در روز برای درمان RP پیشنهاد شده و دوزهای بالاتر ممکن است سبب کاهش حجم شیرمادر شود بنابراین سطح دوز نباید از این مقدار بیشتر شود. یک مادر مبتلا به RP نوک پستان که پیریدوکسین را به مقدار ۲۰۰-۱۰۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۴ روز و ادامه درمان را با دوز ۲۵ میلی‌گرم روزانه انجام داده بود اظهار نمود که استفاده از پیریدوکسین در کاهش علائم او تأثیر چندانی نداشته است. روغن گل مغربی و روغن ماهی از منابع اسیدهای چرب امگا ۳ و امگا ۶ هستند که خود پیش ساز پروستاگلاندین‌ها و پروستاگلین‌ها می‌باشند. پروستاگلاندین E و مشتقات پروستاگلین در درمان RP ثانویه شدید به صورت داخل وریدی استفاده شده اند همچنین ممکن است بازسازی گلبول‌های قرمز را بهبود بخشند که سبب بهتر شدن جریان خون می‌شوند. طبق نتیجه چند مطالعه کوچک انجام شده در دهه ۱۹۸۰، استفاده از روغن گل مغربی بدون تغییر واضح در جریان خون، سبب کاهش حملات RP شده است. چند مطالعه کوچک دیگر در دهه ۱۹۸۰ نشان داد مصرف مکمل روغن ماهی، تحمل سرما را در بیماران دارای RP اولیه بهبود می‌بخشد. هیچ موردی از استفاده از این روغن‌ها برای درمان RP نوک پستان گزارش نشده است. تأثیر این روغن‌ها ممکن است هفته‌ها طول بکشد بنابراین به عنوان پیشگیری در افرادی که قبلاً سابقه RP داشته اند می‌تواند مفید باشد ولی نه برای درمان موارد حاد. هیچ کدام از این روغن‌ها عوارض و مشکلاتی برای شیرخوار ندارند.

ال آرژینین پیش ساز نیتریک اکسید (یک وازودیلاتور فیزیولوژیک) است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این ماده جریان خون و علائم بالینی RP را بهبود می‌بخشد اما موردی از استفاده از آن در RP نوک پستان گزارش نشده است. **ال آرژینین با دوز ۲-۱ گرم در روز به صورت خوراکی شروع می‌شود تا به میزان ۱۰ گرم در روز برسد. از محلول ال آرژینین به صورت موضعی در دست و انگشتان استفاده شده که در برخی موارد موفقیت آمیز بوده است.** استفاده از آن در مادران شیرده گزارش نشده اما چون یک آمینواسید طبیعی است انتظار نمی‌رود که عوارض جانبی نامطلوبی داشته باشد.

انگشتان) مشاهده شد که این دارو کاملاً تأثیرگذار است. پماد نیتروگلیسیرین ۲٪ در داورخانه‌ها موجود است و در مطالعات، از نیتروگلیسیرین ۱٪ و ۲٪ استفاده شده است. سردرد از عوارض جانبی گزارش شده در مطالعات بوده و کاهش غلظت نیتروگلیسیرین از ۲٪ به ۱٪ سبب بهبودی این عارضه می‌شود. هیپوتانسیون وضعیتی در برخی از بیماران به خصوص در افرادی که از داروهای وازودیلاتور دیگری (گشادکننده عروق) استفاده می‌کنند. کاهش فشارخون سیستولیک و افزایش ضربان قلب با اندازه‌گیری فشارخون و ضربان قلب گزارش شده است. به ندرت از نیتروگلیسیرین برای درمان RP نوک پستان استفاده می‌شود. خانمی با سابقه درد انقباضی عروق دست‌ها و نوک سینه که با درمان با نیفیدیفین نتیجه‌ای نگرفته بود با استفاده از دوز کم نیتروگلیسیرین (پماد ۲/۰٪)، بهبود پیدا کرد و در کمتر از چند هفته علایم از بین رفت و رنگ نیل او به حالت نرمال بازگشت اما این که کدام مداخله سبب بهبودی شد کاملاً مشخص نیست.

استفاده از نیتروگلیسیرین موضعی در مادران شیرده برای درمان شقاق مقعد هیچ عارضه جانبی در شیرخوار آنان نداشته و نشانگر میزان پایین نیتروگلیسیرین در شیرمادر است. با این حال نگرانی بابت استفاده از هرگونه پماد بر روی نوک پستان و امکان بلعیدن مستقیم آن توسط شیرخوار وجود دارد. نیتروگلیسیرین می‌تواند سبب گشادی عروق و سردرد در شیرخواران شود. علاوه بر این پماد نیتروگلیسیرین موجود در داروخانه‌ها در ایالات متحده (Nitro-Bid) تولید شده از مواد شیمیایی بر پایه نفت سفید می‌باشد. بلع مستقیم پترولیوم (نفت سفید) از پستان توسط شیرخوار نتیجه اش جذب بیش از حد مجاز روزانه پارافین برای شیرخوار است. مشخص نیست که تمیز کردن اضافی پماد از نوک پستان قبل از شیرخوردن به طور کامل می‌تواند این خطر را از بین ببرد یا نه. پماد نیتروگلیسیرین هرگز نباید در بیمارانی که از مهارکننده‌های PDE5 استفاده می‌کنند مصرف شود زیرا تداخل دارویی آن‌ها سبب افت شدید فشارخون می‌شود.

مکمل‌های غذایی:

چندین ماده غذایی ظاهراً در درمان RP نوک پستان مؤثر هستند که شامل روغن گل مغربی (primrose oil)، روغن

بیشتر بدانیم

از کووید ۱۹ و شیرمادر

با توسعه انواع واکسن‌ها علیه ویروس کووید-۱۹ و شروع جهانی واکسیناسیون از اوایل ۲۰۲۱ امیدهای زیادی برای نجات بیشتر جان انسان‌ها و کاهش عوارض شدید بیماری در همه گروه‌های جمعیتی ایجاد شده است. اما با توجه به استفاده اضطراری از این واکسن‌ها، نوظهور بودن، همچنین کمبود اطلاعات بالینی، چالش‌ها و سؤالات مهمی در مورد استفاده از این واکسن‌ها در گروه‌های خاص جمعیتی مانند زنان باردار و مادران شیرده وجود دارد.

الف: زنان باردار

● واکسن‌های بر پایه mRNA

یک دسته از واکسن‌ها که از آن‌ها به عنوان واکسن‌های نسل چهارم یاد می‌شود، واکسن‌هایی هستند که از تکنولوژی mRNA استفاده می‌کنند. این نوع واکسن‌ها که توسط شرکت‌های فایزر- بیون تک و مدرنا علیه ویروس کووید-۱۹ تولید شده اند، اکنون به طور گسترده در آمریکا و کشورهای اروپایی در حال استفاده است. این واکسن‌ها حاوی ویروس زنده نیستند بنابراین نمی‌توانند باعث ایجاد بیماری و عارضه خطرناک در خانم‌های باردار شوند. اگرچه هنوز اطلاعات کافی در مورد این گونه از واکسن‌ها وجود ندارد اما اغلب دانشمندان بر این باور هستند که با توجه به اطلاعات علمی که از آزمایشات حیوانی، همچنین کارآزمایی‌های بالینی بدست آمده است خطری را برای خانم‌های باردار نشان نداده‌اند. همچنین اطلاعات بالینی از یک مطالعه (بیش از ۹۰۰۰۰ زن واکسینه شده) در آمریکا نشان می‌دهد که به دنبال تزریق واکسن‌های بر پایه mRNA در خانم‌های باردار، عوارضی به جز عوارض معمول واکسن‌ها دیده نشده است. به علاوه، واکسن‌های mRNA تغییرات ژنتیکی ایجاد نمی‌کنند. زیرا mRNA وارد هسته سلول (محل نگهداری DNA) نمی‌شوند.

واکسیناسیون زنان باردار و مادران شیرده علیه بیماری کووید-۱۹

خلاصه ای از گزاره برگ تهیه شده در کمیته سامان دهی تحقیقات کووید-۱۹ - دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مقدمه:

از شروع پاندمی بیماری کووید-۱۹ در اوایل سال ۲۰۲۰ تا اواسط سال ۲۰۲۱ نزدیک به چهارمیلیون نفر در سراسر جهان جان خود را در اثر این بیماری از دست داده‌اند. افراد با سنین بالا، دارای نقص ایمنی و همچنین افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای در خطر بیشتر مرگ بوده‌اند. در این میان تحقیقات بر روی زنان باردار نشان داد که گرچه علائم این بیماری در این افراد مشابه زنان غیرباردار است ولی زنان باردار مبتلا به کووید-۱۹ تا حدی بیشتر در معرض خطر بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) و مرگ هستند. بیماری کووید-۱۹ در مادران می‌تواند باعث ایجاد زایمان زودرس، مرده زایی، اختلال کارکرد ارگان‌های حیاتی، افزایش ضربان قلب و دیسترس جنین، پارگی زودرس کیسه آب، سزارین و مرگ آن‌ها گردد.

خانم‌ها بیشتر دیده شده است. البته در مورد خانم‌هایی که دوز اول واکسن‌ها را دریافت کرده و مشکل جدی را نشان نداده اند، نگرانی وجود ندارد و بهتر است این افراد دوز دوم واکسن را نیز دریافت کنند.

افرادى که قصد باردار شدن در آینده را دارند

در حال حاضر هیچ شواهد علمی وجود ندارد که نشان دهد استفاده از هر واکسنی، از جمله واکسن‌های کووید-۱۹، سبب مشکلات باروری و یا مشکلات بارداری، در زنان شود.

ب: مادران شیرده

اگرچه هنوز اطلاعات کمی در این زمینه وجود دارد ولی بر اساس ماهیت و نحوه کار واکسن‌های موجود، تصور می‌شود که واکسن‌های کووید-۱۹ خطری برای مادران شیرده یا نوزادان آن‌ها ندارند بنابراین در اغلب واکسن‌های موجود، مادران شیرده می‌توانند واکسن کووید-۱۹ دریافت کنند. گزارش‌های اخیر نشان داده است در شیرمادرانی که واکسن **m RNA** دریافت کرده اند، آنتی بادی **IgG** و **IgA** علیه ویروس کووید-۱۹ وجود دارد که خود می‌تواند به محافظت از نوزادان آنان کمک کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نوظهور بودن واکسن‌های کووید-۱۹ و درگیر نبودن خانم‌های باردار در کارآزمایی‌های بالینی، برای شناخت بهتر تأثیر و عوارض واکسن‌های کووید-۱۹ زنان باردار و مادران شیرده به مدت زمان بیشتری نیاز است. با این وجود، شواهد در دسترس بر اساس مطالعات و اطلاعات بالینی بعد از تزریق گسترده واکسن‌های **m RNA** در اروپا و آمریکا، نشان می‌دهد این واکسن‌ها به جز همان عوارض خفیف که در همه افراد ممکن است وجود داشته باشد عارضه جدی برای مادر، جنین و نوزاد ایجاد نمی‌کنند. **اگرچه تاکنون مطالعه‌ای در ارتباط با تأثیر، همچنین عوارض واکسن‌های سینوفارم، بهارات، آسترانکا و اسپوتنیک در خانم‌های باردار و شیرده منتشر نشده و برای نتیجه‌گیری قطعی تردید در مورد این واکسن‌ها باید منتظر انتشار نتایج مطالعات بالینی بیشتری بود.**

● واکسن‌های بر پایه ناقل ویروس

واکسن‌های جانسون و جانسون، آسترانکا و اسپوتنیک‌وی جزء واکسن حاوی ناقل ویروس (ادنوویروس معمولی) هستند. این واکسن‌ها از نسخه اصلاح شده ویروس متفاوت (ناقل) برای ارائه دستورالعمل‌های مهم به سلول‌های انسان استفاده می‌کنند. واکسن‌های مشابهی که از همپین حامل ویروسی استفاده می‌کنند (مانند واکسن ابولا) قبلاً در تمام سه ماه‌های بارداری آزمایش شده‌اند. در این آزمایشات هیچ تأثیر نامطلوب و عوارض جانبی مضرى مربوط به بارداری، از جمله پیامدهای نامطلوبی که نوزاد را تحت تأثیر قرار دهد، نشان نداده‌اند. تاکنون مطالعه بالینی از تأثیرگذاری این واکسن‌ها، و همچنین عوارض آن‌ها در خانم‌های باردار منتشر نشده است.

● واکسن‌های بر پایه ناقل ویروس غیرفعال شده

واکسن‌های سینوفارم، سینوواک و بهارات حاوی ویروس غیرفعال شده هستند. واکسن‌های مشابه قبلی مانند واکسن هپاتیت ب و کزاز فاقد عوارض جانبی برای زنان باردار بوده‌اند. تاکنون بیش از صد هزار زن باردار در آمریکا و اروپا و برخی از کشورهای آسیایی توسط واکسن‌های مختلف علیه بیماری کووید-۱۹ واکسینه شده‌اند و عارضه خاصی در آن‌ها و فرزندان‌شان مشاهده نشده است **همچنین مطالعات اندک چاپ شده نشان داده‌اند که آنتی بادی‌های ضد ویروس کووید-۱۹ در سرم بدن‌های نوزادان و مادر قابل ردیابی است که بیانگر این است که واکسن‌ها از طریق عبور آنتی بادی‌ها از جفت به جنین می‌توانند سبب محافظت نوزادان در برابر بیماری کووید-۱۹ شوند.**

عوارض جانبی واکسن

اگرچه اکثر واکسن‌های موجود علیه کووید-۱۹ ایمن هستند اما عوارض جانبی حداقلی در همه واکسن‌ها وجود دارد. این عوارض می‌تواند درد و سوزش محل تزریق، تب، خستگی، درد عضلات، راش و به صورت نادر واکنش‌های آلرژیک باشد. در برخی از کشورهای اروپایی و آمریکا توصیه می‌شود از واکسن‌های جانسون و جانسون، همچنین آسترانکا برای خانم‌های باردار استفاده نشود زیرا خطر لخته شدن خون به دنبال استفاده از این واکسن‌ها در افراد با سن زیر ۵۰ سال و

نکات قابل توجه و مهم از مطالب ارائه شده در وبینار ستاد کرونای دانشگاه تهران (واحد بهداشت)

ارسال مقاله: دکتر علی اصغر حلیمی اصل، متخصص کودکان

- در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد، از روز ۱۵ بیماری به بعد، ریه درگیر می شود.
- **دیفن هیدرامین علاوه بر اثر ضد سرفه، اشتها آور هم هست پس ضد سرفه‌ی مناسبی برای کرونایی‌ها محسوب می شود.**
- در بیماران کووید برخلاف آنفلوانزا در طول روز حال عمومی بیمار و علائم آن شدت و ضعف دارد.
- جوانان با O_۲ سچوریشن زیر ۸۰ باید اینتوبه شوند و گرنه بافت ریه بخاطر فشاری که به آن می آید تا کمبود اکسیژن را جبران کند آسیب می بیند.
- در حال حاضر مشخص شده است که در کرونا ما cytokine release داریم ولی طوفان نداریم.
- لیمفادنوپاتی و پلورال افیوژن در ۱ تا ۳ درصد بیماران دیده می شود.
- انتقال کووید فقط انسان به انسان است.
- متوسط مورتالیتی کورونا ۳/۲ درصد است.
- تفاوت مرگ و میر در کشورهای مختلف به خاطر تفاوت در مراقبت‌های انجام گرفته در ICU است.
- در کسانی که اختلال هوشیاری دارند ۳۳ درصد احتمال مرگ بالاتر است.
- گرفتگی بینی و درد شکم و هموپتیزی و طپش قلب هم جزو علائم بیماری است.
- ۵ درصد بیماران وارد فاز کریتیکال می شوند.
- در مورد دادن زینک و ویتامین C اختلاف نظر هست ولی بهتر است داده شود.
- در مورد کلتی سین هم تاثیر آن رد شده ولی در مطالعه‌ای که در کانادا انجام شده میزان بستری به دلیل عوارض را کم کرده است.
- **O_۲ سچوریشن بیماری که در حالت استراحت زیر ۹۰ باشد نیاز به اکسیژن کمکی دارد.**
- از موارد منع تجویز رمدسیویر تست کبدی (ALT) بالای ۵ برابر نرمال است.
- اگر بیمار برادی کاردی داشته باشد سرعت تزریق باید کم شود یا تئوفیلین تجویز شود. این امر هم در دیالیزی‌ها به راحتی امکان پذیر است. برای خانم‌های باردار و کودکان هم می توان تجویز نمود.
- فاوی پیراویر تا یک هفته بعد از قطع آن هم فرد نباید باردار شود (در وبینارهای قبلی گفته شده حتی اگر مرد مصرف کرده باشد برای جنین تراژون است).

- کسی که مبتلا به کووید ۱۹ باشد اگر واکسن کرونا بزند ممکن است واکسن، فاز التهابی بیماری را تشدید نماید.
- لوکوپنی، لنفوپنی، دی‌دایمر بالای ۱۵۰۰، سی آرپی بالا، آنزیم‌های کبدی بالا، فریتین و ال دی اچ بالا، IL6 بالا و تب بالای ۳۸ درجه شانس مورتالیتی را بالا می برد.
- پره کلسیتونین را برای یافتن عفونت باکتریایی همزمان چک می کنند.
- تروپونین در کووید می تواند به طور کاذب بالا برود.
- در زنان باردار O_۲ سچوریشن زیر ۹۴ مهم است بقیه زیر ۹۳ (سیگاری‌ها زیر ۹۲)
- چک ایمونوگلوبولین هیچ جایی ندارد و باعث به خطا افتادن می شود و برای پیگیری کردن اثر واکسن هم هیچ ارزشی ندارد.
- پی سی آر تا ۹۰ روز ممکن است مثبت نشان داده شود که ارزشی ندارد.
- برای pre & post exposure پروفیلاکسی، هیچ دارویی نداریم.
- درصد کمی از بیماران بدون علامت، درگیری ریه دارند ولی این درصد مشخص نشده است.
- خیلی نادر هست که کسی بیشتر از یک بار کووید با علائم شدید بگیرد یا دوبار به درگیری ریه مبتلا بشود.
- **اگر بیمار تنگی نفس واضح دارد ولی O_۲ سچوریشن خوب است باید ۶ دقیقه فعالیتی مثل پیاده روی یا بالا رفتن از پله انجام بدهد، قبل، حین و بعد از فعالیت، سچوریشن را چک می کنیم اگر سچوریشن پایین افتاد درگیری ریه دارد.**

آن‌ها اجرا شود چرا که می‌توانند به اندازه افراد غیرواکسینه، بیماری را به دیگران انتقال دهند. البته بار برابر ویروسی در افراد واکسینه و غیرواکسینه الزاماً به معنای احتمال برابر بیماری در این دو دسته نیست.

- برآورد شده است که دو دوز واکسن آسترازنکا یا فایزر به ترتیب ۶۰٪ و ۸۸٪ در برابر بیماری علامت دار و نه ناقل بی علامت ناشی از دلتا، مؤثر خواهند بود. به گفته آنتونی فائوچی، مدیر مؤسسه ملی آلرژی و بیماری‌های عفونی، شواهد مستقیم و غیرمستقیم وجود دارد که نشان می‌دهد واکسن جانسون و جانسون در برابر سویه دلتا مؤثر است. با این حال، نویسندگان مطالعه دیگری که در مجله نیچر منتشر شد، اظهار نظر کرده اند که یک دوز واکسن mRNA یا ابتلای قبلی به کووید-۱۹ به ندرت مانع از بیماری سویه دلتا شده است.

- تحقیقات محققان بریتانیایی نشان داد سویه دلتا حدوداً ۶۰٪ مسری‌تر از سویه آلفا B.1.1.7 (که نخستین بار در انگلستان شناسایی شد) می‌باشد. برآورد می‌شد یک بیمار مبتلا به سویه‌های قبلی ویروس کرونا قادر است بیماری را به ۲-۳ نفر دیگر انتقال دهد. محاسبات آقای آدام کوچارسکی Adam Kucharski PHD، ریاضیدان و اپیدمیولوژیست و دانشیار دانشکده بهداشت و پزشکی گرمسیری لندن نشان داد برای سویه دلتا این عدد تا ۶ نفر افزایش پیدا می‌کند.

- یک مطالعه اخیر در انگلستان نشان داد که کودکان و بزرگسالان زیر ۵ سال ۲/۵ برابر بیشتر به سویه دلتا مبتلا می‌شوند.

- بیماری زایی (ویروانس) یا حدت بیشتر دلتا به این معنی است که افراد واکسینه نشده‌ای که با این سویه آلوده و بیمار شده‌اند، بیمار و نحیف و ناتوان‌تر از سویه‌های پیشین خواهند بود و در نتیجه بار بیشتری برای مراقبت و درمان به سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل خواهد شد. به عنوان مثال، شواهد نشان می‌دهد که **یک فرد واکسینه نشده مبتلا به عفونت دلتا تقریباً دو برابر بیشتر از افراد آلوده به دیگر سویه‌های ویروس کرونا نیازمند بستری و درمان در بیمارستان خواهند بود.**

- تنها راه مقابله، انجام واکسیناسیون و عمل به پروتکل‌های بهداشتی به ویژه استفاده از ماسک و رعایت فاصله‌گذاری‌های فیزیکی و اجتماعی است.

نکاتی در مورد سویه دلتا

خلاصه‌ای از مطالب آقای دکتر پیمان پرچی ارسال مقاله: سرکار خانم دکتر ملیحه کدیور

- به نظر می‌رسد دوره نهفتگی سویه دلتا در مقایسه با ویروس ووهان کوتاه‌تر باشد که (در مطالعات انجام شده، حداقل ۳۰٪ کمتر بوده است). در یک مطالعه در چین مشخص شد دوره کمون سویه دلتا ۴ روز است به عبارتی ۴ روز پس از جای‌گیری ویروس در مخاط تنفسی، آن قدر تکثیر یافته بود که قابل تشخیص و شمارش بود. سرعت تکثیر سویه دلتا چنان بالاست که در یک بازه زمانی ۶ روزه بار ویروس (Viral Load) ۱۲۶۰ برابر افراد آلوده به ویروس ووهان است.
- مرکز مدیریت بیماری‌های آمریکا (CDC) اعلام کرد به نظر می‌رسد **سویه دلتا حتی افرادی را که دو نوبت واکسن خود را تزریق کرده‌اند آلوده می‌کند.** به عبارت دیگر افرادی که دو نوبت واکسن خود را دریافت می‌کنند همانند دیگر افراد توانایی آلوده‌کنندگی دیگران را دارند با این تفاوت که نشانه‌ها و علائم ابتلا به کووید-۱۹ را در خود بروز نمی‌دهند.
- در تجزیه و تحلیل ۴۶۹ مورد ابتلا در طغیان کووید-۱۹ به علت سویه دلتا از ۱۷-۳ جولای در ماساچوست مشخص شد ۳۴۶ مورد بیماری (۷۴٪) در افرادی رخ داده بود که سابقه دریافت دو نوبت واکسن را داشتند. میانگین سنی این مبتلایان ۴۲ سال و ۸۷٪ آن‌ها مرد بودند. نکته قابل تأمل این بود که نشانه‌ها و علائم ابتلا به کووید-۱۹ در ۷۹٪ آن‌ها بروز کرده بود.

- بنابراین چنان‌چه در افرادی که هر دو نوبت واکسن کرونا را دریافت کرده باشند نشانه‌های مشکوک به ابتلا به کووید-۱۹ بروز کرد این دسته افراد هم باید تست پی‌سی‌آر تشخیص آنتی‌ژن کرونا ویروس را انجام دهند و جدا سازی هم در مورد

تجویز و از حدود ۲ الی ۶ هفته بعد از دریافت نوبت دوم واکسن، بهترین پاسخ ایمنی در بدن ایجاد می‌شود ولی طول مدت محافظت این واکسن همانند سایر واکسن‌های کووید-۱۹ هنوز مشخص نیست و مطالعات همچنان ادامه دارد. **این محصول در افراد ۱۸ سال به بالا از نظر ایمنی زایی و بی ضرری مورد آزمون قرار گرفته و در این سنین قابل استفاده است.**

میزان و نحوه مصرف

واکسن کوویران برکت در دو دوز به فاصله چهار هفته تجویز می‌شود. هر دوز واکسن به میزان ۰/۵ میلی لیتر و به صورت فقط داخل عضلانی (عضله دلتوئید) تزریق می‌گردد و نباید به صورت زیر جلدی یا داخل وریدی مورد استفاده قرار گیرد. نوع واکسن در تزریق نوبت اول و دوم کاملاً یکسان است و تفاوتی ندارد. بهتر است تزریق در بخش خارجی عضله بازو و در دست غیر غالب فرد گیرنده واکسن انجام شود. واکسن کوویران برکت نباید قبل از تزریق با هیچ واکسن یا داروی دیگری مخلوط شود.

باتوجه به این که تاکنون مطالعات کافی برای مصرف این واکسن برای سنین زیر ۱۸ سال و زنان باردار و شیرده انجام نشده است لذا اطلاعات کافی در این خصوص در دسترس نمی‌باشد.

ویال واکسن کوویران برکت قبل از مصرف باید به آرامی تکان داده شود تا سوسپانسیون یکنواختی (هموزن) بدست آید. برای تزریق واکسن با استفاده از سرنگ ۱ یا ۲ سی سی باید اطمینان حاصل نمود که هنگام کشیدن محلول ویال به داخل سرنگ، حجم ۰/۵ میلی لیتر وارد سرنگ شود. محل تزریق توسط پدالکلی ضد عفونی و تزریق انجام گیرد.

موارد منع مصرف

بر اساس مطالعات انجام شده، واکسن نباید برای افراد زیر ۱۸ سال استفاده شود. با توجه به محدود بودن اطلاعات موجود،

واکسن کووید ۱۹ (کوویران برکت)

ارسال مقاله: سرکار خانم فریبا فلاح زاده

واکسن کوویران برکت، واکسن ضد کووید-۱۹ از نوع **ذره ویروسی غیر فعال شده** به شکل مایع سوسپانسیون است که هر دوز آن حاوی ۵ میکروگرم آنتی ژن غیر فعال شده می‌باشد. واکسن کوویران برکت توسط شرکت شفافارمد در ویال‌های تک دوز و مولتی دوز عرضه می‌گردد. این واکسن طبق الزامات سازمان جهانی بهداشت (WHO) تولید و مورد آزمایش قرار گرفته است. واکسن پس از تجویز، با تحریک سیستم ایمنی بدن، باعث القای آنتی بادی و همچنین ایمنی سلولی علیه ویروس عامل بیماری کووید-۱۹ می‌گردد.

شکل دارویی

واکسن کوویران برکت به صورت سوسپانسیون استریل برای تزریق داخل عضلانی تهیه شده است. واکسن به صورت تک دوز و ده دوز تولید و عرضه می‌شود.

موارد مصرف:

این واکسن با ایجاد پاسخ‌های قوی و پایدار، سیستم ایمنی را تقویت و منجر به تولید آنتی بادی در بدن می‌شود. ممکن است اثر بخشی آن در افراد سالمند و یا افراد دارای ضعف ایمنی کمتر از افراد سالم باشد. واکسن در دو نوبت به فاصله ۴ هفته

ضعیف‌کننده سیستم ایمنی مانند بیماران سرطانی که در حال شیمی درمانی هستند ممکن است با کاهش پاسخ سیستم ایمنی نسبت به واکنش مواجه شوند. در افراد با ضعف مزمن سیستم ایمنی، واکنش‌های عصبی پیشرونده، هرچند ممکن است پاسخ ایمنی کمتر از میزان مورد انتظار باشد.

تداخلات دارویی

استفاده از کلروکین، کورتیکواستروئیدها و مسکن‌ها ممکن است باعث کاهش پاسخ آنتی بادی و کاهش اثربخشی واکنش شوند. در موارد صرع کنترل نشده یا بیماری‌های عصبی پیشرونده، تداخل دارویی واکنش با سایر داروها مورد بررسی قرار نگرفته است.

عوارض جانبی

بر اساس مطالعات بالینی انجام شده، عوارض واکنش در نوبت اول یا دوم عموماً خفیف و متوسط بوده و ظرف حدود یک تا دو روز برطرف می‌شوند. شایع‌ترین عوارض، ایجاد حالت شبه آنفلوآنزای خفیف (تب، لرز، دردهای عضلانی و مفصلی، گلودرد، احتقان و آبریزش بینی، ضعف، احساس ناخوشی و سردرد) و یا عوارض موضعی مانند درد و تورم و قرمزی محل تزریق هستند. عوارض ذکر شده عموماً بدون نیاز به مصرف دارو بهبود می‌یابند ولی می‌توان به منظور تسریع در تسکین درد و تب از مسکن‌هایی از قبیل استامینوفن ساده استفاده کرد. تاکنون هیچ‌گونه عارضه شدیدی در مطالعات بالینی گزارش نشده است.

واکنش کوویران برکت بایستی در یخچال و در محدوده دمایی ۲ تا ۸ درجه سانتی‌گراد نگهداری و یا حمل شود. **واکنش باید از یخ‌زدگی محافظت و در صورت مشاهده یخ‌زدگی در محتوای واکنش، از مصرف آن خودداری شود.** پس از بازکردن ویال‌های ۱۰ دوزی باید حداکثر، در مدت زمان ۸ ساعت مصرف و تا آن زمان در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی‌گراد نگهداری شود. محتویات باقیمانده در ویال پس از این زمان باید دورریخته شود.

تولیدکننده: شرکت گروه صنایع شفا فارمد

ویرایش: ۱، تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۹

تزریق این واکنش در زمان ابتلا به بیماری کرونا و بروز علائم بیماری (تست مثبت پی سی آر، تب، لرز، درد شکم، اسهال و...) تا زمان بهبودی توصیه نمی‌شود و باید حداقل ۴ هفته بین تست مثبت پی سی آر و تجویز واکنش فاصله و ترجیحاً بیمار دو هفته بدون علامت باشد.

بیماران دچار هموفیلی، بیمار دچار افت پلاکت و بیماران که تحت درمان با داروهای ضد لخته خون (وارفارین، دابیگاتران، ریواروکسابان، انوکساپارین، دالتپارینو هپارین) ممکن است بعد از تزریق واکنش دچار خون ریزی زیر پوستی شوند. در این بیماران توصیه می‌شود قبل از تجویز واکنش با پزشک معالج خود در مورد دریافت یا عدم دریافت واکنش مشورت صورت گیرد.

چنانچه بعد از تزریق دوز اول واکنش، علائم و حساسیت‌های شدید مثل تب شدید بالای ۳۹ درجه و تشنج، واکنش‌های حساسیتی شدید و یا آنافیلاکسی به وجود آمد، باید ضمن مشورت با پزشک از تزریق دوز دوم این واکنش خودداری شود.

توجهات لازم

- با توجه به گردش گسترده ویروس در جامعه، پس از واکنش‌های، همچنان پروتکل‌های بهداشتی و مراقبتی کاملاً رعایت شود.

- ماندگاری ایمنی حاصل از تزریق واکنش کوویران برکت تا شش ماه به اثبات رسیده و مطالعات برای تعیین حداکثر دوره دوام ایمنی، همچنان ادامه دارد.

- تزریق زیرجلدی و یا داخل عروقی اکیداً ممنوع است.

- تزریق واکنش باید در مراکزی صورت گیرد که داروهای درمان شوک آنافیلاکسی (مانند اپی نفرین) برای درمان واقعه احتمالی در دسترس باشد.

- افراد دریافت کننده واکنش باید تا ۱۵ دقیقه بعد از تزریق در دسترس بوده و در مرکز بمانند.

- افرادی که هنگام مراجعه واکنش‌های تب بالا و یا علائم سرماخوردگی دارند، توصیه می‌شود که از واکنش‌های تا رفع علائم فوق خودداری نمایند.

- در صورت مشاهده اختلالات انعقادی و یا کاهش پلاکت‌های خون در محل تزریق، بایستی جوانب احتیاط رعایت شود.

- افراد با ضعف سیستم ایمنی و یا افراد دریافت کننده داروهای