



ירחון החברה הישראלית
לרפואת ילדים בקהילת (חיפ"א)
ההסתדרות הרפואית בישראל

פדיטון

Pediton



יצרנית משפחת אנפמיל,
נוטרמיגן, ופרג'סטימיל.
1-800-22-6470

בהסתת המבט, תנועות של הפה, הפסקת נשימה, שינויים בצבע או בכי. במחקר רטרוספקטיבי של 38 ילודים עם אבחנה של מיוקלונוס שפירה של הילוד, החוקרים מצאו שההתכווצויות התחילו בין הימים 1-16 לאחר הלידה (בממוצע 3 ימים) בד"כ דו צדדיים, סינכרוניים וסימטריים בפזור שלהם. אף פעם לא היו מעורבים שרירי הפנים. ההתכווצויות מופיעות רק בשינה, בשלביה השונים של השינה. בדיקה נויורולוגית נמצאה תקינה. בדיקת EEG שבוצעה בזמן ההתכווצויות, רק אצל 2 ילודים, לא הראתה פעילות פרוקסימלית. במחקר זה התופעה נעלמה בין הגילים 2 שבועות ל- 10 חודשים (בממוצע 2 חודשים). בדיקות מעקב בין החודשים 3-12 חודשים הראתה הערכה נויורולוגית תקינה ב-30 תינוקות, וממצאים נויורולוגים קלים ב-8 מהם.

הערת העורך: התופעה עלולה לעורר חרדה ומחקה סטטוס אפילפטיקוס. יש להמנע ממתן טיפול נוגד אפילפסיה.

Paro-Panjan D, Neubauer D.
Benign neonatal sleep myoclonus: experience from the study of 38 infants.
Eur J Paediatr Neurol. 2008 Jan;12(1):14-8.

מיוקלונוס שפירה בשינה של הילוד

(coulten and allen 1982) דווח לראשונה בשנת 1982

ילדים עם קפיצות מיוקלוניות של הגפיים בזמן השינה, במהלך החודשים הראשונים לחיים, עם העלמות התנועות תוך 3-4 חודשים, הראו התפתחות פסיכומטורית תקינה לחלוטין, תיפקוד קוגניטיבי תקין ובדיקות תקינות.

המיוקלונוס הוא אינטרמיטנטי, חוזר, סינכרוני יכול להיות חד צדדי או דו צדדי. התנועות מופיעות בעיקר בחלקים הדיסטליים של הגפיים העליונות: כיפוף של האצבעות. שורש כף היד והמרפק. פחות שכיח, תנועות בגפיים התחתונות. או בכל ארבעת הגפיים. לעיתים נדירות, תנועות הבטן והגו עלולים להיות כלולים. ברוב המקרים משך הפעילות אינו עולה על 20 שניות, אבל חוזר על עצמו מספר רב של פעמים במשך הלילה. עלול להטעות כסטטוס אפילפטיקוס. ההתכווצויות מופיעים בריכוז של 4-5 התקפים חוזרים, הם עלולים להופיע בתגובה לרעש והם עלולים להתגבר בניסיון להפסקתם. אינם קשורים

מיוקלונוס בשינה של הילוד, מופיע בד"כ בחודש הראשון לחיים, על פי רוב בשבועיים הראשונים. יכול להתחיל מספר שעות לאחר הלידה. התנועות המיוקלוניות מופיעות בכל שלבי השינה (אקטיבי, שקט וביניים), שכיח ביותר במהלך השלב של השינה השקטה ופחות בשלב השינה האקטיבית, התנועות ממשיכות במשך 2-4 חודשים. לעיתים נדירות עד גיל הילדות. הבדיקה הנוירולוגית בד"כ תקינה. להפרעה מהלך שפיר, והיא מסתיימת באופן עצמוני ללא שאריות של הפרעה התפתחותית כל שהיא, חסר נויורולוגי או הפרעה אפילפטית.

העורכים:

ד"ר שמואל גרוס
ד"ר שמואל גור

משתתפים:

ד"ר יאיר בר דוד
ד"ר דר ירדני
ד"ר דני מירון
ד"ר מרי נופי-ברהום
ד"ר זאב צנטנר



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון



1800-22-64-70

The Quality of Ambulatory Care Delivered to Children in the United States

עקרות ול 9% אף סיבוך מסכן חיים במהלך הריון. בדיקת סקר, אבחון מוקדם, וטיפול מורידים את הסיכון ל-PID, שמקורו כלמידיה, ב 60% מהנערות, מפחית את שיעור האשפוז, ואת הסיבוכים.

לסיכום: ישנם מספר גורמים שיכולים להטות את תוצאות המחקר הזה. יש לזכור שבמחקר נכללו רק 42% מהילדים המתגוררים באזור הנבדק. נכללו ילדים שלפחות פעם אחת במהלך השנתיים האחרונות נראו ע"י רופא, והם בעלי סיכוי גבוה יותר לשאת ביטוח רפואי פרטי. המחקר נערך בערים גדולות, בקרב אוכלוסייה בעלת טלפון. ניתן להניח כי איכות הרפואה הניתנת להם טובה מאיכות הרפואה הניתנת באזורים כפריים לאוכלוסייה ברמה סוציו אקונומית נמוכה יותר. הסיכוי של ילדים בריאים להיכלל במחקר היה נמוך יותר מאשר של ילדים עם תחלואה, וניתן להניח שאיכות הרפואה הניתנת לבריאים יותר, טובה יותר. המחקר מדבר על נתונים שנאספו לפני 7-11 שנים וניתן להניח כי איכות הרפואה נמצאת בשיפור בשנים האחרונות. כפי שצוין בתחילה, השיפור באיכות הרפואה הניתנת למבוגרים, מאז החלו להתמקד בנושא, הוא מזערי (בעיקר יש שיפור בטיפול הניתן בבתי חולים לחולי לב, ודלקת ריאות). קשה להאמין, שיש שינוי משמעותי באיכות הרפואה הניתנת לילדים בקהילה, מכיוון שמעט מאד מדובר ונעשה בנושא, אם בכלל.

נראה לי שיש מקום להעלות את נושא איכות הטיפול ברפואת ילדים בקהילה, למקום גבוה ומרכזי בעשייה של כולנו. יש מקום לברר מהו המצב בארץ, ולפעול במרץ ובשיתוף לשיפור איכות הטיפול.

פי החלטת הוועדה. במצבים אקוטיים מדובר על ממוצע של 67.6% מהטיפול המומלץ, במצבים כרוניים רק על 53.4% מהטיפול המומלץ, ו 40.7% בלבד מהטיפול המניעתי המומלץ. איכות הטיפול הייתה תלויה בבעיה של הילד. איכות הטיפול בדלקת דרכי נשימה עליונות הגיעה ל 92% בממוצע, אך רק ל-34.5% כשמדובר במניעה וטיפול במתבגרים.

דוגמאות לכשלים בטיפול:

ילדים חולי אסטמה: נמצא כי רק 44% מחולים אלו הרשומים כמשתמשים בחוסמי בטא, לפחות 3 פעמים ביום, תיקם הרפואי גם הכיל מרשם. בחולי אסטמה עקשנית, רק ב 39-51% מהתיקים רשום שמטופלים בתכשיר אנטי דלקתי. ידוע כי ילדים החולים באסטמה עקשנית, המטופלים בתכשירים מסוג זה, סובלים פחות מתחלואה אסטמתית, תפקודי הריאה שלהם טובים יותר, הם מאושפזים פחות, והתמותה הקשורה באסטמה נמוכה יותר.

חיסונים: רק 49.8% מאלו שהגיעו לגיל שנתיים, במהלך המחקר, היו מחוסנים בהתאם למקובל. שיעור התחסנות בכללותו נע בין 47-54%.

תרבית שתן: תרבית שתן נלקחה רק ב 16.2% מהילדים שבגילאים 3-36 חודשים נבדקו במרפאה עקב סיפור של חום ממקור בלתי ידוע, והיה חשש שמדובר בספסיס. ידוע שבגילאים אלו הסיכון להמצאות דלקת בשתן, במצב המתואר, נע בין 4-5% ואבחון מוקדם של זיהום כזה עשוי להוביל לאבחון מוקדם של רפלוקס קשה וסיבוכיו.

כלמידיה: רק 41.5% מהנערות שנכללו במחקר ביצעו בדיקת סקר לכלמידיה, או בתיקן נמצאו תוצאות בדיקה שכזאת. הבדיקה חשובה מכיוון שב 75% מהמקרים הזיהום הוא אסימפטומטי. ב 40% מהנערות שאינן מטופלות, ימצא PID, וב 20% (מתוך ה 40%) יהיו בעיות

מעט ידוע על איכות ברפואת ילדים בקהילה. מכיוון שמירב המחקרים מתמקדים באיכות ברפואת מבוגרים. מאז שהושם דגש על איכות ברפואת מבוגרים ניתן לראות עלייה של כ 3% בשנה בלבד, באיכות הרפואה הניתנת למבוגרים.

מדובר במחקר רנדומלי, שנערך בין אוקטובר 1998 ואוגוסט 2000, וכלל אזור בו גרים כ 200,000 תושבים. נבחרו 12 ערים בארצות הברית ביניהן בוסטון, קליבלנד, לנסינג ועוד. במחקר נכללו 1536 ילדים שבקרו במרפאה לפחות פעם אחת בשנתיים האחרונות, למשפחה יש טלפון, הוריהם הסכימו בעל פה ובכתב. כי התיקים הרפואיים שלהם מהשנתיים האחרונות יבדקו. נמצאו התיקים והרשומות הרפואיות שלהם. צוות שכלל 4 רופאי ילדים, 2 רופאי משפחה, 2 רופאי מתבגרים וזיהומולוג ילדים אחד, בנה מערך של קריטריונים לבדיקת האיכות. המטרה הייתה לענות על 5 שאלות: 1. עד כמה הטיפול הרפואי בילדים בקהילה, בכללותו, איכותי?

2. האם יש הבדל באיכות הטיפול הניתן למצבי רפואה שונים: טיפול למצב אקוטי, כרוני, מניעה?
3. האם האיכות זהה, בסוג התערבות טיפולית שונה: סקר, אבחון, טיפול, מעקב?

4. האם האיכות זהה כשמדובר בסוג הפעולה: לקיחת אנמנזה, בדיקה גופנית, בדיקות מעבדה ועוד.

5. האם יש שינוי באיכות לפי מקום מגורים?

בבדיקת התיקים הרפואיים נמצא כי איכות הרשומה הרפואית בילדים זהה לאיכות הרשומה הרפואית במבוגרים (בשני המקרים נמוך) ויתכן שגוררת אחריה גם חוסר איכות בטיפול ובמעקב. ילדים שנכללו במחקר קבלו 46.5% מהטיפול שהיו אמורים לקבל על

Evaluation of the utility of radiography in acute bronchiolitis

Schuh S, Lalani A, Allen U et al
J Pediatr 2007; 150(4):429

יתאים לברונכיוליטיס. הסיכוי שלתינוק תהיה מחלה בחללי האויר (ולא בדרכי הנשימה) הוא נמוך, במיוחד בחולים עם רווי חמצן מעל 92% ומצוקה קלה עד בינונית.

הערה: ברונכיוליטיס חריף הוא סיבת האשפוז השכיחה ביותר בחודשי החורף בתינוקות. ברוב המקרים יבוצע צילום במיין לתינוקות אלה, שמטרתו העיקרית היא לזהות אבחנות אחרות שאינן ברונכיוליטיס.

ממחקר זה התברר שברוב המקרים, כשהתמונה הקלינית היא טיפוסית, אין צורך בצילום; לרוב האבחנה היא די ברורה מהאנמנזה ומבדיקה קלינית. יש לשקול בצוע צילום בילדים עם מצוקה נשימתית משמעותית או עם היפוקסיה משמעותית.

יש לשים לב לקבוצות שלא נכללו במחקר זה, שהמסקנות וההנחיות לא בהכרח ישימות בהן. לא נכללו ילדים עם עבר רפואי של צפצופים, עם מחלה קרדיורספירטורית, אספירציות, מחלה נורומוסקולרית, פגות, משקל לידה נמוך או תינוקות שהונשמו יותר 24 שעות אחרי הלידה; השיקולים לגבי צילום חזה בילדים אלה הם שונים.

או אבחנה לא מתאימה (למשל מיצוק - consolidation).

הרופאים נשאלו לגבי כוונתם לתת אנטיביוטיקה לפני ביצוע צילום החזה, ושוב לאחר קבלת תוצאות הצילום. כל הצילומים פוענחו על ידי רופא חדר המיין ואח"כ ע"י שני רנטגנולוגים.

תוצאות: מתוך 265 הנבדקים היו רק שניים עם צילום שלא התאים לברונכיוליטיס (0.75%; 95% CI 0-1.8). לאחד היה קרדיומגליה ולשני מיצוק אונתי. ל-246 תינוקות (92.8%) היה צילום "פשוט", דהיינו מחלה בדרכי הנשימה, ול-17 (6.9%) היה צילום "מסובך". על מנת לזהות צילום אחד שאינו מתאים וצילום אחד שהוא "מסובך" צריך לצלם 133 ו-15 ילדים בהתאמה. מתוך 148 תינוקות עם ריווי חמצן מעל 92% וניקוד הערכת מחלה נשימתית (Respiratory Disease Assessment Score) פחות מ-10 נקודות, ל-143 (96.6%) היה צילום "פשוט", לעומת 102 מתוך 117 תינוקות (87.2%) עם נקוד גבוה יותר או ריווי חמצן נמוך יותר (odds ratio, 3.9; 95% CI, 1.3-14.3). כלומר, לתינוק עם רווי חמצן טוב וניקוד מצוקה נשימתית נמוך, יש סיכוי פי ארבע שיהיה לו צילום "פשוט" לעומת ילדים עם רווי נמוך או ניקוד גבוה.

לפני ביצוע הצילום נקבע ש-7 תינוקות (2.6%) יקבלו אנטיביוטיקה; לאחר ביצוע הצילום 39 תינוקות (14.7%) קבלו אנטיביוטיקה (95% CI, 8-16).

מסקנות: תינוקות עם תמונה קלינית טיפוסית של ברונכיוליטיס אינם צריכים בדיקות הדמיה, כי כמעט תמיד הצילום

מטרה: המטרה העיקרית היתה להעריך את אחוז הצילומים שאינם מתאימים לברונכיוליטיס בילדים עם תמונה קלינית טיפוסית לברונכיוליטיס. בנוסף, בדקו המחברים את השפעת הצילום על החלטות טיפוליות.

שיטות: מחקר פרוספקטיבי בעוקבה של 265 תינוקות בין הגילאים 2-23 חודשים, בחדר מיין של ביה"ח לילדים בטורונטו, קנדה. לכל הילדים היו תסמינים וסימנים אופייניים לברונכיוליטיס, דהיינו מראה לא-טוקסי, נזלת, שעול, מצוקה נשימתית וצפצופים בפעם הראשונה בחיים. ילדים שסבלו מצפצופים בעבר או שטופלו בעבר במרחיבי סינפונות, ילדים עם אבחנה של מחלה קרדיורספירטורית, אספירציות, מחלה נורומוסקולרית, מחלה סיסטמית כרונית, פגים פחות מ-35 שבועות, תינוקות עם משקל לידה פחות מ-2500 גרם, וילדים שנזקקו להנשמה יותר מ-24 שעות אחרי הלידה-לא נכללו במחקר.

לאחר הרשמה והערכה קלינית נרשמו נתונים דמוגרפיים וקליניים רלוונטיים, כולל הניקוד בשימוש במכשיר ההערכה של מחלה נשימתית (Respiratory Disease Assessment Instrument RDAI). כל הילדים טופלו באינהלציה של Salbutamol ואז עברו צילום חזה. **תוצאות הצילומים חולקו לשלושה סוגים:** מחלה בדרכי הנשימה בלבד (ציור ריאתי מוגבר עם או בלי ניפוח יתר או צימוק - atelectasis) (ברוניכיוליטיס פשוט) - מחלה בדרכי הנשימה ובחללי האויר הסמוכות בלי מיצוק - consolidation ("ברונכיוליטיס מסובך")



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

גודל הילוד, גדילת התינוק, ולחץ דם בגיל שלוש שנים Size at birth, infant growth, and blood pressure at three years of age.

Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards J, Kleinman KP, Gillman MW.
J Pediatr. 2007 Dec;151(6):670-4. Epub 2007

ב-z-score. לחץ הדם הסיסטולי בילדים ברבעון הנמוך ביותר של WFL-z בלידה וברבעון הגבוה ביותר של WFL-z בגיל 6 חודשים היה ב-2.6, 5.5 95% CI, mmHg 8.4 גבוה יותר מאשר אצל ילדים ברבעון הגבוה ביותר של WFL-z בלידה והנמוך ביותר בגיל 6 חודשים.

מסקנות: גדילה מואצת יותר במשקל ובגובה של התינוק, מדד לשמנוניות, בששת החודשים הראשונים לחיים קשורה ביתר לחץ דם סיסטולי גבוה בילדות, במיוחד אצל ילדים שהיו במשקל לידה נמוך.

חודשים והגובה על פי כלי מדידה מחקרי מתוקנן ולחץ דם סיסטולי בגיל 3 שנים. הופק z-score עבור משקל-גובה (WFL-z) (ונבחנו הנתונים עם מודלי רגרסיה להשפעות מעורבות.

ממצאים: ה-WFL-z הממוצע היה 0.47 (0.75) בלידה ו-0.70 (0.96) בגיל 6 חודשים. לחץ הדם הסיסטולי הממוצע בגיל שלוש שנים היה 91.7 (9.4) mmHg. אחרי בצוע שקלול למשתנים מטעים ול-WFL-z בלידה, לחץ הדם הסיסטולי של הילד בגיל 6 חודשים היה 1.0 mmHg 95% CI, 0.2, 1.8 גבוה יותר עם כל גידול

גדילה מואצת יותר במשקל ובגובה של התינוק, מדד לשמנוניות, בששת החודשים הראשונים לחיים קשורה ביתר לחץ דם סיסטולי גבוה בילדות, במיוחד אצל ילדים שהיו במשקל לידה נמוך. מטרת המחקר: לקבוע מהי עוצמת הקשר שבין גדילת הילוד במשקל ובגובה במשך ששת החודשים הראשונים לחייו ולחץ הדם הסיסטולי בגיל שלוש שנים ולקבוע האם קשר זה מושפע מהגודל בלידה. המחקר: אצל 530 ילדים שהשתתפו במחקר הפרוספקטיבי, Project Viva, במדדו האורך בלידה והמשקל בגיל 6

Topical lignocaine for pain relief in acute otitis media; results of a double-blind placebo-controlled randomized trial

Penny Bolt, Peter Barnett, Franz E Babl, Lisa N. Sherwood
Arch Dis Child 2008; 93:40-44

רציניות עד למעקב של 30 דקות. **מסקנה:** עבודה זאת מראה שטיפות מימיות של ליגנוקאין 2% בשימוש טופיקלי, מקנים הקלה מהירה לילדים הסובלים מכאב אזניים ודלקת חריפה באוזן התיכונה. השימוש במקביל במשככי כאבים פומיים יכול לתרום רבות לטיפול יעיל בתופעה כואבת זאת בילדים **הערה:** בהנחיות הקליניות בנושא: "איבחון וטיפול בדלקת אוזן תיכונה חדה בילדים" שהוצאו לאור מטעם ההסתדרות הרפואית בישראל ב-2004, אומצה שיטת הטיפול המושהה (במצבים מסוימים). השימוש באלחוש מקומי הוא חלק אינטגרלי של טיפול בשיטה זו. בארץ טיפות האזניים למטרה זו מכילות tetracaine (amethocaine) 0.5% בגליצרין. במחקר ממלבורן השתמשו בליגנוקאין מימי, אולם סביר להניח שהיעילות תהיה דומה לזו של amethocaine. הרושם הוא שרוב רופאי הילדים בארץ פועלים לפי ההנחיות הנ"ל, ומשתמשים בטיפות אלחוש. שמחנו ללמוד, וגם הילדים החולים ישמחו ללמוד, שהיעילות של טיפול זה הוכחה במחקר אקראי, כפול סמויות, מבוקר אינבו

analogue scale. התוצאה הראשונית היתה ירידה ברמת הכאב ב-50% ממצב ההתחלתי. תוצאות משניות היו ירידה ברמת הכאב לפי אמדן החולה, ב-25% או לפחות 2 נקודות בסקלה. בוצע מעקב טלפוני לאחר 24 שעות ולאחר שבוע. **תוצאות:** 63 ילדים בגילאים 3-12 שנים גויסו למחקר; 31 טופלו בליגנוקאין ו-32 באינבו. שתי הקבוצות היו דומות מבחינה דמוגרפית וקלינית, ואחוזים דומים בשתי הקבוצות קבלו אנלגטיקה כלשהי ב-4 שעות שקדמו למחקר. בילדים שטופלו בליגנוקאין הית ניקוד כאב לפי אמדן החולים יותר נמוך באופן מובהק, עם ירידה ב-50% מהמצב ההתחלתי כעבור 10 דקות (RR 2.06, 95 CI 1/03-4/11), ובעבור 30 דקות (p=0.03, RR 1.44, 95 CI 1.07-1.93; p=0.009) אבל לא כעבור 20 דקות (RR 1.35, 95 CI 0.88) בטיפול בליגנוקאין היה ניקוד כאב לפי אמדן החולים נמוך בצורה מובהק מבחינת ירידה ב-25% בכל נקודות הזמן, וירידה ב-2 נקודות כעבור 10 דקות. בנקודות הזמן של 20 ו-30 דקות היה יתרון לליגנוקאין שלא הגיע למובהקות סטטיסטית. לא היו שום תופעות לוואי

מחדר המיון של בית החולים המלכותי לילדים במלבורן, אוסטרליה, פורסמה לאחרונה עבודה מעניינת על השימוש באלחוש מקומי בדלקת אזניים תיכונה חריפה.

מטרה: דלקת אזניים תיכונה חריפה (ד.א.ח.) הינה מחלה מאד שכיחה בילדים, אולם הטיפול האופטימלי לכאב אוזן המלווה את הדלקת לא נבדק דיו. מטרת העבודה הנוכחית היתה לאמוד את היעילות של טיפות ליגנוקאין 2% מימיות (aqueous 2% lignocaine) בשימוש טופיקלי, לעומת אינבו (מי מלח), בשיכוך הכאבים של ד.א.ח. בילדים

סוג המחקר: כפול סמויות, אקראי, מבוקר אינבו

חולים והתערבויות: ילדים בני 3-12 שנים עם כאב אוזן פחות מ-3 ימים ו-ד.א.ח., ללא עדות לנקב. הילדים חולקו בצורה אקראית לקבל או טיפות ליגנוקאין 2% או טיפות מי מלח (אינבו).

מדדי תוצאות עיקריות: רמת הכאב נמדד לפני ואחרי זילוף הטיפות לאוזן. חומרת הכאב לפי החולה ולפי פרשנות הרופא נמדדה כעבור 10, 20, ו-30 דקות על ידי ה-Bieri faces pain scale וה-visual