

## خلاصه راهنمای مدیریت بیماران سرپایی مشکوک به کووید - 19 در کودکان

از آنجا که کووید -19 و آنفلوانزا همچنان در صدر ویروس های ایجاد کننده بیماری در کودکان قرار دارند:

- در برخورد با کودکانی که با شروع ناگهانی تب، سرفه و یا حداقل دو یا بیشتر از علائمی مثل ضعف عمومی و خستگی مفرط، سردرد، درد عضلانی، گلودرد، آبریزش بینی، بی اشتها، تهوع، استفراغ و اسهال مراجعه می نمایند، تشخیص کووید -19 در مرحله اول و بعد آنفلوانزا و سایر ویروس های دستگاه تنفسی مطرح است.

**الف: اگر بیماری با علائم هشدار مثل تنفس تند، تنفس سخت (توکشیدگی قفسه سینه)، ناله، پره های بینی، کبودی زبان و لب ها، اشباع اکسیژن شریانی کمتر از 94 درصد در هوای اطاق، کاهش سطح هوشیاری، عدم برقراری ارتباط در هنگام بیداری، بیقراری غیر معمول و بیش از اندازه، بی ثباتی همودینامیک، دهیدراتاسیون شدید، افت فشار خون، ناتوانی در خوردن و نوشیدن، خشکی مخاط دهان و عدم اشک ریزش و یا کاهش حجم ادرار، بزرگی غیر طبیعی شکم، استفراغ مکرر بدون پاسخ به درمان، اسهال خونی؛ شکم حاد، ادرار خونی، اختلال حرکتی ناگهانی، تشنج، ضعف و بی حالی شدید، راش پوستی و خونریزی از نقاط مختلف بدن مراجعه کند مستقیماً جهت بستری به بیمارستان ارجاع داده شود.**

ب: در صورت نبود علائم هشدار به سن بیمار، تب بالای 38/5 برای بیش از 3 روز در شیرخواران و برای بیش از 5 روز در سنین بالای یکسال و عوامل خطری مثل چاقی (با  $BMI < 40$ )، بیماری های مزمن قلبی، ریوی، کلیوی و عصبی، نقایص ایمنی و شیمی درمانی، تریزومی و دیابت توجه شود و به صورت زیر تصمیم گیری شود:

### 1. در بیمار با URI با و بدون گاستروانتریت و بدون وجود بیماری زمینه ای:

- درمان حمایتی در منزل و تذکر علائم هشدار برای مراجعه مجدد در صورت بروز علائم هشدار کافی است.
- 2. در بیمار با URI با و یا بدون گاستروانتریت در صورت وجود یک و یا بیشتر از بیماری های زمینه ای بخصوص دیابت، نقص ایمنی و یا تب بیش از 5 روز، در صورت صلاحدید پزشک معالج آزمایشات اولیه CBC، CRP ( و یا LDH ) و AST درخواست شود:
- بیمار به صورت سرپایی درمان حمایتی در منزل دریافت بکند و در مورد بروز علائم هشدار تذکر جدی داده شود.
- در صورتیکه در آزمایشات بعمل آمده از سه حالت لنفوپنی، AST و LDH بیش از 3 برابر حد بالای نرمال (و یا  $CRP < 70 \text{ mg/L}$ ) دو مورد وجود داشته باشد بیمار بستری و تحت نظر باشد.

نکته 1: از دادن داروهای ضد سرفه برای URI در کودکان زیر 2 سال خودداری شود و در سایر کودکان در صورتی که تعداد کل سرفه ها بیش از 30 بار در طی 24 ساعت بوده باشد برای مدت سه روز قابل تجویز است.

نکته 2: داروهای بلاک کننده H1 مثل سیتریزین برعکس داروهای بلاک کننده H2 مثل دیفن هیدرامین تاثیری در کاهش ترشحات و سرفه های بیماران دچار سرماخوردگی نداشته و نباید در URI داده شود.

نکته 3: لازم به یادآوری است که درمان با داروهای آنتی ویرال مثل رمدسیویر و کورتون در کودکان تحت نظر و سرپایی اندیکاسیون ندارد و در صورت پیشرفت بیماری و یا بروز علائم هشدار طبق نسخه هفتم راهنمای تشخیص و درمان کوید -19 اقدام شود.

نکته 4: در بیماران سرپایی به جز در افراد با نقص ایمنی و یا وجود شواهد بالینی واضح به نفع عفونت باکتریایی تجویز آنتی بیوتیک ضرورتی ندارد.

نکته 5: در بیماران مشکوک به آنفلوانزا در صورتیکه سن زیر 2 سال داشته باشند و یا به مدت طولانی آسپرین دریافت می کنند، یا در BMI بیش از 40، یا بیماری زمینه ای داشته باشند و در کودکان ساکن شیرخوارگاه، یا در افراد با تماس در منزل با کودک زیر 6 ماه و یا افراد با مشکلات طبی می شود PCR از نازوفارنکس درخواست و اوسلتامیویر برای بیمار شروع نمود. در صورتیکه از بیماری فرد بیش از 48 ساعت گذشته باشد در شرایط سرپایی نیازی به درخواست آزمایش نیست و اگر مثبت بشود نیز درمان با اوسلتامیویر مورد پیدا نمی کند.

نکته 6: کودکان دچار گاستروانتریت در صورت وجود موارد زیر بستری شود:

- سن زیر 3 ماه
- نقص ایمنی
- عدم تحمل خوراکی با وجود دریافت داروی ضد استفراغ
- میزان دفع مدفوع بیش از 10 سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در طول 24 ساعت
- شک به شکم حاد و یا سایر علل عفونی و غیر عفونی درد شکم نیازمند بررسی
- دهیدراتاسیون شدید

در صورت نبود موارد فوق نیازی به بستری نیست و درمان حمایتی با ORS، زینک و پروبیوتیک در کنار توصیه های تغذیه ای کفایت می کند.

نکته 7: در صورت تجویز داروی ضد استفراغ برای بیمار می توان آن را تا 24 ساعت ادامه داد و در صورت عدم پاسخ به داروهای ضد استفراغ و رد سایر علل استفراغ، تجویز عضلانی ضد استفراغ اندیکاسیون دارد، بی شک در صورت ادامه استفراغ بستری در بیمارستان مورد دارد.

نحوه تشخیص و درمان با واریانت اومیکرون تفاوتی با بقیه واریانت های SARS-COV2 ندارد.