



مقدمه

بیماری و مرگ کودک در کشورهای در حال توسعه غالباً به علت بیماری های شایع دوران کودکی است بخش عمده ای از این مرگ ها که بر سرطانی از آن ها در اولین سال تولد رخ می دهد به علت عفونت های حاد تنفسی، اسهال، سوء تغذیه و لی ترکیبی از آن ها می باشد که با تشخیص و درمان صحیح و مناسب قابل پیشگیری است. سوء تغذیه نیز از علل زمینه ساز مرگ و می کودکان است عواملی مثل قطع زودرس تغذیه انحصاری با شیر مادر، استفاده از مواد غذایی نامناسب بدون توجه به ارزش غذایی آن ها، روش های نادرست تغذیه کودک به خصوص در جرطن بیماری و بی اشتها، عدم توانایی بلع و لی استفراغ در دوران بیماری منجر به اختلال در تغذیه کودک شده و زمینه ساز تشدید بیماری و لی تأخیر در بهبود می شوند. از سوی دیگر سوانح و حوادث قابل پیشگیری به عنوان شایعترین علت مرگ و معلولیت در کودکان، جان میلیون ها کودک را در دنیا تهدید می کند در حالی که مطالعات مختلف و تجربه بسیاری از کشور ها نشان داده است که با برنامه ریزی و انجام مداخلات مختلف می توان از بروز بسیاری از این اتفاقات فاجعه بار پیشگیری کرد.

در طی سالها با تجربیات متعدد جهانی، راهکارهای مختلفی برای کاهش مرگ و میر و ابتلا به بیماری در کودکان در پیش گرفته شده است که نتایج موفقیت آمیزی را در کشورهای در حال توسعه در پی داشته است مداخلاتی نظیر :

- برنامه ایمن سازی کشوری (واکسیناسیون)
 - برنامه کنترل بیماری های اسهالی (CDD).
 - برنامه کنترل عفونتها ی تنفسی (ARI).
 - برنامه کنترل بیماری مالاری
 - ترویج تغذیه با شیر مادر تا ۲ سال و تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماه.
- اما در بر سرطانی از موارد، بیماری های واگهی در کودکان خردسال ممکن است نشانه ها و علائم مشترک و هم زمان چند بیماری را داشته باشند که تصمیم گیری برای درمان را دشوار می سازد. این موضوع برای سطح اول خدمات که امکانات آزمایشگاه ی و رادیوگرافی به راحتی در دسترس نیست، اهمیت بیشتری دارد. برای مثال علت احتمالی سرفه لی تنفس مشکل ممکن است پنوموری، کم خوری شدید، آسم یا آسپیراسیون جسم خارجی باشد لی راش های پوستی ممکن است علاوه بر علل شایع، به دلایل گلودرد چرکی یا مننژیت باشد. بنابراین در کودکان خردسال اگر به نشانه های خطر مشترک در بیماری های مختلف توجه نشود، ممکن

است برخی از نشانه ها مورد توجه قرار نگرفته و با یک درمان نامناسب فرصت برای انجام اقدامات فوری و به موقع از دست برود . بر این اساس سازمان جهانی بهداشت ادغام، تشخیص و درمان بیماری های کودکان را لازم دانسته و با همکاری یو سی ف و بر سرطانی از موسسات و افراد دیگر در سال (۱۹۹۲ IMCI، "مراقبت های ادغام یافته بیماری های کودکان را که با الگوریتم های ساده ارزیابی و تشخیصی، تدابیر موثر درمانی و اصول پیشگیری اولیه را ارائه میکند ، به عنوان مهم ترین استراتژی برای کاهش مرگ و می کودکان در کشورهای در حال توسعه، توصیه و اجرا نمودند. در این استراتژی به نکات مهمی از جمله: مراقبت های درمانی، وضعیت تغذیه، ایمن سازی، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سطح سلامت توجه شده است. این استراتژی در کشور ما

تحت عنوان "مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)" شناخته شده است و طی سالهای گذشته علی رغم مشکلات اجرایی زیاد، همواره به عنوان یکی از برنامه های بهداشت خانواده در سیستم بهداشتی کشور در حال اجرا بوده است . در حال حاضر این بسته خدمتی با استفاده از صدها نفر ساعت بازبینی علمی توسط اساتید و صاحب نظران حوزه سلامت کودک ، روزآمد سازی علمی شده و پس از بازنگری فرایند های اجرایی این برنامه در غالب برنامه "جامع مراقبت های ادغام یافته سلامت کودکان " بسته خدمتی متشکل از بوکت های ویژه در سطح پزشک و غیر پزشک و راهنماهای مربوطه ، منطبق بر مکانیسم های اجرای الکترونیک در مراکز مراقبت سلامت تهیه شده است و انتظار می رود که با رفع اشکالات و موانع اجرایی ، این بسته خدمتی با کیفیت و دقت بیشتر از گذشته برای ارتقاء سلامت کودکان به کار گرفته شود .

در این راهنما سعی بر آن بوده تا در خصوص موضوعات مختلف بوکت پزشک ، مواردی را که ممکن است در حین آموزش یا اجرای بوکت ، به توضیح بیشتر نیاز داشته باشد با جزییات بیشتری مطرح نماید .

مراقبت‌های ادغام‌یافته ناخوشی‌های اطفال (مانا)

مانا راهبردی است ادغام یافته برای تشخیص و درمان عمده ترین بیماری های دوران کودکی که بیشترین میزان ابتلا و مرگ و میر را سبب می شوند.

مانا یک راهبرد (استراتژی) است که :

- 0 دستورالعمل های مراقبت از کودکان زیر ۵ سال را ادغام و هماهنگ نموده و با این هماهنگی، کیفیت ارائه خدمات را افزایش می دهد.
 - 0 اثربخشی مراقبت ها را بالا برده و هزینه های خدمات را کاهش می دهد.
 - 0 به تشخیص و درمان درست، مناسب و دقیق بچه‌ها را سرپایی می انجامد.
 - 0 تشخیص و درمان صحیح بیماریها را براساس نشانه های موجود امکان پذیر می سازد.
 - 0 ترکیب درمانی بچه‌های مهم و ارجاع سریع کودک دچار بچه‌های شدي را ممکن می سازد.
 - 0 به کارآیی و مفع بودن آموزش، نظارت واحدهای بهداشتی و کاهش اتلاف منابع نظمی داروها برای درمان بچه‌های کودک (بخصوص آنتی بیوتیکها) می انجامد.
 - 0 حاوی اصول راهنما برای آموزش به مادران است تا خانواده ها رهن در بهبودی کودک خود مشارکت نموده و با اجرای صحیح اقدامات پیشگیری از جمله تغذیه صحیح کودک، انجام به موقع واکسیناسیون و ... از ابتلا و یا شدت بیماری های وی پیشگیری نمایند.
 - 0 این قبلی مداخلات به کاهش فرصت های از دست رفته برای واکسیناسیون، بهبود تغذی انحصاری با شری مادر، مشاوره تغذی ای و تجوی مکمل های ویتامینی و آهن منجر می شود.
- گسترش برنامه های بهداشتی در زمینه کنترل عفونت های حاد تنفسی و بچه‌های اسهالی، ترویج تغذی با شری مادر و واکسیناسیون کودکان، کاهش چشمگی میزان مرگ و می زی ۵ سال را به دنبال داشته؛ اما همچنان مشکلات اساسی در برنامه ها به قوت خود باقی مانده بود. بررسی وضعیت موجود در سال ۱۳۷۹ رهن نشان داد که از هر ۱۰۰ کودک بیمار ۵۷ نفر مبتلا به سرفه و ۳۳ نفر مبتلا به اسهال بوده اند که ۷۰٪ این بچه‌ها آنتی بیوتیک گرفته اند. اطلاعات حاصل از بررسی سلامت سرهای جمعیت و سلامت همچنین موی همزمانی ابتلا به اسهال در ۲۵٪ مبتلانی به عفونت های حاد تنفسی و همزمانی ابتلاء به عفونت های حاد تنفسی در ۵۰٪ مبتلانی با اسهال بوده، در ۵۵٪ موارد هم سوءتغذی با بچه‌های کودکان همراهی داشته است؛ اما در عمل، ارزیابی و درمان بچه‌های بر حسب شکایت مادر انجام و سای موارد فراموش شده و به نشانه های خطر مشترک و همچنین وضعیت تغذی کودکان بچه‌ها و تأثی آن بر بروز لی شدت بچه‌های رهن توجه نشده است.

باتوجه به نکات فوق و با توجه به تغییر رهنهای بهداشتی جامعه، افزایش سطح آگاهی خانواده ها و امکان دسترسی به خدمات مطلوب تر، اداره سلامت کودکان در راستای ارتقاء سطح سلامت کودکان و به منظور اصلاح برنامه های موجود، با تشکلی جلسات مداوم و بحث های کارشناسی طولاری با حضور اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی و اساتذ و صاحب نظران در سال ۱۳۸۱، مانا (IMCI) را به عنوان راهبردی برای کاهش مرگ ومی و همچنین ارتقاء سطح سلامت کودکان پذیرفت و به صورت گسترده در کل

کشور به اجرا درآورد. اکنون پس از گذشت بیش از ۱۴ سال از اجرای این برنامه در کشور، در وضعیتی قرار داریم که مرگ کودکان زیر ۵ سال که در دهه ۶۰، حدود ۱۴۰ به ۱۷ مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود به حدود ۱۷ کاهش پیدا کرده است و از سوی دیگر مرگ و می به علت اسهال که در گذشته های نه چندان دور سالانه جان بیش از ۳۰۰۰۰ کودک را می گرفت در سال ۱۳۸۹ به کمتر از ۲۰۰ مورد در گروه سری یک ماهه تا ۵ ساله رسیده است.

اهداف مانا

اهداف اصلی مانا عبارت است از:

۱. کاهش موارد مرگ و تواتر و شدت بیماری و ناتوانی (پیشگیری و کاهش بروز بیماری یا مرگ ناشی از شایع ترین بیماری های کودکان)
۲. بهبود رشد و تکامل در کودک (ارتقاء سلامت کودک)

گروه هدف مانا

گروه هدف مانا کودکان زیر ۵ سال است که بیشترین بار مرگ بیماری های دوران کودکی را در بردارند.

اجزاء مانا

مانا دارای سه عنصر اصلی است:

۱. بهبود مهارت های کارکنان ارائه دهنده خدمات در تشخیص و درمان بیماری کودک
۲. بهبود نظام ارائه خدمات (از جمله بررسی وضعیت تولید و توزیع دارو در سیستم بهداشتی، نظام ارجاع، روند نظارت) مورد نیاز برای تشخیص و درمان موثر بیماری های کودک
۳. بهبود رفتار و عملکرد خانواده و جامعه

عناوین محتوی برنامه در مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال:

- مراقبت های اورژانس در کودک بدحال (تشنج، کما، شوک)
- عفونت های دستگاه تنفس
- اسهال و کم آبی
- تب، گلودرد، گوش درد
- عفونت های موضعی شیرخواران
- زردی شیرخواران
- کم آبی، مشکلات شیرخوردن در شیرخواران
- اختلالات دمای بدن شیرخواران
- اختلال رشد و سوء تغذیه
- سائی مشکلات و تشخیص های افتراقی
- واکسناسیون، مکمل های دارویی
- پیشگیری و درمان سوانح و حوادث

نکته اصلی در استراتژی مانا تاکید بر مهم ترین علل مرگ و میر کودکان می باشد. مجموعه بوکلتها و راهنماها باتوجه به اپیدمیولوژی بیماری ها در کشورمان و براساس نیازها، منابع و توان سیستم بهداشتی درمانی، تنظیم شده اند.

راهنمای بالینی که حاصل نظرات کارشناسی و تحقیقات علمی به عمل آمده می باشد، برای درمان کودکان بیمار کمتر از ۵ سال طراحی شده است. در این روند از علائم و نشانه های بیماری برای انتخاب درمان های موثر و منطقی استفاده می شود. این روند شامل روش هایی برای ارزیابی نشانه های مربوط به بیماری شایع، ارزیابی وضعیت تغذیه، واکسیناسیون و نحوه غذا خوردن کودک، آموزش به والدین درخصوص نحوه مراقبت کودک در منزل، مشاوره با والدین جهت رفع مشکلات تغذیه ای و پیشگیری از سوانح و حوادث و توصیه به والدین در مورد زمان مراجعه مجدد به پزشک می باشد.

در هنگام ارزیابی کودک بیمار، ترکیبی از نشانه ها منجر به یک یا چند طبقه بندی به جای یک تشخیص می شود. طبقه بندی های موجود در این استراتژی این امکان را به پزشک می دهد که تصمیم بگیرد آیا کودک باید فوراً به بیمارستان ارجاع شود یا می توان کودک را در همان مرکز یا در منزل به راحتی درمان کرد (مثلاً با آنتی بیوتیک خوراکی، ORS و....) در صورت انجام دقیق روند ذکر شده در این برنامه، ارزیابی درست بیماری های شایع و خطرناک، وضعیت تغذیه و واکسیناسیون، انجام مداخلات لازم و موثر، تقویت مشاوره با مادر و خدمات پیشگیری کننده امکان پدی می گردد.

روند مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال

مراقبت های ادغام یافته به معنی مراقبت کودک با توجه به تشخیص مبتنی بر علائم و نشانه های بالینی بیماری است. در طبقه بندی، از حداقل علائم و نشانه های بالینی ممکن استفاده شود. نشانه های انتخاب شده مبتنی بر شواهد و حاصل نظرات کارشناسی افراد خبره و نتایج تحقیقات ملی و بین المللی می باشد و تعادل دقیقی بین حساسیت و اختصاصی بودن یافته ها وجود دارد. در این رویکرد درمان ها بیشتر براساس طبقه بندی ها بنا شده است تا یک تشخیص دقیق. این درمان ها اکثر بیماری های موجود در یک طبقه بندی را تحت پوشش قرار می دهد.

روند کلی استراتژی مانا شامل موارد زیر می باشد (چارت ۱)

ارزیابی کودک : شامل بررسی علائم خطر فوری، علائم و نشانه های خطر، بررسی از نظر سوانح و حوادث، پرسیدن سوالاتی در مورد شکایت بیمار و علت مراجعه، وضعیت عمومی، معاینه کودک، کنترل وضعیت تغذیه و واکسیناسیون و مکمل دارویی و سایر مشکلات می باشد.

- طبقه بندی علائم و نشانه های بیماری در کودک طبقه بندی با استفاده از سیستم رنگ های قراردادی انجام می گیرد. از آن جا که بسیاری از کودکان ممکن است در بیش از یک طبقه بندی قرار گیرند، با جمع بندی همه شرایط و علائم هر بیماری طبقه بندی می شود.

رنگ قرمز : احتمال ایجاد مخاطرات جدی برای کودک وجود دارد و لازم است تا هرچه سریعتر درمان در نزدیکترین مرکز درمانی که دارای امکانات اورژانس می باشد انجام شود. در این موارد اگر تا زمان رسیدن به بیمارستان به مراقبتهای احیاء و درمانهای اورژانس نیاز می باشد باید با انجام مراقبت های ضروری قبل از انتقال ، کودک / شیرخوار بیمار را در سریعترین زمان ممکن با استفاده از آمبولانس به بیمارستان منتقل کرد .

رنگ زرد : درمانهای دارویی و مداخلات بهداشتی درمانی ارائه توصیههای لازم تحت نظارت پزشک مرکز انجام می شود .

رنگ سبز : توصیهها و مراقبتهای ساده جهت مراقبت در منزل ارائه می شود و در خصوص عدم بهبودی و پیگیری های لازم هشدار داده می شود .

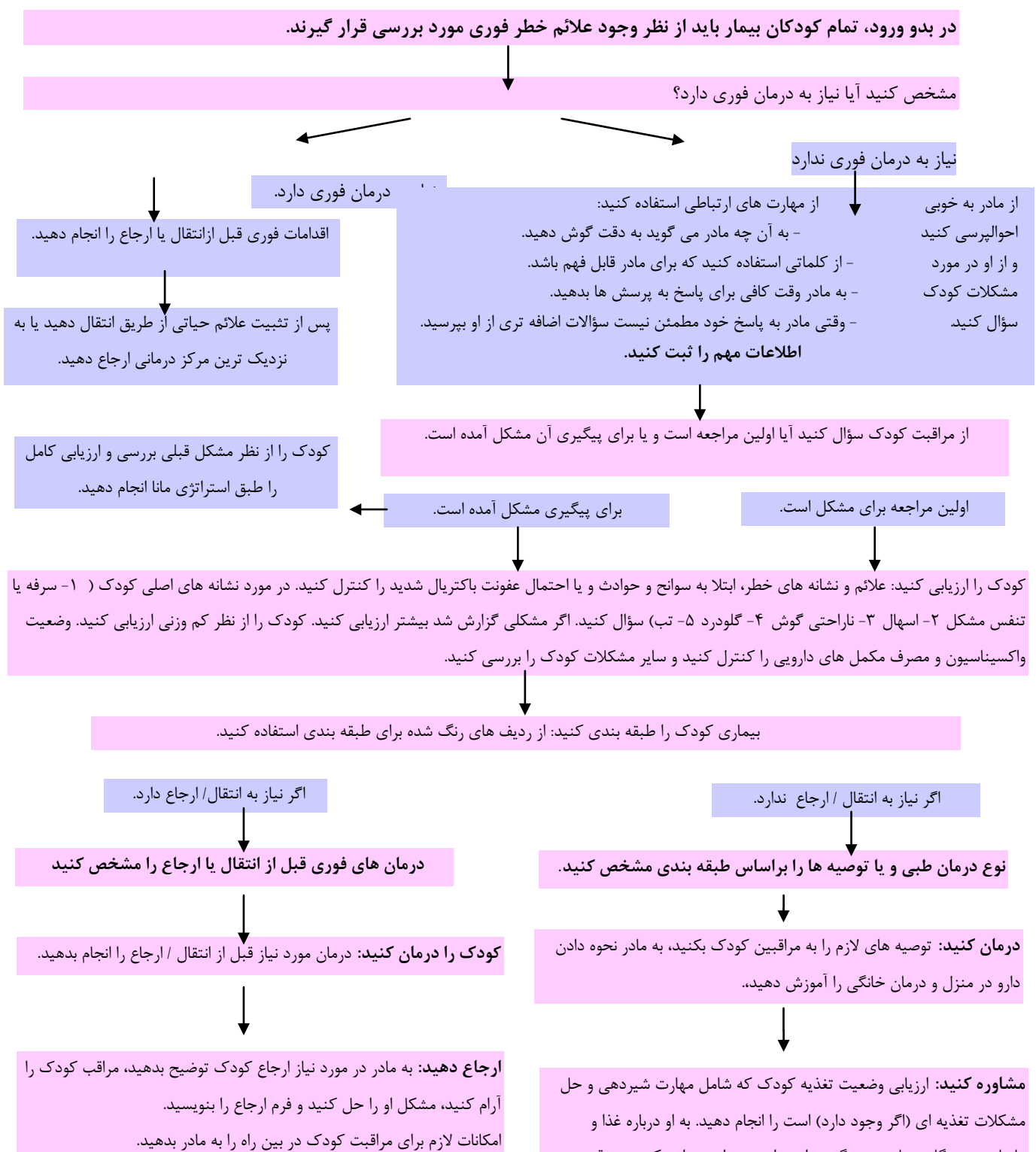
تشخیص نوع درمان و تشخیص های افتراقی : پس از طبقه بندی کلیه علائم، تشخیص نوع درمان و تشخیص های افتراقی برای کودک تعیین می گردد. اگر کودکی نیازمند ارجاع فوری است، قبل از انتقال کودک اقدامات درمانی لازم را انجام و سپس ارجاع داده می شود و اگر کودکی نیازمند درمان در منزل است برنامه درمانی ادغام یافته برای کودک توصیه می شود و اگر نیاز به واکسیناسیون یا مکمل و... باشد انجام می شود.

- ارائه آموزشهای لازم برای درمان کودک : شامل آموزش به مادر در مورد نحوه دادن داروهای خوراکی و نحوه دادن غذا و مایعات در زمان بیماری و نحوه درمان نشانه های موضعی در منزل می باشد. از مادر خواسته می شود که بر اساس دستورالعمل در روز خاصی برای پیگیری به مرکز برگردد و علائمی را که در صورت مشاهده آن ها باید کودک را فوراً برگرداند، به او آموزش داده می شود.
- ارزیابی نحوه تغذیه کودک : شامل ارزیابی نحوه تغذیه با شیشه مادر، تغذیه کمکی و مشکلات موجود و مشاوره است. سپس در مورد سلامت خود مادر با او مشاوره می شود.
- پیگیری : زمانی که کودک مجدداً بر میگردد، مراقبت پیگیری انجام شده و کودک برای مشکلات جدید دوباره ارزیابی می شود. این گونه نحوه برخورد با کودک بیمار، تنها در شرایطی مفید و موثر است که خانواده ها کودک بیمار خود را در زمان مناسب نزد شما بیاورند. اگر خانواده ها منتظر باشند تا کودک شدیداً بدحال شده و سپس او را به مرکز بیاورند و یا کودک را نزد پرسنل آموزش ندیده ببرند، احتمال مرگ کودک در اثر بیماری زیاد است. بنابراین آموزش به خانواده ها در مورد این که چه وقت کودک بیمار خود را جهت مراقبت بیاورند بخش مهمی از این استراتژی می باشد. در استراتژی مانا مراقبت از کودک چهار در دو بخش کودکان کمتر از ۲ ماه و کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله آمده است. این تقسیم بندی حاصل شواهدی است که نشان می دهد پاتوفیزیولوژی بیماری های شایع سرپایی در شیرخواران یعنی ۱ تا ۲ ماهه شایع نوزادان می باشد.

سامانه ثبت اطلاعات:

با استقرار سیستم یکپارچه ثبت اطلاعات سلامت (سیب)، بسته خدمتی مانا نیز با رعایت الزامات خاص خدمات الکترونیک، در این سامانه قرار گرفته است و روند انجام مراقبت های مانا در همه مراحل ارزیابی، طبقه بندی و درمان و پیگیری در سامانه ثبت می شود. ضمن اینکه جزییات نحوه انجام خدمات و مشاوره ها و توصیه های لازم نیز از طریق این سامانه قابل دسترسی است. سعی بر این بوده است که در جریان ثبت اطلاعات بیمار، کیفیت مراقبت ادغام یافته از شیرخوار یا کودک بیمار تغییر نکرده و تا حد امکان استاندارد های تشخیص و درمان و پیگیری بیماری ها رعایت شود.

چارت ۱: روند کلی استراتژی مانا



بخش ۱

ارزیابی ، طبقه بندی، پیگیری و مشاوره

" کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله "

ارزیابی و طبقه بندی کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

ابتدا مشخص کنید آلی اولین مراجعه است یا برای پیگیری آمده است. اگر بار اول مراجعه کودک برای این بیماری یا مشکل است آن را **اولین مراجعه** می گویند و اگر کودک چند روز قبل برای همان بیماری معاینه شده است، آن را **پیگیری** می گویند. هدف از پیگیری با اولین مراجعه متفاوت است. در طی پیگیری پزشک در می یابد، آلی درماری که در اولین مراجعه تجویز شده به کودک کمک کرده است یا خیر. اگر کودک بهتر نشده و طی پس از چند روز بدتر شده باشد، اقدامات مناسب دیگری را انجام دهید.

چارت ۲، خلاصه ارزیابی، طبقه بندی، تشخیص نوع درمان، مشاوره و پیگیری کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله را نشان می دهد که چگونه با در نظر گرفتن کلید نشانه های بیماری، کودک بیمار را ارزیابی و طبقه بندی کنید. براساس بوکلت چارت، ابتدا شما باید کودک را از نظر علائم خطر فوری بررسی کنید. بعد از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید و کودک را ابتدا به سرعت از نظر وجود علائم خطر فوری و علائم و نشانه های خطری که ممکن است تهدید کننده حیات باشد، ارزیابی و طبقه بندی کنید. سپس در مورد پنج نشانه اصلی بیماری های شایع کودکان سوال کنید:

۱. سرفه یا تنفس مشکل،

۲. اسهال

۳. تب

۴. مشکل گوش

۵. گلودرد

کودکی که یک یا چند نشانه اصلی را داراست ممکن است مبتلا به یک بیماری شدید باشد. وقتی یک نشانه اصلی وجود دارد، باید سوالات اضافه تری را برای کمک به طبقه بندی بیماری پرسید. سپس کودک را از نظر کم وزنی که ممکن است ناشی از بیماری کودک باشد یا اینکه قبل از بیماری و در زمینه سوء تغذیه یا سایر علل ایجاد شده است را ارزیابی کنید. همچنین وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل های دارویی کودک و سایر مشکلاتی را که مادر به آن ها اشاره می کند ارزیابی کنید.

چارت ۲: خلاصه فراخذ ارزیابی و طبقه بندی کودک چهار ۲ ماهه تا ۵ ساله



علائم خطر فوری (Emergency Signs)

مرگ کودکان بدحال اغلب در ۲۴ ساعت اول، به ویژه ساعات اول مراجعه اتفاق می افتد. با تشخیص به موقع و شروع هر چه سریع تر درمان می توان از بسیاری از موارد مرگ پیشگیری نمود. در بدو ورود هر کودک بیمار، قبل از انجام هرگونه اقدامی از قبلی توزی و ثبت اطلاعات و یا اتلاف وقت در محل انتظار و ، ابتدا باید او را از نظر وجود علائم خطر فوری مورد بررسی قرار داد. کارمندان بهداشتی باید با علائم خطر فوری آشنایی داشته باشند و برای احیاء پایه آموزش دیده باشند.

به طور خلاصه در صورت مشاهده هر یک از علائم خطر فوری، بعد از انجام اقدامات لازم (مطابق با بوکلت) کودک بای فوراً به بیمارستان انتقال داده شود. نحوه بررسی علائم خطر فوری در چارت زیر آمده است.

بررسی علائم خطر فوری

قبل از شروع درمان کودک، از نظر وجود سابقه ضربه و ط آسرب به سر و گردن سوال کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی، گردن کودک را حرکت ندهی. و طبق چارت مربوطه در بوکلت ، وضعیت کودک را تثبیت کنید . همچنین در کودکانی که مشکل تنفسی دارند سابقه و احتمال آسپیراسیون جسم خارجی را هم سوال کنید و در صورت شک به آسپیراسیون جسم خارجی دقیقاً طبق چارت مانورهای خروج جسم خارجی را انجام دهید و از مداخلات تهاجمی پرهیز کنید زیرا در کودکی که سرفه میکند احتمال خروج خودبخود جسم خارجی وجود دارد و گاهی اوقات اقدامات غیر اصولی ممکن است سبب جابجایی جسم خارجی و حتی تشدید انسداد شود.

مرحله اول : ارزیابی راه هوایی و تنفس

- قطع تنفس یا آپنه
- دیسترس تنفسی شدید یا تنفس منقطع و غیر موثر (Gasping)
- سیانوز مرکزی (سیانوز لب ها و مخاط)

آیا تنفس کودک قطع شده است؟ به تنفس کودک نگاه کنید و گوش کنید، مشخص کنید آیا جریان حرکت هوای تنفسی ضعیف است. قطع تنفس می تواند به دلیل انسداد راه هوایی به وسیله زبان، جسم خارجی یا کروپ شدید باشد. آیا دیسترس تنفسی وجود دارد ؟ آیا تنفس منقطع و غیر موثر (Gasping) وجود دارد؟ آیا کودک در نفس کشیدن مشکل دارد و قادر به صحبت کردن، خوردن یا تغذیه با شیرمادر نمی باشد؟ آیا دیسترس تنفسی شدید وجود دارد؟ آیا کودک به زحمت نفس می کشد؟ آیا خسته به نظر می رسد؟ آیا سیانوز مرکزی وجود دارد؟ سیانوز مرکزی با تغییر رنگ آبی یا بنفش زبان و داخل دهان مشخص می شود. پس از بررسی کودک از نظر راه هوایی و تنفس، اگر مشکلی مشاهده شد، درمان فوری را برای برقراری مجدد تنفس طبق چارت احیاء آغاز کنید.

مرحله دوم : ارزیابی قلب و جریان خون (از نظر شوک)

- **عدم لمس نبض های مرکزی** (برای بررسی نبض در کودک ، نبض شریان **کاروتید** یا **فمورال** را لمس کنید). نبض را حداقل به مدت ۵ ثانیه، اما نه بیشتر از ۱۰ ثانیه، حس کنید. اگر آن را به وضوح حس نمی کنید، احیای قلبی-تنفسی کیفی را (فشردن قفسه سینه) آغاز کنید.

- **وجود نبض ضعیف و تند که نبضی کم ارتفاع و کم دامنه (filiform puls):** نشان دهنده اختلال جریان خون، هیپوولمی و تاکی کاردی و یا نارسایی قلبی است.

- **اندامهای سرد همراه پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه:** این علامت نشان دهنده اختلال در جریان خون و مقدمه بروز شوک است .

- **وجود موتیلینگ mottling:** لکه لکه شدن پوست کودک که از علائم بروز اختلال خونرسانی و شوک است . آیا دست های کودک سرد است؟ در این صورت، پرشدگی مویرگی را بررسی کنید. آیا مدت آن ۲ ثانیه یا طولانی تر است؟ روی ناخن شست یا انگشت بزرگ پا را فشار دهید تا سطح آن سفید شود. زمان پرشدگی مویرگی را از لحظه برداشتن فشار دست تا برگشت کامل رنگ صورتی در بستر ناخن مشخص کنید. اگر پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه بود، نبض کودک را بگیرید. آیا نبض، ضعیف و تند است؟ نبض فمورال را لمس کنید (در کودک زیر یک سال نبض براکیال) اگر نبض های محیطی قوی بوده و به طور محسوس تند نیست، کودک در شوک نمی باشد اگر نمی توانید نبض های محیطی کودک را لمس کنید از لمس نبض کاروتید استفاده کنید.

پس از بررسی سریع کودک از نظر وجود شوک و وضعیت جریان خون، در صورت وجود هر گونه علامت مثبت، درمان را آغاز کنید. در درمان شوک و اختلال جریان خون به کودکان مبتلا به سوءتغذیه شدیدی، توجه ویژه مبذول نمائید؛ زیرا سوءتغذیه شدید، درمان شوک را تحت تأثیر قرار می دهد.

مرحله سوم : ارزیابی کما یا تشنج (یا سایر حالات غیر طبیعی مغز)

آیا کودک در کما می باشد؟ سطح هوشیاری کودک را می توان به سرعت براساس تقسیم بندی AVPU تعیین نمود. این تقسیم بندی، سطح هوشیاری و فعالیت کورتکس مغز را می سنجد.

- (Alert-A) کودک بیدار و هوشیار است و با والدین و مراقبش ارتباط برقرار می کند.
- (Verbal-V) تنها در صورتی که والدین می مراقب کودک اسم وی را صدا بزنند و بی صدا با او صحبت کنند، پاسخ می دهد.
- (Pain-P) به درد واکنش نشان میدهد (مثلاً با ریختن بستر ناخن، انگشت بی دست پاسخ می دهد).

- (unresponsive) کودک به هیچ محرکی پاسخ نمی دهد.

اگر کودک واکنشی نشان نهد از مادر کودک سوال کنید آیا کودک خواب آلودگی غیرطبیعی دارد و یا سخت از خواب بیدار می شود؟ اگر مادر این حالت را تأیید کرد، کودک در حالت کما (عدم هوشیار) بوده و نیاز به درمان فوری دارد.

آیا کودک در حال تشنج می باشد؟ آیا حرکات مکرر اسپاسمودیک در کودکی که واکنشی از خود نشان نمی دهد، وجود دارد؟

پس از بررسی کودک از نظر وجود کما یا تشنج، در صورت وجود هر یک از علائم فوق درمان مرتبط را آغاز کنید.

توجه : سابقه بیماری های قبلی نظیر صرع یا سایر بیماری هایی که با تشنج همراه هستند را سوال کنید و از مادر بخواهید که اگر کودک داروی ضد تشنج یا داروهای دیگری را مصرف می کرده است به شما اطلاع دهد . همچنین احتمال مسمومیت های دارویی و مواد مخدر را نیز در نظر داشته باشید . در برخی موارد با انجام اقدامات دارویی و درمانی ساده و قابل انجام در مرکز، نظیر درمان هیپو گلیسمی یا تجویز نالوکسان و میتوان از انتقال کودک با آمبولانس و پیشگیری کرد .

اگر هر یک از علائم خطر فوری وجود داشت:

- در صورت مشاهده هر یک از علائم خطر فوری، درمان فوری مناسب را انجام دهید. قبل از انجام هرگونه تغییر وضعیت کودک یا حرکت سر یا گردن، از نظر تروما به سروگردن، سوال و بررسی کنید.
- از سایر پرسنل کمک بخواهید؛ اما درمان را به تأخیر نیندازید. تیم درمان، بایستی با آرامی و هماهنگی عمل کنند. گاهی اوقات لازم است چند درمان به صورت هم زمان انجام گیرد.
- در صورت دسترسی به آزمایشگاه، اگر کودک در شوک بوده، آنمی شدید دارد و یا خونریزی قابل توجه دارد، از کودک خونگیری به عمل آورید و آن را از نظر گلوکز خون، هموگلوبین، لام خون محیطی، گروه خونی و cross- matching ارسال کنید.
- همزمان با انجام درمان های فوری و تثبیت وضعیت کودک ، برای انتقال کودک به بیمارستان هماهنگی های لازم را انجام دهید.
- اگر شرایط و شرح حال بیمار آسپیراسیون جسم خارجی را مطرح می کند، در اقدامات قبل از انتقال لازم نیست تا تزریق آنتی بیوتیک و قند و مایع درمانی انجام شود و هر چه سریع تر کودک را انتقال دهید .

- قبل از شروع درمان، کودک را از نظر ضربه یا آسیب به سر و گردن کنترل کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی، گردن کودک را حرکت ندهید. با وضعیت مناسب دادن (صفحه ۱۹) و اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۱)، کودک را انتقال دهید.
- کلیه کودکان مراجعه کننده باید در فواصل منظم از نظر علائم خطر فوری توسط غیر پزشک بررسی شود و در صورت داشتن هر یک از علائم خطر فوری، سریعاً کودک را خارج از نوبت معاینه کنید.
- اگر کودک به هر دلیلی نیاز به انتقال فوری دارد، اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۱) را انجام داده و کودک را فوراً انتقال دهید. در صورت عدم امکان انتقال، اقدامات (صفحه ۲۱) را انجام داده و هر زمانی که امکان انتقال وجود داشت کودک را انتقال دهید.
- کلیه بیماری‌هایی که در ردیف قرمز چارت قرار می‌گیرد، ۲۴ ساعت بعد پیگیری شود.

درمان کنید

• خفیفه: کودک سرفه دارد و صداهای تنفسی شش‌ها می‌شود، مداخله نکنید و اجازه دهید کودک سرفه کند. پس از تثبیت علائم حیاتی کودک را فوراً انتقال دهید. در اسپیراسیون جسم خارجی، تزریق آنتی بیوتیک عضلانی و سایر اقدامات درمانی قبل از انتقال شامل درمان قند خون پایین، دادن مایعات کریستالوئیدی وریدی و یا احداث IV یا IM نیاز نیست.	شرح حال اسپیراسیون جسم خارجی وجود دارد
• شدید: کودک سرفه نمی‌کند، صداهای تنفسی شش‌ها نمی‌شود و قادر به تنفس موثر نیست. (چارت شماره ۲ صفحه ۱۷).	
• در صورت فقدان تنفس یا تنفس مقطع، به الگوریتم احیا، صفحه ۳۳ و ۳۴ مراجعه کنید.	
• از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ صفحه ۱۷)	شرح حال اسپیراسیون جسم خارجی وجود ندارد*
• اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۱۸)	
• برای کودک رگ گرفته، تجویز مایعات وریدی را سریعاً آغاز کنید. (چارت شماره ۵ صفحه ۱۹)	
• اگر دسترسی به وریدهای محیطی امکان پذیر نیست، تزریق را از طریق داخل استخوانی انجام دهید (راه‌انداز).	
• در صورتی که تزریق داخل وریدی یا داخل استخوانی ممکن نیست، لواراس را از طریق لوله معده (NGT) بدهید. (چارت شماره ۵ صفحه ۱۹)	

• هرگونه خونریزی را متوقف کنید.	در صورت وجود هر یک از علائم *
• اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۱۸)	
• از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.	
• برای کودک رگ گرفته، تجویز مایعات وریدی را سریعاً آغاز کنید. (چارت شماره ۵ صفحه ۱۹)	
• اگر دسترسی به وریدهای محیطی امکان پذیر نیست، تزریق را از طریق داخل استخوانی انجام دهید (راه‌انداز).	
• در صورتی که تزریق داخل وریدی یا داخل استخوانی ممکن نیست، لواراس را از طریق لوله معده (NGT) بدهید. (چارت شماره ۵ صفحه ۱۹)	

• از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ صفحه ۱۷)	در صورت وجود هر یک از علائم *
• اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۱۸)	
• کودک در حالت کما را در وضعیت مناسب قرار دهید. (چارت شماره ۴ صفحه ۱۹) ابتدا اطمینان حاصل کنید که کودک ترومای گردن نداشته باشد.	
• اگر کودک در حال تشنج است، کودک را به پهلو چپ بخوابانید. (چارت شماره ۴ صفحه ۱۹)، دیازپام به صورت رکتال یا وریدی بدهید. (چارت شماره ۶ صفحه ۲۰)	
• گلوکز وریدی بدهید. (چارت شماره ۷ صفحه ۲۰)	
• با بررسی مردمک‌ها در صورت وجود میوزیس دو طرفه به احتمال مسمومیت به ویژه با مواد مخدر توجه داشته باشید. در صورت مسمومیت با مواد مخدر، نالوکسان با دوز ۱/۱ mg/kg/dose، حداکثر ۲ mg در هر بار تزریق به صورت IV یا IM یا زیرجلدی و در صورت نیاز هر ۲-۳ دقیقه قابل تکرار است.	

علائم خطر فوری را ارزیابی کنید.

علائم خطر فوری را به محض ورود کودک قبل از توزین و ثبت، ارزیابی کنید

۱ - راه هوایی / تنفس

در صورت وجود هر یک از علائم *	• فقدان تنفس • تنفس مقطع و غیر موثر (Gasping) • سیانوز مرکزی
-------------------------------	--

۲ - قلب و جریان خون

در صورت وجود هر یک از علائم *	• در صورت عدم وجود نبض مرکزی** • تنه‌های سرد همراه با هر یک از موارد زیر: - پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه - نبض ضعیف و نند - لکه لکه شدن پوست (mottling) - رنگ پریدگی
-------------------------------	---

۳ - کما یا تشنج

در صورت وجود هر یک از علائم *	• کما*** • در حال تشنج
-------------------------------	---------------------------

- ۳
- در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق، بعد از انجام اقدامات بالا و تثبیت علائم حیاتی، اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۱) را انجام داده و کودک را انتقال دهید. (به جز اسپیراسیون جسم خارجی که تزریق آنتی بیوتیک عضلانی و سایر اقدامات درمانی قبل از انتقال شامل درمان قند خون پایین، دادن مایعات کریستالوئیدی وریدی و یا احداث IV یا IM نیاز نیست).
 - به الگوریتم احیا، صفحه ۳۳ و ۳۴ مراجعه شود. در الگوریتم احیا، اقدام درمانی به صورت CAB خواهد بود.
 - طبقه بندی اختلال هوشیاری بر مبنای AVPU می‌باشد. (به راهنما مراجعه شود)

ارزیابی علائم و نشانه های خطر

کودکی که دارای علائم و نشانه های خطر است، مبتلا به یک مشکل جدی است. اکثر کودکانی که دارای علائم و نشانه های خطر هستند نیازمند ارجاع به بیمارستان می باشند. آن ها ممکن است نیازمند درمان فوری با آنتی بیوتیک تزریقی، اکسیژن یا سایر درمان هایی باشند که در دسترس شما نیست. در این شرایط ادامه ارزیابی را سریعاً تکمیل کرده و درمان قبل از انتقال را انجام داده و کودک را فوراً انتقال دهید. «ارزیابی کودک از نظر علائم و نشانه های خطر» سوالات این قسمت را بپرسید و علائم و نشانه های مربوطه را نگاه کنید.

چارت ۴: فراخند ارزیابی و طبقه بندی علائم و نشانه های خطر در کودک بهار

برای کلاه کودکان از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید، سپس علائم و نشانه های خطر را کنترل کنید.

ارزیابی کودک از نظر علائم و نشانه های خطر

نگاه کنید:

آلی کودک خواب آلودگی غیرعادی یا بیقراری شدید یا عدم هوشیاری دارد؟

سوال کنید:

- آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیرخوردن می باشد؟
- آیا کودک در جریان این بیماری تشنج کرده است؟
- آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟

هر یک از علائم و نشانه های خطر کودک، نیاز به توجه فوری دارد. ارزیابی را تکمیل کرده، درمان قبل از ارجاع انتقال را انجام داده و ارجاع نمائید فوراً انتقال دهید.

در صورتی که کودک فاقد علائم و نشانه های خطر باشد؛

از نظر ابتلا به سوانح و حوادث کودکی را بررسی و سپس در مورد نشانه های اصلی سرفه و تنفس مشکل، اسهال، ناراحتی گوش، گلو درد و تب سوال کنید. کودک را از نظر کم وزنی کنترل کنید. وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کودک را کنترل کنید. سایر مشکلات کودک را ارزیابی کنید.

زمانی که علائم و نشانه های خطر کودک را کنترل میکنید :

سوال کنید : آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیرخوردن می باشد؟

هنگامی کودک نشانه " قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست " را دارا می باشد که نتواند مایع یا شیر مادر را بمکد یا ببلعد.

وقتی از مادر سوال میکنید " آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیرخوردن می باشد؟ " از او بخواهید توضیح دهد هنگامی که مایعی به کودک می دهد، چه اتفاقی می افتد. برای مثال آیا کودک می تواند مایع را وارد دهان کرده و ببلعد؟ اگر به جواب، مطمئن نیستید از او بخواهید که مقداری آب تمیز (آب جوشانده شده

به مدت یک دقیقه (یا شیرمادر به کودک بدهد و نگاه کنید آیا کودک می تواند آب یا شیر مادر را بلعد. کودکی که با شیر مادر تغذیه می شود اگر دارای انسداد بینی باشد ممکن است در مکیدن مشکل داشته باشد.

اگر راه بینی کودک مسدود است، آن را تمیز کنید. اگر پس از پاک کردن راه بینی، کودک بتواند شیر مادر را بخورد این کودک علامت خطر "قادر به شیرخوردن نیست" را ندارد.

آیا کودک در چند روز اخیر تشنج کرده است؟

در طی تشنج، ممکن است دست و پاهای کودک به دلیل انقباض عضلات سفت شود. گاهی تشنج به صورت حرکات پرشی اندام ها و بالا رفتن چشم ها و کبودی صورت می باشد. کودک ممکن است هوشیاری خود را از دست بدهد و یا نتواند سر خود را به طرف صدا برگرداند. از مادر بپرسید آیا کودک در طی بیماری اخیر تشنج داشته است. از کلمات قابل فهم برای مادر استفاده کنید. برای مثال ممکن است مادر تشنج را به عنوان غش بشناسد. سابقه تشنج و بیماری صرع را از مادر سوال کنید.

آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟

وقتی کودک نتواند هیچ غذایی را تحمل کند دارای نشانه " استفراغ کردن هر چیزی " است، یعنی آن چه می خورد برمی گرداند. کودکی که هر چیزی می خورد استفراغ می کند، نمی تواند غذا، مایعات یا داروهای خوراکی را تحمل کند. کودکی که چندین مرتبه استفراغ کرده است ولی می تواند مقداری مایع را تحمل کند، این علامت خطر را ندارد. وقتی این سوال را از مادر می پرسید، از کلمات قابل فهم برای مادر استفاده کنید. برای پاسخ دادن، فرصت کافی به او بدهید. اگر مادر مطمئن نیست که آیا کودک هر چیزی را که می خورد استفراغ می کند یا نه، برای دادن پاسخ درست به او کمک کنید. برای مثال از مادر بپرسید کودک هر چند وقت یک بار استفراغ می کند؟ همچنین بپرسید آیا هر وقت کودک غذا یا مایعی می خورد استفراغ می کند؟ اگر به پاسخ مادر مطمئن نیستید از او بخواهید به کودک مایعی بدهد و ببینید که آیا کودک استفراغ می کند یا نه.

نگاه کنید: آیا کودک خواب آلودگی غیر عادی دارد یا دچار کاهش سطح هوشیاری است؟

کودک دچار کاهش سطح هوشیاری، بی حال و گیج بوده، نسبت به آن چه در اطراف او اتفاق می افتد، علاقه ای نشان نمی دهد. چنین کودکانی اغلب به مادر خود نگاه نمی کنند و وقتی شما صحبت می کنید، شما را نگاه نمی کنند. ممکن است با بی تفاوتی به جایی خیره شده و به نظر برسد که به اتفاقات اطرافشان توجه ای ندارند. برای ارزیابی از مادر بپرسید که آیا کودک خواب آلوده به نظر می رسد و یا قادر به بیدار کردن کودک نمی باشد؟ نگاه کنید که آیا هنگام صحبت کردن مادر یا تکان دادن کودک و یا کف زدن، کودک بیدار می شود یا نه.

اگر هیچ یک از علائم خطر در کودک وجود ندارد

- از مادر به خوبی احوال پرسی کنید و از او در مورد کودکش سوال کنید.
- از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید.

ارتباط خوبی با مادر برقرار کنید. ارتباط خوب با مادر، این اطمینان را به مادر می دهد که از کودکش مراقبت خوبی صورت گرفته است. وقتی شما به مرحله درمان کودک رسیدید لازم است توصیه ها و آموزش های لازم را به مادر که مراقبت کودک در منزل را برعهده دارد، بدهید. بنابراین ایجاد ارتباط درست با مادر از ابتدای ملاقات اهمیت دارد.

- به آن چه مادر میگوید به دقت گوش دهید. این امر موجب می شود مادر احساس کند، نگرانی او را جدی گرفته اید.
- از کلماتی استفاده کنید که برای مادر قابل فهم باشد. اگر سوالات شما برای او قابل فهم نباشد، نمی تواند اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی و طبقه بندی درست کودک را به شما بدهد. به مادر وقت کافی برای پاسخ به پرسش ها بدهید.
- به عنوان مثال مادر نیاز به زمان دارد تا در مورد وجود یا فقدان نشانه هایی که از او می پرسید، فکر کند.
- وقتی مادر به پاسخ خود مطمئن نیست، سوالات اضافه تری از او بپرسید. هنگامی که شما در مورد یک نشانه اصلی یا نشانه های مرتبط با آن از مادر سوال میکنید، ممکن است مادر از وجود آن نشانه مطمئن نباشد. با پرسیدن سوالات اضافه تر او را در دادن پاسخ روشن و واضح کمک کنید.
- در صورت وجود شرح حال سانه و حادثه به چارت های مربوطه مراجعه نمایید.

ارزیابی سرفه یا تنفس مشکل :

سرفه یا تنفس مشکل، در کودکان کمتر از ۵ سال شایع می باشد. دامنه علل ایجاد کننده این مشکلات از یک بیماری خفیف، خود به خود محدود شونده تا بیماری های شدیدی تهدید کننده حیات متفاوت است. اغلب موارد سرفه به علت سرماخوردگی است و هر کودک ممکن است ۸-۱۲ بار در سال به آن مبتلا شود. شایع ترین بیماری شدیدی که با سرفه یا دشواری در تنفس تظاهر می نماید، پنومونی است که با وجود تشخیص های افتراقی در نظر گرفته شود. عفونت های تنفسی می توانند در هر قسمت از دستگاه تنفسی مانند بینی، حلق، حنجره، راه های هوایی و ریه ها اتفاق بیفتد. کودک دارای سرفه یا تنفس مشکل می تواند مبتلا به پنومونی یا سایر عفونت های شدید دستگاه تنفسی باشد. پنومونی، التهاب ریه ها است که می تواند به علل مختلف ایجاد شود. باکتری ها، ویروسها و قارچ ها در موارد خاص می توانند ایجاد پنومونی نمایند. در کشورهای در حال توسعه، پنومونی در سرفه ای از اوقات به دلیل عوامل باکتریایی رخ می دهد که شایع ترین آن ها استرپتوکوک پنومونیه و هموفیلوس آنفلوانزا است. کودکان مبتلا به پنومونی باکتریایی ممکن است در اثر هیپوکسی (اکسیژن رسانی ضعیف) یا سپسیس (عفونت منتشر) فوت نمایند.

تعداد زیادی از کودکان نیز به دلیل عفونت های خفیف تر دستگاه تنفسی به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنند. اکثر کودکان دارای سرفه یا تنفس مشکل تنها به یک عفونت خفیف مبتلا هستند. برای مثال کودک مبتلا به سرماخوردگی از آن جا که ترشحات بینی او به پشت حلق می ریزد، ممکن است سرفه داشته باشد. همچنین کودک ممکن است دچار عفونت ویروسی برونشها (نایژه ها) یا برونشیت باشد، که این کودکان بیماری شدید نداشته، نیازی به درمان آنتی بیوتیکی ندارند و خانواده ها می توانند آن ها را در منزل درمان کنند. پزشک باید تعداد اندک کودکان دارای سرفه یا تنفس مشکل را که مبتلا به یک بیماری خیلی

شدید بوده و احتمالاً نیاز به درمان آنتی بیوتیک دارند، تشخیص دهد. خوشبختانه پزشکان با کنترل دو علامت تنفس تند و تو کشیده شدن قفسه سینه (chest Retraction) قادرند تقریباً تمام موارد پنومونی را تشخیص دهند.

خوشبختانه با کنترل دو علامت تنفس تند و تو کشیده شدن قفسه سینه و خرخر سینه تقریباً تمام موارد پنومونی قابل تشخیص است.

وقتی کودکان مبتلا به پنومونی می شوند، به علت التهاب بافت ریه، حجم های حیاتی آن کاهش می یابد و یکی از پاسخ های بدن در مقابل تغییرات التهابی ریه ها و هیپوکسی (اکسیژن رسانی ضعیف)، تنفس تند است. وقتی پنومونی شدیدتر می شود، تغییرات التهابی بافت ریه بیشتر می شوند، که در این حالت ممکن است تو کشیده شدن قفسه سینه اتفاق بیفتد. تو کشیده شدن قفسه سینه یکی از علائم پنومونی شدید است.

چگونگی ارزیابی کودک با سرفه یا تنفس مشکل

ابتدا علائم خطر فوری در کودک بیمار بررسی شده سپس در مورد سرفه یا تنفس مشکل سوال کنید.
سوال کنید : آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

تنفس مشکل، به هر گونه الگوی غیرطبیعی تنفس گفته می شود. مادران آن را به گونه های متفاوتی بیان می کنند. آن ها ممکن است ذکر کنند که تنفس کودکشان تند، صدادر یا منقطع می باشد. اگر مادر به این پرسش شما پاسخ "خیر" داد، به کودک نگاه کنید که آیا به نظر شما تنفس مشکل دارد یا خیر؟ آلی کودک سرفه می کند؟

اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل ندارد، در مورد نشانه اصلی دیگر یعنی اسهال سوال کنید. در این صورت نیازی به ارزیابی کودک از نظر سایر علائم وابسته به سرفه یا تنفس مشکل نمی باشد. اگر مادر در مورد سرفه یا تنفس مشکل پاسخ "بله" داد:

سوال کنید : برای چه مدت؟

کودکی که به مدت ۲ هفته یا بیشتر دارای سرفه یا تنفس مشکل است، مبتلا به سرفه مزمن می باشد. این امر می تواند یکی از نشانه های سل، آسم، سیاه سرفه یا مشکل دیگری باشد.

تعداد تنفس را در یک دقیقه بشمارید. شما بایستی تعداد تنفس کودک را در مدت یک دقیقه بشمارید تا بدانید آیا کودک تنفس تند دارد یا خیر. در هنگام نگاه کردن و گوش کردن تنفس، کودک باید ساکت و آرام باشد. اگر کودک ترسیده باشد و یا در حال گریه کردن باشد شما قادر نخواهید بود که تعداد واقعی تنفس او را بشمارید.

به مادر بگو یید کودک را آرام نگاه دارد. اگر کودک خواب است، او را بیدار نکنید. تعداد تنفس را در یک دقیقه بشمارید. از یک ساعت دارای عقربه ثانیه شمار و یا ساعت دیجیتالی استفاده کنید.

به حرکات تنفسی کودک در هر قسمتی از قفسه سینه یا شکم نگاه کنید. معمولاً قادر خواهید بود حرکات تنفسی را حتی در کودکی که با لباس پوشیده شده است، مشاهده کنید. اگر نمی توانید حرکات تنفسی را به آسانی ببینید، از مادر بخواهید لباس کودک را کنار بزند. اگر کودک شروع به گریه کرد، از مادر بخواهید قبل از آغاز شمارش تنفس کودک را آرام کند. اگر در خصوص تعداد تنفس شمرده شده مطمئن

نیستید) برای مثال اگر به دلیل حرکت زیاد کودک، مشاهده قفسه سینه مشکل بوده است یا اگر کودک در حال گریه است)، شمارش تعداد تنفس را تکرار کنید.

معیار تشخیص تنفس تند به سن کودک بستگی دارد. سرعت تنفس طبیعی در بچه های ۲ ماهه تا ۱۲ ماهه بیشتر از بچه های ۱۲ ماهه تا ۵ ساله است.

- تنفس تند در ۲ تا ۱۲ ماهگی : تنفس بیش از ۵۰ بار در یک دقیقه
- تنفس تند در ۱۲ ماهگی تا ۵ سالگی : تنفس بیش از ۴۰ بار در یک دقیقه
- تنفس خیلی تند : تنفس بیش از ۷۰ بار در یک دقیقه

هیپرپنه بالای ۷۰ به تنهایی می تواند معیار پنومونی شدید یا بدحالی کودک باشد و نیاز به مراقبت ویژه دارد

توکشیده شدن قفسه سینه را بررسی کنید

اگر در هنگام شمارش تعداد تنفس، لباس کودک را کنار نزده اید، از مادر بخواهید که این کار را انجام دهد. در هنگام دم، به توکشیده شدن قفسه سینه در قسمت دنده های پایینی کودک نگاه کنید زمانی کودک دارای تو کشیده شدن قفسه سینه است که در هنگام دم، قسمت پایینی قفسه سینه او به داخل کشیده شود. این حالت زمانی اتفاق می افتد که کودک برای انجام عمل دم به تلاشی خیلی بیشتر از معمول نیاز داشته باشد. در حال طبیعی، در هنگام عمل دم، تمامی دیواره قفسه سینه (اعم از قسمت بالایی و پایینی) و شکم به سمت خارج حرکت میکنند . در صورت وجود توکشیدگی قفسه سینه، قسمت پایینی قفسه سینه در هنگام دم به داخل کشیده می شود.

اگر در مورد توکشیده شدن قفسه سینه مطمئن نیستید، دوباره نگاه کنید. اگر بدن کودک از کمر خم شده باشد، مشاهده حرکت قسمت پایینی قفسه سینه مشکل است. از مادر بخواهید تا وضعیت کودک را تغییر دهد به طوری که بر روی پای وی دراز بکشد. اگر در این شرایط نیز توکشیده شدن قفسه سینه را در هنگام دم مشاهده نکردید، بنابراین کودک فاقد این نشانه است.

توکشیده شدن قفسه سینه باید به وضوح و در هر زمانی قابل مشاهده باشد. اگر قفسه سینه کودک فقط در هنگام گریه یا تغذیه به داخل تو کشیده شود، در این صورت کودک دارای تو کشیده شدن قفسه سینه نیست.

تو کشیده شدن قفسه سینه یا Retraction شامل سه نوع است :

- Intercostal (بین دنده ای)
- Subcostal (داخل دنده ای) این نوع از توکشیدگی از اهمیت بالینی بیشتری برخوردار است
- Supracostal (فوق دنده ای)

اگر در هنگام دم، فقط بافت نرم بین دنده ها به داخل کشیده شود (که به آن تو کشیده شدن بین دنده ای می گویند) در این حالت کودک دارای نشانه تو کشیده شدن قفسه سینه نیست.

در این ارزیابی، تو کشیده شدن قفسه سینه به معنی تو کشیده شدن قسمت پایینی دیواره قفسه سینه است و تو کشیده شدن بین دنده ای را شامل نمی شود.

استریدور (stridor) را بررسی کنید.

استریدور (خرخر) ایجاد صدایی خشن در هنگام دم می باشد. استریدور در شرایط وجود تورم در لارنکس، تراشه یا اپی گلوت ایجاد می شود. وجود این تورم موجب اختلال در ورود هوا در هنگام دم می شود. اگر این تورم موجب انسداد راه هوایی گردد، می تواند تهدید کننده حیات باشد. وجود استریدور در یک کودک آرام، یک نشانه خطرناک است.

به منظور نگاه کردن و گوش کردن استریدور، در هنگام عمل دم به کودک نگاه کنید. سپس گوش کنید. از آن جا که شنیدن استریدور مشکل است، گوش خود را به دهان کودک نزدیک کنید. گاهی اوقات اگر انسداد در راه بینی وجود داشته باشد شما صدای مرطوبی را خواهید شنید. بینی را پاک کرده و دوباره گوش کنید. گاهی کودکان در هنگام گریه کردن ممکن است دارای استریدور باشند بنابراین از آرام بودن کودک در هنگام نگاه کردن و گوش کردن به استریدور اطمینان حاصل کنید.

ویزینگ یا خس خس سینه را بررسی کنید.

ویزینگ یا خس خس که در انتهای بازدم شنیده می شود. علت آن تنگی اسپاسمودیک و یا التهاب راه های هوایی انتهایی می باشد.

به منظور شنیدن صدای ویزینگ، در هنگامی که کودک آرام است، گوش خود را به دهان کودک نزدیک کنید و به صدای تنفس او گوش کرده و یا از استتوسکوپ برای گوش کردن ویزینگ استفاده نمایید.

ریهها را از نظر وجود کراکل واضح سمع کنید.

کراکل شنیدن صدای خشن در سمع ریه می باشد که در قاعده ریه ها بیشتر شنیده می شود. به منظور سمع ریه، در هنگامی که کودک آرام است استتوسکوپ خود را در تماس با پوست بدن کودک قرار دهید و به دقت صدای تنفس او را گوش دهید.

طبقه بندی بیماری کودک از نظر پنومونی

به علائم و نشانه ها دقت کنید.

آیا در کودک علائم و نشانه های خطری که در بالا ذکر شد، وجود دارد؟

۱. تعداد تنفس کودک را بشمارید. آیا کودک تنفس خیلی تند بیش از ۷۰ تا در دقیقه دارد ؟ آیا در

سمع ریه استریدور شنیده می شود؟ آیا ناله یا پرش پره های بینی دارد؟ اگر کودک دارای یک

علامت خطر یا هر یک از علائم فوق باشد به معنای خطیر بودن وضعیت تنفس است بنابراین

، «پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید» برای کودک مطرح است .

۲. در صورت وجود ویزینگ، در سمع ریه کودک با توجه به شیوع آسم در کودکان، ضمن بررسی سابقه آسم و آلرژی در کودک ابتدا از یک برونکودیلاتاتور سریع الاثر (اسپری سالبوتامول) استفاده کنید و سپس مجدداً کودک را از نظر تعداد تنفس و توكشیده شدن قفسه سینه ارزیابی کنید این تست را تا سه نوبت به فاصله ۲۰-۱۵ دقیقه می توانید تكرر كنید تا احتمال موارد تاکی پنه ناشی از آسم را رد کرده و سپس بیماری تنفسی کودک را طبقه بندی کنید.
۳. اگر کودک در طبقه بندی بیماری شدید نیست، در ردیف زرد بررسی کنید. آیا کودک تنفس تند دارد؟ اگر کودک دارای تنفس تند باشد و در طبقه بندی شدید نیز قرار نداشته باشد و یا در سمع ریه رال واضح شنیده شود و یا تو کشیدگی قفسه سینه وجود دارد طبقه بندی «پنومونی» است.
۴. اگر کودک هیچ یک از علائم و نشانههای موجود در ردیف های قرمز یا زرد را نداشت، با احتمال خیلی زیاد تشخیص پنومونی مطرح نیست و می توانید طبقه بندی ردیف سبز «پنومونی ندارد، سرفه یا سرماخوردگی» را انتخاب کنید.

جدول طبقه بندی بیماری کودک از نظر سرفه یا تنفس مشکل

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
- در صورت داشتن هریک از علائم و نشانه های خطر یا وجود هر یک از علائم زیر: - تنفس خیلی تند (بیش از ۷۰) - ناله - پرش پره های بینی - استریدور	پنومونی شدید یا بیماری شدید	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۱) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
- در صورت وجود هر یک از علائم زیر: - تنفس تند - شنیدن کراکل (رال) واضح - تو کشیده شدن قفسه سینه	پنومونی	- برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. - در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی استنشاقی گشادکننده برونش به مدت ۵ روز بدهید (صفحه ۲۳). - سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید (صفحه ۲۳). - در صورت ادامه سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را از نظر ابتلا به سایر بیماری ها مثل آسم، سل و آسپیراسیون جسم خارجی (جدول ۲ و ۳ صفحه ۱۲)، بیشتر ارزیابی نمایید. - در صورت سرفه بیشتر از ۱۴ روز و وجود همزمان یافته های کمکی ایدز (جدول ۵ صفحه ۱۵)، جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. - توصیه های تغذیه ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. - به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد (صفحه ۳۲). - جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

• هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری شدید ندارد.	سرفه یا سرماخوردگی	• در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی استنشاقی گشادکننده برونش به مدت ۵ روز بدهید. • سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید (صفحه ۲۳). • در صورت ادامه سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را برای ارزیابی بیشتر از نظر ابتلا به سایر بیماری ها مثل آسم و سل و آسپیراسیون جسم خارجی (جدول ۲ و ۳ صفحه ۱۲)، بیشتر ارزیابی نمایید. • در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز و وجود همزمان یافته های کمکی ایدز (جدول ۵ صفحه ۱۵)، جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید • توصیه های تغذیه ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد (صفحه ۳۲). • در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.
---	----------------------------------	--

پنومونی شدید - بیماری شدید

علائم و نشانه ها را بررسی کنید. اگر کودک بدحال دارای هر یک از علائم و نشانه های خطر یا یکی از علائم تنفس خیلی تند، پرش پره های بینی، ناله کردن یا استریدور باشد، در طبقه بندی پنومونی شدید یا بیماری شدید قرار گرفته و نیازمند انتقال است.

چنانچه پالس اکسی متر در دسترس باشد اشباع اکسیژن را اندازه گیری و اگر از ۹۰ درصد پایینتر باشد

کودک را انتقال دهید. در چنین مواردی لازم است ابتدا اولین نوبت آنتیبیوتیک (سفتریاکسون عضلانی) را تزریق کنید. (به جدول تجویز آنتی بیوتیک ها در بوکلت مراجعه کنید)

دادن یک دوز آنتیبیوتیک قبل از انتقال کودک به بیمارستان، در پیشگیری از بدتر شدن پنومونی شدید یا سایر عفونت های باکتریال شدید مثل سپیس یا مننژیت کمک کننده است.

توجه: در گزارشات متعدد ADR (مرکز کشوری گزارشات عوارض دارویی) تزریق وریدی

سفتریاکسون و یا تزریق همزمان این دارو با مایعات وریدی حاوی قند و کلسیم نظیر سرم قندی یا رینگر لاکتات، عوارض جدی شوک و مرگ به همراه داشته است

بنابراین توجه داشته باشید که تزریق سفتریاکسون به عنوان تزریق اولین نوبت آنتی بیوتیک در همه موارد در برنامه مانا و مراکز بهداشتی درمانی صرفاً به شکل عضلانی است. در تزریق عضلانی این دارو (به شرطی که سابقه حساسیت به پنی سیلین و سفالوسپرین ها در کودک و خانواده وجود نداشته باشد) عارضه ای مشاهده نشده است و هیچ مغایرتی با بخشنامه ها و دستورالعمل های قبلی ندارد.

پنومونی

کودک با سرفه یا مشکل تنفسی دارای توکشیده شدن قفسه سینه یا تنفس تند یا رال واضح در سمع ریه، در طبقه بندی پنومونی قرار می گیرد. در این موارد کودک را برای مدت ۵ روز با یک آنتی بیوتیک مناسب درمان نمایید. سرفه را طبق بوکلت با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید.

* در صورت وجود ویزینگ و احتمال آسم (حتی اگر پس از استفاده از اسپری سالبوتامول، برونکودیلاتاتور سریع الاثر، کودک بهبود پیدا کرده باشد)، به مدت ۵ روز درمان با اسپری سالبوتامول را ادامه دهید. اگر به هر دلیلی استفاده از نوع استنشاقی موجود نباشد، سالبوتامول خوراکی به عنوان برونکودیلاتاتور توصیه می شود. اگر چه به اندازه نوع استنشاقی موثر نیست و در شرایطی که کودک کم سن بوده و دیسترس تنفسی دارد احتمال آسپیراسیون دارو و خفگی در کودک وجود دارد.

در صورت ادامه سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را برای ارزیابی بیشتر از نظر ابتلا به سایر بیماری ها مثل آسم و سل و آسپیراسیون جسم خارجی (جدول ۲ و ۳ صفحه ۱۲)، بیشتر ارزیابی نمایید

ارجاع دهید

در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز و وجود همزمان یافته های کمکی ایدز (جدول ۵ صفحه ۱۵)، جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. توصیه های تغذیه ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد و دو روز بعد جهت پیگیری مراجعه کند.

طبق آخرین مراجع طب کودکان اگر در بررسی کودک بیمار با سرفه و مشکل تنفسی، توکشیده شدن

قفسه سینه وجود فقط تنفس تند وجود دارد،

می توانید آموکسی سیلین خوراکی را برای مدت ۳ روز تجویز کنید به شرطی که در پیگیری ۲ روز،

بعد بیمار را مجدداً معاینه و ارزیابی کرده و در صورت عدم بهبودی یا تشدید علائم بیماری درمان آنتی

بیوتیکی را تا ۵ روز ادامه دهید.

پنوموری ندارد، سرفه طی سرماخوردگی

کودک با سرفه و تنفس مشکل که هر یک از علائم و نشانه های خطر، تو کشیدگی قفسه سینه، تنفس تند یا کراکل واضح در سمع ریه را نداشته باشد در گروه "پنومونی ندارد" قرار می گیرد. در صورت وجود ۳ مورد از ۵ علامت سرفه، عطسه، آبریزش از بینی، اشک ریزش طی قرمزی چشم و گرفتگی صدا و چنانچه علائمی از بهاری های دیگر وجود نداشته باشد، می توان تشخیص سرماخوردگی را مطرح کرد. درمان سرماخوردگی علامتی است و چرخش کودکاری رگاز به آنتی بیوتیک ندارند.

در صورت وجود ۲ مورد از ۵ علامت سرفه، عطسه، آبریزش از بینی، اشک ریزش طی قرمزی چشم و

گرفتگی صدا (خشونت صدا) و چنانچه علائمی از بهاری های دیگر وجود نداشته باشد، می توان تشخیص

سرماخوردگی ویروسی را مطرح کرد. درمان سرماخوردگی علامتی است و چرخش کودکاری رگاز به آنتی

بیوتیک ندارند.

در این کودکان اگر ویزینگ وجود داشته، وی پس از استفاده از برونکودیلاتاتور سریع الاثر بهبود یافته به مدت ۵ روز دیگر، استفاده از برونکودیلاتاتور استنشاقی را ادامه دهی.

کودک مبتلا به عفونتهای ویروسی به طور طبیعی در عرض یک تا دو هفته بهبود می یابد. ولی کودک دارای سرفه مزمن (سرفه بیش از ۳ هفته) ممکن است مبتلا به سل، آسم، آسپیراسیون جسم خارجی، سیاه سرفه یا مشکلات دیگری باشد و باید با توجه به جدول تشخیص های افتراقی بررسی بیشتر انجام شود و در صورت نیاز به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

برای کاهش سرفه می توان از یک داروی بی ضرر خانگی که در خانه تهیه شده طی از مرکز دریافت شده و یا از داروخانه خریداری گردیده استفاده شود. آن چه حایز اهمیت است این است که بی ضرر باشند. ممکن است داروها و مواد مضر نیز در منطقه شما استفاده شود. هرگز از داروهای خانگی که دارای ترکیبات مضر مانند آتروپین، کدئین یا مشتقات کدئین یا الکل هستند استفاده نکنید. این ترکیبات آرامبخش بوده و ممکن است در تغذیه کودک ایجاد اختلال نمایند. همچنین توانایی کودک را در دفع ترشحات ریه به کمک سرفه مختل کند و یا اینکه در کودک واکنش های آلرژیک ایجاد کند. اگر کودک به صورت انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود هیچ گونه نوشیدنی یا ماده دیگری به او ندهید. شیر مادر بهترین تسکین دهنده خانگی سرفه برای شیرخواران است که تغذیه انحصاری با شیر مادر دارند.

در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز و وجود همزمان یافته های کمکی ایدز (جدول ۵ صفحه ۱۵)، جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. توصیه های تغذیه ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد و اگر بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.

ارزیابی و طبقه بندی اسهال

بیماری های اسهالی علت عمده مرگ و می دوران کودکی در کشورهای در حال توسعه و علت مهم سوء تغذی می باشند. اغلب مرگ ها در ۲ سال اول زندگی روی می دهد. به طور متوسط، کودکان زیر ۳ سال در کشورهای در حال توسعه ۳ بار ابتلا به اسهال را در هر سال تجربه می کنند. صدها میلیون مورد اسهال سالانه در کودکان کمتر از ۵ سال در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است.

در آخرین تحقیقات کشوری به عمل آمده در سال ۱۳۸۹، ۱۳/۵ درصد کودکان بیمار کشور، مبتلا به اسهال بوده اند. از این تعداد ۴/۹۴ درصد تحت پوشش مایع درمانی خوراکی (ORT) در زمان اسهال قرار داشتند. در سال های دهه های ۵۰ و ۶۰، بخش بزرگی از مرگ و می کودکان کشور، مربوط به اسهال و عوارض آن بود، به طوری که بر اساس برآوردها در سال های انتهای دهه ۵۰ بیش از ۳۰/۰۰۰ کودک زیر ۵ سال سالانه در کشور بر اثر اسهال و عوارض ناشی از آن فوت کردند. این در حالی است که بر اساس آمار حاصل از نظام مراقبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در سال ۱۳۸۹ کمتر از ۱۵۰ کودک بر اثر اسهال و عوارض ناشی از آن در کشور فوت کرده اند.

بیشتر مرگ ها در اثر اسهال به علت کمبود آب و الکترولیت ها است بنابراین اقدام به موقع برای تعیین میزان کم آبی و جبران مایعات و املاح از دست رفته بسیار اهمیت دارد. دهه های اخیر توجه به اسهال با هر علت و در هر سری، به جز در موارد خاص، با اطمینان کامل با روش ساده مایع درمانی خوراکی (محلول (ORS) قابل درمان است. محلول ORS حتی در هنگام اسهال شدید، در روده کوچک جذب می شود و آب و الکترولیت دفع شده از مدفوع را جایگزین می کند.

تجویز مایعات وریدی فقط در شرایط کم آبی شدید و وجود احتمال شوک هیپوولومیک لازم است. اسهال خوری (دیسانتری) همراه با سوءتغذیه در کودک نیز از علل مهم مرگ ناشی از اسهال است. حملات مکرر اسهال باعث سوءتغذیه می شوند و بهاری های اسهالی در کودکانی که سوءتغذیه دارند با مرگ و می بیشتر همراه است. تحقیقات نشان می دهد که اثرات سوءاسهال بر وضعیت تغذیه ای کودکان می تواند با تغذیه مناسب در حین بهاری، کم می پیشگیری شود.

توجه: بعد از ۲۰ سال تحقیق، محلول ORS با اسمولاریتی کاهش یافته تولید شده است که شامل ۷۵ میلی اکی والان در لیتر سدیم و ۷۵ میلی مول در لیتر گلوکز می باشد. محلول ORS جدید بروز استفراغ را ۳۰٪ و حجم مدفوع را ۲۰٪ کاهش می دهد. این فرمولاسیون ORS جدید به وسیله سازمان جهانی بهداشت و یونیسف توصیه شده است. در این متن، منظور از ORS، محلول ORS با اسمولاریتی کاهش یافته است.

تعریف اسهال:

اسهال، دفع مدفوع غیرمعمول شل یا آبکی، معمولاً حداقل ۳ بار در یک دوره ۲۴ ساعته است. قوام مدفوع نسبت به دفعات آن اهمیت بیشتر دارد، به طوری که دفع مکرر مدفوع شکل گرفته، اسهال ریهست. کودکانی که فقط شیره مادر می خورند اغلب مدفوع شل «خمیری» دفع می کنند که اسهال گفته نمی شود.

طبقه بندی اسهال

بعضی از جداول طبقه بندی، بیشتر از یک طبقه بندی دارند. برای مثال کودکی که نشانه اصلی اسهال را دارد، می تواند از نظر شدت کم آبی یا وجود خون در مدفوع و یا وجود اسهال پایدار طبقه بندی شود.

انواع کلینیکی بیماری های اسهالی:

درمان اسهال بر اساس تظاهرات کلینیکی بیماری است، که به راحتی در اولین معاینه کودک تعیین می شود. لذا مطالعات آزمایشگاهی برای شروع درمان لازم ریهست. چهار نوع کلینیکی اسهال را می توان مشخص کرد:

- **اسهال حاد:** اگر اسهال، کمتر از ۱۴ روز طول بکشد اسهال حاد نامیده می شود. اسهال حاد آبکی، باعث کم آبی و سوءتغذیه می شود. مرگ کودک مبتلا به اسهال حاد معمولاً به دلیل کم آبی اتفاق می افتد.
- **اسهال پایدار:** دو طبقه بندی برای اسهال پایدار وجود دارد. اگر اسهال، ۱۴ روز یا بیشتر طول بکشد و کودک هیچ نشانه ای از کم آبی نداشته باشد اسهال پایدار و اگر همراه با کم آبی نسبی باشد، یا **سن کمتر از ۴ ماه یا سوء تغذیه حاد باشد** اسهال پایدار شدید نامیده می شود. اسهال پایدار با خطر اصلی سوءتغذیه و عفونت های جدی غیر روده ای همراه است و دهیدراتاسیون ممکن است روی دهد. معمولاً بیشتر از ۲۰ درصد موارد اسهال، به اسهال پایدار تبدیل می شود.
- **اسهال خونی:** وجود خون در مدفوع اسهالی، همراه با مخاط (بلغم) یا بدون آن، اسهال خوری یا دیسانتری نامیده می شود. این بیماری معمولاً علل میکروبی دارد با تظاهرات شدیدی مثل تب، درد شکم و استفراغ همراه است و خون داخل مدفوع اسهالی تازه است (وجود یک رگه خونی روی مدفوع، یا مدفوع سیاه قیری، اسهال خوری ریهست و دلایل دیگری دارد که باید بررسی شود). شایعترین عامل اسهال خونی باکتری شیگلاست. اسهال خونی آمیبی در سنین پایین شایع نیست. ممکن است کودک به هر دو فرم اسهال و اسهال خونی دچار باشد.

- خطر اصلی در دیسانتری، روند عفونی بیماری و آسیب به مخاط روده است و همچنین ساید عوارض، دهیدراتاسیون سوءتغذیه، سپسیس و... ممکن است روی دهد.
- **اسهال همراه با سوءتغذیه شدید (ماراسموس یا کواشورکور):** خطر اصلی، عفونت های شدید سریهستمیک، دهیدراتاسیون، نارسایی قلبی، کمبود ویتامین و مواد معدنی است. مداخله پرسنل بهداشتی درمانی در هر کدام از انواع اسهال باید عمده‌تاً در جهت پیشگیری از درمان خطرات اصلی بیماری باشد.

ارزطبی کودک دچار اسهال:

کودک دچار اسهال بای برای ده‌ه‌راتاسهون، اسهال خوری، اسهال پائار، سوءتغذی و عفونت های شدی خارج دستگاه گوارش ارزطبی شود، به طوری که درمان مناسب بتواند بدون تأخی، اجرا و تکملی شود. از مادر در مورد اسهال سوال کنید :

از کلماتی استفاده کنید که برای مادر قابل فهم باشد. اگر مادر گفت نه (**کودک اسهال ندارد**)، در مورد نشانه های اصلی دیگر سؤال کنید و اگر مطمئن هستید که کودک مبتلا به اسهال نیست شما به ارزیابی بیشتر برای نشانه های مرتبط با اسهال نیاز ندارید.

اگر کودک اسهال دارد کودک را برای نشانه های کم آبی، اسهال پایدار و اسهال خونی ارزیابی نمائید.

وجود علائم زیر را از مادر لی همراه کودک بپرسید .

۱. وجود خون در مدفوع اسهالی
۲. دفع خون روشن
۳. طول مدت اسهال
۴. تعداد اسهال آبی در روز
۵. تعداد حملات استفراغ
۶. وجود تب، سرفه، لی سالی مسائل مهم (مثل تشنج و)...
۷. مشکلات تغذی ای قبل از بهاری
۸. نوع و مقدار مایعات (شامل شری مادر) و غذاهای درطفت شده هنگام بهاری
۹. داروها و سالی درمان های درطفت شده
۱۰. تاریخچه واکسیناسهون
۱۱. گزارشات منطقه ای در مورد وبا
۱۲. حملات گری بسیار شدید با رنگ پریگی در شریخوار

به وضعیت عمومی کودک توجه کرد:

آلی کودک هوشعلی، بی قرار لی تحریکپی ی است؟ لتارژیک می باشد لی کاهش سطح هوشعلی دارد؟ زمانی که کودک دچار کم آبی می شود، ابتدا بی قرار و تحریک پذیر می شود. اگر کم آبی ادامه پیدا کند کودک خواب آلوده یا دچار عدم هوشیاری می شود. اگر کودک خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هوشیاری دارد، دارای علامت خطر می باشد. به خاطر بسپارید که از این علامت خطر در طبقه بندی اسهال کودک استفاده نمایید. کودکی بی قرار و تحریکپذیر است که در شرایطی که حتی وقتی با مادرش تنهاست (عدم حضور پزشک) در بغل مادر آرام نیست و گریه می کند و یا اینکه هر گاه به او دست می زنید یا او را بغل می کنید بی قرار و تحریکپذیر باشد. اگر شیرخوار یا کودک هنگام شیرخوردن آرام بوده ولی پس از پایان شیرخوردن دوباره بیقرار و تحریک پذیر می شود، نشانه بیقراری و تحریکپذیری را دارد. ممکن است کودکان فقط از این که در مرکز یا مطب هستند ناراحت باشند. معمولاً این کودکان در آغوش آرام می شوند.

به فرورفتگی چشم ها نگاه کنید

چشمهای کودکی که دچار کم آبی است ممکن است فرورفته باشد. اگر فکر می کنید چشمها فرورفته هستند، از مادر سؤال کنید آیا فکر میکند چشمهای کودکش فرورفته است یا چشمان او معمولاً همین طور است. نظر او به شما کمک می کند که تا مطمئن شوید چشم های کودک فرو رفته است.

توجه : در کودکان با سوء تغذیه شدید که به طور محسوس لاغر هستند، (کودکانی که ماراسموس دارند)، همیشه چشم فرورفته است، حتی اگر کودک دچار کم آبی نباشد. اگرچه فرورفتگی چشم ها در کودکان لاغر کمتر قابل اعتماد است، اما باز هم به عنوان نشانه ای برای طبقه بندی کم آبی در کودک به کار می رود.

به کودک مایعات بدهید

از مادر بخواهید مقداری آب با لیوان و قاشق به کودک بدهد. نوشیدن کودک را نگاه کنید. کودکی «**قادر به نوشیدن نیست**» که وقتی مایعات به او می دهید قادر به مکیدن یا بلعیدن نباشد. کودک ممکن است به دلیل خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری قادر به نوشیدن نباشد. کودکی «**ضعیف می نوشد**» که ضعیف بوده و بدون کمک، قادر به نوشیدن نباشد. او ممکن است فقط وقتی مایعات را به داخل دهان او بریزند بتواند قورت بدهد. کودکی نشانه «**تشنه است و با ولع می نوشد**»، را دارد که، به وضوح درخواست آب کند. نگاه کنید که آیا کودک مشتاقانه لیوان یا قاشق آب را دنبال می کند. یوقتی آب را از او دور می کنید آیا کودک ناراضی به نظر می رسد چون بیشتر آب می خواهد؟ اگر کودک فقط با تشویق می نوشد و بیشتر طلب آب نمی کند، او نشانه «**تشنه است و با ولع می نوشد**» را ندارد.

بررسی کم آبی با تست نیشگون پوستی

از مادر بخواهید کودک را روی تخت معاینه بگذارد به طوری که صاف به پشت خوابیده باشد و دست های او کنارش و پاهایش صاف باشد، یا از او بخواهید کودک را صاف در بغل خود نگه دارد. قسمتی از شکم کودک در فاصله بین ناف و پهلوی او را نیشگون بگیرید. برای نیشگون گرفتن، از شست و انگشت اول استفاده کنید.



از نوک انگشت استفاده نکنید، چون ایجاد درد می کند. هنگام نیشگون گرفتن، دست خود را طوری قرار دهید که چین پوستی در امتداد بدن کودک باشد نه عمود بر آن. تمام لایه های پوست و بافت زیر آن را

کاملاً بکشید. نیشگون پوست را برای یک ثانیه نگه دارید و سپس رها کنید. بعد از رها کردن به پوست نگاه کنید برگشت پوست به حالت اول چگونه است؟

• خیلی آهسته (بیشتر از ۲ ثانیه)

• آهسته

• فوراً

معیار تشخیص سوءتغذیه

ارزیابی	وزن برای سن	وزن برای قد	دور وسط بازو	سایر موارد
سوءتغذیه متوسط	بین $-2z$ Score و $-3z$ Score	بین $-2z$ Score و $-3z$ Score	باند زرد ۱۲/۵-۱۱ سانتی متر	
سوءتغذیه شدید	کمتر از $-3z$ Score	کمتر از $-3z$ Score	باند قرمز کمتر از ۱۱ سانتی متر	ماراسموس واضح یا ادم با تحلیل عضلات

۱۶

توجه : در یک کودک مبتلا به سوءتغذیه شدید حتی اگر دچار کم آبی نباشد برگشت پوست آهسته است. در یک کودک چاق یا کودکی که ورم دارد حتی اگر دچار کم آبی باشد، برگشت پوست خیلی سریع است. اگر چه نیشگون پوست در اینگونه کودکان قابل اعتماد نباشد، بازهم از این نشانه برای طبقه بندی کم آبی استفاده کنید.

سپس، سایر علائم مهم را چک کنید. به دنبال علائم و نشانه های زی باشید :

کودک را از نظر خون در مدفوع بررسی کنید.

از مادر سوال کنید آلی در هر زماری در طول این اسهال، در مدفوع کودک خون دیده است؟ و اگر خون مشاهده کرده است باید سوالات بیشتری بپرسید تا مشخص شود که آیا خون تازه دفع شده است یا خون سیاه رنگ ؟ و یا اینکه خون به شکل رگه های خون مخلوط با مدفوع است یا روی مدفوع دیده می شود ؟ مصرف برخی مواد غذایی یا داروها هم می تواند باعث تغییر رنگ مدفوع شود .

کودک را از نظر سوءتغذیه بررسی کنید.

بررسی دقیق و کامل کودکان از نظر تغذیه و اختلال رشد در راهنما و بوکلت چارت کودک سالم به تفصیل توضیح داده شده است و در مراقبت های دوره ایی کودک نیز پایش رشد مستمر انجام می شود با وجود این در یک کودک بیمار حتما لازم است تا ارزیابی کنید که آلی کودک سوء تغذیه دارد؟

تمام لباسها ی روی کودک را در آورده و شانه ها، بازوها، باسن و ساق پاها را برای ظفتن شواهدی از

تحلل عضلات (ماراسموس) مشاهده کنید. از نظر ادم پاها کودک را ارزیابی کنید. اگر ادم پاها با ضعف

عضلانی همراه است، کودک به شدت سوء تغذیه دارد . با استفاده از چارت رشد وزن برای سن ی وزن برای قد کودک را ارزیابی کنید . به طور جایگزینی می توانید دور وسط بازو را اندازه گیری کنید. (هر کودک زی ۵ سال

با دور مه‌لنه بازوی کمتر از ۱۱/۵ سانتیمتر به عنوان سوءتغذیه طبقه بندی می شود.) برای انجام ارزیابی طبقه بندی و مداخلات لازم سوءتغذیه از بوکلت و راهنمای کودک سالم استفاده کنید .

درجه حرارت کودک را اندازه بگیر :

تب در اسهال به تنهایی دلیل براسهال عفونی نیست و ممکن است در اثر ده‌ه‌راتاسهون شدیدی عفونت های خارج روده ای همانند پنوموری و مالاریا به وجود آید.

کم آبی :

کودکان، خصوصاً شیرخواران نسبت به بالغین به کم آبی حساس تر هستند زیرا به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن به آب و الکترولیت بیشتری نیازمند هستند. در هنگام اسهال، افزایش دفع آب و الکترولیت ها، سدیم، کلر، پتاسیم و بیکربنات، در مدفوع آبی وجود دارد. آب و الکترولیت ها همچنین از طریق استفراغ، تعریق، ادرار و تنفس از دست می روند. هنگامی که این مواد دفع شده به صورت مناسب جایگزینی نشوند، کم آبی رخ می دهد و کمبود مایع و الکترولیت ها ایجاد می شود. حجم مایع از دست رفته از طریق مدفوع در ۲۴ ساعت می تواند از ۵ ml / kg نزدیک طبیعی تا ۲۰۰ ml/kg و بی‌بیشتر باشد. غلظت و مقدار الکترولیت های از دست رفته رهن متفاوت است. کل سدیم از دست رفته در کودکان خردسال با ده‌ه‌راتاسهون شدیدی به علت اسهال، معمولاً در حدود ۷۰-۱۱۰ میلی مول در لیتر مایع از دست رفته است. پتاسیم و کلراید رهن به اندازه مشابهی از دست می روند. ده‌ه‌راتاسهون بانی سریعاً ارزیابی و تخمین زده شود و طی ۶-۴ ساعت با توجه به شدت کم آبی و ریزه‌های روزانه تصحیح شود. عدم جبران کافی مایعات می تواند در اسهال حاد با هر انچه‌لوژی روی دهد. تعداد کمی از کودکان خصوصاً آن هایی که در شوک بوده می‌تواند به تحمل مایعات خوراکی رهنستند ریزه به مایع درمانی تزریقی دارند؛ اما بهتری راه تأمین مایعات و جانشین کردن مایعات از دست رفته، مایع درمانی خوراکی است. شایع ترین علت اسهال ده‌ه‌راتاسهون روتا ویروس، اشرشیاکولی، انتروتوکسین‌شیک و در زمان ایچ‌دی‌می ها وی‌بی‌کلرا ۱ O لی ۱۳۹ O می باشد.

عوامل خطر همراه با ده‌ه‌راتاسهون شدیدی که احتمال ریزه به مایع درمانی را افزایش می دهد، عبارتند از:

- (۱) سن کمتر از ۶ ماه
- (۲) پره ماچوریتی
- (۳) بیماری مزمن
- (۴) تب مساوی یا بیشتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد در سن کمتر از ۳ ماه بی‌بیشتر از ۳۹ درجه سانتی‌گراد در سن ۳-۳۶ ماهگی
- (۵) اسهال خوری
- (۶) تهوع و استفراغ مداوم
- (۷) حجم ادرار کم
- (۸) چشم های فرو رفته

۹) کاهش سطح هوشیاری
۱۰) استفاده از داروهای ضدمیکروبی و ضد اسهال

انتخاب نوع درمان پیشگیری از کم آبی

درماری را انتخاب کنید که با درجه دهیدراتاسیون چهار مطابقت داشته باشد.

- بدون علائم دهیدراتاسیون - برنامه درماری (الف) در منزل را دنبال کنید تا **جلوی** دهیدراتاسیون طی سوءتغذیه **گرفته** **پیشگیری** شود.
- دهیدراتاسیون نسبی - برنامه درماری (ب) را برای درمان دهیدراتاسیون دنبال کنید.
- دهیدراتاسیون شدید - برنامه درماری (ج) را دنبال کنید تا درمان کم آبی شدید **تزریقی** و فوراً انجام شود.

کم آبی را طبقه بندی کنید.

در کودکان مبتلا به اسهال امکان سه طبقه بندی برای کم آبی وجود دارد: کم آبی شدید ، نسبی (متوسط) و کم آبی ندارد. بر طبق نوع اسهال نیز سه طبقه بندی اسهال حاد کمتر از ۱۴ روز ، اسهال پایدار و اسهال خونی

بقیه چی شده ؟

اسهال و کم آبی را ارزیابی کنید.

سوال کنید آیا کودک اسهال دارد؟

اگر بله:

مدت اسهال ۱۴ روز یا بیشتر است؟
آیا خون در مدفوع وجود دارد؟

مشاهده و بررسی کنید:

- حال عمومی کودک:
- خواب‌آلودگی غیر عادی، اختلال هوشیاری
- بیقراری و تحریک پذیری
- فرو رفتگی چشم‌ها

- به کودک مایعات بدهید:
- عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن
- تشنه است و یا ولع می‌نوشد

- پوست شکم را بین دو انگشت بفشارید:
- خیلی آهسته به حالت طبیعی بر می‌گردد (بیش از ۲ ثانیه)
- آهسته به حالت طبیعی بر می‌گردد.

طبقه بندی کنید

اسهال حاد کمتر از ۱۴ روز (کم آبی)

اسهال پایدار ۱۴ روز یا بیشتر

وجود خون در مدفوع

علامت و نشانه‌ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد: • خواب‌آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری • فرو رفتگی چشم‌ها • عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن • زرد تیشگون پوستی، پوست خیلی آهسته به حال طبیعی برمی‌گردد.	کم آبی شدید (ج)	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد، فوراً او را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او آب‌آب‌س جرمه جرمه به او بخورانید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار نمی‌گیرد، برای درمان کم آبی، غذا و مایعات را طبق برنامه درمانی (ج) (صفحه ۲۲) و توصیه‌های تغذیه‌ای (صفحه ۳۲) بدهید. • اگر سن کودک ۲ سال یا بیشتر است و ویا شروع دارد، آنتی بیوتیک مناسب برای وی بدهید. (صفحه ۲۵)
۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد: • بیقراری و تحریک پذیری • فرو رفتگی چشم‌ها • تشنه است و یا ولع می‌نوشد • در تیشگون پوستی، پوست آهسته به حال طبیعی برمی‌گردد.	کم آبی نسبی (ب)	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد، فوراً او را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او آب‌آب‌س جرمه جرمه به او بخورانید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • برای درمان کم آبی، مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی (ب) بدهید. (صفحه ۲۲) • توصیه‌های تغذیه‌ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
• نشانه‌های کافی برای طبقه بندی کم آبی شدید یا نسبی وجود ندارد.	کم آبی ندارد (الف)	• برای درمان اسهال در منزل، مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی الف (صفحه ۲۱) بدهید. • توصیه‌های تغذیه‌ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
• کم آبی دارد یا • سن کمتر از ۴ ماه یا • سوء تغذیه	اسهال پایدار شدید	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد انتقال در خیر این صورت کودک را فوراً رجاء دهید. • اقدامات درمانی را طبق طبقه بندی کم آبی (صفحه ۲۲ و ۳۱) شروع کنید. • به مادر در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار (صفحه ۳۱) توصیه کنید. • موشی ویتامین و مینرال شامل روی به مدت ۴ روز تجویز کنید. • توصیه‌های تغذیه‌ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.
• خون در مدفوع**	اسهال خونی	• کم آبی را درمان کنید. (صفحه ۲۲) • در صورت شک به آنژیئیناسیون، کودک را فوراً انتقال دهید. • برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. (صفحه ۲۵) • توصیه‌های تغذیه‌ای (صفحه ۳۱)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (صفحه ۹) انجام شود. • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه نماید.

* در موارد اسهال پایدار مقاوم به درمان، جهت بررسی بیشتر از نظر نقص ایمنی (نقص ایمنی اولیه، ایدز و ...) به راهنما مراجعه شود.
** در اغلب موارد، خون واضح در مدفوع همراه با تب، استفراغ و درد شکم می‌باشد.

ارزیابی و طبقه بندی

مقدار کمبود مایع را تخمین بزنید.

کودکان با کم آبی نسبی می‌توانند تا سه روز بدون نیاز به درمان با مایع شوند، اگر وزن کردن ممکن نباشد، سن کودک ممکن است برای تخمین وزن استفاده شود. درمان نباید به دلیلی نداشتن ترازو به تاخیر بيفتد. کمبود مایع کودک می‌تواند به صورت زی تخمین زده شود. برای مثال کودک با وزن ۵ کیلوگرم و علائم ده‌درتاسهون نسبی (متوسط) مقدار کمبود مایع ۵۰۰-۲۵۰ ml دارد.

سای مسائل مهم را تشخیص دهید.

- دیسانتری اگر مدفوع حاوی خون قرمز باشد می‌تواند بگویند خون دئعه است.
- اسهال پایدار: اگر اسهال حداقل ۱۴ روز قبل شروع شده باشد (و هر دوره بدون اسهال، بیشتر از ۲ روز نباشد).
- سوء تغذیه: اگر وزن برای قد می‌باشد، با استفاده از وزن کودک بعد از ده‌درتاسهون، نشان دهنده سوءتغذیه متوسط تا شدید می‌باشد و تحلیل عضلانی وجود داشته باشد می‌تواند کودک را سوس واضح داشته باشد و می‌تواند بازو در کودک کمتر از ۵ سال از ۱۱/۵ سانتیمتر کمتر باشد.

• عفونت های جدی غده گوارش را تشخیص دهی :

برای مثال پنومونی لی سپیسیس، در نواحی با مالاریای فالسپاروم، تب لی تارخچه از تب اخی برای شک درمان مالاریای کافی است. اگر سپیسیس و مننژیت مورد گمان است، کودک بای به بهارستان ارجاع شود.

مایع درمانی در بهاران اسهالی مبتلا به دهیدراتاسیون

ارزیابی	کمبود مقدار مایع به صورت درصد از وزن بدن	کمبود مایع به صورت ml/kg
علائمی از دهیدراتاسیون وجود ندارد	۵	<۵۰
مختصری دهیدراتاسیون	۵-۱۰	۵۰-۱۰۰
دهیدراتاسیون شدید	>۱۰	>۱۰۰

به نکات زیر توجه نمایید؛

۱. لتارژیک بودن با خواب آلوده بودن یکی نیست. کودک لتارژیک تنها خواب آلودگی ساده ندارد. بلکه هوشکوری او کاهش یافته و به خوبی از خواب بیدار نمی شود.
۲. در بعضی از شیرخواران و کودکان چشم ها ممکن است، فرورفته باشد، ضروری است که از مادر پرسیده شود که آلی چشم های کودک طبیعی است یا نسبت به حالت طبیعی گود افتاده تر است.
۳. ریشگون پوست در شیرخواران با ماراسموس یا کواشورکور یا بچه های چاق، کمتر مفعی است. در این موارد بایستی بیشتر به سالی علائم کم آبی توجه شود.

درمان اسهال حاد (بدون خون)

اهداف

اهداف درمان عبارتند از:

- جلوگیری از ایجاد کم آبی، اگر علائم دهیدراتاسیون وجود نداشته باشد؛
 - درمان دهیدراتاسیون، وقتی که دهیدراتاسیون وجود داشته باشد؛
 - جلوگیری از آسیب های تغذیه ای، با تغذیه مناسب، حین و پس از درمان اسهال؛
 - کاهش مدت زمان و شدت اسهال و کاهش حملات بعدی، با دادن مکمل روی و سالی درمان ها؛
- این اهداف با طرح های درمانی زیر محقق می شود:

برنامه درمانی الف (کم آبی ندارد): درمان اسهال در منزل برای جلوگیری از دهیدراتاسیون و سوءتغذیه

کودکی که دو نشانه **زیادتر** از هر کدام از ردیف های قرمز یا زرد را نداشته باشد " کم آبی ندارد " طبقه بندی می شود. کودکان مبتلا به اسهال که بدون داشتن علائمی از کم آبی نزد شما مراجعه می کنند بایستی با برنامه درمانی الف درمان شوند. کودکان دارای کم آبی نسبی یا شدید برای جبران کم آبی رگزار به برنامه درمانی ب یا ج و سپس برنامه درمانی الف دارند. نهایتاً همه کودکان مبتلا به اسهال بایستی تحت برنامه درمانی الف قرار گیرند.

این کودکان رگزار به مایع اضافه و املاح جهت جایگزینی دفع آن ها به دلیل اسهال دارند. مادران بایستی رگزار بگیند، چگونه در منزل با دادن مایعات بیشتر از معمول، از دهیدراتاسیون و با ادامه غذا دادن به کودک، از سوء تغذیه جلوگیری کنند و چرا این اقدامات مهم هستند. مادران بایستی بدانند که چه علائمی نشان می دهد که کودک بایستی به مرکز بهداشتی درمانی برده شود. این اقدامات در سه قانون از درمان الف گنجانده شده است. این سه قانون عبارتند از:

قانون اول :

- ۱- دادن مایعات اضافی (هر قدر که کودک بخواهد)
- ۲- ادامه تغذیه و تجویز مکمل روی روزانه (۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی گرم در سنین بالاتر) به مدت ۱۰-۱۴ روز

۳- چه موقع برگردد. چارت مشاوره با مادر را ببینید.

➤ قانون اول : دادن مایعات اضافی

به کودک مایعات بیشتر از معمول بدهید تا از کم آبی پیشگیری شود.

چه مایعی بدهیم (مایعات مناسب):

اکثر مایعاتی که کودک به طور طبیعی استفاده می کند، می توانند استفاده شوند. اگر مایعات مناسب به دو دسته تقسیم شوند، کمک کننده است.

۱- مایعاتی که به طور طبیعی حاوی نمک هستند، همانند:

- ORS

- نوشیدنی های نمک دار (آب برنج و دوغ با نمک)

- سوپ سبزی لی مرغ با نمک.

۲- مایعاتی که نمک ندارند، همانند:

- آب ساده (معمولی)

- آبی که با آن غله پخته شده باشد (همانند آب برنج بدون نمک)

- سوپ بدون نمک

- دوغ بدون نمک

- چای رقیق (غیر شکرین)

- آب میوه تازه شکرین نشده (غیر تجاری)

توضیحی ندارد؟

مایعات نامناسب

بعضی مایعات، بالقوه خطرناک هستند و نباید در حین اسهال داده شوند. به خصوص مایعات شکرین شده با شکر می توانند باعث اسهال اسموتیک و هیپوناترمی شوند. بعضی از این ها عبارتند از:

- نوشابه های تجاری

- آب میوه های تجاری

- چای شکرین

از دادن بعضی از مایعات که محرک، مدر لی مسهل هستند باید اجتناب شود، شامل:

- قهوه

- بعضی از چای ها لی دم کردی های طبی

چقدر مایع بایع داده شود

هر مقدار مایعی که کودک بخواهد بایع تا زمانی که اسهال متوقف گردد، داده شود. بعد از هر دفعه مدفوع ORS به مقدار 10 cc/kg به ازای هر بار اجابت مزاج آبکی و لی با مقادیری زی بایع تجویز شود:

- کودکان کمتر از ۲ سال ۵۰-۱۰۰: مایعی کمتر (یک چهارم تا نصف یک فنجان بزرگ)
- کودکان ۲-۱۰ سال ۱۰۰-۲۰۰: مایعی کمتر (نصف تا یک فنجان بزرگ)
- کودکان بزرگتر و بالغین: هرچقدر که مایع می خواهند.

➤ قانون دوم: ادامه تغذیه اسهال در واقع همان قدر که سبب از دست دادن الکترولیت

و مایع می شود، مشکلات تغذیه ای رهن ممکن است ایجاد نماید. کودکانی که علیغم درمان خوب دهیدراتاسیون، از اسهال می میزند، معمولاً دچار سوءتغذیه و اغلب نوع شدیدی آن شده اند. در هنگام اسهال، کاهش درغلطت مواد غذایی، کاهش جذب مواد غذایی و افزایش ریزش به مواد غذایی، مجموعاً موجب از دست دادن وزن و عدم رشد می شود. وضعیت تغذیه ای کودک افت می کند و در صورت وجود سوءتغذیه قبلی، وضعیت بدتر می شود.

این سریکل معمولاً به وسیله اقدامات زی می تواند قطع شود:

- ادامه دادن به تغذیه با غذاهای مقوی هنگام اسهال و بعد از آن و افزایش دفعات تغذیه
- غذای کودک نبایع متوقف و نبایع رقیق شود.
- تغذیه کودک با غذاهای مقوی متناسب با سن صورت گیرد.
- تغذیه با شیری مادر بایع ادامه یابد.

بیشتر کودکان مبتلا به اسهال آبکی بعد از این که کم آبی اصلاح شد، اشتهای خود را به دست می

آورند. به همین دلیل دفعات تغذیه کودک مبتلا بایع به دفعات زیاد و حجم کم در هر نوبت باشد.

وقتی غذا داده می شود، مواد مغذی کافی معمولاً جذب می شوند تا رشد مناسب و افزایش وزن کودک تأمین گردد. ادامه تغذیه، باز غلظت عملکرد روده را تسریع می کند که شامل توانایی هضم و جذب مواد غذایی مختلف است. در مقابل، کودکانی که محدودیت تغذیه ای دارند لی غذای رقیق شده درغلطت کرده اند، وزن خود را از دست داده و اسهال آن ها مدت زمان طولاری تری طول می کشد و عملکرد روده آن ها دیتر به دست می آید.

بنابراین، تغذیه مناسب در زمان ابتلا به اسهال و شروع مجدد تغذیه در اولین فرصت ممکن در کودکان مبتلا به شوک ضرورت دارد.

چه غذایی بایع داده شود؟

این مورد به سن کودک، منابع غذایی و الگوی تغذیه ای قبل از بیماری بستگی دارد. عادات فرهنگی

هم مهم هستند. در کل، غذاهایی که برای کودک مبتلا به اسهال مفید است، همان هایی هستند که برای کودکان سالم رهن مورد ریزش می باشند. توصیه های اختصاصی در زی آمده است.

شروع

- شریخواران با هر سری که باشند و از شری مادر تغذی می‌کنند، می‌توانند از شری مادر هر چه بیشتر تغذی کنند. شریخواران اغلب بیشتر از معمول از سرینه مادر تغذی می‌کنند که این کار رنی بای مورد تشویق قرار گیرد.
 - شریخواراری که از شری مادر تغذی نمی‌شوند بای شری معمول آن‌ها، هر سه ساعت یک بار مصرف شود که اگر ممکن باشد با فنجان این عمل صورت گیرد. برای کودکان کمتر از یک سال، انواع شری دام منع مصرف دارد. عدم تحمل به شری که از نظر کلینیکی قابل اهمیت باشد، خیلی نادر است. عدم تحمل به شری فقط از نظر بالینی وقتی مهم است که تغذی با شری باعث افزایش قابل توجه در حجم مدفوع و بازگشت ی‌بدتر شدن علائم ده‌یراتاسیون که اغلب همراه کاهش وزن است، بشود.
 - در شریخواران کمتر از ۶ ماه که همراه شری مادر، سای غذاها را دریافت می‌کنند، بای تغذی با شری مادر افزایش داده شود.
- انجام آزمایش رونی مدفوع از نظر pH ی مواد احلی‌کننده توصیه نمی‌شود. بعضی از تست‌ها بخش از حد حساس هستند و اغلب (حتی زمانی که از نظر کلینیکی اهمیت ندارند) نشان دهنده اختلال جذب لاکتوز هستند.
- در جرطنی درمان اسهال، خیلی مهم است که پاسخ بالینی کودک را پایش کریم (همانند افزایش وزن و بهبودی عمومی).

سای غذاها

اگر کودک حداقل ۶ ماه سن داشته باشد بای غلات، سبزیجات و سای غذاها را به اضافه شری دریافت کند. غذاهای توصیه شده بای از نظر فرهنگی برای خانواده کودک قابل قبول باشد، انرژی کافی داشته و مقادی کافی از رنی مغذی‌ها را داشته باشند. آنها بای به خوبی پخته شده، رنده (له شده) ی چرخ شده باشند تا هضم آنها آسان گردد. غذاهای تخمی شده رنی هضم آساری دارند.

شری بای با غلات مخلوط شود. اگر ممکن باشد ۵-۱۰ ملی رتر از روغن گیاهی به هر وعده غذایی اضافه شود. اگر گوشت، مرغ ی ماهی ی تخم مرغ در دسترس باشد، بای داده شود. غذاهای غری از پتاسیم همانند موز، آب نارگیل و آب میوه تازه رنی مفع هستند.

چقدر غذا و چند دفعه

به کودک هر ۳ تا ۴ ساعت (۶ بار در روز) غذا بدهی. تغذی مکرر با حجم کم بهتر تحمل می‌شود تا تغذی با حجم زیاد و دفعات کمتر. وقتی اسهال متوقف شد، به دادن غذاهایی با همان انرژی بالا ادامه دهی و به کودک برای دو هفته، در روز دو وعده بیشتر از معمول غذا دهی. اگر کودک سوءتغذی داشته باشد، بای تا زمانی که کودک وزن طبعی برای قدش را پیدا کند، به وی غذای اضافی داده شود.

➤ **قانون سوم: تجویز مکمل روی روزانه (۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰**

میلی گرم در سنین بالاتر) به مدت ۱۴-۱۰ روز

مکمل روی ۲۰-۱۰ (میلی گرم) روزانه برای ۱۰ تا ۱۴ روز به کودک بدهید.

دادن مکمل روی (Zn) را مطابق برنامه درمانی الف، زمانی که کودک بعد از دریافت درمان ۴ ساعته اولیه قادر به خوردن می شود، شروع کنید. مقدار توصیه شده روزانه زی ۶ ماه ۱۰mg و بالای ۶ ماه ۲۰ mg می باشد. با تجویز روی در هنگام اسهال، مدت زمان و شدت علائم همانند خطر کم آبی، کاهش پیدا می کند. با ادامه دادن تجویز مکمل روی برای ۱۴-۱۰ روز، روی دفع شده هنگام اسهال به خوبی جایگزینی می شود و خطر حملات آینده اسهال برای ۲-۳ ماه کاهش می یابد. علاوه بر این، تجویز روی سبب کاهش ریزش به مصرف داروهای ضد میکرובی می گردد. روی، نقشی حیاتی در متابولیسم ها، پلری ریموزوم ها، غشای سلولی و عملکرد سلول بازی می کند و در رشد سلول و عملکرد سیستم ایمنی نقش عمده دارد. با توجه به اینکه در حال حاضر در بازار دارویی کشور ما شربت های سولفات روی محتوی ۵ میلی گرم زینک در ۵ میلی لیتر است و برای تجویز ۱۰ یا ۲۰ میلی گرم روی باید ۱۰ تا ۲۰ میلی لیتر از شربت به کودک خوراندن شود و مصرف این حجم از دارو عملاً برای کودک در یک نوبت امکان پذیر نیست و ممکن است منجر به ایجاد ازوفازیت یا گاستریت شود بنابراین می توانید به مادر توصیه کنید این مقدار را در دو یا سه نوبت در روز به کودک بدهد.

➤ قانون چهارم : چه موقع برگردد

کودک در صورت داشتن علائم کم آبی و سایر مشکلات به مرکز درمانی آورده شود.

به مادر بگویید چنانچه کودک علائم زی را داشته باشد، بای او را به مرکز درمانی ببرد:

- کودک شروع به دفع مدفوع آبکی به دفعات زیاد بکند؛
- استفراغ های مکرر داشته باشد؛
- خکلی تشنه شود؛
- خوردن لی آشامیدن خوب نداشته باشد؛
- تب پیدا کند؛
- خون در مدفوع داشته باشد؛
- در عرض ۲ روز بهتر نشود.

برنامه درمانی ب : درمان کم آبی نسبی

اگر کودک هیچ نشانه ای از کم آبی شدید نداشت به ردیف بعدی نگاه کنید. آیا کودک نشانه ای از کم

آبی نسبی دارد؟ اگر کودک دو نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد، دارای کم آبی نسبی است؛

- بیقراری و تحریک پذیری
- فرورفتگی چشمها
- تشنه است و با ولع می نوشد
- پوست آهسته به حال طبیعی برمی گردد

و اگر کودکی یک نشانه از ردیف قرمز و یک نشانه از ردیف زرد را داشت کودک در ردیف زرد با کم آبی نسبی طبقه بندی می شود.

به طور کلی، کودکانی که دارای کم آبی نسبی هستند باید در طی چهار ساعت اول در مرکز بهداشتی تحت مانیتورینگ دقیق قرار گرفته، محلول ORS خوراکی دریافت داشته و نحوه آماده سازی و دادن محلول ORS به مادر آموزش داده شود.

برای درمان کم آبی، مایعات و غذا را طبق برنامه درمانی گروه ب بدهید. اگر کودک در طبقه بندی شدید

دیگری همراه با کم آبی نسبی قرار می گیرد، فوراً او را همراه مادرش انتقال دهید به نزدیکی ترین

بیمارستان ارجاع دهید و به مادر توصیه کنید در بین راه ORS جرعه جرعه آهسته به او بخوراند و تغذیه با

شیرمادر را ادامه دهد. برای درمان کم آبی نسبی به برنامه درمانی ب مراجعه کنید.

در مواردی که رگش به ارجاع فوری وجود ندارد، می توان قبل از ارجاع کودک کم آبی او را جبران نمود.

اگر کودکی که دچار کم آبی نسبی است رگش به درمان برای مشکلات دیگر دارد، شما بایستی ابتدا درمان کم آبی را شروع کنید و سپس درمان های دیگر را انجام دهید.

همان طور که پیش تر آمده است، کودکان با دهیتراتاسیون نسبی بایستی مکمل روی رهن دریافت کنند.

چقدر مایع ORS مورد رگش است؟

از فرمول زیر برای تخمین مقدار مایع ORS مورد رگش برای دهیتراتاسیون استفاده کنید. اگر وزن کودک مشخص باشد، بایستی برای تخمین مقدار مایع مورد رگش، استفاده شود. این مقدار می تواند با ضرب وزن کودک در عدد ۷۵ میلی لیتر به دست آید. اگر وزن کودک مشخص نیست، از مقادیر متناسب با سن کودک استفاده کنید.

مقادیر دقیق از مایع مورد رگش بستگی به وضعیت دهیتراتاسیون کودک دارد. کودکان با علائم مشخص تر کم آبی، بی آنها می که دفع مکرر اسهال آبکی دارند، مایع بیشتری نسبت به آنها می که این علائم را با وضوح کمتری دارند بی اسهال مکرر ندارند، لازم دارند.

اگر کودک مقدار بیشتری از مایع را خواست و علائم پر آبی وجود نداشت، ORS بیشتری به کودک بدهید. ادم و پف پلک ها از علائم درگشت بیش از حد مایع (پر آبی) است. اگر این اتفاق افتاد، تجویز مایع ORS را متوقف کنید، ولی شیر مادر بی آب ساده و غذا به کودک بدهید. دیورتیک ندهید. وقتی ادم بر طرف شد، دادن مایع ORS و بی مایعات خانگی را مجدداً براساس روش درمانی الف از سر بگشاید. در دو حالت زیر ضروری است که مادر محلول اوآر اس را در خانه به کودک بدهد؛

۱- کودک تحت درمان با برنامه درمانی ب بی ج قرار گرفته باشد و هم اکنون کم آبی او جبران شده است.

برای چرک کودکی نوشیدن محلول ORS کمک می کند تا کودک دوباره دچار کم آبی نشود.

۲- در صورت بدتر شدن اسهال کودک، امکان برگشت به مرکز وجود ندارد، برای مثال فاصله منزل تا مرکز رگش است بی مادر شغلی دارد که امکان ترک کردن آن را ندارد.

نحوه درست کردن محلول ORS

نحوه درست کردن ORS را به مادر آموزش دهید. به مادر ۱ بسته پودر ORS برای استفاده در منزل بدهید. از مادر بخواهید نحوه درست کردن ORS را در حالی که شما او را نگاه می‌کنید، انجام دهد.

مراحل درست کردن محلول ORS به شرح زیر است:

- دست‌های خود را با آب و صابون بشویید.
 - مقدار یک لیتر آب سالم را اندازه بگیرید. بهتر است آب را جوشانده و خنک کنید ولی اگر این کار امکان‌پذیر نیست، از سالم‌ترین آب نوشیدنی که در دسترس است استفاده کنید.
 - آب را داخل ظرف تمیزی بریزید. از هر ظرفی که در دسترس است مانند کاسه، بطری یا پارچ استفاده کنید.
 - تمام پودر را داخل ظرف آب بریزید. محلول را به خوبی به هم بزنید تا پودر داخل آب کاملاً حل شود.
 - محلول را بچشید، به طوری که مزه آن را بفهمید.
 - بهتر است محلول ORS در یخچال نگهداری شود و به صورت خنک شده به کودک داده شود.
- برای مادر شرح دهید که او بایستی روزانه محلول تازه ORS را در ظرف تمیزی تهیه و در ظرف را بپوشاند و محلول باقی‌مانده از روز قبل را دور بریزد.

نحوه دادن محلول ORS را به مادر نشان دهید

در داخل مرکز، محل راحت و مناسبی برای نشستن مادر و کودک پیدا کنید. به مادر بگویید که در عرض ۴ ساعت آینده چقدر محلول باید به کودکش بدهد. محلول باید توسط یک قاشق و یا فنجان تمیز به شیرخواران و یا کودکان داده شود. از شیشه شیر نباید استفاده گردد. برای نوزادان از قطره چکان و یا سرنگ (بدون سر سوزن) برای ریختن مقدار کم محلول در دهان می‌توان استفاده کرد. به کودکان کمتر از ۲ سال هر ۲-۱ دقیقه یک قاشق مرباخوری از محلول باید داده شود؛ کودکان بزرگتر (و بزرگسالان) می‌توانند به صورت مکرر جرعه‌هایی از فنجان بنوشند. گاهی اوقات در جرطن مایع درمانی خوراکی، استفراغ روی می‌دهد. استفراغ اغلب در طی یک یا دو ساعت بعد از درمان، به خصوص زمانی که کودکان محلول را بسیار سریع می‌نوشند، روی می‌دهد اما این رویداد بسیار به ندرت باعث عدم موفقیت درمان کم‌آبی خوراکی می‌گردد چرا که بیشتر مایع جذب شده است. اگر کودک استفراغ کرد، ۱۰-۵ دقیقه صبر کنید و سپس دادن ORS را مجدداً شروع کنید اما این بار آهسته‌تر (به عنوان مثال: یک قاشق مرباخوری در هر ۲-۳ دقیقه).

ارزیابی پیشرفت درمان خوراکی کم‌آبی

کودک را در فواصل زمانی درمان خوراکی کم‌آبی کنترل کنید تا مطمئن شوید محلول ORS به صورت راضی‌کننده‌ای دریافت شده است و علائم کم‌آبی کودک تشدید نگردیده است. در هر زمان که

کودک علائم کم آبی شدید را پیدا کرد، به برنامه درمانی ج[□] تغییر جهت دهید. کودک را به صورت کامل بعد از ۴ ساعت مجدداً ارزیابی کنید .

نحوه محاسبه مقدار ORS مورد نیاز بر حسب وزن کودک[□]

۷۵ × وزن بیمار (kg) = مقدار تقریبی ORS مورد نیاز به سری سری

مقدار تقریبی محلول ORS مورد نیاز در ۴ ساعت اول (راهنمای درمان کودکان با دهیدراتاسیون نسبی)[□]
با جدول داخل بوکلت پزشک صفحه ۲۲ فرق دارد

سن	کمتر از ۴ ماه	۴-۱۲ ماه	۱۲-۲۴ ماه	۵-۲ سال	۴-۵ سال	۱۵ سال یا بزرگتر
وزن تخمینی	کمتر از ۶ کیلوگرم	۵-۷/۹ کیلوگرم	۸-۱۰/۹ کیلوگرم	۱۱-۱۵/۹ کیلوگرم	۱۶-۲۹/۹ کیلوگرم	۳۰ کیلوگرم یا بیشتر
مقدار به میلی لیتر	۲۰۰-۴۰۰	۴۰۰-۶۰۰	۶۰۰-۸۰۰	۸۰۰-۱۲۰۰	۱۲۰۰-۲۲۰۰	۲۲۰۰-۴۰۰۰

توجه: اگر کودک از خوردن محلول ORS امتناع می کند و طی به نظر می رسد که حالش بدتر شده است قبل از ۴ ساعت او را ارزیابی کنید . سپس در مورد این که درمان بعدی چگونه باید باشد تصمیمگیری کنید:

- اگر کودک همچنان نشانه هایی به نفع کم آبی نسبی دارد برنامه درمان جبران کم آبی خوراکی را مطابق برنامه درمانی ب ادامه دهید . به طور هم زمان، دادن غذا، شیر و یا سایر مایعات را شروع کنید . (همچنان که در برنامه درمانی الف بیان شد) به ارزیابی مکرر کودک ادامه دهید.
- اگر هیچ علامتی از کم آبی وجود ندارد، کودک باید به عنوان کودک کاملاً درمان شده (Fully rehydrated) در نظر گرفته شود.

زمانی که درمان کم آبی کامل شد:

- بازگشت ارتجاعی پوست (تورگور پوستی)، نرمال خواهد بود.
- تشنگی برطرف شده است.
- دفع ادرار انجام شده است.
- کودک آرام می شود، دیگر بیقرار نخواهد بود و اغلب به خواب می رود.

□. اگر علائم کم آبی شدید بروز کرده است، درمان وریدی IV باید بر طبق برنامه ج شروع گردد (البته این بسیار نامعمول است). این مورد تنها در کودکانی که محلول ORS را خوب نمی نوشند و در طی زمان درمان خوراکی، مدفوع آبکی حجیمی دفع می کنند روی می دهد.
□. مقدار تقریبی ORS مورد نیاز را به میلی لیتر می توان از حاصل ضرب وزن بیمار در عدد ۷۵ به دست آورد (وزن به کیلوگرم).
□. توجه : تنها زمانی از این روش استفاده نماید که وزن بیمار را نمی دانید.

در این صورت، به مادر بر طبق برنامه الف، در مورد درمان با محلول ORS و غذا در منزل آموزش دهید. به اندازه مصرف دو روز بسته‌های ORS را به مادر بدهید. همچنین به مادر در مورد علائمی که نشان دهنده نیاز به مراجعه مجدد کودک به پزشک می باشد آموزش دهید.

تامین نیازهای طبیعی مایعات

- در حالی که درمان برای جایگزینی کمبود آب و الکترولیت در جریان است، نیاز مایع روزانه طبیعی کودک نیز باید تأمین گردد. این مورد می تواند به این صورت انجام گیرد:
- **در کودکانی که با شیر مادر تغذیه می شوند:** تغذیه با شیر مادر هر زمان و به هر مقدار که مورد تمایل کودک است حتی در زمان انجام درمان خوراکی کم آبی، ادامه می یابد.
 - **کودکان کمتر از ۶ ماه که با شیر مادر تغذیه نمی شوند:** در صورت استفاده از ORS سازمان جهانی بهداشت با فرمول قدیمی که حاوی 90 mmol/L از سدیم می باشد، طی این مدت ۲۰۰-۱۰۰ میلی لیتر از آب تمین به وی داده شود در صورتی که از محلول ORS هیپو اسمولار یا اسمولاریته کاهش یافته (پایین) که حاوی 75 mmol/L از سدیم می باشد، استفاده شود این کار ضروری نمی باشد. تغذیه با شیر با غلظت کامل یا شیر مصنوعی ادامه یابد. آب و سایر مایعات که مورد مصرف معمول کودک می باشد به وی داده شود.
 - **کودکان بزرگ تر،** در طول مدت درمان کم آبی و مایعات نگهدارنده، هر مقدار از آب ساده را که مورد تمایل آن ها است علاوه بر ORS می توانند دریافت نمایند.

اگر مجبور به قطع درمان خوراکی کم آبی در مرکز هستیم:

- اگر مادر و کودک قبل از تکمیل درمان خوراکی کم آبی مجبور به ترک مرکز هستند:
- مقدار محلول ORS مورد نیاز برای تکمیل دوره درمان چهار ساعته در منزل را به مادر بیمار نشان دهید.
 - تعداد بسته‌های ORS مورد نیاز برای تکمیل دوره درمان چهار ساعته در منزل را به مادر بیمار نشان دهید.
 - تعداد بسته‌های ORS کافی جهت تکمیل دوره درمان چهار ساعته و ادامه آن برای ۲ روز یا بیشتر را همچنان که در برنامه درمانی الف وجود دارد، به مادر بدهید.
 - به مادر نحوه تهیه محلول ORS را آموزش دهید.
 - به مادر ۴ قانون موجود در برنامه درمانی الف را جهت درمان کودک در منزل آموزش دهید؛

قانون اول: دادن مایعات اضافی

قانون دوم: ادامه تغذی

قانون سوم: تجویز مکمل روی روزانه (۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی گرم در سنین بالاتر) به مدت ۱۴-۱۰ روز

قانون چهارم: مراجعه مجدد

زمانی که درمان خوراکی کمآبی با شکست مواجه شود:

با مصرف ORS با فرمول قدیمی، تقریباً در ۵٪ کودکان علائم کم آبی در طی درمان خوراکی ادامه خواهد یافت و یا مجدداً ظاهر خواهد شد. با فرمولاسیون جدید که دارای اسمولاریته کاهش یافته (هیپو اسمولار) می باشد، تخمین زده میشود که این شکست درمان تا حد ۳٪ و یا کمتر کاهش خواهد یافت.

علل معمول این شکستهای درمانی شامل:

- ادامه دفع سریع مدفوع (بیشتر از ۲۰-۱۵ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت) همچنان که در بعضی از کودکان دچار وبا، روی می دهد.
- دریافت ناکافی محلول ORS به علت خستگی و یا بی حالی (لتارژی) کودک
- استفراغ مکرر و شدید

به این گونه کودکان باید محلول ORS توسط لوله بینی - معدی و یا محلول رینگر لاکتات به صورت داخل وریدی (۷۵ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در طی ۴ ساعت) در بیمارستان تجویز گردد. بعد از اطمینان از این که علائم دهیدراتاسیون بهبودی دارد از سرگرفتن مایع درمانی خوراکی (ORT) معمولاً با موفقیت همراه است. (لوله ان جی و بعد داخل وریدی؟ ترتیب صحیح نیست)

در درمان استفراغ های مکرر و شدید می توانید یک یا دو دوز اندانسترون به شکل خوراکی برای قطع استفراغ تجویز کنید.

مواردی که نبایع از درمان خوراکی (ORT) استفاده کرد:

- به ندرت، در کودکان مبتلا به اسهال از درمان خوراکی (ORT) نباید استفاده شود. این مورد در کودکانی با مشخصات ذیل صادق است:
- پر هوایی شکمی همراه با ایلئوس فلجی که ممکن است ناشی از مصرف مخدرها (مانند کدئین، لوپراماید) و طی هیپوکالمی طی عفونت روده ای باشد.
 - سوءجذب گلوکز، که با افزایش واضح در مقدار مدفوع، زمانی که محلول ORS داده می شود، عدم بهبودی در علائم کم آبی کودک و مقادیر فراوان قند در مدفوع متعاقب دادن محلول ORS، مشخص می گردد. در این حالت مایع درمانی وریدی تا قطع اسهال ادامه می یابد و درمان از طریق لوله معده نبایع استفاده شود.
 - شوک
 - تهوع شدید
 - حجم مدفوع بیشتر از ۱۰ ml/kg/hr

خوردن غذا

به غیر از شیر مادر، سایر غذاها را نباید در مدت زمان ۴ ساعت اولیه به بیمار داد. به هر حال، به کودکانی که مطابق برنامه ب برای مدتی طولانی تر از ۴ ساعت تحت ORT قرار می گیرند، مقداری غذا هر ۳-۴ ساعت مطابق برنامه درمانی الف داده می شود. به همه کودکان بالای ۶ ماه دچار اسهال، قبل از ترک مرکز بایع مقداری غذا داده شود. این کار، اهمیت ادامه تغذیه را در طول مدت درمان به مادر گوشزد خواهد کرد.

برنامه درمانی ج: کم آبی شدید

اگر دو نشانه از نشانه های زیر وجود داشته باشد، تشخیص کم آبی شدید مطرح می شود:

- خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری
- فرو رفتگی چشم ها
- عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن
- پوست خیلی آهسته به حال طبیعی بر می گردد (بیش از ۲ ثانیه)

درمان ارجح برای کودکان با کم آبی شدید جایگزینی سریع با استفاده از محلول داخل وریدی مطابق برنامه درمانی ج همراه با مایع تزریقی مداوم می باشد. در صورت امکان، کودک باید در بیمارستان بستری گردد. برای کودکانی که حتی به میزان کم قادر به نوشیدن هستند، باید تا زمانی که جریان مایع وریدی برقرار گردد، محلول خوراکی تجویز شود. به علاوه باید برای تمام کودکان، زمانی که بدون مشکل، قادر به نوشیدن می شوند، که معمولاً بین ۳-۴ ساعت برای شیرخواران و ۱-۲ ساعت برای بیماران بزرگتر خواهد بود، محلول ORS خوراکی آغاز گردد. این کار منبع کمکی جهت تأمین پتاسیم که ممکن است به صورت ناکافی از طریق مایع وریدی دریافت شوند، خواهد بود. برنامه ج چگونه تجویز می شود؟

کودکان و شیرخواران کمتر از ۲ ماه در صورت کم آبی شدید نیاز به جایگزینی سریع آب و املاح دارند. برنامه ج نیاز سریع به مایعات وریدی یا از راه لوله معده (NGT) دارد. برنامه ج را در بوکلت چارت ملاحظه نمایید. چارت گام به گامی که مناسبترین جایگاه درمان کودک شدیداً کم آب را نشان می دهد، وجود دارد.

■ درمان کودک شدیداً کم آب به موارد ذیل بستگی دارد:

- 0 نوع تجهیزات موجود در مرکز بهداشتی درمانی شما یا درمانگاه یا بیمارستان نزدیک
- 0 آموزش قبلی
- 0 توانایی نوشیدن مایعات توسط کودک

مناسب‌ترین محل تجویز برنامه درمانی ج در موقعیت شما کدام است؟
مهم آن است که بر مبنای تجهیزات موجود و آموزش خود تصمیم بگیرید. اگر نمی‌توانید مایع وریدی یا از راه
NGT

بدهید و کودک قادر به نوشیدن نیست، او را فوراً به نزدیک‌ترین بیمارستانی که می‌توانند از راه وریدی یا
NGT درمان کنند انتقال دهید. در مسیر انتقال به بیمارستان بگویید مادر ORS را جرعه جرعه به کودک
بیمارش بدهد.

راهنمای درمان وریدی برای کودکان با کم آبی شدید

- مایع داخل وریدی را بلافاصله شروع کنید. اگر بیمار قادر به نوشیدن است تا زمان برقراری مایع
وریدی، ORS را از راه دهان تجویز کنید. ۱۰۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن از محلول
رینگرلاکتات را به صورت جداگانه طبق جدول صفحه ۲۲ بوکلت پزشک دستور ذیل تجویز نمایید.
- بیمار را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید. اگر وضعیت کم آبی بهبودی نداشت، مایع وریدی را با
سرعت بیشتری تجویز نمایید.
 - بعد از ۶ ساعت (در شیرخواران **زی یک سال**) و یا سه ساعت (در کودکان بزرگتر) بیمار را با استفاده
از جدول طبقه‌بندی کم آبی، مجدداً بررسی نمایید. سپس درمان مناسب مطابق با برنامه الف، ب و یا ج
را انتخاب نمایید.
 - در صورتی که محلول رینگرلاکتات در دسترس نبود از محلول نرمال سالین استفاده نمایید.
 - در صورتی که نبض رادیال همچنان خیلی ضعیف باشد و یا لمس نشود، یک بار دیگر تجویز رینگرلاکتات
ابتدایی ۱۰۰ (میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) را تکرار نمایید.

بررسی پیشرفت مایع درمانی وریدی

بیماران باید هر ۱۵ تا ۳۰ دقیقه، تا زمانی که نبض رادیال قوی حس شود، مورد بررسی مجدد قرار
گیرند. از آن پس، هر ساعت از نظر بهبود علائم کم آبی مورد بررسی قرار گیرند. در صورتی که این بهبودی
وجود نداشت سرعت مایع درمانی باید افزایش یابد.

پس از این که مقدار مایع وریدی طبق برنامه تجویز شد (بعد از سه ساعت در بیماران بزرگ تر و بعد از
شش ساعت در شیرخواران)، وضعیت مایع درمانی کودک باید همچنان که در جدول ۷-۳-۲ نشان داده شده
است، مورد ارزیابی کامل قرار گیرد. چرا صحبتی از ردیف دوم جدول ص ۲۲ نیست

تمام علائم کم آبی را ببینید و با لمس، تورگور پوستی را ارزیابی کنید:

- اگر علائم کم آبی شدید هم چنان وجود دارد، درمان مایع درمانی وریدی را همچنان که در برنامه درمانی
ج بیان شد تکرار نمایید. البته این مورد بسیار غیرمعمول است، مگر در کودکانی که حجم زیادی از
مدفوع آبکی را متناوباً طی درمان دفع نمایند.
- اگر کودک در حال بهبودی است (توانایی نوشیدن را دارد) ولی همچنان شواهدی از کم آبی نسبی را
دارد، درمان وریدی را قطع کرده و مطابق برنامه درمانی ب به مدت ۴ ساعت محلول ORS خوراکی را به
بیمار تجویز نمایید.

- در صورتی که علامتی از کم آبی وجود نداشت مطابق برنامه درمانی الف عمل کنید. در صورت امکان قبل از ترخیص، حداقل به مدت ۶ ساعت هنگامی که مادر محلول ORS را به کودک می دهد، بیمار را تحت نظر بگیرید تا از توانایی مادر در حفظ وضعیت کودک اطمینان حاصل کنید. به خاطر داشته باشید که کودک تا زمان قطع اسهال نیاز به درمان با محلول ORS دارد.

در صورتی که کودک قادر به باقی ماندن در مرکز درمانی نمی باشد، روش دادن محلول ORS در منزل را به مادر مطابق برنامه درمانی الف آموزش دهید. تعداد بستههای ORS کافی برای حداقل ۲ روز را به مادر بدهید و علائمی را که به معنی نیاز به مراجعه مجدد کودک می باشد به مادر آموزش دهید.

در صورتی که درمان داخل وریدی در دسترس نبود چه کنیم؟

در صورتی که درمان داخل وریدی در مرکز شما وجود ندارد ولی در مرکزی نزدیک (مثلاً در فاصله ای زمانی حدود ۳۰ دقیقه) قابل انجام است، کودک را بلافاصله جهت درمان وریدی اعزام کنید. اگر کودک قادر به نوشیدن است، مقداری محلول ORS به مادر داده و وی را در مورد نحوه دادن آن به کودک طی مدت انتقال، راهنمایی کنید.

در صورتی که امکان درمان وریدی در مرکزی نزدیک وجود ندارد، تجویز محلول ORS از طریق لوله بینی-معدی توصیه می شود که این تجویز باید با سرعت ۲۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت و طی ۶ ساعت صورت گیرد (حداکثر به میزان ۱۲۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) در صورت اتساع شکم، باید محلول ORS با سرعت کمتر تجویز گردد تا زمانی که پرهوایی شکم کمتر شود. اگر درمان از طریق لوله بینی - معدی امکانپذیر نیست اما کودک قادر به نوشیدن است، محلول ORS باید از طریق دهان و با سرعت ۲۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در ساعت به مدت ۶ ساعت تجویز گردد (حداکثر به میزان ۱۲۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) اگر سرعت تجویز بسیار زیاد باشد، کودک مکرراً استفراغ خواهد کرد. در این صورت، محلول ORS را آرام تر تا زمان برطرف شدن استفراغ تجویز نمایید.

کودکانی که از طریق لوله بینی - معدی و یا دهانی، درمان می شوند، باید حداقل هر یک ساعت مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند. اگر علائم کم آبی بعد از سه ساعت بهبودی نداشت، کودک باید بلافاصله به نزدیک ترین مرکزی که در آن درمان وریدی امکانپذیر باشد، انتقال یابد. در غیر این صورت، اگر پیشرفت درمان کم آبی قابل قبول است کودک باید بعد از ۶ ساعت مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و تصمیم در مورد درمان بعدی همان طور که در مورد درمان وریدی ذکر شد، اتخاذ گردد. اگر درمان از طریق لوله بینی - معدی و یا دهانی، هیچ کدام امکانپذیر نبود، کودک باید بلافاصله به نزدیک ترین مرکزی که امکان درمان وریدی را دارد، انتقال یابد.

اختلالات الکترولیتی

دانستن سطح سرمی الکترولیتها به ندرت در درمان کودکان مبتلا به اسهال تغییری ایجاد می نماید. در حقیقت، این مقادیر اغلب همراه کننده هستند و باعث هدایت به سمت درمان نامناسب خواهند شد. معمولاً سنجش الکترولیت های سرمی کمکی نخواهد کرد. اختلالاتی که در ذیل شرح داده می شوند همگی توسط درمان خوراکی با محلول ORS به صورت کافی درمان خواهند شد.

هیپرناترمی

بعضی از کودکان مبتلا به اسهال به خصوص اگر به آن ها نوشیدنیهای هیپرتونیک حاوی قند زیاد به عنوان مثال نوشابهها، آب میوه های تجاری، شیر خشک بسیار غلیظ شده و یا نمک داده شود، دچار کم آبی هیپرناترمی خواهند شد. این نوشیدنی ها باعث خروج آب از بافت ها و خون کودک به داخل روده ها و در نتیجه افزایش غلظت سدیم در مایع خارج سلولی خواهد شد. اگر مواد محلول داخل نوشیدنی به صورت کامل جذب نشود، باعث ماندن آب در داخل روده و در نتیجه اسهال اسموتیک خواهد شد. کودکان مبتلا به کم آبی هیپرناترمی (سدیم سرمی بیشتر از 150 mmol/L) عطش زیادی به آب نسبت به علائم کم آبی خود دارند. جدیدترین مشکل این کودکان تشنج است که معمولاً زمانی روی می دهد که غلظت سدیم از 165 mmol/L فراتر رود. احتمال بروز این مشکل به خصوص زمانی بیشتر است که درمان وریدی سبب کاهش سریع سدیم سرمی گردد. احتمال ایجاد تشنج زمانی که هایپرناترمی با محلول ORS درمان شود، بسیار کم تر خواهد بود و معمولاً غلظت سدیم در طی ۲۴ ساعت طبیعی خواهد شد.

هیپوناترمی

کودکان مبتلا به اسهال که به صورت عمده آب و یا مایعات آبکی با محتوای نمک پایین می نوشند ممکن است دچار هیپوناترمی (سدیم سرمی کمتر از 130 mmol/L) گردند. هیپوناترمی مخصوصاً در کودکان مبتلا به شیگلوزیس و در کودکان دچار سوء تغذیه شدید همراه ادم، شایع است. هیپوناترمی شدید می تواند با لتارژی و بیحالی و به صورت کمتر شایع، با تشنج همراه باشد. محلول ORS، درمانی ایمن و موثر برای تقریباً تمامی کودکان مبتلا به هیپوناترمی می باشد.

هیپوکالمی

تأمین ناکافی پتاسیم از دست رفته طی اسهال، به خصوص در کودکان دچار سوء تغذیه، می تواند منجر به ایجاد کمبود پتاسیم طی هیپوکالمی گردد (پتاسیم سرمی کمتر از 3 mmol/L) این حالت میتواند منجر به ضعف عضلانی، ایلئوس فلجی، اختلال عملکرد کلیه و آریتمی قلبی شود. هیپوکالمی زمانی که بیکربنات و یا لاکتات بدون تجویز همزمان پتاسیم، جهت درمان اسیدوز تجویز می شود، تشدید خواهد شد. با دادن محلول ORS جهت درمان کم آبی و مصرف غذاهای سرشار از پتاسیم در حین و بعد از اسهال، می توان از بروز هیپوکالمی جلوگیری کرد و کمبود آن را نیز جبران نمود.

برنامه درمانی ج - درمان کم آبی شدید

آیا میتوانید بیدرنگ مایعات وریدی تزریق کنید؟

بلی ←

خیر

- بیدرنگ مایعات وریدی را تزریق کنید. اگر بیمار قادر به نوشیدن است در حین استفاده از مایعات وریدی به او از راه دهان او.آراس بدهید. 100 ml/kg محلول رینگر لاکتات (یا اگر قابل دسترسی نیست، نرمال سالین) طبق جدول زیر تزریق کنید.

سن	اول 30 ml/kg در	سپس 70 ml/kg در
شیرخوار کمتر از ۱۲ ماه	۱ ساعت *	۵ ساعت
کودکان بیش از ۱۲ ماه	۳۰ دقیقه	۲/۵ ساعت

- اگر نبض مچ دست بیمار، هنوز خیلی ضعیف یا غیر قابل لمس باشد یک بار دیگر امتحان کنید.
- بیمار را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید. اگر وضع آب بدن کودک بهتر نشده است سرعت تزریق وریدی را افزایش دهید.
- به محض این که بیمار بتواند بنوشد به او محلول او.آراس (حدود 5 ml/kg در ساعت) هم بدهید: معمولاً بعد از ۳-۴ ساعت (شیرخواران) یا ۲-۱ ساعت (کودکان بزرگتر)
- بعد از ۶ ساعت (شیرخواران) یا ۳-۴ ساعت (کودکان بزرگتر) با استفاده از طبقه بندی کم آبی، کودک را دوباره ارزیابی کنید. سپس برای ادامه درمان برنامه مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید.

آیا درمان وریدی (ظرف ۳۰ دقیقه) قابل دسترسی است؟

بلی ←

خیر

آیا میتوانید برای درمان کم آبی از لوله معده (N.G.T) استفاده کنید.

خیر

آیا کودک قادر به نوشیدن است؟

خیر

فوراً بیمار را برای درمان از راه ورید یا لوله معده رجاء انتقال دهید. همخوانی با چارت ندارد؟

- بیمار را بی درنگ برای درمان وریدی ارجاع دهید.
- اگر بیمار قادر به نوشیدن است به مادر نشان دهید چگونه در راه محلول او.آراس را به کودک بدهد.

- درمان کم آبی را با دادن او.آراس از طریق لوله معده (با دهان) شروع کنید. در هر ساعت ۲۰ میلی لیتر محلول او.آراس به ازای هر کیلوگرم وزن بدن برای مدت ۶ ساعت بدهید. (مجموعاً ۱۲۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن)
- کودک را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید.
- اگر کودک استفراغ مکرر داشته باشد یا نفخ شکم زیاده شود، مایعات را آهسته تر (با سرعت کمتری) به او بدهید.
- اگر کم آبی بعد از ۳ ساعت بهتر نشد بیمار را برای تزریق وریدی رجاء انتقال دهید.
- بعد از ۶ ساعت مجدداً بیمار را ارزیابی کرده و برنامه درمانی مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید. بلی این قسمت حذف شده و فلش

توجه: در صورت امکان حداقل ۶ ساعت پس از جبران کم آبی، بیمار را تحت نظر داشته باشید تا مطمئن شوید که مادر می تواند با دادن محلول او.آراس از طریق دهان، کم آبی را جبران کند.



درمان مورد مشکوک به وبا (Cholera)

وبا از سه جهت با سایر علل ایجادکننده اسهال حاد تفاوت دارد:

- به صورت اپیدمی های بزرگی که هم کودکان و هم بالغین را درگیر می نماید، روی می دهد.
- امکان روی دادن اسهال بسیار حجیم آبکی وجود دارد، که میتواند به سرعت باعث کم آبی شدید همراه شوک هیپوولمیک گردد.
- در موارد کم آبی شدید، مصرف صحیح آنتی بیوتیک ها ممکن است باعث کوتاه شدن دوره بیماری گردد.

چه زمانی باید به وبا شک کرد؟

زمانی باید به وبا شک کرد که کودکی بزرگتر از ۲ سال و یا یک فرد بالغ در اثر یک اسهال حاد آبکی (معمولاً همراه با استفراغ) دچار کم آبی شدید گردد و یا در هر بیمار بزرگ تر از ۲ سال با اسهال حاد آبکی که همزمان در آن منطقه، وبا نیز روی داده است. کودکان کم سن تر هم دچار وبا می شوند، اما ممکن است افتراق آن از سایر علت های اسهال حاد آبکی مخصوصاً روتاویروس دشوار باشد. مهم تری مشخصه وبا، پیدایش اسهال حاد آبکی، بدون رنگ، شدی، با کمی بوی ماهی همراه با تکه های مخاطی در مدفوع (اسهال شمع به آب برنج) بدون تب و بدون درد شکمی است.

چه زمانی باید به وبا شک کرد؟

زمانی باید به وبا شک کرد که کودکی بزرگتر از ۵ سال و یا یک فرد بالغ در اثر یک اسهال حاد آبکی (معمولاً همراه با استفراغ) دچار کم آبی شدید گردد و یا در هر بیمار بزرگ تر از ۲ سال با اسهال حاد آبکی که همزمان در آن منطقه وبا نیز روی داده است. کودکان کم سن تر هم دچار وبا می شوند، اما ممکن است افتراق آن از سایر علت های اسهال حاد آبکی مخصوصاً روتاویروس دشوار باشد. مهم ترین مشخصه وبا، پیدایش اسهال حاد آبکی، بدون رنگ، شدید، با کمی بوی ماهی همراه با تکه های مخاطی در مدفوع (اسهال شبیه به آب برنج) بدون تب و بدون درد شکمی است.

درمان کم آبی در وبا

درمان ابتدایی کم آبی ناشی از کلرا مطابق با راهنمای ارائه شده برای بیماران با کم آبی نسبی و یا شدید می باشد. برای بیماران با کم آبی شدید و شوک، مایع داخل وریدی ابتدایی باید بسیار سریع جهت حفظ حجم داخل عروقی کافی تجویز گردد که با فشار خون نرمال و نبض رادیال قوی، مشخص خواهد شد. در صورت دسترسی و موجود بودن ORS با پایه برنج (Rice-based ORS) در درمان بیماران مبتلا به وبا به ORS استاندارد، ارجحیت دارد و هر جا که تهیه آن امکان پذی باشد، می توان در درمان بیماران از آن استفاده کرد. در بسیاری از کشورها R-ORS به صورت بسته های حاوی برنج نیم پخته به شکل پودر وجود دارد. به صورت جایگزین میتوان پودر برنج نیم پخته را به آب اضافه کرد. به مدت ۵ دقیقه جوشاند و پس از سرد شدن مقادیر املاح مشابه ORS را به آن اضافه کرد. به هر حال، جهت کودکان با اسهال غیروبایی، این ترکیب مزیتی ندارد.

در بیمار مبتلا به وبا، بعد از درمان کم آبی به ندرت نیاز به حجم زیادی از ORS جهت جایگزینی مدفوع آبکی دفع شده خواهد بود. حجم اسهال دفع شده در طی ۲۴ ساعت اول بیماری، به خصوص در بیماری که با علائم کم آبی شدید تظاهر می کند، بیشترین مقدار را خواهد داشت. در طی این دوره مقدار متوسط مایع مورد نیاز برای این گونه بیماران ۲۰۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن می باشد هرچند که بعضی از آن ها نیاز به ۳۵۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن و بیشتر خواهند داشت. بیمارانی که حجم مدفوع آن ها در این محدوده ی بیشتر قرار دارد، معمولاً نیاز به درمان نگهدارنده داخل وریدی با استفاده از محلول رینگرلاکتات به همراه کلرید پتاسیم خواهند داشت. پتاسیم اضافی را می توان به محض این که بیمار توانایی نوشیدن پیدا کرد، توسط محلول ORS تأمین نمود.

بعد از جبران کم آبی، بیمار باید هر ۱-۵/۰ ساعت از نظر علائم دهیدراتاسیون (کم آبی) مورد بررسی قرار گیرد (چرا هیچ کجای بوکلت ص ۲۲ نیم تا یک ساعت ذکر نشده؟ دائماً گفته شده ۱ تا ۲ ساعت)، به خصوص اگر همچنان دفع اسهال قابل توجهی دارد. اگر علائم کم آبی مجدداً بروز کرد محلول ORS باید با سرعت بیشتری تجویز گردد. اگر استفراغ مکرر بروز نمود و یا پرهوایی شکمی پیدا شد، باید تجویز محلول ORS متوقف شود و جبران کم آبی به صورت درمان وریدی با محلول رینگرلاکتات ۵۰ (میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن طی ۳ ساعت) همراه با کلرید پتاسیم اضافه (پس از ادرار کردن چهار و اطمینان از دفع کلهوی مناسب) انجام گیرد.

بعد از این، معمولاً شروع مجدد درمان با محلول ORS امکانپذیر خواهد بود. در صورت امکان، بیماران مشکوک به وبا باید تا زمان قطع اسهال، تحت نظر مستقیم، درمان شوند؛ مگر این که اسهالی با حجم کم و غیرمکرر داشته باشند. این موضوع به خصوص در بیماران مبتلا به کم آبی شدید اهمیت دارد.

درمان ضد میکروبی کلرا

تمام موارد بیماری مشکوک به وبا همراه با کم آبی شدید، باید درمان ضد میکروبی خوراکی را که بر روی گونه های ویبریوکلرای آن منطقه مؤثر است، دریافت نمایند. این اقدام باعث کاهش حجم کلی اسهال دفع شده، توقف اسهال در طی ۴۸ ساعت و کوتاه شدن دوره دفع ویبریوکلرا از مدفوع خواهد شد. اولین دوز دارو باید به محض قطع استفراغ که معمولاً در طی ۶-۴ ساعت بعد از شروع درمان کم آبی خواهد بود، تجویز گردد.

آنتی بیوتیک های توصیه شده برای درمان وبا در امان طبق دستورالعمل مبارزه با بیماری های واگیر، اریترومایسین ۱۰ mg/kg/dose، چهار بار در روز به مدت سه روز و لی آمپی سیلین ۱۲/۵ mg/kg/dose، چهار بار در روز برای سه روز می باشد. درمان وبا طبق دستورالعمل کشوری وبا می باشد.

اسهال خونی حاد (دیسانتري (Dysentery)

دیسانتري به معری دفع دردناک و مکرر مدفوع همراه با خون می باشد. در بررسی خون در مدفوع به تفاوت آن با دفع خونی همراه با درد شدید شکمی که از علائم انواژیناسیون است توجه کنید .

درمان ابتدایی و پیگیری

درمان سرپایی اسهال خونی در کودکان در چارت مربوط به درمان خلاصه شده است. بسیاری از موارد دیسانتري به علت شیگلا بوده و تقریباً تمامی موارد دیسانتري در صورت وجود تب، نیاز به درمان آنتی بیوتیک دارند. با مشاهده اسهال به همراه خون، می توان کودک را در طبقه بندی اسهال خونی قرار داد. ممکن است علائم دیگری نظیر درد شکمی، تب، تشنج، خواب آلودگی، دهیدراتاسیون یا پرولاپس رکتال نیز در معاینه مشاهده شود.

تمام بیماران مبتلا به اسهال خونی باید تحت بررسی قرار گیرند، بدین منظور کودک را از نظر تب و علائم کم آبی ارزیابی و سپس در صورت وجود کم آبی بر اساس برنامه درمانی الف، ب یا ج، کم آبی او را درمان کنید. هر کودکی که اسهال خونی در زمینه سوءتغذیه شدید دارد باید بلافاصله به بیمارستان ارجاع شود. همچنین در بیمار مبتلا به اسهال خونی به احتمال بروز سندرم HUS توجه داشته باشید .

برای درمان کودکان مبتلا به اسهال خونی، سفکسیم $g/kg/day$ ۸ در ۲ دوز منقسم و یا نالیدیکسیک اسید (نالیدیکسیک اسید برای شیرخواران زیر ۳ ماه منع مصرف دارد) $mg/kg/day$ ۵۵ به صورت منقسم هر ۶ ساعت برای ۵ روز و در صورت عدم پاسخ به درمان در خط دوم درمان سیپروفلوکساسین خوراکی $mg/kg/day$ ۱۵ در ۲ نوبت برای سه روز تجویز شود.

اطلاع از حساسیت گونه های محلی شیگلا، اهمیت اساسی دارد. زیرا که مقاومت ضد میکروبی شایع است و شکل این مقاومت میکروبی غیرقابل پیش بینی است.

در صورتی که کودک یکی از این شرایط را داشت و در مراجعه بعد از دو روز بهبودی نداشت،

بایع به بیمارستان ارجاع گردد:

بهبودی شامل از بین رفتن تب، کاهش خون موجود در مدفوع، کاهش دفعات دفع مدفوع، بهتر شدن اشتها و از سر گرفتن فعالیت طبیعی می باشد. اگر بعد از دو روز بهبودی مشاهده نشد و یا بهبودی ناچیز بود، درمان آنتیبیوتیک به سیپروفلوکساسین ml/kg ۱۵ در ۲ دوز منقسم تجویز میشود. بیمار باید ۲ روز بعد جهت پیگیری مراجعه نماید. اگر کودک در حال بهبودی است، درمان ضد میکروبی باید برای ۵ روز ادامه یابد. در صورت شک به انواژیناسیون، کودک را به نزدیک ترین بیمارستان ارجاع دهید. در غیر این صورت به مادر توصیه کنید برای پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

درمان سرپایی اسهال خوری در کودکان کمتر از ۵ سال

درمان همچنین باغی شامل:

- (۱) درمان ضد کم آبی خوراکی جهت پیشگیری و بی‌درمان کم آبی
- (۲) ادامه تغذیه مکرر از جمله تغذیه با شیر مادر
- (۳) تجویز داروی ضد میکروبی برای ۵ روز با استفاده از آنتی بیوتیک های موثر بر شریگلا در آن منطقه
- (۴) در صورت مشاهده تروپوزوئیت های آنتاموباهیسیتولیتیک توسط یک تکریسین مجرب در هر زمان در مدفوع، درمان موثر بر آمپیکسیل

چه زمانی آمیبیازیس را در نظر داشته باشید

آمیبیازیس یک علت غیرمعمول برای اسهال خونی در کودکان خردسال می باشد. کودکان خردسال با اسهال خونی، به صورت معمول نباید از جهت آمیبیازیس مورد درمان قرار گیرند. این درمان ها تنها زمانی باید مد نظر قرار گیرند که بررسی میکروسکوپی نمونه تازه مدفوع در یک آزمایشگاه قابل اعتماد، نشانگر وجود تروپوزوئیت های آنتاموباهیسیتولیتیکای حاوی گلبولهای قرمز خون باشد و یا مصرف دو داروی ضد میکروبی متفاوت و البته مؤثر بر گونه های شیگلای موجود در منطقه فاقد اثر درمانی بوده باشد.

اسهال پایدار و درمان آن

اسهال پایدار شامل اسهال خوری بی‌غی‌خوری است که شروعی حاد دارد و حداقل برای ۱۴ روز ادامه می یابد.

اسهال پایدار تقریباً هرگز در شیرخوارانی که به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه می شوند، دیده نمی شود. در برخورد با کودک مبتلا به اسهال پایدار باغی شرح حال دقیقی از نظر اطمینان از وجود اسهال گرفته شود، زیا گاه ی مدفوع نرم و خمیری مکرر که برای شیر مادرخواران، طبعی است، به جای اسهال در نظر گرفته می شود. پس از طبقه بندی کم آبی، اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر دچار اسهال بود، کودک را از نظر اسهال پایدار طبقه بندی کنید. دو طبقه بندی برای اسهال پایدار وجود دارد:

- اسهال پایدار شدید
- اسهال پایدار

اسهال پایدار شدید:

اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشت و همچنین دچار کم آبی نسبی یا شدید بود، بیماری کودک را به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی کنید. همچنین در هر کودک کمتر از ۴ ماه و هر کودک دچار کم وزنی و سوءتغذیه که ۱۴ روز بی‌بیشتر اسهال داشته باشد، اسهال وی به عنوان اسهال پایدار شدیدی طبقه بندی می شود. اسهال پایدار شدید معمولاً می تواند به سرعت منجر به سوءتغذیه و یا

عفونت های جدی خارج روده ای مانند پنومونی همراه شود. در صورت وجود اسهال پایدار شدید، درمان کم آبی کودک رابه سرعت شروع کرچ و اقدامات لازم برای ارجاع فوری کودک به یک مرکز تخصصی را انجام دهید. این کودکان ممکن است به تغییر رژیم غذایی نیز نیاز داشته باشند. آن ها همچنین به آزمایش نمونه مدفوع و نمونه ادرار برای تشخیص دلیل اسهال نیاز دارند.

اسهال پایدار:

کودکی که برای ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته و نشانه ای از کم آبی ندارد، در اسهال پایدار طبقه بندی می شود. تغذیه مخصوص، مهم ترین درمان برای اسهال پایدار می باشد. بررسی های لازم برای یافتن علت بروز اسهال را شروع کنید (بیماری های زمینه ایی یا عادات تغذیه ایی و) و بخواهچ جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند. هدف درمان، شروع دوباره وزنگیری و عملکرد طبیعی رودهها می باشد. درمان اسهال پایدار شامل موارد زیر می باشد:

- مقادیر مناسب مایعات جهت پیشگیری کم آبی و یا درمان کم آبی
 - رژیم مغذی که باعث تشدید اسهال نگردد.
 - ویتامین ها و مواد معدنی مکمل شامل روی به مدت ۱۴-۱۰ روز
 - درمان ضد میکروبی از جهت درمان عفونتهای تشخیص داده شده
- کودکان مبتلا به اسهال پایدار و سوءتغذیه شدید باید در بیمارستان مورد درمان قرار گیرند. (این کودکان در اسهال پایدار شدید طبقه بندی می شوند) درمان کودکان مبتلا به اسهال پایدار که سوءتغذیه شدید ندارند در ذیل شرح داده شده است.

کجا درمان کنیم؟

بسیاری از کودکان مبتلا به اسهال پایدار را میتوان در منزل با پیگیری دقیق برای اطمینان از روند بهبودی، درمان کرد.

بعضی از کودکان مبتلا به اسهال پایدار، در هر حال نیازمند درمان در بیمارستان می باشند؛ حداقل تا زمانی که وضعیت با ثباتی پیدا کنند، اسهال آنان کاهش یابد و وزنگیری را از سر گیرند. اینها شامل موارد زیر می باشند؛

- کودکان دچار عفونت سیستمیک جدی مانند پنومونی و یا سپسیس
 - کودکانی که علائم کم آبی (دهیدراتاسیون) دارند.
 - شیرخواران با سن کمتر از ۶ ماه ۴ ماه
- با توجه به این که خطر فقر تغذیههای و مرگ در این کودکان زیاد است، لذا باید هرگونه تلاشی در جهت متقاعد کردن والدین به لزوم درمان در بیمارستان، صورت گیرد.

پیشگیری و یا درمان کم آبی (دهیدراتاسیون)

کودک را برای علائم کم آبی بررسی و بر اساس طرح درمانی الف، ب یا ج طبقه بندی و درمان کنید.

محلول ORS برای درمان اکثر کودکان مبتلا به اسهال پایدار مؤثر است. در تعداد کمی، به هر حال جذب گلوکز مختل است و محلول ORS مانند معمول مؤثر نخواهد بود. وقتی که محلول ORS به این گونه از کودکان داده می شود، حجم اسهال افزایش قابل ملاحظه ای می یابد، عطش بیشتر می شود، علائم کم آبی بروز میکند و یا بدتر خواهد شد و مدفوع، حاوی مقادیر زیادی از گلوکز جذب نشده خواهد بود. این کودکان تا زمانی که محلول ORS بدون تشدید اسهال بتواند استفاده شود، نیازمند درمان کم آبی از طریق وریدی خواهند بود.

تشخیص و درمان عفونت های خاص

درمان معمول اسهال پایدار با عوامل ضد میکروبی، مؤثر نخواهد بود و نباید داده شود. در عین حال بعضی از کودکان مبتلا به اسهال پایدار به دلیل عفونتهای غیر رودهای (و یا روده های) که دارند، نیازمند درمان اختصاصی خواهند بود.

اسهال پایدار این گونه کودکان تا زمانی که این عفونتها تشخیص داده نشوند و به صورت صحیح مورد درمان قرار نگیرند، بهبودی نخواهد داشت.

عفونتهای غیر رودهای

تمام کودکان مبتلا به اسهال پایدار باید از نظر عفونتهای غیر رودهای مانند پنومونی، سپسیس، عفونتهای مجرای ادرار، برفک، عفونت گوش میانی و... مورد بررسی قرار گیرند. درمان این گونه عفونت ها با عوامل ضد میکروبی باید بر طبق استراتژی مانا صورت گیرد.

عفونتهای رودهای

درمان اسهال پایدار همراه خون در مدفوع باید با عوامل ضد میکروبی خوراکی صورت گیرد. درمان بر ضد آمیب، تنها زمانی باید صورت گیرد که شرایط توضیح داده شده در مورد آمیبوزیس در صفحه ۲۶-۷ وجود داشته باشند. درمان بر ضد ژیاودیانتها زمانی صورت گیرد که کیست و یا تروفوزوئیت ژیاودیانتودونالیز در مدفوع دیده شده باشد.

عفونت های بیمارستانی

عفونت های بیمارستانی را در کودکی که حداقل ۲ روز در بیمارستان بستری بوده و دچار لتارژی و کم اشتهاپی و یا تب، سرفه، تشدید اسهال و یا سایر نشانه های بیماری جدی شده است بایع مد نظر داشت. این عفونتها ممکن است شامل پنومونی، اسهال روتاویروسی و یا کلرای، همراه انواع دیگری از بیماری ها باشد. درمان این قسمت چه می شود؟

دادن رژیم مغذی

این مورد در درمان تمام کودکان مبتلا به اسهال پایدار اهمیت اساسی دارد. با توجه به این که رژیم معمولی برای این گونه کودکان اغلب ناکافی است لذا درمان آنها فرصت مناسبی را جهت آموزش به مادران در مورد نحوه تغذیه صحیح کودکان به دست می دهد. جهت بیماران سرپایی باید رژیم غذایی مناسب منطبق با سن تجویز گردد. نحوه مغذی کردن و توصیه های غذایی در کودکان مستعد کم وزنی و بیماری های مزمن به طور کامل در راهنمای مشاوره کودک سالم آمده است.

تغذیه بیماران مبتلا به اسهال پایدار

- ادامه تغذیه با شیر مادر

در صورتی که کودک از شری حواری استفاده می کند، (در سن بیشتر از یک سال) می توان ماست را جایگزین نمود. ماست، حاوی لاکتوز کمتری است و بهتر تحمل می گردد. در غیر این صورت، باید شیر حیوانات را تا میزان ۵۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز محدود کرد. مقادیر بیشتر می تواند باعث تشدید اسهال گردد. شیر را با غلات مخلوط کنید. شیر را رقیق نمایید. سایر غذاها را مطابق با سن کودک هم چنان که در سای بخش ها توضیح داده شده، استفاده نمایید. آن مقدار از این غذاها استفاده نمایید که از جهت تأمین انرژی کافی، مطمئن شوید.

مطلب زیرافافه شد طبق بوکلت ص ۳۱

- هدف از تغذیه در اسهال پایدار دریافت حداقل ۱۱۰ کالری به ازای هر کیلوگرم وزن در روز می باشد.
- مصرف ماست افزایش یابد و در کودکان بالای ۲ سال مصرف ماست، جایگزین شیر شود.
- کودکان بالای ۶ ماه روزانه با شش وعده غذا تغذیه شوند و در برنامه غذایی کودک گوشت، ماهی، مرغ و تخم مرغ گنجانده شود.
- برای اطمینان از دریافت ویتامین ها و املاح توصیه می شود در طبخ سوپ از انواع سبزی ها و صیفی جات زرد و سبز استفاده شود.
- دریافت بیشتر منابع غذایی حاوی اسید فولیک (سبزی های برگ سبز)، آهن و روی (گوشت ها، تخم مرغ و حبوبات) و مکمل روی (۱۰mg در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰mg در سن بیشتر از ۶ ماه) و فولات (۵۰ میکروگرم) روزانه و حداقل به مدت ۲ هفته و تداوم مکمل ویتامین به صورت روتین توصیه می شود.
- اگر کودک غیر از شیر مادر، شیر دیگری استفاده می کند:

الف – سن کمتر از ۶ ماه:

تغذیه انحصاری با شیر مادر و قطع شیر دام

ب - سن بیشتر از ۶ ماه:

- جایگزین کردن با شیر مادر و قطع شیر دام
- جایگزین کردن با فرآورده های شیر مانند ماست (در صورت عدم امکان، حداکثر ۵۰۰ ml/day شیر حیوانی داده شود) یا جایگزین کردن نصف شیر با غذاهای نیمه جامد و غلات غنی شده.

در صورت استفاده از شیر مصنوعی، شیر با غلظت همیشگی تهیه شود و آب جوشیده خنک یا او.آ.اس هم بدهد. پس از ۵ روز رعایت توصیه های تغذیه ای در صورت وجود علائم کمبود لاکتاز (وجود اسهال حجیم و آبکی، نفخ، تهوع و استفراغ و سوختگی ناحیه کهنه کودک) شیر فاقد لاکتوز تجویز و ۲ روز بعد پیگیری شود. در صورت عدم بهبودی به بیمارستان ارجاع و در صورت بهبودی ۲ هفته دیگر شیر فاقد لاکتوز ادامه یابد.

- تغذیه با شیر مادر را هر چند بار و به هر اندازه که کودک تمایل دارد ادامه دهید.
- در شش‌خواران با سن کمتر از ۶ ماه تغذیه انحصاری با شیر مادر را تشویق نمایید. به مادرانی که به صورت انحصاری از شیر مادر جهت تغذیه طفل استفاده نمی نمایند، توصیه کرد که دفعات تغذیه با شش‌ مادر را افزایش دهند.

دادن ویتامینها و مواد معدنی مکمل

تمام کودکان مبتلا به اسهال پایدار باید هر روز به مدت دو هفته ویتامینها و مواد معدنی مکمل را دریافت نمایند. این ترکیبات باید شامل حداقل دو دوز توصیه شده روزانه (RDA) فولات، ویتامین A، روی، منیزیم و مس باشند.

کنترل پاسخ به درمان

این دسته از کودکان باید بعد از پنج روز دوباره ارزیابی شوند، اگر اسهال تشدید شود و یا هرگونه مشکل دیگری پیش آید، این ارزیابی باید سریعتر انجام گیرد. برای آن هایی که وزنگیری داشته اند و کمتر از سه بار در روز دفع مدفوع شل دارند، میتوان رژیم معمولی را از سر گرفت. آنهایی که وزنگیری نداشته اند و یا اسهال آن ها بهبودی نداشته است باید به بیمارستان ارجاع شوند.

درمان اسهال همراه سوء تغذیه شدید

در سوءتغذیه شدید، اسهال یک پدیده جدی و بالقوه کشنده است. با وجودی که پیشگیری و درمان کم آبی ضروری است، اما همچنین توجه در درمان این کودکان باید بر روی درمان دقیق سوءتغذیه آن ها و عفونتها متمرکز باشد (به مبحث کم وزنی مراجعه گردد). ارجاع این بیمار به بیمارستان، پس از انجام اقدامات درمانی اولیه، ضروری است.

ارزیابی مقدار کم آبی

در کودکان مبتلا به سوءتغذیه، ارزیابی وضعیت دهیدراتاسیون دشوار است زیرا بسیاری از نشانه هایی که به صورت معمول استفاده می شوند غیر قابل اعتماد خواهند بود. تورگور پوستی در کودکان مبتلا به ماراسموس به دلیل فقدان چربی زیر جلدی کاهش یافته می باشد و در بیماران مبتلا به کواشیورکور به دلیل وجود ادم ممکن است تورگوپوستی کاهش یافته و مخفی شود. چشمان آن ها ممکن است گود افتاده

به نظر برسد. در هر دو نوع سوء تغذیه به دلیل وجود بی قراری و یا آپاتی در کودک، ارزیابی وضعیت ذهنی دشوار خواهد بود.

نشانه هایی که جهت ارزیابی کم آبی باقی خواهند بود شامل :

اشتیاق به نوشیدن (نشانه ای از کم آبی نسبی)، لتارژی، انتهاهای سرد و مرطوب، ضعف و یا فقدان نبض رادیال و کاهش یا نبود جریان ادرار (نشانه هایی از کم آبی شدید). در کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید اغلب افتراق قابل اعتماد میان دهیدراتاسیون نسبی و شدید غیرممکن خواهد بود. با اهمیتی برابر، افتراق میان کم آبی شدید از شوک سپتیک دشوار خواهد بود، زیرا که در هر دو صورت هیپوولمی (کاهش حجم) و کاهش جریان خون اعضاء حیاتی وجود خواهد داشت. یک مورد مهم در افتراق این دو این است که در دهیدراتاسیون شدید شرح حالی از اسهال آبکی وجود دارد. یک کودک با سوء تغذیه شدید و علائمی به نفع کم آبی شدید بدون شرح حالی از اسهال آبکی باید به عنوان شوک سپتیک تحت درمان قرار گیرد.

درمان کم آبی در سوء تغذیه

این اقدام بایع در بهارستان انجام شود. درمان کم آبی معمولاً بایع از طریق دهان انجام گیرد. زمانی که کودک نوشیدن خوبی نداشته باشد، از لوله بینی - معدی استفاده شود. درمان وریدی می تواند به سادگی باعث پر آبی بدن (اصلاح بیش از حد کم آبی) و نارسایی قلبی شود. این روش باید فقط در درمان شوک استفاده گردد.

درمان کم آبی خوراکی باید آهسته و با دادن ۷۰-۱۰۰ سی سی محلول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن طی ۱۲ ساعت انجام شود. شروع آن باید با سرعت ۱۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در هر ساعت، طی دو ساعت اول درمان آغاز شود. درمان براساس میزان تشنگی کودک و میزان از دست دادن مایع از طریق مدفوع با همین سرعت و یا سرعت کمتر ادامه یابد. ادم افزایش یابنده نشانه ای از دریافت مایع اضافی خواهد بود. دریافت مایع نگهدارنده بعد از اصلاح کم آبی باید بر اساس میزان دفع مایع از طریق مدفوع همچنان که در برنامه درمانی الف شرح داده شده، باشد.

مادر باید همراه کودک باشد تا بتواند تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد و همچنین در انجام سایر موارد تغذیه ای کمک کند که این تغذیه باید هر چه زودتر که معمولاً بین ۲-۳ ساعت از شروع درمان کم آبی خواهد بود، شروع گردد. تغذیه باید هر ۲-۳ ساعت طی شب و روز انجام شود. خانم دکتر طلاچیان

سایر مشکلات همراه با اسهال

تب

تب در کودک مبتلا به اسهال ممکن است به علت عفونتی دیگر ایجاد شده باشد (پنومونی، باکتری، عفونت مجاری ادراری و یا اوتیت مدیا). همچنین در کودکان خردسال تب می تواند در زمینه کم آبی (دهیدراتاسیون) به وجود آید. در صورت تب دار شدن کودک، بایع بررسی از نظر سالی عفونت ها انجام شود. این موضوع به خصوص زمانی که تب بعد از جبران کامل کم آبی کودک همچنان پایدار است، اهمیت می یابد. کودکان با تب مساوی یا بالاتر از $38/5^{\circ}\text{C}$ بایع درمان مناسب و سریع را برای کاهش

دمای بدن دریافت نمایند. بهترین اقدام در این زمینه درمان هرگونه عفونت با آنتی بیوتیکهای مناسب به همراه داروی ضد تب (استامینوفن) می باشد. کاهش تب همچنین باعث بهبودی اشتها و کاهش بیقراری میگردد. آن دسته کودکانی که تب مساوی یا بالاتر از 38.5°C و طی سابقه ای از تب در طی ۵ روز گذشته دارند و در مناطقی با شیوع پلاسمودیوم فالسیپاروم زندگی میکنند، همچنین باید طبق برنامه ملی مبارزه با مالاریا بررسی و درمان شوند.

تشنج

در کودکی که مبتلا به اسهال است و شرح حالی از حرکات تشنجی در طول مدت بیماری دارد اقدامات تشخیصی و درمانی ذیل را باید مدنظر داشت:

- تشنج ناشی از تب (Febrile Convulsion):

این مورد اغلب در شیرخواران به خصوص زمانی که تب آن ها از 40°C فراتر می رود و یا تب، بسیار سریع افزایش می یابد، بروز می نماید. برای پیشگیری، تب را با استامینوفن درمان نمایید. پاشویه با آب ولرم و باد زدن کودک را هم می توان زمانی که درجه حرارت کودک از 39°C فراتر می رود، به کار برد. در صورت بروز تشنج ناشی از تب باید بیمار را از نظر مننژیت احتمالی هم بررسی کرد.

هیپوگلیسمی (پایین افتادن قند خون):

این حالت که گاه در زمینه گلوکونئوزن ناکافی در کودکان مبتلا به اسهال ایجاد می گردد. اگر در کودکی که مبتلا به تشنج و یا کما می باشد، شک به هیپوگلیسمی وجود دارد باید $4/5$ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن گلوکز ۱۰٪ را تجویز کرد. اگر علت، هیپوگلیسمی باشد، بهبودی وضعیت هوشیاری معمولاً سریع خواهد بود در این موارد برای جلوگیری از برگشت علائم هیپوگلیسمی باید محلول (ORS و یا اضافه کردن گلوکز ۵٪ به مایعات وریدی دریافتی) را تا زمان شروع تغذیه به کودک داد.

هیپرناترمی یا هیپوناترمی:

کم آبی کودک را با محلول ORS همچنان که در این فصل شرح داده شد، درمان کنید.

کمبود ویتامین A

اسهال باعث کاهش جذب و از طرفی افزایش نیاز به ویتامین A می گردد. در مناطقی که ذخایر بدنی ویتامین A اغلب پایین است، کودکان کم سن با اسهال حاد و یا مزمن می توانند به سرعت دچار عوارض چشمی کمبود ویتامین A (گزروفتالمی) شوند که حتی منجر به نابینائی آن ها گردد. این مسئله به خصوص در کودکانی که سوء تغذیه دارند، مشکل ساز می گردد.

در این مناطق، کودکان مبتلا به اسهال باید به طور معمول از نظر کدورت قرنیه و ضایعات ملتحمه (Bitot's spot) مورد بررسی قرار گیرند. اگر هر کدام از این حالت ها موجود بود ویتامین A باید بلافاصله و سپس روز بعد با این میزان تجویز گردد:

برای سن کمتر از ۶ ماه ۵۰۰۰۰ واحد در هر دوز؛

برای سن ۶ ماه تا ۱۲ ماه ۱۰۰۰۰۰ واحد در هر دوز؛

و برای سن ۱۲ ماه تا ۵ سال ۲۰۰۰۰۰ واحد در هر دوز، تجویز گردد. کودکانی که دچار سوءتغذیه شدید هستند باید درمان مشابهی را دریافت نمایند.

باید به مادران هم در مورد دادن غذاهای سرشار از کاروتن شامل میوه های زرد یا نارنجی و یا سبزیجات با برگهای سبز تیره، آموزش داد. در صورت امکان، مصرف تخم مرغ، جگر و یا شیر پرچرب توصیه می شود.

➤ درمانهای ضد میکروبی و داروها

درمانهای ضد میکروبی

به جز موارد ذیل، درمان های ضد میکروبی نباید به طور معمول برای کودکان مبتلا به اسهال تجویز گردد. این گونه درمان ها بی فایده و بالقوه خطرناک می باشند. بهترین راه برای جبران کم آبی و بهشگی از کم آبی در یک کودک این است که به او محلولی که با ORS تهیه می شود بدهد. مایعات ورعی فقط در شرایط کم آبی شدید مورد استفاده قرار می گیرند.

آنتی بیوتیک ها در اکثریت موارد اسهال، بی تأثیری هستند و گاهی موجب ضعف تر شدن کودک هم می شوند. استفاده غیر ضروری آنتی بیوتیک ها ممکن است موجب افزایش مقاومت به بعضی از پاتوژن ها گردد. علاوه بر آن آنتی بیوتیکها، هزینه بر هستند. اغلب درمانها ی غیر موثر، باعث اتلاف پول می شود؛ بنابراین به صورت روتین، آنتی بیوتیک ندهد.

بیماریهایی که برای آنها درمانهای ضد میکروبی باید داده شوند:

- **موارد اسهال خونی (دیسانتری)** تمام این موارد باید با درمان ضد میکروبی مؤثر بر گونه های شیگلای موجود در منطقه درمان شوند. **بیماران مبتلا به اسهال خونی نباید به طور معمول جهت آمیبیازیس درمان شوند.**
- **موارد مشکوک به کلرا همراه کم آبی شدید :** این موارد باید با درمان ضد میکروبی خوراکی مؤثر به ویبریوکلرای ۱ O و ۱۳۴ O موجود در منطقه درمان شوند (به قسمت درمان ضد میکروبی کلرا صفحه ۲۵ مراجعه نماید).

- طبق آخرین دستورالعمل کشوری درمان بیماری وبا و با ملاحظه الگوهای مقاومت میکروبی، آنتی بیوتیک توصیه شده برای کودکان عبارت است از: آزیترومایسین $mg/kg/single$ ۲۰، به مدت ۳ روز یا سیپروفلوکساسین $mg/kg/dose$ ۱۵ برای دو نوبت در روز به مدت سه روز
 - **عفونت علامتدار ژیاوردیا که در آزمایش ثابت شده باشد :** عفونت با ژیاوردیا بسیار شایع اتفاق می افتد و اغلب بدون علامت می باشد. درمان بر ضد ژیاوردیازیس باید هنگامی که کودک اسهال پایدار دارد و کیست یا تروفوزوئیت ژیاوردیا در مدفوع و یا شیرۀ روده کوچک یافت شده، استفاده گردد.
- کودکان دچار اسهال حاد نباید بر ضد ژیاوردیا درمان شوند.**
- زمانی که اسهال همراه عفونت دیگری است (مانند پنومونی، عفونت مجاری ادراری و ...) درمان اختصاصی عفونت همراه با عوامل ضد میکروبی باید صورت گیرد.

داروهای «ضد اسهال»

این داروها با وجودی که به طور معمول و البته نابجا استفاده می گردند، فایده عملی ندارند و هرگز در موارد اسهال حاد اندیکاسیونی برای استفاده ندارند. تعدادی از آن ها برای کودکان خطرآفرین هستند. این محصولات شامل:

مواد جاذب مثل کائولن، کولسترامین و شارکول هستند. هیچ کدام از این ها نقش و ارزش ثابت شده‌ای در درمان اسهال حاد در اطفال ندارند. داروهای ضد حرکت روده ای مثل لوپرامید، دی فنوکسیلات، کدئین، ترکیبات مخدر و سای کاهنده های حرکات روده ای میتوانند باعث ایلئوس پارالیتیک گردند که بالقوه کشنده است و در ضمن با تأخیر در ریشه کنی و دفع ارگانسمهای ایجاد کننده، باعث طولانی شدن عفونت می گردند. امکان ایجاد خواب آلودگی در مقادیر معمول و عوارض سیستم عصبی مرکزی در مصرف بعضی از این عوامل گزارش شده است. هیچ کدام از این عوامل نباید برای شیرخواران و یا کودکان مبتلا به اسهال تجویز گردد.

سایر داروها

داروهای ضد استفراغ: داروهایی مانند کلروپرامید و متوکلوپرامیدها باعث ایجاد خواب آلودگی می شود و بخصوص در کودکان می تواند عوارض سیستم عصبی خطرناکی ایجاد کند و با انجام مایع درمانی خوراکی تداخل دارند. به این دلیل داروهای ضد استفراغ نباید در درمان اسهال استفاده شوند مگر در موارد استفراغ های شدید تجویز فقط یک یا ۲ دوز اندانسترون خوراکی می تواند به قطع تهوع و استفراغ کمک کند. اما به هیچ عنوان تجویز ضد تهوع برای طولانی مدت توصیه نمی شود. بطور معمول بعد از مصرف ORS و جبران کم آبی، استفراغ در کودک متوقف خواهد شد. **محرکهای قلبی:** شوک در اسهال حاد به علت کم آبی و کاهش حجم داخل عروقی ایجاد می گردد. درمان صحیح تزریق داخل وریدی محلولی با الکترولیت متناسب می باشد. مصرف داروهای محرک قلبی و داروهای وازواکتیو (مانند آدرنالین و نیکوتینامید) هرگز اندیکاسیونی ندارد. **خون یا پلاسما:** مصرف خون، پلاسما و یا افزایشدهای صناعی پلاسما در کودکان مبتلا به کم آبی در اثر اسهال هرگز اندیکاسیون مصرف ندارد. این کودکان نیازمند جایگزینی آب و الکترولیت می باشند. در هر صورت این درمانها در بیماران مبتلا به هیپوولمی ناشی از شوک سپتیک کاربرد دارند. **استروئیدها:** استروئیدها هیچ سودی ندارند و هرگز علتی برای مصرف نمی یابند. **مسهل ها (ملین ها):** این داروها می توانند اسهال و کم آبی را تشدید نمایند و هرگز نباید استفاده گردند.

پیشگیری از اسهال

درمان صحیح بیماری اسهال در پیشگیری از مرگ کودکان بسیار مؤثر است؛ اما اثری در بروز اسهال ندارد. کارکنان بهداشتی مستقر در مراکز درمانی در مورد آموزش افراد خانواده ها و تشویق آن ها به پذیرش معیارهای پیشگیری کننده به خوبی آموزش دیده اند. مادران کودکانی که برای اسهال درمان شده اند، در مورد پذیرش این گونه آموزشها آمادگی دارند. برای جلوگیری از سردرگم کردن مادران با اطلاعات

زیاد، بهتر است که تأیید تنها بر روی یک و یا دو مورد از موارد ذیل، متناسب با شرایط خاص مادر و کودک، باشد.

تغذیه با شیر مادر

در طی ۶ ماه اول عمر، شیرخواران تنها باید با شیر مادر تغذیه شوند. معنای این جمله آن است که کودک باید تنها شیر مادر دریافت نماید و هیچ گونه غذا و یا نوشیدنی دیگری از جمله آب، چای ها، آب میوه، سوپ غلات، شیر حیوانات و شیر مصنوعی را مصرف نکند. احتمال این که کودکانی با تغذیه انحصاری شیر مادر دچار اسهال شوند و یا از اسهال بمیرند، بسیار کمتر از آن هایی است که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند و یا قسمتی از رژیم غذایی آن ها شیر مادر می باشد. همچنین شیر مادر باعث محافظت کودک در برابر خطر ایجاد آلرژی میشود و به وی در محافظت بر علیه سایر عفونت ها (به عنوان مثال پنومونی) کمک می کند. تغذیه با شیر مادر باید برای ۲ سال ادامه یابد.

ایمن سازی بر علیه سرخک

ایمن سازی بر علیه سرخک می تواند به صورت قابل توجهی از میزان بروز و شدت بیماریهای اسهالی بکاهد. تمام شیرخواران باید در سن توصیه شده، بر ضد سرخک ایمن شوند.

➤ محلول های درمان خوراکی و داخل وریدی کم آبی

سازمان جهانی بهداشت و یونیسف یک فرمولاسیون بر پایه گلوکز ORS را برای پیشگیری و درمان کم آبی ناشی از اسهال، بدون توجه به عامل ایجادکنندهی آن و سن گروه هدف، پیشنهاد کرده است. این محصول باعث کاهش چشمگیر جهانی مرگ و میر ناشی از بیماری اسهالی در طی این زمان شده است. با وجود این موفقیت، تحقیقات برای تولید یک «ORS با اثر بهتر» ادامه دارد. رویکرد اصلی، کاهش اسمولاریته محلول ORS برای جلوگیری از عوارض ناخواسته ناشی از هیپرتونیسیتیه بر روی جذب خالص مایعات، بوده است. این کار با کاهش غلظت قند و نمک (NaCl) محلول انجام شده است. قابلیت محلول ORS در درمان کودکان مبتلا به اسهال حاد غیر وبایی با کاستن سدیم تا 75 meq/L و غلظت قند تا حد 75 mmol/L و اسمولاریته تا 245 mosm/L افزایش یافته است.

نیاز به درمان داخل وریدی با مصرف این محلول، نسبت به زمانی که از محلول ORS استاندارد (311 mosm/L) استفاده شود، ۳۳٪ کاهش می یابد.

همچنین محلول ORS با اسمولاریته (245 mosm/L) در درمان کودکان مبتلا به وبا، ایمن و مؤثر می باشد. با توجه به تأثیر بیشتر محلول جدید ORS با اسمولاریته کاهش یافته به خصوص در درمان کودکان مبتلا به اسهال حاد غیروبایی، سازمان جهانی بهداشت، فرمولاسیون زیر را جهت مایع درمانی خوراکی پیشنهاد نمود.

هنگامی که محلول به درستی تهیه و مصرف شود، محلول ORS مقادیر کافی از آب و الکترولیت را در ارتباط اسهال حاد تأمین خواهد کرد. پتاسیم، جهت جایگزینی مقادیر زیاد پتاسیم از دست رفته در ارتباط با اسهال حاد به خصوص در شیرخواران و در نتیجه جلوگیری از هیپوکالمی تجویز می گردد. سیتрат جهت جلوگیری از اسیدوز ناشی از کمبود باز تجویز می شود. گلوکز ضروری است زیرا هنگام جذب، بازجذب سدیم و آب را در روده باریک افزایش می دهد. این مسأله بدون توجه به علت اسهال، صادق است. بدون گلوکز محلول ORS غیر مؤثر خواهد بود.

مقایسه غلظت محلول ORS استاندارد با ORS با اسمولاریته کاهش یافته

mmol/L	ORS با غلظت کاهش یافته در هر لیتر	mmol/L	ORS با غلظت کاهش یافته در هر لیتر
۷۵	Sodium	۹۰	Sodium
۲۰	Potassium	۲۰	Potassium
۶۵	Chloride	۸۰	Chloride
۷۵	Glucose	۱۱۱	Glucose
۱۰	Citrate	۱۰	Citrate
۲۴۵	Total osmolarity	۳۱۱	Total osmolarity

۱- محلولهای درمان داخل وریدی

تعدادی از محلولها جهت درمان داخل وریدی در دسترس می باشند. اکثر اینها مقدار مناسب از الکترولیت را جهت جبران کمبود در ارتباط با اسهال حاد، دارا نمی باشند. تجویز زود هنگام محلول ORS و شروع تغذیه زودرس باعث اطمینان از جایگزینی مناسب الکترولیت ها خواهد شد. جدول زیر نمایانگر ترکیب تعدادی از محلول های داخل وریدی است که قابل استفاده می باشند.

ترکیب محلول های وریدی توصیه شده در درمان کم آبی کودکان

mmol/L آنیون ها			محلول		
CL	lactate	گلوکز	K	Na	محلول های ارجح :
۱۰۹	۲۸	۰	۴	۱۳۰	Ringer's lactate
۱۰۹	۲۸	۲۷۸	۴	۱۳۰	Ringer's lactate With Dextrose ۵٪

۰	۰	۱۵۴	۰	۱۵۴	محلولهای غیر قابل قبول : (Glucose and Dextrose) Solution
۲۷۸	۰	۰	۰	۰	محلولهای قابل قبول: Normal Saline (NaCl ۰/۹٪)

محلولهای ارجح

رینگرلاکتات (که محلول Hartmann جهت تزریق هم خوانده میشود) بهترین محلول تجاری در دسترس می باشد. این محلول، مقادیر مناسب سدیم و مقدار کافی لاکتات را (که به بیکربنات متابولیزه می شود) برای اصلاح اسیدوز، فراهم مینماید. مقادیر پتاسیم ناکافی است و گلوکزی برای جلوگیری از هیپوگلیسمی وجود ندارد. این محلول میتواند در تمام گروههای سنی برای درمان ابتدایی کم آبی شدید ناشی از اسهال حاد با هر عاملی، مورد استفاده قرار گیرد.

محلول رینگرلاکتات همراه دکستروز ۵٪ این مزیت را دارد که حاوی گلوکز جهت جلوگیری از هیپوگلیسمی می باشد. در صورت در دسترس بودن، بر رینگرلاکتات بدون دکستروز ارجحیت دارد.

محلولهای قابل قبول:

نرمال سالین NaCl ۰/۹ درصد (همچنین به عنوان سالین فیزیولوژیک و یا ایزوتونیک شناخته می شود) این محلول فاقد باز، جهت اصلاح اسیدوز و همچنین پتاسیم جهت جایگزینی مقادیر از دست رفته می باشد.

محلولهای نامناسب:

محلولهای قندی خالص (Dextrose) به این علت که فاقد الکترولیت می باشند و قادر به اصلاح مقادیر از دست رفته الکترولیت و یا اسیدوز بیمار نیستند نباید مورد استفاده قرار گیرند. این محلول ها قادر به اصلاح مؤثر کمبود حجم (هیپوولمی) نمی باشند.

روش درمان داخل وریدی (IV)

- درمان داخل وریدی تنها باید توسط افراد تعلیم دیده انجام شود. نکات مهم عبارتند از:
 - سرسوزن ها، لوله های انتقال، ظروف و محلول باید استریل باشند. سرسوزن ها نباید مجدداً مورد استفاده قرار گیرند.
 - درمان داخل وریدی از طریق هر ورید مناسبی قابل تجویز است. قابل قبولترین وریدها در قسمت قدام آرنج و در شیرخواران در طرفین سر قرار دارند. برش (کات دان) جهت یافتن رگ غیرضروری است و از انجام آن باید پرهیز کرد. در بعضی موارد کم آبی بسیار شدید، تزریق هم زمان از طریق دو رگ

ضروری است؛ یکی از تزریق ها هنگامی که درمان کم آبی در وضعیت مناسبی قرار گرفت، می تواند متوقف گردد.

- گذاشتن علامت بر روی ظرف محتوی مایع وریدی برای مشخص کردن زمانی که حجم مایع تزریقی باید به حد تعیین شدهای برسد، سودمند خواهد بود. این کار امکان کنترل آسانتر سرعت تزریق را فراهم خواهد نمود.

ارزیابی و طبقه بندی مشکل گوش

در اغلب موارد کودکی که با علامت ناراحتی گوش مراجعه می کند، ممکن است دچار عفونت گوش میانی باشد. وقتی کودکی عفونت گوش دارد، چرک پشت پرده گوش جمع می شود و تولید درد و اغلب تب می کند. اگر عفونت درمان نشود، ممکن است پرده گوش پاره شود. هر وقت چرک خارج شود، کودک احساس درد کمتری خواهد کرد. در این وضعیت تب و سایر نشانه ها ممکن است متوقف شود؛ اما شنوایی کودک ممکن است به علت وجود سوراخ در پرده گوش دچار اختلال گردد معمولاً پارگی پرده گوش به علت اوتیت، خود به خود درمان می شود. در صورتی که ترشح ادامه یابد پارگی پرده گوش ترمیم نشده و کودک دچار کم شنوایی خواهد شد.

عفونت های گوش به ندرت باعث مرگ کودک می شوند ولی می توانند سبب بیماری کودک به مدت طولانی شوند. در کشورهای در حال توسعه، عفونت گوش، دلیل اصلی کم شنوایی و ناشنوایی می باشد که از جمله پیامدهای این امر مشکلات یادگیری کودکان در مدرسه است.

درد و مشکل گوش را در کودک ارزیابی کنید:

سوال کنید: آیا کودک ناراحتی گوش یا درد گوش دارد؟

اگر مادر جواب داد بله، سوالات بعدی را از مادر بپرسید:

درد گوش ممکن است نشانه ابتلا کودک به عفونت گوش میانی باشد. اگر مادر مطمئن نیست که کودک درد گوش دارد، سوال کنید آیا کودک بیقرار بوده، یا گوشش را می مالد؟
سوال کنید: آیا از گوش او ترشح خارج می شود، اگر بله، برای چه مدتی؟

ترشح گوش نشانه ای از عفونت می باشد. وقتی در مورد ترشح گوش سوال می کنید، از کلماتی استفاده کنید که مادر بفهمد. اگر گوش کودک ترشح داشته است، سؤال کنید برای چه مدتی؟ به مادر فرصت دهید که به سؤال شما جواب بدهد. او ممکن است نیاز داشته باشد، زمان شروع خروج چرک را به خاطر بیاورد. مطمئن شوید که مادر مفهوم ترشح چرکی از گوش را با واکس گوش اشتباه نمی کند. با اندازه گیری درجه حرارت بدن کودک وجود تب را به عنوان یکی از علائم همراه تعیین کنید.

شما براساس علائم و نشانه‌های بالینی و طول مدت خروج چرک از گوش، ناراحتی گوش را طبقه بندی و درمان خواهید کرد.

- اگر ترشح گوش برای ۲ هفته یا بیشتر وجود دارد به عنوان عفونت مزمن گوش طبقه بندی می شود.
- اگر وجود ترشح گوش کم تر از ۲ هفته باشد به عنوان عفونت حاد گوش طبقه بندی می شود. حتی اگر کودک دردی را احساس نکند، خروج چرک از گوش نشانه عفونت گوش می باشد، داخل گوش کودک را نگاه کنید که آیا چرکی از گوش خارج می شود یا نه. به وسیله اتوسکوپ گوش را معاینه کنید در صورتی که پرده گوش قرمز بوده و کودک درد گوش داشته باشد عفونت حاد گوش مطرح می باشد.

➤ چگونه مشکل گوش را طبقه بندی کنید؟

طبقه بندی های مشکل گوش بر اساس شکایت کودک و ارزیابی و معاینه است :

ماستوئیدیت حاد :

با وجود پیشرفت های پزشکی و درمان های آنتی بیوتیک مناسب موارد بسیار کمی از ماستوئیدیت دیده می شود. هنگام تولد، ماستوئید شامل یک حفره منفرد (آنتروم) است که به گوش میانی وصل می شود. هوادار شدن استخوان ماستوئید اندکی پس از تولد روی می دهد و در ۲ سالگی حداکثر است. هر زمان عفونت حاد گوش میانی روی دهد، درجاتی از ماستوئیدیت نیز ایجاد می شود. در موارد معدودی گرفتاری ماستوئید با پرخونی و ادم پوشش مخاطی سلول های هوادار، تجمع مایع سرروز و سپس آگزودای چرکی، دمینرالیزاسیون جدار استخوانچه ها و نکروز استخوان و تشکیل حفرات آبسه در اثر پیوستن استخوانچه های مجاور (بعد از تخریب جدار آن ها) پیشرفت می کند.

به دلیل اهمیت بسیار زیاد این بیماری، لازم است تا در ارزیابی شکایت های مربوط به گوش به علائم درد و تورم و حساسیت ماستوئید توجه کنید. معمولاً تب بالا همراه با گرمی و تورم دردناک و حساسیت استخوان پشت گوش وجود دارد و گاهی اوقات تورم و التهاب، باعث جابجایی لاله گوش می شود. در صورت وجود علائم ماستوئیدیت، باید پس از تزریق اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی، به سرعت کودک را برای بستری در بیمارستان انتقال دهید.

عوامل اتیولوژیک

پنوموکوک شایعترین علت عفونت حاد گوش میانی می باشد و پس از آن هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس قرار دارند. اغلب موارد عفونت هموفیلوس آنفلوانزا از نوع غیر تیپ بندی شده است.

ملاحظات در موارد ذیل ضروری است:

- ۱ - همزمانی کونژنکتیویت چرکی با اوتیت حاد گوش میانی (سندرم کونژنکتیویت اوتیت) معمولاً ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا است.
- ۲ - بروز مجدد نشانه های ایت حاد گوش میانی ظرف ۱۴ روز معمولاً نشانه عود است، ولی اگر نشانه ها بیش تر از ۲۱ روز پس از عفونت قبلی ایجاد شوند، عفونت تازه یا راجعه مطرح است.

باکتریولوژی اوتیت حاد گوش خارجی مانند اوتیت حاد گوش میانی است ولی عوامل مولد اوتیت مزمن چرکی و ماستوئیدیت شامل پسودومونا، استافیلوکوک طلایی، میکروب های بی هوازی و باسیل های گرم منفی روده ای است. باسیل سل یک عامل نادر ولی مهم اتیت مزمن چرکی با پارگی پرده تمپان است. نشانه آن ترشح آبکی بی درد گوش از یک یا چند سوراخ موجود در پرده تمپان است.

عفونت حاد گوش میانی :

عفونت حاد گوش میانی و تجمع مایع در گوش میانی یکی از شایع ترین بیماری های کودکان است که در نتیجه گسترش باکتری از نازوفارنکس و از طریق شیپوراستاش به حفره گوش میانی صورت می گیرد. معمولاً به دنبال عفونت های تنفسی فوقانی ویروسی، مخاط متورم و پر خون شده و زمینه برای تکثیر باکتری در گوش میانی فراهم می شود. حداکثر سن ابتلا بین ۶-۱۸ ماهگی است. اغلب کودکان تا سن ۳ سالگی حداقل یک بار دچار عفونت حاد گوش میانی می شوند و در نیمی از آن ها حملات مکرر (۳ نوبت یا بیشتر) رخ می دهد .

تشخیص

در تشخیص اوتیت حاد گوش میانی، توجه به این موارد ضروری است:

- ۱ -تاریخچه شروع حاد علایم و نشانه ها (گاهی خروج چرک از گوش: کمتر از ۲ هفته)
- ۲ -وجود مایع در گوش میانی
- ۳ -علایم و نشانه های التهاب گوش میانی (درد گوش، قرمزی پرده گوش در اتوسکوپ و ...)
وجود مایع حداقل با یکی از موارد ذیل تشخیص داده می شود.
- ۱ -برجسته شدن پرده تمپان
- ۲ -عدم تحرک یا حرکت کم پرده تمپان
- ۳ -سطح مایع - هواپشت پرده تمپان
- ۴ -ترشح چرکی و علایم یا نشانه های التهاب پرده تمپان یا درد گوش که با فعالیت روزانه یا خواب تداخل و آن را محدود می کند.

تظاهرات بالینی:

کودکان دچار عفونت حاد گوش میانی ممکن است علایم و نشانه های غیراختصاصی نظیر تب، تحریک پذیری، سردرد، بی اشتها، استفراغ و اسهال داشته باشند. نشانه های عفونت تنفسی ویروسی شامل سرفه و آبریزش معمولاً قبل از نشانه های اختصاصی عفونت گوش پدیدار می شوند. تب در حدود ۱/۳ تا ۲/۳ موارد در کودکان دچار عفونت حاد گوش میانی وجود دارد.

با توجه به اینکه تشخیص قطعی اوتیت حاد چرکی بسیار مهم است و هرچه سریعتر باید برای پیشگیری از عوارض، درمان آنتی بیوتیکی مناسب را شروع کرد و از طرفی سایر مشکلات گوش نظیر اوتیت خارجی یا درد های ناشی از آلرژی نیز باید از یک اوتیت حاد چرکی افتراق داده شوند بنابراین برای تشخیص، باید پس از یک معاینه دقیق اتوسکپی و گرفتن شرح حال دقیق، معیار های زیر را در کودک تعیین کنید .

معیار های تشخیص قطعی اوتیت حاد گوش میانی :

۱. ترشح چرکی از گوش به مدت کمتر از ۱۴ روز
 ۲. تورم متوسط تا شدید پرده گوش
 ۳. تورم خفیف پرده گوش به همراه قرمزی شدید پرده
 ۴. تورم خفیف پرده گوش به همراه شروع اخیر درد گوش در کمتر از ۴۸ ساعت
- اگر حداقل یکی از معیارهای تشخیصی بالا وجود داشته باشد ، عفونت حاد قطعی گوش میانی است و اگر هیچ یک از این معیارها بطور کامل وجود ندارد تشخیص احتمال عفونت حاد گوش میانی مطرح است و در این صورت باید بر اساس سن کودک و وجود معیار شدت بیماری (ظاهر توکسیک بیمار و تب بالای ۳۹ درجه سانتی گراد، درد شدید گوش هم جزء شدت بیماری است آیا نباید اینجا بیاید) برای شروع درمان آنتی بیوتیکی تصمیم گیری کرد.
- اتالژی یا درد گوش شایع ترین شکایت شیرخواران و کودکان دچار عفونت حاد گوش میانی است. بروز آن در شیرخواران کم سن به صورت مالیدن گوش یا بی قراری و تحریک پذیری شدید است اما برخی شیر خواران درد گوش ندارند .

معاینه گوش :

معاینه گوش را باید با مشاهده لاله و کانال خارجی گوش آغاز کرد. لمس نواحی اطراف لاله برای تعیین وجود پریوستیت یا اوتیت خارجی منتشر لازم است. کانال گوش باید از نظر التهاب یا سرومن که رویت پرده تمپان را غیر ممکن می کند، بررسی شود.

برای ارزیابی دقیق پرده تمپان و حرکت آن، باید اتوسکپ پنوماتیک که قطعه سر آن حفاظ مناسب دارد به کار برده شود. اسپکولوم آن باید بزرگترین لومنی که به راحتی با سوراخ گوش خارجی غضروفی کودک منطبق می شود را داشته باشد. نشانه های مهم پرده تمپان را باید در اتوسکپی جستجو و مشاهده کرد. تمام نکات ذیل در پرده تمپان باید رویت شود:

وضعیت پرده تمپان:

به طور طبیعی مختصری محدب است. بیرون زدگی، نشانه افزایش فشار ناشی از فشار مثبت هوا یا مایع است. پرده تمپان عقب کشیده شده، نشانه فشار منفی با یا بدون مایع است. پُرِ پرده تمپان نخست در قسمت خلفی فوقانی بخش محکم و بخش شل دیده می شود چون این دو بخش بیشترین قابلیت پذیرش را دارند.

ظاهر و رنگ پرده تمپان:

رنگ طبیعی، خاکستری مرواریدی و شفاف است. هر گونه احتقان غشای مخاطی گوش میانی به پرخونی عروق پرده تمپان و ظاهر صورتی آن منجر می شود. تغییر رنگ آبی نشانه وجود خون در گوش میانی است. (یکی از علامت هایی که در ضربه های به جمجمه، می تواند نشانگر شکستگی قاعده جمجمه باشد، تغییر رنگ آبی پرده تمپان است). مخاط ملتهب گوش میانی معمولا با پرده تمپان قرمز روشن معلوم می شود.

تمامیت پرده تمپان:

باید هر چهار ربع پرده تمپان را از نظر وجود و عدم پرفوراسیون و عقب کشیده شدن یا وجود کلسفاتوم جستجو کرد.

حرکت پرده تمپان:

اعمال فشار مثبت با اتوسکپ پنوماتیک، معاینه گر را قادر به تعیین وجود فضای پر از هوا (تکان سریع پرده تمپان با فشار مثبت و منفی) یا فضای پر از مایع (عدم حرکت یا حرکت جزئی پرده تمپان) می سازد. گوش میانی با فشار منفی به فشار منفی اتوسکپ پاسخ نمی دهد. گوش میانی با فشار مثبت زیاد، به فشار مثبت اتوسکپ پاسخ نخواهد داد. تمپانومتري، کمپلیانس پرده تمپان را اندازه می گیرد.

درمان عفونت حاد گوش میانی

اساس درمان عفونت حاد گوش میانی بر مبنای وجود کامل یا احتمالی یکی از معیار های تشخیص عفونت قطعی گوش است. با توجه به انسداد انس می کروب های پاتوژن مقاوم به آنتی بیوتیک های کنوری و ملتهب های حاکی از ارتباط مصرف فراوان آن ها با بروز گونه های مقاوم، محدود کردن مصرف آنتی بیوتیک ها در کودکان مبتلا به عفونت حاد گوش میانی پیشنهاد شده است. بنابراین برای شروع درمان آنتی بیوتیکی در کودکانی که با شکایت گوش درد مراجعه می کنند شرایط زیر را در نظر بگیرید:

✓ اگر در معاینه پرده گوش یا در شرح حال بیمار، یکی از معیارهای تشخیص قطعی که در بالا ذکر شد قطعاً وجود دارد، صرف نظر از سن کودک، باید با آنتی بیوتیک مناسب درمان شود.

اگر معیارهای عفونت قطعی کامل نیست در این صورت باید برای تصمیم گیری برای شروع درمان به سن بیمار توجه کنید:

✓ اگر سن کودک زیر ۶ ماه است حتی اگر معیارها قطعی نیست درمان آنتی بیوتیکی را شروع کنید.

✓ اگر سن کودک بالای ۶ ماه است و معیارهای تشخیص قطعی عفونت حاد گوش میانی در معاینه به طور کامل وجود ندارد ولی کودک ظاهر توکسیک دارد (بدحال است) و تب بالای ۳۹ درجه سانتیگراد دارد، درمان آنتی بیوتیکی را شروع کنید.

✓ اگر سن کودک بالای ۶ ماه است و وجود هیچیک از معیارها قطعی نیست، با تجویز مسکن و تحت نظر گرفتن وضعیت کودک تا ۴۸ ساعت آینده صبر کنید و چنانچه پس از این مدت درد و شکایت بیمار بهبود نیافت، آنتی بیوتیک تجویز کنید.

داروهای ضد احتقان و آنتی هیستامین ممکن است کمی احتقان گوش را در بیمار آرام کنند، ولی تأثیری در سرعت بهبودی عفونت گوش میانی ندارند. (در کودک کمتر از دو سال تجویز آنتی هیستامین و ضد احتقان ممنوع است).

انتخاب آنتی بیوتیک:

کار آزمایشهای بالینی، ارزش مصرف آنتی بیوتیک ها را در بهبود نشانههای بالینی و کاهش میزان بروز عوارض چرکی نشان داده اند. هر چند که تعداد زیادی از کودکان مبتلا به عفونت حاد گوش میانی بدون تجویز آنتی بیوتیک از نظر بالینی بهبود می یابند.

آنتی بیوتیک باید طیف فعالیت علیه پنوموکوک، هموفیلوس انفلوانزا، و کارآیی اثبات شده بالینی و میکروبیولوژیک و عوارض جانبی محدود، قابلیت دسترسی، طعم خوب و قیمت قابل قبول داشته باشد.

اگر بیمار آنتی بیوتیک مناسبی دریافت کند، بهبود قابل توجه نشانه ها و علائم ظرف ۷۲ ساعت روی می دهد و نشانه ای از عود، تکرار عفونت یا عواقب چرکی پیدا نمی شود. اغلب آنتی بیوتیک های با ارزش در درمان عفونت حاد گوش میانی، غلظت قابل توجهی در مایع گوش میانی پیدا می کنند که معمولاً با غلظت سرمی تطابق دارد. غلظت دارو در مایع چرکی از موکوئید یا سروز بالاتر است.

آموکسی سیلین خوراکی، آنتی بیوتیک خط اول درمان عفونت حاد گوش میانی است زیرا میزان شکست پایینی دارد. آموکسی سیلین با دوز بالا (۹۰-۸۰ میلیگرم به ازای هر کیلوگرم وزن روزانه) منقسم در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز سبب در درمان بزرگتری از گونه های پنوموکوک به خوبی پاسخ می دهد.

در صورت عدم پاسخ، می توان از کو آموکسی کلاو (آموکسی سیلین ۸۰ تا ۹۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز همراه کلاولانات سدیم ۶/۴ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن روزانه) (با نسبت ۱۴ به ۱) منقسم در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز استفاده نمود.

ترشح پائین گوش مملی ممکن است ۲-۳ ماه پس از درمان اوبخت مدلی حاد ایجاد شود و به شکل روغن رگد به درمان ندارد. اگر ترشح بیشتر از ۳ ماه باقی باشد و به ویژه در صورت کاهش شنوایی، بای یک دوره ۱۴-۱۰ روزه درمان آنتی بیوتیکی را در نظر گرفت. دوره های مکرر لی طولاری آنتی بیوتیک در این مورد توصیه نمی شود. در صورت عدم بهبود، ارجاع بیمار به متخصص گوش و حلق و بینی جهت گذاشتن لوله ونتیلاسیون در صورت رگد ضروری است. آنتی بیوتیک هایی که برای درمان پنومونی استفاده می شود، بر باکتری هایی که باعث عفونت گوش می شوند نیز موثر می باشد. برای تسکین درد یا تب بالا استامینوفن بدهید. اگر چرک از گوش خارج می شود به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد و در صورت عدم بهبودی جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

مدت درمان

طول مدت درمان در عفونت حاد گوش به مدت ۱۰ روز می باشد. در سری بالینی کودکی که درمان مناسب آنتی بیوتیکی در ظرفت می کند بهبودی چشمگی علاج حاد ظرف ۴۸ تا ۷۲ ساعت مشاهده می شود. آگاه ساختن والدین در مورد زمان تماس با پزشک در صورت بدتر شدن علاج در هر زمان و لی عدم ایجاد بهبودی ظرف ۷۲ ساعت است.

درد مداوم گوش یا نشانه های شدیدی سیستمیک مانند تب، رگد مند ارزلیی مجدد و معایه برای کانون های دیگر عفوری، تعین رگد به آنتی بیوتیک دیگر لی انجام تمپانوسنتز لی می نگوتومی برای باز و تخلیه کردن مایع گوش مملی و کشت دادن آن برای طفتن پاتوژن می باشد. اگر به آنتی بیوتیک جدیدی رگد باشد، پائین بودن در برابر بتالاکتاماز و کارآمد بودن علاج پنوموکک های مقاوم به پری سولین (در صورت فراهم بودن اطلاعات بررسی های محلی) بای در نظر باشد. در صورت عدم بهتر شدن علائم پس از ۴۸ ساعت، آنتی بیوتیک جایگزینی کوآموکسی کلاو (با دوز آموکسی سولین $90-80 \text{ mg/kg}$ روزانه) می باشد. مراجعه بیگیی بای برای اثبات آن که کودک عفونت حاد را پشت سر گذاشته و بررسی از نظر وجود مایع گوش مملی انجام شود.

برای بیمارانی که هنوز علاج لی نشانه هایی از بیمارانی (به جز مایع مزمن گوش مملی) داشته باشند، وینی ۱۰ تا ۱۴ روز بعد توصیه می شود. وینی در هفته ۴ تا ۶ و تکرار آن در فواصل ۱ ماهه، چنان چه مایع وجود داشته باشد، انجام می شود. در تعین مدت باقی ماندن مایع گوش مملی پس از عفونت حاد و مشخص کردن کودکاری که ممکن است رگد به گذاشتن لوله تهوی داشته باشند ارزشمند است.

عوارض عفونت حاد گوش میانی:

پارگی پرده تمپان، پارگی حاد پرده تمپان که ناشی از ضربه نباشد معمولاً نتیجه عفونت حاد گوش میانی است ولی در جریان عفونت گوش خارجی هم ممکن است روی دهد. ترشح چرکی از گوش میانی (اتوره) از طریق سوراخ در پرده تمپان معمولاً در مرکز آن است و یا ترشح از کانال پارگی حاد پرده تمپان، ترشحات خارج می شود. رفع فشار روی پرده تمپان به کاهش ناگهانی درد و تب منجر می شود. پرده تمپان شبکه عروقی متراکمی دارد و معمولاً پس از پارگی، ترمیم آن سریعاً آغاز می شود و معمولاً ظرف ۲۴ تا ۷۲ ساعت پارگی ترمیم می شود.

اگر پرده تمپان، ترمیم شود و عفونت غشای مخاطی همچنان وجود داشته باشد، امکان تجمع مجدد مایع وجود دارد.

علت پارگی، فشار ناشی از افزایش حجم محتویات گوش میانی به پرده تمپان و ایسکمی و آسیب نسبی موضعی بوده و معمولاً در مرکز آن است. پس از پارگی، محتویات گوش میانی به گوش خارجی سرازیر می شوند و ناگهان درد و تب قطع می شود. اگر غشای مخاطی گوش میانی ملتهب باقی مانده باشد، امکان تجمع مجدد مایع، پشت پرده تمپان ترمیم شده و ظهور مجدد نشانه های حاد عفونت گوش وجود دارد. پارگی مزمن بعد از عفونت حاد، یا برداشتن لوله ونتیلیسیون روی می دهد. رشد بافت پوششی مطابق در لبه های سوراخ مانع ترمیم آن و سبب تداوم پارگی خواهد شد. اصطلاح عفونت مزمن چرکی گوش به مرحله ای از بیماری اطلاق می شود که التهاب مزمن گوش میانی و ماستوئید ایجاد شود، پرده تمپان سوراخ و اتوره وجود دارد. ماستوئید معمولاً وجود دارد و ممکن است کلستئاتوم[□] تشکیل شود.

۱. **کاهش شنوایی** در صورت تجمع مایع در فضای گوش میانی چه با عفونت حاد و چه در صورت عفونت گوش خارجی روی می دهد. وقتی مایع، فضای گوش میانی را پر می کند، کاهش شنوایی با سرومن متوسط حدود ۲۵dB رخ می دهد که مانند وجود جرم در کانال است. کاهش شنوایی در عفونت حاد گوش میانی سبب اختلال در تکامل (اختلال تکامل بیانی و توانایی های تشخیصی شنیداری) اختلال رفتار و مشکلات یادگیری می باشد.

۳ - **سرگیجه** ممکن است در عفونت گوش روی دهد؛ ولی شکایت شایعی نیست. در اوتیت یکطرفه بیشتر از دو طرفه دیده می شود و ممکن است در اثر لابیرنتیت باشد. کودکان بزرگتر احساس چرخیدن دارند ولی در سنین پایین تر که قدرت بیان شکایت را ندارند ممکن است به صورت عدم تعادل و سقوط خود را نشان دهد.

□. **تعریف کلستئاتوم:** رشد پوست در محلی که به طور طبیعی در آن محل پوست وجود ندارد.

این پدیده در گوش یعنی رشد پوست در داخل گوش میانی که به دلیل رشد بقایای پوستی دوران جنینی و یا ورود پوست مجرای گوش از طریق سوراخ در پرده و یا فرو رفتگی گوشه های پرده ایجاد می گردد. کلستئاتوم با ترشح آنزیم های خاص استخوان اطراف خود را هضم کرده و در داخل استخوان پیشروی می نماید.

4 - **وزوز گوش** در کودکان شکایت ناشیعی است ولی در صورت بروز، معمولاً ناشی از عفونت گوش و اختلال عملکرد شیپوراستاش است.

5 - **تورم اطراف گوش** به ویژه در ناحیه پشت گوش ممکن است نشانه ماستوئیدیت باشد.

6 - **فلج عصب فاسیال** در کودکان به عنوان عارضه عفونت حاد یا مزمن گوش، همراه پارگی پرده یا بزرگ شدن کلستاتوم روی می دهد.

7 - **کنژنکتویت** در موارد عفونت حاد گوش میانی ناشی از هموفیلوس آنفلوآنزای غیرتیپ بندی شده[□] دیده شده است. ملتحمه محتقن با ریزش اشک یا ترشح چرکی خواهد بود.

آنومالیهای مجامهای صورتی مثل شکاف کام، دیس استوز فک تحتانی و صورت و سندرم داون به بیماری راجعه گوش منجر می شوند. تکلم تو دماغی نشانه عدم کفایت عضلات کامی حلقی است.

تشخیص افتراقی عفونت گوش:

التهاب یا وجود جسم خارجی در کانال گوش خارجی ممکن است به درد گوش منجر شود و عفونت حاد گوش میانی را تقلید کند.

در صورت وجود اوتیت خارجی یا فورونکولوز کانال خارجی بیمار، اغلب در کانال، خارش شدید دارد و با دست زدن به نرمه، درد شدید پیدا می کند.

ممکن است کانال به قدری تنگ و حساس باشد که معاینه با اتوسکوپ میسر نباشد. احتقان پرده تمپان به دنبال عفونت تنفسی فوقانی با پرخونی تمامی مخاط های پوششی تنفسی منجمله گوش میانی ایجاد می شود. قرمزی پرده تمپان به دنبال ضربه یا معاینه خشن کانال گوش خارجی هم روی می دهد و در کودک در حال گریه نیز به طور ناگهانی ایجاد میشود. اتالژی با عفونت لوزهها، آدنوئید، دندانهها، حلق، بینی، هیپوفارنکس یا حنجره نیز روی می دهد. تومورهای این نواحی هم سبب انتشار درد به گوش همان طرف از طریق عصب واگ می شوند. لنفوم، لوکمی یا رابدومیوسارکوم کام، هیپوفارنکس یا قاعده جمجمه ممکن است به انسداد شیپوراستاش و تولید مایع سرروز و اتالژی بیانجامد.

در حال حاضر هیچ روشی جز تمپانوسنتز برای تشخیص عود عفونت حاد گوش میانی از حمله جدید و راجعه یا عفونت هم زمان غیر مرتبط همراه افوزیون مزمن گوش میانی وجود ندارد.

عفونت مزمن گوش

اگر خروج چرک از گوش را می بینید و ترشح ۲ هفته یا بیشتر طول کشیده باشد کودک بیمار را در طبقه بندی عفونت مزمن گوش قرار دهید. مهم ترین و موثرترین درمان برای عفونت مزمن گوش این است

که گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. برای درمان عفونت مزمن گوش به مدت ۱۴ روز درمان با کوآموکسی کلاو (آموکسی سیلین ۸۰ تا ۹۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز همراه کلانولانات سدیم ۶.۴ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم روزانه) (با نسبت ۱۴ به ۱) تجویز کنید و به مادر توصیه کنید در صورت ایجاد تب بالا و تورم دردناک در پشت گوش فوراً برگردد. جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند. در صورتی که خروج چرک از گوش بیش از ۴ هفته ادامه یابد، کودک را برای بررسی بیشتر به مرکز تخصصی ارجاع دهی.

عفونت گوش وجود ندارد

اگر درد گوش وجود ندارد و خروج چرک از گوش دیده نمی شود و معاینه گوش نرمال است، بیماری کودک را در طبقه بندی عفونت گوش وجود ندارد، قرار دهید. کودک به درمان بیشتری برای این مشکل نیاز ندارد. اگر شکایت کودک از گوش همچنان مطرح است باید به دلایل دیگر غیر عفونی فکر کنید.

چگونه گوش را با فتیله گذاری خشک کرد

- به چارت درمان کودک مراجعه کنید. برای اینکه به مادر آموزش دهید که چگونه گوش کودکی که دارای ترشح چرکی است را با فتیله خشک کند، ابتدا به او بگویید که خشک نگه داشتن گوش مبتلا به عفونت، برای بهبود آن بسیار مهم است و سپس نحوه فتیله گذاری گوش کودک را به او نشان دهید.
- در حالی که گوش کودک را فتیله گذاری می کنید به مادر بگویید:
- از پارچه کتان تمیز و جاذب رطوبت و یا گاز یا باند برای تهیه فتیله استفاده کند. از دستمال یا کاغذ نازک که ممکن است بخشی از آن در داخل گوش باقی بماند استفاده نکند.
- فتیله تا وقتی که خیس شود، در داخل گوش کودک باقی بماند.
- یک فتیله خشک را جایگزین فتیله خیس کند.
- کار فتیله گذاری را سه بار در روز و تا زمانی که دیگر ترشح چرکی وجود ندارد ادامه دهی.
- این کار درمانی را تا هر چند روز که لازم است یعنی تا زمانی که چرکی از گوش خارج نمی شود و فتیله های قرار داده شده در گوش دیگر خیس نمی شوند، ادامه بدهد.
- در فواصل فتیله گذاری هیچ چیزی (نظیر روغن، مایعات یا سایر مواد) در گوش نریزد. اجازه شنا کردن به کودک ندهد. آب نباید وارد گوش شود.

سوالات کنترل از مادر پرسید، نظیر:

«از چه چیزی برای فتیله گذاری در منزل استفاده خواهید کرد؟»

«چند بار در روز برای خشک کردن گوش کودک، عمل فتیله گذاری را انجام خواهید داد؟»

«چه چیز دیگری در گوش کودک خواهید ریخت؟»

اگر مادر فکر می کند مشکلی در رابطه با فتیله گذاری گوش دارد، در حل مشکل به او کمک کنید.

سینوزیت

سینوزیت، عبارت از التهاب مخاط یک یا چند سینوس پارانازال است. اگر چه التهاب مخاط سینوس با هر عفونت تنفسی فوقانی که ریخت ایجاد می کند، بسیار شایع است؛ اغلب این حملات بهبود خود به خودی دارند. مطالعات طی ۲ دهه گذشته نشان داده است، ۵ تا ۱۰٪ موارد عفونت حاد تنفسی فوقانی به عارضه سینوزیت حاد می انجامد. هنگام تشخیص سینوزیت در کودک، مسئله اصلی افتراق عفونت تنفسی فوقانی ساده با التهاب آلرژیک از عفونت باکتریال ثانویه سینوس هاست. به جز عوارضی همچون سلولیت پری اریخت لی ترومبوز سینوس کاورنو که تشخیص آنها واضح است، روش مطمئنی برای اثبات تشخیص سینوزیت حاد در شرایط ویی سرپایی کودک وجود ندارد. گاه علائم بعد از بهبود رینیت اولیه تداوم می یابد. سینوزیت بر اساس مدت علائم بالینی به ۳ فرم حاد (کمتر از ۳ هفته)، تحت حاد ۱۰-۳ (هفته و مزمن (بیشتر از ۱۰ هفته) تقسیم می شود.

انتهولوژی

اغلب گزارش ها نشان می دهد؛ پنوموکک، هموفیلوس آنفلوانزا و موراکسلا کاتارالیس، شایع ترین علل سینوزیت حاد و تحت حاد اتموی و ماگزط هستند. این ۳ میکروب در گرفتاری اریخت هم، مقام اول را دارند. در سینوزیت مزمن گونه های بی هوازی و استافیلوکوک طلایی مهم ترند. در کودکان بزرگتر به دلیل شنا، در آن دسته از مناطق جغرافیایی که تغذیه دما بسیار شدیدی است، ریو سینوزیت شایع تر است. در کودکان، پسران بیشتر گرفتار می شوند. کودکان با زمینه آلرژی، عفونت مزمن گوش، مبتلانی به سیستمیک فیبروزیس، نقص ایمنی اولیه هومورال، سندرم کارتاژنر احتمال ابتلا بیش تر است. سینوزیت از فردی به فرد دیگر منتقل نمی شود ولی همه گوی هایی به دنبال شنا در آب های بسیار آلوده دیده می شود.

تظاهرات بالینی

علائم بالینی بر حسب سن متفاوتند. بر خلاف کودکان بزرگ تر و نوجوانان که شکایت کاملاً موضعی است، ولی در سرین پایین تر کمتر می توان علائم را به گرفتاری سینوس ارتباط داد. در سرین پایین تنها سینوس های اتموی و ماگزط گرفتار می شوند که اغلب پس از یک عفونت حاد تنفسی فوقانی

ویال است. در بیشتر کودکان، بین عفونت اولیه تنفسی و ایجاد نشانه های عفونت سینهوس، یک دوره بهبودی عمومی وجود دارد. بارزترین شکایت در تمام کودکان به ویژه سن کمتر از ۱۰ سال، ترشح مداوم بینی است که معمولاً چرکی است؛ ولی ممکن است آبکی یا سروزی هم باشد. سرفه رهن همراه آبریزش بینی وجود دارد و با طولانی شدن بیماری مشخص تر می شود، به ویژه سرفه هنگام شب به دلیل تحریک ناشی از عبور ترشحات سینهوس از حلق بیشتر مشکل ساز است. گاه ترشحات عقب حلق باعث استفراغ می شود. تب در سینوزیت متغی و دارای رابطه عکس با سن و طول مدت بیماری است. بوی بد دهان غالباً توسط والدین ذکر می شود. گاه نخستین نشانه بیماری تب و تورم اطراف چشم است. در اغلب موارد سلولایت پری اریته نشانه ای از سینوزیت اتموئی است.

سردرد و درد صورتی که در بزرگسالان شایع است، در کودکان فقط در یک سوم (۱/۳) موارد دیده می شود و در کودکان کم سن غی معمول هستند. در سینه بالاتر و نوجوانان، آبریزش بینی شکایت اصلی است. با افزایش سن و ازمان بیماری ترشح پشت بینی مزاحم، شکایت شایعی است. سینوزیت اسفنجی به تنهایی در کودکان نادر است؛ ولی اغلب به دلیل مبهم بودن نشانه ها و عدم وجود یافته های فیزیکی مشخص، تشخیص داده نمی شود. علاج بالینی شامل تب، سردرد و یافته های نورولوژیک است. ترشح بینی در همه سینه شایع ترین علامت است. در سینه کم، احتمال آبکی یا سروزی بودن و در نوجوانان چرکی بودن بیشتر است. تب در عفونت حاد و همراه سلولایت اریته شایع تر است. حساسیت سینهوس در سینه بالاتر دیده می شود و به ندرت در کودکان کم سن وجود دارد. حساسیت به ویژه هنگام دق دندان های آسرای فوقاری چشمگی است. اگزودای آزاد معمولاً در معاینه حلق دیده می شود. گاه نفس بوی بدی دارد. در رهمی از مبتلایان سینوزیت، معاینه گوش غی طبیعی است. سینوزیت حاد معمولاً یک طرفه و سینوزیت مزمن دوطرفه است. شکایت ها در اغلب مبتلایان به سینوزیت مزمن اندک هستند و والدین فقط احساس می کنند که کودک کاملاً سالم ریت و گاه شکایت آنها تداوم نشانه های عفونت تنفسی به مدت چند ماه است. در کودکاری که بیش تر از ۳ ماه علاج تنفسی داشتند و به کلینیک آلرژی ارجاع شدند، در موارد زطی، سینوزیت تشخیص داده شده است. همراهی رنوره متوسط و شدی و سرفه، وئگی ۹۵٪ و حساسیت ۳۸٪ در پیشگویی وجود سینوزیت مزمن داشته است.

در کودکاری که با شکایت پایار تنفسی فوقاری (ترشح بینی یا پشت بینی با لی بدون سرفه در روز به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز) مراجعه می کنند لی وقتی علاج شدی است (درجه حرارت بیشتر از ۳۹ و ترشح چرکی بینی حداقل ۳ روز متوالی در کودکی که ناخوش به نظر می رسد)، تشخیص بیماری، سینوزیت حاد باکتریالی است. یافته های گرافی ساده سینهوس ها انطباق چنداری با بیماری ندارد و گرافی نبای انجام شود. در صورت تداوم لی تکرار علاج سینوزیت لی در صورت بروز عوارض، بای CT اسکن سینهوس ها انجام گید. درمان ابتدایی آنتی بیوتیک برای سینوزیت حاد بایستی با یک آنتی بیوتیک با طیف محدود مثل آموکسری سولین ۹۰-۸۰ mg/kg/day در ۲ یا ۳ دوز منقسم، برای اکثر کودکان باشد. ملاحظات مربوط به مقاومت آنتی بیوتیکی به دنبال شکست درمان با آموکسری سولین نظی مورد فوق الذکر در عفونت حاد گوش میانی است.

درمان سینوزیت حاد و تحت حاد

درمان موفق سرخوزیت حاد و تحت حاد در کودکان تجویز آنتی بیوتیک مناسب با دوز کافی به مدت کافی است. در اغلب موارد باقی درمان قبل از آماده شدن جواب کشت شروع شود. انتخاب آنتی بیوتیک در این موارد دشوار نیست، زیرا بیش از ۹۰٪ موارد سرخوزیت حاد، هموفیلوس آنفلوانزا، پنومو کک، موراکسلا، استافیلوکوک طلائی و استرپتوکوک بهیژن عامل بیماری هستند. انتخاب اولیه آنتی بیوتیک باقی بر اساس شدت بیماری بالینی و با در نظر گرفتن الگوهای مقاومت آنتی بیوتیک در میکروارگانیسم های شایع، قیمت و سهولت تجویز دوره آنتی بیوتیک باشد.

آموکسی سیلین در کودکان زیر ۲ سال مشکوک به سرخوزیت های باکتریایی با شدت خفیف تا متوسط که به مهدکودک نمی روند و اخیراً آنتی بیوتیک دریافت نکرده اند خط اول درمان است و می توان با دوز 45 mg/kg/day و در صورت عدم پاسخ به درمان پس از ۴۸ ساعت با دوز $80-90 \text{ mg/kg/day}$ در دو نوبت داده شود. توصیه می شود، کودکانی که با دوز بالای آموکسی سیلین پاسخ نمی دهند، کودکان با بیماری شدیدتر و آن ها که در مهدکودک هستند با دوز بالای آموکسی سیلین همراه با کلاوولانات با نسبت ۱۴ به ۱ درمان شوند. کودک بد حال باقی جهت بستری ارجاع داده شود. دوز و مدت درمان مناسب آنتی بیوتیکی در سرخوزیت دارای اهمیت ویژه است. مدت درمان باقی حداقل ۱۰ روز باشد. رفع انسداد خروجی سینهوس و برقرار کردن مسری ترشحات، اصول اساسی درمان هستند. تجویز منقبض کننده های عروقی (فنیل افرین هیدروکلراید و اکسری متازولین) با اتساع عروقی واکنشی همراه است. در جریان بیماری حاد باقی به ندرت از این دسته داروها استفاده کرد، کاربرد اصلی آن ها رفع درد ناشی از انسداد و آن هم تنها به مدت ۲ تا ۳ روز است.

ارزیابی و طبقه بندی گلودرد

عفونت های تنفسی فوقانی یکی از علل عمده مراجعه کودکان به مراکز درمانی سرپایی می باشد. تقریباً ۱/۳ این مراجعات به دلیل گلودرد به عنوان نشانه اولیه می باشد. فارنژیت، التهاب حلق و لوزه ها به علل مختلف ایجاد می شوند. تظاهر کلاسیک عفونت تنفسی فوقانی استرپتوککی به صورت فارنژیت در کودکان زیر ۳ سال ناشایع است. تب رماتیسمی هم زیر ۳ سال نادر است.

استرپتوکک گروه A

شایع ترین عفونت استرپتوککی گروه A، فارنگوتونسیلیت است. عوارض چرکی نظری اوتیت مدی سینوزیت، آبسه پری تونسیلر و خلف حلق و آدنیت گردری چرکی در برخی بیماران و اغلب در افراد درمان نشده ایجاد می شود. ارزش درمان ضد میکروبی در عفونت ناشی از استرپتوکک گروه A، در کاهش بیماری زایی و عواقب غیر چرکی نظری روماتیسم حاد مفصلی و گلودونفریت حاد است.

اپیدمیولوژی: فارنژیت معمولاً به دنبال تماس با فرد دچار فارنژیت استرپتوکک گروه A روی می دهد. انتقال استرپتوکک گروه A، تقریباً همیشه به دنبال تماس با ترشحات تنفسی است (مثل همه گیری های فارنژیت در مدارس). همراهی فارنژیت و زرد زخم و عوارض غیر چرکی آن ها با ازدحام که اغلب در شرایط

نامطلوب اجتماعی - اقتصادی وجود دارد، دیده شده است. تماس نزدیک در مکان هایی مثل مدارس، مهدهای کودک، سربازخانهها انتقال را تسهیل میکند.

همهگیریهای غذایی ناشی از فارنژیت استرپتوکوکی نیز روی می دهند و نتیجه آلودگی غذا توسط افراد در شرایط نامناسب آماده سازی و زنجیره سرما هستند. فارنژیت استرپتوکوکی در هر سنی روی می دهد ولی در کودکان سنین مدرسه و نوجوانان شایع تر است. فارنژیت و پیودرمای استرپتوکوک گروه A در بالغین نسبت به اطفال کمتر دیده می شود.

فارنژیت استرپتوکوک گروه A، در اواخر پاییز و در بهار و در مناطق معتدل احتمالاً به دلیل تماس نزدیک فرد با فرد شایع تر است. سرایت فارنژیت استرپتوکوک گروه A، در عفونت حاد و در افراد درمان نشده حداکثر است و ظرف چند هفته تدریجاً کم میشود. بیماری در عرض ۲۴ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مناسب غیرمصری می شود.

کشت حلق کودکان سالم بی علامت در هنگام همه گیری های فارنژیت در مدارس، میزان شیوع ۱۵٪ را نشان داده است. این میزان، کودکانی را هم که حامل استرپتوکوک گروه A در حلق هستند و پاسخ ایمنی به آنتی ژن های سلولی و خارج سلولی استرپتوکوک گروه A، در آنها ایجاد نمی شود را در بر می گیرد. حاملین ممکن است ماه ها استرپتوکوک گروه A را داشته باشند، اما خطر انتقال به دیگران ناچیز است. دوره کمون فارنژیت استرپتوکوک گروه A، ۲ تا ۵ روز است.

تظاهرات بالینی

فارنژیت یا تونسیلیت استرپتوکوکی بیماری بالینی کوتاه با دوره کمون کوتاه (۱۲ ساعت تا ۴ روز) است که شدت آن از یک فرم ساب کلینیکی تا فرم بسیار توکسیک با تب بالا، تهوع و استفراغ، درد شکمی و سردرد متغیر است.

وضعیت بسیار توکسیک، معمولاً در همه گیری ها بیشتر دیده می شود، به ویژه در فرم منتقله از راه غذا که نشان دهنده اهمیت انتقال سریع میکروب از فردی به فرد دیگر در میزان شدت بیماری است. شروع حاد با تب، گلودرد، سردرد یا درد شکم (که در اطفال شایع تر است) می باشد. لوزه ها و حلق ممکن است ملتهب یا عفونی به نظر برسند اما اگر ادم شدید باشد، رنگ پریده به نظر می رسند. اگزودا تظاهر نسبتاً شایعی است (در ۱/۳ موارد) که معمولاً روز دوم به صورت نقاط زرد مایل به سفید است و روز بعد گسترده و به هم ملحق می شوند. بزرگی عقده های لنفاوی قدام گردن را نیز در ۶۰-۳۰٪ بیماران می توان دید. تظاهرات بالینی معمولاً خود به خود فروکش میکنند، مگر این که عارضه چرکی (اوتیت مدیا، سینوزیت، آبسه پری تونسیلر) اضافه شود. بیمارانی که دچار عارضه می شوند معمولاً مدت ۱ تا ۳ هفته کاملاً خوب

هستند و سپس علایم دیررس پدیدار می شوند. پس از بروز عفونت استرپتوکوکی، دوره نهفتگی گلومرولونفریت حاد به طور متوسط ۱۰ روز و برای تب روماتیسمی حاد ۱۸ روز است. فرم شیرخوارگی عفونت استرپتوکوکی (تب استرپتوکوکی کودکان) ممکن است دوره طولانی تری داشته باشد که شامل تب خفیف مزمن، لنفادنوپاتی ژنرالیزه، ترشح آبکی مداوم بینی و بدون شواهد التهاب موضعی در حلق است.

حاملین استرپتوکک در عفونت تنفسی فوقانی

شواهد موجود حاکی از کم خطر بودن حاملین استرپتوکوک گروه A در دستگاه تنفسی فوقانی برای دیگران است؛ زیرا آن ها به ندرت میکروب را در تماس های نزدیک منتقل می کنند. خطر بروز عوارض غیر چرکی نظیر تب روماتیسمی نیز در حاملین بسیار کم است. بر خلاف عفونت واقعی که در حضور میکروب، پاسخ ایمنی برانگیخته می شود در حاملین، وجود میکروب در دستگاه تنفسی فوقانی، مدتهای طولانی بدون شواهد پاسخ ایمنی (نظیرافزایش آنتی بادی علیه آنتی ژن های استرپتوکک) رخ می دهد.

پنی سیلین قادر به نفوذ به داخل سلول اپی تلایال و ریشه کن کردن آن در فرد حامل نیست ۲۰-۵٪ کودکان در اواخر پاییز، زمستان و اوایل بهار استرپتوکک گروه A را در دستگاه تنفسی فوقانی حمل می کنند.

گلودرد را چگونه ارزیابی کنید.

از والدین کلیه کودکان بالای ۲ سال در مورد گلودرد سؤال کنید.

سؤال کنید: آیا کودک گلودرد دارد؟ یا آیا کودک موقع غذا خوردن مشکل دارد؟

اگر مادر پاسخ خیر داد و معاینه گلو نرمال بود، کودک را از نظر **تب**، کم وزنی، وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل های دارویی کنترل کرده و همچنین ساید مشکلات او را ارزیابی کنید.

اگر مادر پاسخ بله داد،

سؤال کنید: آیا کودک آبریزش بینی، سرفه، عطسه، قرمزی چشم ها، یا خشونت صدا و ملی بثورات جلدی دارد و یا هرعلامت دیگری به نفع عفونت های ویرال دارد؟

بسیاری از عفونت های ویروسی ناحیه حلق نیز با درد و سوزش ناحیه گلو همراه می باشند. از آنجا که این دسته از عفونت ها نیاز به درمان آنتی بیوتیکی ندارند، لذا افتراق آنها از عفونت های استرپتوکوکی مهم است. از جمله علائم کمک کننده، آبریزش بینی، سرفه، عطسه، قرمزی چشم و یا خشونت صدا و **بثورات**

جلدی است که معمولاً در عفونت های ویروسی وجود دارند. وجود هر یک از این علائم را از مادر سؤال کنید. در صورت وجود ۲ نشانه از نشانه های فوق، کودک گلودرد استرپتو ککی ندارد.

حلق را از نظر قرمزی، پتشی و اگزودا نگاه کنید.

یکی از مهم ترین نشانه های عفونت های استرپتو ککی حلق، وجود قرمزی در حلق همراه با نقاط پتشی روی کام نرم می باشد.

وجود اگزودا در لوزه ها در یک سوم عفونت های استرپتو ککی دیده می شود به این منظور حلق کودک را با استفاده از آبنلانگ و چراغ دستی نگاه کنید. گردن را برای یافتن لنفادنوپاتی لمس کنید.

در صورت بزرگی غدد لنفاوی، هنگام لمس ناحیه جلوی گردن توده هایی را در زیر انگشتان خود لمس خواهید کرد که لمس آنها موجب درد در کودک نیز می شود. تشخیص بزرگی غدد لنفاوی و افتراق آن از حالت طبیعی نیاز به تمرین و کسب مهارت های لازم دارد.

دمای بدن کودک را اندازه گیری کنید.

با استفاده از دماسنج درجه حرارت زیر بغل کودک را اندازه گیری کنید. وجود تب را در کودک مشخص کنید.

چگونه گلودرد را طبقه بندی کنید.

دو طبقه بندی برای کودک مبتلا به گلودرد وجود دارد: عفونت استرپتوککی گلو، عفونت استرپتوککی گلو ندارد.

عفونت استرپتوککی گلو:

اگر کودک دو نشانه و بیشتر از نشانه های عفونت ویرال را نداشته و تب همراه با دو نشانه از نشانه های زیر را داشته باشد (اگزودای سفید در حلق، قرمزی منتشر حلق همراه با نقاط پتشی روی کام نرم، لنفادنوپاتی جلوی گردن) او را در طبقه بندی **عفونت استرپتوککی گلو** قرار دهید. کودکان دارای عفونت استرپتوککی گلو نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارند.

عفونت استرپتوککی گلو ندارد:

اگر کودک دو نشانه یا بیشتر از نشانه های آبریزش بینی، قرمزی چشم، سرفه، خشونت صدا، عطسه و یا **بثورات جلدی** را داشت او را در طبقه بندی **عفونت استرپتوککی گلو ندارد** قرار دهید. چنین کودکانی احتمالاً به یک عفونت ویروسی حلق مبتلا می باشند. این کودکان اگر در طبقه بندی دیگری

قرار دارند، اقدامات آن طبقه بندی را انجام دهید. و درمان های خانگی و بی ضرر سرماخوردگی را توصیه کنید .

انجام آزمایش در افراد در تماس نزدیک با بیمار مبتلا به عفونت استرپتوکوک گروه A

آزمایش موارد تماس خانگی با چهار استرپتوکوک گروه A، بر اساس شرایط متفاوت است. آزمایش تماس خانگی بی علامت فقط هنگامی توصیه می شود که خطر بروز عوارض استرپتوکوک گروه A زیاد است. نمونه کشت گلو با سواب بای از تمام تماس های خانگی کودک دچار تب روماتیسمی یا گلودولونفریت پس از عفونت استرپتوککی گرفته و در صورت مثبت بودن، آنان بایستی درمان شوند. در مدارس، مهدهای کودک یا سای محیط هایی که جمعیت زیادی در تماس نزدیک هستند، پره والانس حاملین استرپتوکوک گروه A در حلق در کودکان سالم حتی بدون وجود همه گیری های بیماری استرپتوککی تا ۱۵٪ است. لذا کشت در همکلاسی ها لزومی ندارد.

کشت گلو در مرحله بیگیری

کشت گلو با سواب پس از درمان تنها برای بهاران در معرض خطر شدید تب روماتیسمی حاد یا کساری که نشانه های منطبق با فارنژیت استرپتوکوک گروه A را دارند ضرورت دارد. تکرار تجویز آنی عیبتک برای بهاران بی علامت با کشت مثبت لزوم ندارد مگر در کسری که سابقه تب روماتیسمی حاد در خودش یا افراد و خانواده اش هست یا شرایط غی معمول ایدمیولوژیک نظیر همه گیری تب روماتیسمی یا گلودولونفریت پس از عفونت استرپتو کی وجود دارد.

درمان فارنژیت :

طبق توصیه کمیته های علمی طب کودکان با توجه به اثربخشی مناسب، پری سرلین تزریقی، درمان انتخابی است؛ اگر چه انواع خوراکی پری سرلین رهن اثربخشی قابل قبولی در درمان فارنژیت استرپتوککی دارند درمان شامل تزریق یک نوبت بنزاتین پنی سیلین عضلانی (پنی سیلین G) است. در حال حاضر در فارماکوپه دارویی ویال های پنی سیلین ۶۳۳.۳ حاوی ۶۰۰ هزار واحد پنی سیلین G است که برای کودکان با وزن کمتر از ۲۷ کیلوگرم تجویز می شود و برای وزن ۲۷ کیلوگرم یا بیشتر نیز ۱،۲۰۰،۰۰۰ واحد به شکل ویال بنزاتین پنی سیلین ۱.۲ میلیون واحد تجویز می شود. با توجه به اینکه ترکیب ۶۳۳.۳ حاوی ۳۰۰ هزار واحد پنی سیلین پروکایین نیز هست و تزریق آن با درد کمتری همراه است، می توان از تزریق دو ویال ۶۳۳.۳ در بالای ۲۷ کیلوگرم استفاده کرد و در صورت وجود تب مساوی ۳۸/۵ درجه سانتیگراد یا بالاتر، استامینوفن بدهید.

تجویز به موقع پری سرلین، دوره بهاری را کوتاه، خطر عوارض چرکی و انتقال را کم و از بروز روماتیسم مفصلی حاد، حتی اگر تا ۹ روز پس از شروع بهاری داده شود، جلوگیری می کند. در تمام مبتلانی به تب روماتیسمی حاد، حتی اگر در کشت گلوئی اولیه نتوان استرپتوکوک گروه A را به دست آورد، دوره کامل درمان با پری سرلین یا سای آنی عیبتک های مناسب، برای ریشه کن شدن استرپتوکوک گروه A

از گلو الزامی است. شکست درمان با پری سرلین خوراکی بخش از بنزائین پری سرلین G عضلاری است که این امر ناشی از عدم تداوم کامل دوره درمانی است. درمان های کوتاه مدت فارنژیت استرپتوکوک گروه A به ویژه با پری سرلین V با میزان ریشه کری می‌کروبی پایین، همراه است.

گرچه پری سرلین داروی انتخابی درمان فارنژیت استرپتوکوکی گروه A است، آمپی سرلین بی‌اموکسی سرلین هم داروهای موثری هستند. اما با توجه به توصیه کم‌پته کشوری و احتمال عدم تداوم ۱۰ روزه آنها توسط کودک و خانواده، تجویز آنها توصیه نمی‌شود. بنزائین پری سرلین G عضلاری درمان مناسبی است، که غلظت خوری کافی ایجاد می‌کند و مشکل ادامه دوره درمانی را ندارد، اما دردناک است. اگر ویال پری سرلین قبل از تزریق در دمای اتاق باشد درد هنگام تزریق کمتر است. مخلوط های دارای پری سرلین کوتاه اثر (مثل پری سرلین G پروکابین) همراه با بنزائین پری سرلین G کارایی بیشتری نسبت به بنزائین تنها ندارند ولی تزریق آن ها کمتر درد دارد. برای بهاران دچار حساسیت به پری سرلین دوره ۱۰ روزه سفالوسپورین خوراکی (نسل اول) ضرورت دارد. ولی در هر حال حدود ۵٪ از افراد حساس به پری سرلین به سفالوسپورین هم حساسیت دارند. نبایع به افرادی که حساسیت فوری نوع I به پری سرلین دارند سفالوسپورین تجویز کرد. کلیندامایسین خوراکی به میزان ۲۰ mg/kg/day در سه دوز منقسم، جایگزینی مناسبی برای پری سرلین در افراد دچار ازدیاد حساسیت شدیدی و متوسط خواهد بود.

ماکروایید و آزالاید خوراکی مانند اریترومایسین، کلاریترومایسین و آزیترومایسین برای افراد دچار حساسیت به پری سرلین، انتخاب مناسبی هستند. درمان به مدت ۱۰ روز و فقط برای آزیترومایسین به مدت ۵ روز خواهد بود. اریترومایسین بخش از سای داروها با احتمال بالای عوارض نامطلوب گوارشی همراه است. سوچه‌های استرپتوکوک گروه A مقاوم به این داروها گزارش شده است. تتراسیکلین ها و سولفونامیدها شامل کوتریکسازول و فلوروکینولون ها نبایع برای درمان فارنژیت استرپتوکوک گروه A استفاده شوند.

کودکان با عود فارنژیت استرپتوکوک گروه A در فاصله کوتاهی از اتمام دوره ۱۰ روزه آنتی بیوتیک خوراکی توصیه شده را می‌توان با تزریق پری سرلین G بنزائین عضلانی، به خصوص اگر احتمال عدم تداوم دوره کامل درمان هست، درمان نمود. در صورت عدم پاسخ عفونت به پری سرلین به علت وجود استافیلوکوک ها بی‌بی هوازی های ساپروفیت موثر بر بتالاکتاماز در حلق می‌توان از داروهای جایگزینی شامل سفالوسپورین نسل اول، آموکسی سرلین کلاوولانات، کلیندامایسین، ماکروایید و آزالاید استفاده کرد.

حاملین استرپتوکوک گروه A در حلق

درمان ضد می‌کروبی برای اکثر حاملین حلقی استرپتوکوک گروه A توصیه نمی‌شود. این امر در شرایط خاص ضرورت دارد که شامل این موارد است،

- (۱) همه گهی تب روماتیسمی حاد بی‌گلوومرولونفریت بعد از عفونت استرپتوکوکی
- (۲) همه گهی فارنژیت استرپتوکوک گروه A در تماس های نزدیک بی نسبتا نزدیک اجتماعی
- (۳) سابقه خانوادگی تب روماتیسمی حاد
- (۴) بروز حملات متعدد فارنژیت علامت دار در خانواده ظرف چند هفته

علی‌رغم درمان، ریشه کری استرپتوکوک گروه A در افراد حامل با درمانها ی مرسوم دشوار است. تعدادی از آنتی‌بیوتیکها شامل کلندامایسین سفالوسپورینها، آموکسی‌سیلین کلاوولانات، آزیترومایسین، کارایی بیشتری در ریشه‌کری در حاملین مزمن دارند. موثرترین درمانها کلندامایسین 20 mg/kg/day در سه دوز برای ۱۰ روز است. اثبات ریشه‌کری در حاملین برای ارزیابی حملات بعدی فارنژیت کمک‌کننده است ولی عود در حامل مزمن پس از عفونت مجدد استرپتوکوک گروه A باز هم روی می‌دهد.

در بوکلت ابتدا تب آمده سپس مشکل گوش و گلودرد

ارزیابی و طبقه‌بندی تب

تعریف تب:

تب، افزایش درجه حرارت بدن در پاسخ به استرس و بی‌محرك های داخلی یا خارجی است. درجه حرارت نرمال مقعدی $36/1$ تا $37/8$ می‌باشد. درجه حرارت زی‌بغل 1°C و درجه حرارت دهانی $0/5^\circ\text{C}$ از درجه حرارت مقعدی کمتر می‌باشد. در کودکان دمای بدن بیشتر از بالغین است. در بعدازظهرها درجه حرارت مقعدی نرمال به $38/4^\circ\text{C}$ نیز می‌رسد. در یک سالگی دمای بدن شروع به کاهش می‌نماید و تثبیت آن در دخترها در سن ۱۴-۱۳ سالگی و در پسرها در ۱۸-۱۷ سالگی صورت می‌گیرد. در کودکان، تشخیص تب بر اساس دمای مرکزی است و به دمای مقعدی بیش از $38/4^\circ\text{C}$ اطلاق می‌شود. علی‌رغم شروع بالای تب، اتفاق نظر در مورد تعریف آن وجود ندارد. در بوکلت مانا دمای طبیعی بدن را از 36.5 تا 37.5 در نظر گرفته و تب بیش از 38.5 زیر بغلی درمان می‌شود.

راههای از دست دادن حرارت:

- ۱ - تشعشع^۱ میزان آن به سطح و دمای عضو مربوطه بستگی دارد. با توجه به این که سطح بدن نوزاد بیشترین میزان را داراست، این موضوع سبب بی‌ثباتی دما در نوزاد می‌شود.
 - ۲ - تبخیر^۲ (از طریق پوست و مخاط تنفسی)
 - ۳ - انتقال گرما^۳ به محیط اطراف بستگی به حرکت هوا در اطراف سطح بدن و نیز سطح بدن دارد.
 - ۴ - انتقال گرما به اجسام مجاور^۴ در اولین ماه های زندگی وجود ندارد، اما در سال دوم زندگی به خوبی مشخص شده و در دوران کودکی مشخص تر از بالغین می‌باشد.
- افزایش درجه حرارت بدن به بیش از $41/1$ درجه نادر است.

^۱ . Radiation
^۲ .Evaporation
^۳ . Convection
^۴ .Conduction Circadian rhythm

ه‌ی‌ترمی به مواردی اطلاق می شود که استرس ها، مانع حفظ درجه حرارت بدن در سطح نرمال می شوند و لی فاکتورهای داخلی، دمای بدن از حد ایجاد نموده و لی سبب آسپت توانایی بدن در تنظیم میزان متابولیسم بازال می گردند.

روش های اندازه گیری دمای بدن:

- ۱ - در مطالعات بالینی، اندازه گیری درجه حرارت مرکزی با استفاده از ترمومتر مقعدی بهترین روش مورد استفاده است.
- ۲ - ترمومتر مادون قرمز گوش ترمومتر مادون قرمز گوش، دمای پرده تمپان را تخمین می زند و با درجه حرارت مرکزی ارتباط نزدیکی تری (نسبت به درجه حرارت دهانی و مقعدی) دارد. هم چنین تغییرات سریع درجه حرارت بدن را زودتر نشان می دهد. این روش، روش ایده ال اندازه گیری دمای بدن در زمانی است که اندازه گیری درجه حرارت مقعدی ناراحت کننده و لی کونتراندیکه است (مثلاً در نوتروپنی، ترومای مازور، التهاب ناحیه مقعد) و استفاده از درجه دهانی زودتر مقدور نمی باشد.

اندیکاسیون های درمان علامتی تب

۱. بهار عقرار
۲. در افراد مستعد تب و تشنج و در سن شروع تب و تشنج لی سابقه قبلی
۳. بهاران با حال عمومی بد لی با احتمال سپتی سمی لی شوک سپتیک
۴. بهاران در معرض خطر نارسایی تنفسی لی قلبی
۵. بهاران با بهاری نورولوژیک
۶. تب بالاتر لی مساوی ۴۰ درجه سانتیگراد
۷. بهاران با اختلالات متابولیک، آب و الکترولیت

درمان دارویی تب:

داروهای توصیه شده برای کاهش تب در کودکان عبارتند از:

(۱) استامینوفن

(۲) ایبوپروفن

استامینوفن عوارض کمتر از ایبوپروفن دارد و دفع سریع تر از آن داشته، احتمال تجمع آن در بدن کمتر است. درمان انتخابی برای کاهش تب استامینوفن است. در مصرف استامینوفن، خونریزی از معده گزارش نشده است.

دوز استامینوفن:

۱۵-۱۰ mg/kg/dose هر ۴ تا ۶ ساعت، در کودکان حداکثر ۶۰۰ mg/d در ماه های اول زندگی زود به کاهش دوز لی افزایش فاصله تجوی دارو می باشد.

دوز ایبوپروفن:

۳۸/۹ °C هر ۶ ساعت می باشد. در خصوص تن شویه
برای پایین آورد تب شواهد قابل قبولی وجود ندارد و معمولاً استفاده از آن توصیه نمی شود مگر در برخی
موارد خاص که ممنوعیت خاصی برای مصرف دارو وجود دارد یا به هر دلیلی داروی مناسب در دسترس
نیست .

چگونگی ارزیابی کودک مبتلا به تب:

ارزیابی تب، دو بخش دارد. در بخش اول آن، کودک با تب مساوی یا کمتر از ۷ روز را ارزیابی می
کریم و در بخش بعدی، کودک با بیماری هایی که تب بیش از ۷ روز دارند را مورد بررسی قرار می دهیم .
در کلیه کودکان بیمار در مورد تب سوال کنید و درجه حرارت بدن را اندازه گیری نمایید.

سوال کنید : آیا کودک تب دارد؟

کودک را از نظر تاریخچه تب، احساس داغی و یا درجه حرارت زیر بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵
درجه سانتیگراد کنترل کنید. اگر کودک در طی بیماری اخیر خود تب داشته است، در این صورت
تاریخچه تب وجود دارد. برای تب از کلمه ای استفاده کنید که برای مادر قابل فهم باشد و مطمئن شوید
که مادر مفهوم تب را فهمیده است . برای مثال، از مادر بپرسید آیا بدن کودک داغ شده است؟ ناحیه معده
یا زیر بغل کودک را لمس کنید و مشخص کنید آیا کودک داغ است یا خیر. درجه حرارت کودک را اندازه
گیری و ثبت کنید. اگر درجه حرارت کودک مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵ درجه سانتیگراد (به روش زی بغلی)
بود او تب دارد. اگر کودک تب نداشت، (از طریق تاریخچه، احساس داغی و اندازه گیری درجه حرارت)،
کودک را از نظر کم وزنی کنترل کنید و نیازی نیست کودک را از نظر سایر نشانه های وابسته به تب
ارزیابی کنید. اگر کودک تب داشت او را از نظر سایر نشانه های وابسته به تب ارزیابی کنید. حتی اگر در
حال حاضر درجه حرارت زی بغلی مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵ درجه سانتیگراد ندارد و یا داغ به نظر نمی
رسد، تب او را ارزیابی کنید. وجود تاریخچه برای ارزیابی تب کودک کافی است.

سوال کنید : برای چه مدتی؟ (اگر طول مدت تب بیشتر از هفت روز بوده)، **بپرسید آیا هر روز تب
وجود داشته است؟**

اگر تب بیشتر از هفت روز هر روز ادامه داشته باشد، می تواند به این معنی باشد که کودک مبتلا به
بیماری شدیدتری است. چنین کودکی را مطابق جداول تشخیص های افتراقی (فصل تشخیص های
افتراقی) ارزیابی بیشتر کنید و براساس آن اقدامات مناسب را انجام دهید.

برای سفتی گردن نگاه کنید، لمس کنید.

کودک دارای تب و سفتی گردن، ممکن است مبتلا به مننژیت باشد . کودک مبتلا به مننژیت نیاز
به درمان فوری با آنتی بیوتیک تزریقی و انتقال به بیمارستان دارد. وقتی در زمان ارزیابی با مادر صحبت
می کنید، به گردن کودک توجه کنید که آیا هنگام نگاه به اطراف به آسانی گردن خود را حرکت می دهد
یا خم می کند . اگر کودک گردن خود را حرکت می دهد یا خم می کند، دارای سفتی گردن نیست. اگر

شما حرکتی را در گردن کودک مشاهده نکردید و یا اگر مطمئن نیستید، توجه کودک را به قسمت ناف یا شست پایش جلب کرده. برای مثال، نقطه نورانی را در قسمت ناف یا شست پایش قرار دهید و پایش را قلقلک دهید تا کودک تشویق شود به پایین نگاه کند.

سپس توجه کنید آیا کودک هنگام نگاه کردن به پایین گردن خود را خم می کند یا نه. اگر هنوز هم نتوانستید مشاهده کنید که کودک گردن خودش را خم می کند از مادر بخواهید که کمک کند تا کودکش را به پشت بخواباند. بالای سر کودک قرار بگیرید و با یک دست پشت و شانه های او را حمایت کنید. و با دست دیگر پشت سر او را بگیرید. سپس سر او را به دقت به سمت قفسه سینه جلو بیاورید. اگر سفتی در ناحیه گردن احساس شد و مقاومتی در برابر خم شدن وجود داشت، در این صورت کودک دارای سفتی گردن است. اغلب، کودکی که دارای سفتی گردن است، هنگامی که شما سعی می کنید گردنش را خم کرده، گریه می کند.

به نشانه های موضعی نگاه کنید و لمس کنید.

بیشترین نشانه های موضعی در کودک تب دار عبارتند از: حساسیت و درد استخوان ها - حساسیت و درد مفاصل - حساسیت و درد سینوس ها - درد سوپراپوبیک، گرمی و تورم پوستی و.. اغلب کودکی که دارای نشانه های موضعی است دارای تندرست موضعی بوده و هنگامی که شما در آن ناحیه کمی فشار می دهید احساس ناراحتی کرده یا گریه می کند. تشخیص های افتراقی تب همراه با نشانه های موضعی در فصل تشخیص افتراقی آمده است.

از نظر وجود بثورات پوستی نگاه کنید:

بسیاری از عفونت های ویروسی دارای الگوی خاصی از بثورات پوستی از نظر شکل، نحوه انتشار و محل درگیری هستند که در تشخیص نوع عفونت کمک کننده می باشند. قسمت تنه، اندام ها و صورت کودک را از نظر وجود بثورات نگاه کرده و محل شروع و چگونگی گسترش آن را از مادر سؤال کنید. تشخیص های افتراقی تب همراه راش رهن در فصل تشخیص افتراقی آمده است.

چگونه تب را طبقه بندی کنید.

تب را از نظر طول مدت طبقه بندی کنید. اگر کودک کمتر یا مساوی ۷ روز تب داشته است، در یکی از سه طبقه بندی زیر قرار می گیرد: بیماری تب دار خیلی شدید، بیماری تب دار با علائم موضعی، بیماری تب دار بدون علائم موضعی. اگر تب همراه هر یکی از علائم و نشانه های خطر یا سفتی گردن یا پتشی، پورپورا یا فونتانل برآمده است کودک را در گروه بیماری تب دار خیلی شدید طبقه بندی نمایید. اگر کودک تب همراه هر یک از علائم و نشانه های موضعی مانند حساسیت موضعی، زخم دهانی، امتناع از حرکت اندام، درد استخوان، درد، تورم و قرمزی در مفاصل و اندام ها، درد در سینوس ها، گرمی و تورم پوستی، درد زیر شکم یا درد هنگام ادرار کردن در کودکان بزرگتر و بی بثورات پوستی را داشت در طبقه بندی بیماری تب دار با علائم موضعی قرار می گیرد. به شرط این که نشانه های موضعی در طبقه بندی دیگری قرار نگیرد، مثلاً اگر گلودرد همراه تب داشته باشد و در طبقه بندی گلودرد آورده شود. در این

قسمت جزء نشانه های موضعی قرار نمی گیرد. اگر کودک فاقد نشانه های موضعی بود او را در طبقه بندی بیماری تب دار بدون علائم موضعی قرار دهید. اگر کودک بیشتر از ۷ روز تب داشته است او را در طبقه بندی تب طول کشیده قرار داده و مطابق جدول تشخیص های افتراقی او را بیشتر ارزیابی کنید و بر اساس آن اقدامات مناسب را انجام دهید. کودک دارای تب با هر یک از نشانه های خطر یا سفتی گردن ممکن است مبتلا به مننژیت یا سپسیس باشد. بدون انجام تست های آزمایشگاهی امکان افتراق بیماری های خیلی شدید از یکدیگر نمی باشد. کودکی که در طبقه بندی بیماری تب دار خیلی شدید قرار می گیرد نیاز به درمان فوری و انتقال دارد. قبل از انتقال، شما بایستی اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و درمان های مختلفی برای بیماری های شدید احتمالی انجام بدهید.

- کودک را برای پیشگیری از پائین آمدن قند خون درمان کنید.
- در صورت وجود تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید.
- اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را برای مننژیت یا سایر عفونت های باکتریال شدید داده و سپس کودک را فوراً انتقال دهید. در صورت عدم امکان انتقال، براساس اقدامات قبل از انتقال برای مواردی که امکان انتقال وجود ندارد و تشخیص های افتراقی خواب آلودگی غیرعادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج (جدول مربوطه) درمان مناسب را تا زمان انتقال انجام دهید.

اگر کودک هیچ یک از نشانه های موجود در ردیف قرمز یعنی علائم و نشانه های خطر یا سفتی گردن یا پتشی، پورپورا یا فونتانل برآمده را نداشت بیماری تب دار خیلی شدید مطرح نمی باشد. سپس به ردیف بعدی نگاه کنید. اگر کودک دارای تب همراه با علائم و نشانه های موضعی یا بثورات پوستی بود، در طبقه بندی بیماری تب دار با علائم موضعی قرار می گیرد. در این صورت با توجه به جدول تشخیص های افتراقی تب و نشانه های موضعی یا تب و بثورات پوستی، او را بیشتر ارزیابی کنید.

در ضمن برای تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید. اگر کودک نشانه های موضعی یا بثورات پوستی ندارد به ردیف سبز نگاه کنید. اگر کودک هیچ نشانه ای از موارد فوق را ندارد، در گروه بیماری تب دار بدون علائم موضعی قرار می گیرد. اگر بیش از سه روز هر روز فقط تب کرده باشد بر اساس جدول تشخیص افتراقی او را بیشتر ارزیابی کنید و اگر تب کودک مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد است به کودک استامینوفن بدهید. به مادر توصیه کنید که در صورت ادامه تب بعد از دو روز برای پیگیری مراجعه نماید.

اگر کودک بیشتر از هفت روز هر روز تب می کند در طبقه بندی تب طول کشیده قرار می گیرد. در این صورت براساس جدول تشخیص های افتراقی، کودک را بیشتر ارزیابی کنید و اقدامات مناسب را انجام دهید.

بخش ۲

ارزیابی و طبقه بندی، درمان و پیگیری
" شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه "

مروری بر ارزیابی و طبقه بندی

در این بخش شما نحوه ارزیابی شیرخوار کمتر از ۲ ماهه و طبقه بندی بیماری های او را می آموزید. این فرآیند بسیار مشابه با نحوه ارزیابی و طبقه بندی کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله است. تمام مراحل روی چارت ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه شرح داده شده است. از مادر سوال کنید شیرخوار چه مشکلاتی دارد. تعیین کنید که آیا اولین مراجعه اوست یا مراجعه پیگیری برای این مشکلات است. اگر مراجعه پیگیری است، شما باید با شیرخوار مطابق با دستورات خاص پیگیری برخورد کنید. این دستورات خاص را در جدول پیگیری در پایین چارت شیرخوار کمتر از ۲ ماه مشاهده می کنید و توضیحات بیشتر آن در فصل ۳۰ بیان شده است.

شیرخواران کمتر از ۲ ماه دارای خصوصیات خاصی هستند که هنگام طبقه بندی بیماری باید به آن ها توجه نمود. عفونت های باکتریال شدید در شیرخواران خیلی سریع می تواند منجر به مرگ آنها شود. اغلب فقط نشانه های عمومی مانند بی حالی، تب و یا دمای پایین بدن را دارند. تو کشیده شدن خفیف قفسه سینه در این شیرخواران ممکن است بطور طبیعی وجود داشته باشد زیرا دیواره قفسه سینه آن ها نرم است. به همین دلایل، ارزیابی، طبقه بندی و درمان شیرخواران کمتر از ۲ ماه قدری متفاوت از شیرخواران بزرگتر و کودکان می باشد. برخی از مطالبی را که برای برخورد با کودکان بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله قبلاً آموخته اید، برای شیرخواران کمتر از ۲ ماه نیز مفید می باشد. بخش بعدی بر اطلاعات و مهارت های جدیدی که شما برای برخورد با شیرخواران کمتر از ۲ ماه نیاز دارید، تکیه می کند. فرم خاصی برای ثبت بیماری شیرخواران کمتر از ۲ ماه وجود دارد. این فرم مشابه فرم ثبت بیماری شیرخواران بزرگتر و کودکان است. این فرم نشانه ها را برای ارزیابی شیرخوار کمتر از ۲ ماه ذکر می کند.

ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه

این فصل مراحل ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه را در اولین مراجعه شرح می دهد. این مراحل عبارتند از:

- ✓ علائم خطر فوری را بررسی کنید.
- ✓ علائم و نشانه های خطر را بررسی کنید. شیرخوار بیمار را براساس نشانه های بالینی مشاهده شده طبقه بندی کنید.
- ✓ نشانه های عفونت های موضعی را ارزیابی کنید. شیرخوار را براساس نشانه های مشاهده شده از نظر عفونت های چشم، پستان، ناف و پوست طبقه بندی کنید.

✓ در مورد زردی سوال کنید.

- ✓ در مورد وجود کم آبی سوال کنید. در ۲ ماه اول زندگی شیرخوار ممکن است به دلیل عدم کفایت شیر مادر یا هیپر ترمی دچار دهیدراتاسیون شود ، معمولاً شیر خواران به اسهال های ویروسی مبتلا نمی شوند اما اگر شیرخواری اسهال دارد، او را برای نشانه های مربوطه ارزیابی کنید. میزان کم آبی شیرخوار را طبقه بندی کنید
- ✓ اختلالات دمای بدن را ارزیابی کنید .
- ✓ مشکل شیرخوردن و یا خوب وزن نگرفتن را ارزیابی کنید. این ممکن است شامل ارزیابی تغذیه با شیر مادر باشد، سپس وضعیت تغذیه شیرخوار را طبقه بندی کنید.
- ✓ وضعیت واکسیناسیون شیرخوار و مصرف ویتامین های او را کنترل کنید.
- ✓ سایر مشکلات را ارزیابی کنید.

بررسی علائم خطر فوری در شیرخوار کمتر از ۲ ماه

در بدو ورود شیرخوار بیمار، ابتدا باید او را از نظر وجود علائم خطر فوری مورد بررسی قرار داد. علائم خطر فوری شامل موارد زیر می باشد:

- 0 فقدان تنفس
- 0 تنفس منقطع و غیر موثر (Gaspings)
- 0 ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ در دقیقه
- 0 سیانوز مرکزی (زبان و مخاط)
- 0 نبض ضعیف و تند
- 0 انتهاهای سرد همراه با رنگ پریدگی
- 0 پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه
- 0 عدم هوشیاری
- 0 در حال تشنج

شیرخواری که دارای علائم خطر فوری است باید سریعاً تحت مراقبت قرار گیرد تا از مرگ وی جلوگیری شود. اقدامات لازم باید بلافاصله پس از ورود شیرخوار، قبل از انجام هرگونه ثبت و یا اتلاف وقت در محل انتظار صورت گیرد. پرسنل باید به این گونه علائم خطر فوری آشنایی داشته باشند. درمان آن ها بر پایه استفاده از تعداد محدودی از داروها و روش هایی است که با آموزش می توان به راحتی و اطمینان آن ها را انجام داد. پس از انجام درمان های فوری و تثبیت علائم حیاتی، فوراً شیرخوار را به بیمارستان انتقال دهید.

علائم خطر فوری در سه مرحله بررسی می شود:

مرحله ۱ : شیرخوار را از نظر راه هوایی و تنفس بررسی کنید .اگر مشکلی مشاهده شد درمان فوری را مطابق بوکلت برای برقراری مجدد تنفس منظم و موثر آغاز کنید.

مرحله ۲: هر چه سریع تر شیرخوار را از نظر وجود شوک و وضعیت قلب و جریان خون بررسی کنید و در صورت وجود هر گونه علامت مثبت، مطابق بوکلت درمان را آغاز کنید.

مرحله ۳: شیرخوار را از نظر هوشیاری یا تشنج بررسی کرده و در صورت وجود هر یک از این علائم، درمان مرتبط را مطابق بوکلت آغاز کنید.

ارزیابی راه هوایی و تنفس

آیا شیرخوار دچار وقفه تنفس است؟ به تنفس کودک نگاه کنید و گوش کنید. مشخص کنید آیا جریان حرکت هوای تنفسی ضعیف است. یا تنفس منقطع و غیرموثر (Gaspings) است؟

آیا کودک به زحمت نفس می کشد؟ آیا سیانوز مرکزی وجود دارد؟ سیانوز مرکزی با تغییر رنگ آبی / بنفش زبان و داخل دهان مشخص می شود.

در صورت وجود هر یک از علائم فوق، اقدامات زیر را انجام دهید:

- شیرخوار را گرم نگه داشته و از اتلاف درجه حرارت شیرخوار پیشگیری کنید.
- راه هوایی را باز کنید. (چارت احیاء)
- در صورت تنفس منقطع و غیرموثر (Gaspings) یا وقفه تنفسی، تهویه با فشار مثبت (PPV) انجام دهید. (چارت احیاء گام به گام نوزاد)
- در صورت ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ بار در دقیقه تهویه با فشار مثبت (PPV)، با بگ خود متسع شونده (آمبوبگ) را شروع کنید. (چارت احیاء)
- در صورت سیانوز مرکزی، جریان آزاد اکسیژن بدهید. (چارت احیاء)

ارزیابی جریان خون (از نظر شوک)

آیا دست های شیرخوار سرد است؟ در این صورت پر شدگی مویرگی را بررسی کنید. آیا مدت آن ۲ ثانیه یا طولانی تر است؟ روی ناخن شست یا انگشت بزرگ پا را فشار دهید تا سطح آن سفید شود. زمان پرشدگی مویرگی را از لحظه برداشتن فشار دست تا برگشت کامل رنگ صورتی در بستر ناخن مشخص کنید.

اگر پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه بود، نبض کودک را بگیرید. آیا نبض ضعیف و تند است؟ اگر نبض براکیال یا فمورال قوی بوده و به طور محسوس تند نیست کودک در شوک نمی باشد. اگر فضای اتاق سرد است، به نبض کودک برای تعیین این که آیا در شوک است یا خیر استناد کنید.

در صورت وجود هر یک از علائم انتهای سرد همراه با رنگ پریدگی یا پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه یا نبض ضعیف و تند، اقدامات زیر را انجام دهید:

- هر گونه خونریزی فعال را متوقف کنید.
- جریان آزاد اکسیژن بدهید (چارت شماره ۴ بوکلت)
- از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.
- برای شیرخوار رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید (چارت شماره ۶).

- اگر دسترسی به وریدهای محیطی امکان پذیر نیست، از ورید ناف، ورید جوگولار خارجی یا تزریق داخل استخوانی استفاده کنید.

ارزیابی هوشیاری یا تشنج (یا سایر حالات مغزی غیرطبیعی)

آیا شیرخوار هوشیار می باشد؟ اگر کودک واکنشی به تحریکات نشان نمی دهد، کودک در حالت اغماء (عدم هوشیاری یا کما) بوده و نیاز به درمان فوری دارد. آیا شیرخوار در حال تشنج می باشد؟ هر گونه حرکات غیرعادی تکرارشونده به خصوص در اندام ها و صورت که با نگه داشتن اندام برطرف نشود نشانه ای از تشنج شیرخوار می باشد.

در صورت وجود هر یک از علائم فوق، همزمان با تماس با اورژانس برای انتقال شیرخوار، اقدامات زیر را انجام دهید:

- شیرخوار با عدم هوشیاری را در وضعیت مناسب قرار دهید (چارت شماره ۵ بوکلت).
 - راه هوایی را باز کنید (چارت شماره ۲ بوکلت).
 - گلوکز وریدی بدهید. در صورت امکان، قبل از شروع تجویز گلوکز وریدی، نمونه قند خون گرفته شود (چارت شماره ۷ بوکلت).
 - از اتلاف درجه حرارت شیرخوار پیشگیری کنید (چارت شماره ۱ بوکلت).
 - اگر کودک در حال تشنج است فنوباریتال را طبق جدول درمان تشنج بوکلت بدهید بهتر است فنوباریتال را به صورت IV تجویز کنید و اگر امکان تزریق وریدی ندارید به شکل عضلانی تزریق کنید.
- اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی مناسب را برای پیشگیری از شوک سپتیک در شیرخوار بدهید، سپس شیرخوار را فوراً انتقال دهید.
- تزریق وریدی داروها تنها زمانی امکان پذیر است که برای شیرخوار از قبل، **IV line** مناسب و مطمئن گرفته شده باشد.

بررسی علائم و نشانه های خطر در شیرخوار کمتر از ۲ ماه

این مرحله ارزیابی برای تمامی شیرخواران کمتر از ۲ ماه بیمار انجام می شود. در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های عفونت باکتریال، به ویژه یک عفونت شدید دقت می کنید. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه می تواند در اثر عفونت های باکتریال شدید مثل پنومونی، سپسیس و مننژیت خیلی سریع بیمار شود و بمیرد. ارزیابی علائم و نشانه ها طبق چارت و آرام نگهداشتن شیرخوار بسیار مهم است. برای ارزیابی تنفس، شیرخوار باید آرام باشد. او می تواند بخوابد در حالی که شما ۴ نشانه مربوط به تنفس شیرخوار را ارزیابی می کنید که این ها عبارتند از: شمارش تنفس و نگاه کردن برای توکشیده شدن قفسه سینه، پرش پره های بینی و ناله کردن. برای ارزیابی نشانه های بعدی، لباس او را درآورید، به پوست او در سراسر بدنش نگاه کنید و دمای بدن او را اندازه بگیرید. تا این زمان او ممکن است بیدار شده باشد. سپس شما می توانید بی حالی و یا کاهش سطح هوشیاری او را ببینید و حرکات او را نگاه کنید.

از مادر سوال کنید : آیا شیرخوار کاهش قدرت مکیدن دارد؟ آیا شیرخوار در چند روز اخیر تشنج کرده است؟ آیا به طور مکرر استفراغ می کند استفراغ حاوی خون یا صفرا داشته است؟ (منظور از استفراغ، بالا آوردن مقدار مختصری از شیر نیست)

مشاهده کنید : تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید. اگر تنفس تند بود، شمارش را تکرار کنید. تعداد تنفس شیرخوار را مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر شمارش کنید . شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه معمولاً تندتر از شیرخواران و کودکان بزرگتر تنفس می کنند. بنابر این ۶۰ بار تنفس در دقیقه یا بیشتر معیاری برای تشخیص تنفس تند در شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه است. اگر اولین شمارش ۶۰ بار تنفس یا بیشتر بود، شمارش را تکرار کنید. این تکرار بسیار مهم است زیرا تعداد تنفس شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه معمولاً منظم نیست. شیرخوار کمتر از ۲ ماه گه گاه برای چند ثانیه تنفس خود را قطع می کند و با یک دوره تنفس تندتر ادامه می دهد. اگر شمارش دوم نیز ۶۰ بار یا بیشتر بود، شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه تنفس تند دارد.

مشاهده کنید : برای باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی (nasal flaring) نگاه کنید.

مشاهده کنید : برای retraction یا تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید.

برای مشاهده تو کشیده شدن قفسه سینه، مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر عمل کنید. بهر حال تو کشیده شدن خفیف قفسه سینه در یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه طبیعی است زیرا قفسه سینه هنوز نرم است. تو کشیده شدن شدید قفسه سینه عمیق است و به آسانی قابل رویت می باشد. تو کشیده شدن قفسه سینه می تواند نشانه ای از پنومونی باشد و در شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه بسیار جدی و مهم می باشد.

مشاهده و گوش کنید : برای grunting ناله کردن شیرخوار مشاهده و گوش کنید.

ناله، صدای نرم کوتاهی است که هنگام تنفس بازدمی شیرخوار به گوش می رسد. ناله هنگامی به وجود می آید که شیرخوار به زحمت تنفس می کند.

مشاهده کنید : آیا شیرخوار بی حال است یا کاهش سطح هوشیاری دارد بی برعکس تحریک پذیر و بی قرار است؟

شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه اغلب اوقات خواب هستند و این نشانه بیماری نیست. حتی وقتی که شیرخوار کمتر از ۲ ماه بیدار است، ممکن است مثل شیرخواران و کودکان بزرگتر به مادر و پزشک که در حال صحبت هستند، نگاه نکند.

یک شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه ممکن است خواب آلود باشد و پس از بیدار کردن هم نتواند بیدار بماند. اگر شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه در هنگام ارزیابی نمی تواند بیدار شود، او را به ملایمت تکان دهید یا دستهایتان را به هم زنید و مشاهده کنید که آیا او بیدار می شود . سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می ماند. یک شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه که کاهش سطح هوشیاری دارد نمی تواند در تمام این مدت بیدار بماند. وقتی او را لمس می کنید و یا او را تکان می دهید قادر به نشان دادن عکس العمل نیست. از طرف

دیگر ممکن است شیرخوار دچار گریغ های شدیدی همراه با حرکات بخش از حد اندام ها باشد که مادر نمی تواند با اقدامات معمولی او را آرام کند. اسم این مورد چیست ؟

مشاهده کنید : تحرک شیرخوار را مشاهده کنید. آیا کمتر از معمول است؟

یک شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه بیدار به طور معمول دست ها یا پاهایش را حرکت می دهد و چندین بار در دقیقه سرش را بر می گرداند. ارزیابی تحرک شیرخوار را می توانید در حالی که او را برای سایر موارد ارزیابی می کنید، انجام دهید.

مشاهده کنید : برآمدگی فونتanel شیرخوار را مشاهده و لمس کنید.

شیرخوار را در وضعیت ایستاده نگهدارید شیرخوار باید آرام باشد و گریه نکند. سپس به فونتanel شیرخوار نگاه کنید و آن را لمس نمائید. اگر فونتanel قدری برآمده است، ممکن است بعلت ابتلاء شیرخوار به مننژیت باشد. اگر فونتanel در لمس نبض داشته باشد حتی اگر برآمده باشد ارزش تشخیصی چندانی ندارد و چنانچه در لمس سفتی و کشیدگی حس می کنید حتی اگر برآمدگی ندارد، مهم است و می تواند نشان دهنده افزایش فشار داخل جمجمه باشد.

مشاهده کنید : دمای بدن شیرخوار را اندازه بگیرید (یا او را برای تشخیص تب یا پائین بودن دمای بدن لمس کنید)

تب (دمای زیر بغل مساوی یا بیشتر از ۳۷/۵ درجه سانتی گراد) یا هیپوترمی (دمای زیر بغل کمتر از ۳۵/۵ درجه سانتی گراد) در شیرخوار کمتر از ۲ ماه ممکن است به معنی ابتلاء به عفونت باکتریال شدید باشد. تب در دو ماه اول تولد شایع نیست. همچنین تب الزاماً با عفونت نوزادان همراه نیست و ممکن است دلایل دیگری داشته باشد به هر حال تب در شیرخواران اهمیت ویژه ای دارد و باید دقیقاً بررسی شود.

مشاهده کنید : برای رنگ پریدگی یا سیانوز شیرخوار نگاه کنید.

رنگ پوست نوزاد طبیعی، صورتی است در نوزادی که گریه می کند پوست ممکن است به رنگ قرمز تیره در آید سیانوز انتهاها (اکروسیانوزیس) در روزهای اول تولد مسئله ای طبیعی است. به لب ها و مخاط های شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه نگاه کنید در صورت رنگ پریدگی یا کبودی (سیانوز) آنها، بدون سایر علائم و نشانه های خطر، لازم است جهت بررسی علت آن (بیماریهای قلبی عروقی یا ریوی مادرزادی و ...) بدون تزریق آنتی بیوتیک، شیرخوار ارجاع داده شود.

چگونه تمام شیرخواران بیمار را برای نشانه های خطر طبقه بندی کنید.

تمام شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه را برای عفونت باکتریال طبقه بندی کنید. نشانه های شیرخوار را با نشانه های لیست شده مقایسه کنید و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. اگر شیرخوار هر یک از علائم و نشانه های خطر را دارد احتمال ابتلاء او به عفونت باکتریال شدید وجود دارد.

احتمال عفونت باکتریال شدید

یک شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه با نشانه های این طبقه بندی، مبتلا به یک بیماری شدید است و در معرض خطر زیادی برای مرگ می باشد. شیرخوار ممکن است پنومونی، سپسیس یا مننژیت داشته باشد. تشخیص این عفونت ها از یکدیگر در یک شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه مشکل است. خوشبختانه وجه تمایز این تشخیص ضروری نمی باشد.

شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه که در طبقه بندی احتمال عفونت باکتریال شدید قرار می گیرد، نیاز به انتقال فوری به بیمارستان دارد. اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را طبق چارت های درمان بوکلت به صورت عضلانی تزریق کنید و در حالی که وضعیت علائم عمومی شیرخوار را تثبیت می کنید او را انتقال دهید. قبل از انتقال برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، اقدام کنید. توصیه به مادر برای گرم نگه داشتن شیرخوار بیمار خیلی مهم است. شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه در نگهداری دمای بدنشان مشکل دارند. دمای پایین به تنهایی می تواند موجب مرگ شیرخوار شود.

ارزیابی عفونت های موضعی

در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های عفونت موضعی، به چشم، پستان، ناف و پوست شیرخوار دقت می کنید. این عفونت ها می توانند در شیرخواران کمتر از ۲ ماه خیلی سریع پیشرفت کرده و ممکن است به سرعت موجب شوک و مرگ شیرخوار شود.

عفونت چشم

اگر نوزاد را بلند کرده به آرامی به حالت نشسته و خوابیده حرکت دهید چشم ها را باز خواهد کرد. به چشم شیرخوار نگاه کنید. اگر خروج ترشحات چرکی همراه با تورم یا قرمزی اطراف چشم را مشاهده می کنید، شیرخوار در طبقه بندی عفونت شدید چشم قرار می گیرد و نیاز به بستری دارد. در این صورت اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب داخل عضلانی را بدهید و سپس شیرخوار را فوراً ارجاع دهید. اگر خروج ترشحات چرکی از چشم شیرخوار بدون تورم پلک دیده می شود، او در طبقه بندی عفونت خفیف چشم قرار می گیرد. در این صورت از قطره سولفاستامید چشمی ۱۰٪ به میزان یک قطره هر ۳ ساعت به همراه پماد تتراسایکلین یا اریترومايسين چشمی یک بار شبها به مدت ۵ روز استفاده کنید. به مادر بگوئید ۵ روز بعد مراجعه کند اگر بیماری شیرخوار فرقی نکرده یا بدتر شده است به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

پستان

برخی از نوزادان در بدو تولد دارای پستان های برجسته می باشند. دستکاری، فشار دادن پستان ها جهت خارج نمودن شیر باعث بروز ماستیت می گردد. اگر پستان شیرخوار قرمز، گرم و متورم است، در طبقه بندی ماستیت قرار می گیرد و نیاز به ارجاع فوری دارد. اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را به ترتیب

اولویت وریدی یا داخل عضلانی بدهید و فوراً او را ارجاع دهید. اگر پستان شیرخوار فقط بزرگ و سفت است، در طبقه بندی پستان طبیعی قرار می گیرد و مشکلی ندارد. به مادر توصیه کنید از دست کاری، فشار دادن و مالیدن پستان او خودداری کند.

ناف

به ناف شیرخوار نگاه کنید. آیا ترشحات چرکی **بدبو** دارد و قرمزی روی پوست اطراف آن گسترده شده است؟ ممکن است ناف قدری قرمز شود ولی قرمزی اطراف ناف با گستردگی **بیش از یک سانتی متر** به پوست شکم یا ترشحات چرکی فراوان ناف تعیین کننده عفونت شدید ناف است. در این صورت اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و سپس نوزاد را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.

اگر تداوم خونریزی از ناف نوزاد بیشتر از چند قطره وجود دارد، در طبقه بندی خونریزی از بند ناف قرار می گیرد و برای بررسی اختلالات انعقادی نیاز به ارجاع فوری دارد. اگر ناف نوزاد ترشح غیر چرکی یا خونابه دارد مبتلا به عفونت ناف نمی باشد ولی اگر قرمزی اطراف **آن کمتر از یک سانتیمتر** به پوست شکم گسترده شده است، در طبقه بندی عفونت خفیف ناف قرار می گیرد. به مادر توصیه کنید روی ناف باز نگه داشته شود در صورت آلودگی یا مشاهده ترشح، ناف را با آب تمیز کرده و خشک کند و از مصرف مواد سنتی اجتناب شود. به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد و همچنین ۲ روز بعد مراجعه کند.

پوست

برای وجود پوستول (جوش های چرکی پوست) منتشر در پوست یا تاول های بزرگ چرکی بدن شیرخوار را مشاهده کنید. آیا جوش های چرکی زیاد یا منتشر می باشند. اگر تعداد آنها از ۱۰ عدد بیشتر است یا شیرخوار تاول های بزرگ چرکی (bullus impetigo) به هر تعداد داشته باشد. شیرخوار را در طبقه بندی عفونت شدید پوستی قرار دهید و او را بدون تزریق آنتی بیوتیک به بیمارستان فوراً ارجاع دهید.

اگر تعداد جوش های چرکی معهود پوست کمتر از ۱۰ عدد می باشد، نشان دهنده عفونت خفیف پوستی است به مادر توصیه کنید از پماد پوستی تتراسیکلین یا موپیروسین حداقل ۳ بار در روز استفاده کند و با آب و صابون استحمام روزانه انجام دهد و بگوید چه موقع فوراً برگردد و همچنین در صورت عدم بهبودی ۲ روز بعد مراجعه کند.

ارزیابی و طبقه بندی عفونت های موضعی آخرین جدول گذاشته شود

علامت و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
• قرمزی اطراف چشم یا • خروج ترشحات چرکی همراه با تورم پلک ها	عفونت شدید چشم	• اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید و سپس فوراً ارجاع دهید.
• خروج ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها	عفونت خفیف چشم	• از قطره سولفاستامید چشمی ۱٪ به میزان یک قطره هر ۳ ساعت به همراه پماد تتراسیکلین (اریترومایسین) چشمی به مدت ۵ روز استفاده کنید.

ارزیابی و طبقه بندی زردی

کلیه شیرخواران زرد را از نظر علائم و نشانه‌های خطر بررسی کنید

این مرحله ارزیابی برای تمامی شیرخوارانی که در اولین معاینه در ظاهر زرد به نظر می آیند، انجام می شود. اگرچه ایکنتر نوزادی بیماری شایعی است که در بسیاری از موارد نیاز به درمان خاصی ندارد، اما از آن جایی که در برخی نوزادان شدت زردی بالا بوده و می تواند به درگیری مغزی منجر شود بنابراین همه شیرخوارانی که در ظاهر زرد هستند، نیاز به بررسی بیشتر دارند. اگر مادر از گروه خون یا اره‌اش خود بی اطلاع است، از او بخواهید کارت مراقبت دوران بارداری خود را بیاورد.

وقتی ناسازگاری ABO مطرح می شود که گروه خون مادر O و گروه خون نوزاد A یا B باشد. وقتی ناسازگاری اره‌اش مطرح می شود که اره‌اش مادر منفی و نوزاد مثبت باشد. وجود سابقه زردی های خطرناک (زردی که نیاز به فتوتراپی یا تعویض خون داشته یا منجر به کرن ایکترس، عقب ماندگی ذهنی، یا مرگ نوزاد قبلی شده است) احتمال بروز زردی شدید را در این شیرخوار افزایش می دهد. زمان شروع زردی جهت تشخیص احتمال زردی های شدید مهم است. هر زردی که در ۲۴ ساعت اول تولد شروع شده یا در ۳ روز اول تولد سریعاً میزان آن افزایش یابد با احتمال خطر بیشتری همراه خواهد بود. اگر نوزاد مراجعات قبلی داشته، سوال کنید آیا شدت زردی او نسبت به قبل افزایش یافته یا این که زردی در حال کاهش است؟

سپس درباره علائم کرنیکترس (درگیری مغزی ناشی از رسوب بیلی روبین در مغز) سوالات زیر را از مادر بپرسید:

بی حالی، خوب شیرنخوردن، تب، کم آبی، تشنج، کمانی شکل شدن بدن، صدای گریه غیرطبیعی.

جهت بررسی از نظر زردی ناشی از افزایش بیلیروبین مستقیم سوالات زیر را از مادر بپرسید:

آیا رنگ مدفوع شیرخوار سفید یا رنگ ادرار او تیره شده است؟

در مورد طول مدت زردی شیرخوار سوال کنید (از چه زمانی پس از تولد شروع شده است، مراجعات قبلی داشته است، در حال حاضر چند روزه است؟)

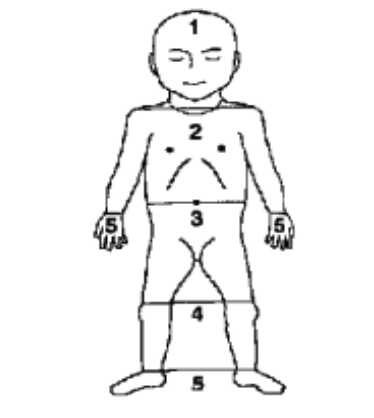
در مورد زردی بیشتر از ۲ هفته در نوزاد ترم یا بیشتر از ۳ هفته در نوزاد نارس سوال کنید.

مشاهده کنید:

جهت بررسی شدت زردی در نور مناسب (نور آفتاب بهترین نور است) شیرخوار را لخت کرده و پوست او را به مدت ۳۰ ثانیه با انگشت فشار دهید و سپس انگشت خود را بلند کرده و رنگ پوست زیر آن را مشاهده کنید. گسترش زردی از سر به طرف پا می باشد و اگر پوست شکم زرد بود، روی ران ها و سپس روی ساق پا و کف دست و پا را مشاهده کنید. از روی انتشار زردی تا حدی می توان به شدت زردی پی برد. (می توانید از تصویرآدمک یا جدول تخمین استفاده کنید) اما تخمین زردی در موارد متوسط و شدید توصیه نمی شود زیرا خطای آن زیاد بوده و می تواند منجر به اشتباه در تصمیم گیری برای مداخله شود

جدول تخمین سطح بیلی روبین
جدول جدید گذاشته شود

سطح احتمالی بیلی روبین	منطقه بدن شیرخوار
۵ mg/dl	صورت
۵-۱۰ mg/dl	تفقه سینه، قسمت فوقانی شکم
۱۰-۱۵ mg/dl	قسمت تحتانی شکم، ران ها
۱۵-۲۰ mg/dl	کف دست و پا



چگونه شره‌خواران را براساس شدت زردی طبقه بندی کرد.

تمام شره‌خواران زرد را از نظر شدت زردی بر اساس سوالات و نشانه ها طبقه بندی کرد. اگر شره‌خوار هر یک از علائم یا نشانه های خطر را دارد، احتمال ابتلا او به زردی شدیدی وجود دارد (به جدول زیر توجه کرد). در سای بخش ها، شما انتخاب نوع درمان را بر اساس این طبقه بندی می آموزید. کدوم جدول

زردی شدید:

یک شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه با نشانه های این طبقه بندی (زردی ۲۴ ساعت اول تولد و احتمال ناسازگاری خونی، شیرخواران کم وزن وزردی های بالا و وجود علائم کرنیکتروس) مبتلا به زردی شدید است و در معرض بروز عوارض دراز مدت ناشی از زردی شدید قرار دارد. یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه که در طبقه بندی زردی شدید قرار گیرد، نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان را دارد. او را گرم نگه دارید و از افت قند خون پیشگیری کنید و به مادر توصیه کنید در مسیر مراجعه به بیمارستان، شیرخوار را با شیر خود تغذیه کند، مگر آن که علائم و نشانه های خطر یا عدم توانایی مکیدن داشته باشد.

زردی متوسط:

در زردی های بعد از ۲۴ ساعت اول یا وقتی که زردی شدید نیست و سابقه ایی از کرنیکتروس ، تعویض خون یا مرگ در اثر زردی در سایر فرزندان وجود ندارد و می توانید با انجام تست بیلی روبین و تعیین سطح بیلی روبین و طبق نمودار ص ۴۹ بوکلت تصمیم گیری کنید و به مادر علائم خطری را که نشان دهنده شدت یافتن زردی است آموزش دهید و بخواهید که در صورت بدتر شدن وضعیت شیر خوار سریعاً به شما مراجعه کند اما اگر امکان اندازه گیری سطح بیلی روبین وجود ندارد بهتر است از مادر بخواهید تا نوزاد را به یک مرکز مجهز ببرد . همچنین از خانواده بخواهید که برای رفع زردی در کودک از انجام اقدامات خانگی و سنتی اکیدا خود داری کنند و خطرات طول کشیدن زردی را برای آنها توضیح دهید .

زردی خفیف :

اگر زردی منحصر به صورت شیرخوار است هیچگونه علامت خطر ندارد و شیرخوار حال عمومی خوب داشته و خوب شیر می خورد، احتمال زردی فیزیولوژیک مطرح است و با اطمینان دادن به مادر و انجام آموزش های تغذیه مکرر با شیر مادر (و ارائه هشدارهای لازم برای مراجعه مجدد در صورت شدیدتر شدن زردی)

بقیه اش چی شد؟

ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار کمتر از ۲ ماه را برای کم آبی

نوزادان و شیرخواران به طور معمول دچار اسهال نمی شوند مدفوع شیرمادرخواران در حالت معمول نیمه آبی است. در شیرخواران کمتر از ۲ ماه سالم، دفعات مدفوع می تواند به ازای هر بار تغذیه با شیر مادر، مدفوع آبی دانه دار زرد یا سبز باشد. اگر مادر می گوید که شیرخوارش اسهال دارد، او را دقیقاً از نظر کم آبی ارزیابی و طبقه بندی کنید. در شیرخوار کمتر از ۲ ماه هرگاه مدفوع شیرخوار از نظر حجم، قوام (مقدار آب بیشتر از مواد مدفوعی باشد) یا دفعات نسبت به حالت معمول خود تغییر کند، ممکن است شیرخوار مبتلا به اسهال باشد اما اسهال شیرخواران معمولاً دلایل خیلی مهم تری نظیر سپسیس یا بیماری های متابولیک و... دارد که نیاز به بستری و مراقبت های تخصصی دارد . با توجه به اهمیت و شیوع کم آبی ارزیابی کم آبی یا خوب شیر نخوردن در شیرخواران زیر دو ماه بسیار مهم است و ارزیابی و طبقه بندی دهیدراتاسیون در شیرخوار می تواند از بروز اتفاقات بدتری برای شیرخوار پیشگیری کند .

نشانه های کم آبی را در شیرخوار بررسی کنید فرو رفتگی چشم و فرورفتگی فونتanel مهمترین نشانه هستند (تورگور پوستی و میزان تشنگی در زیر ۲ ماه چندان قابل اعتماد نیست) سپس با توجه به وجود ریسک فاکتورهایی نظیر سن زیر ۷ روز، وجود اسهال، دفعات دفع مدفوع و ادرار در شیرخوار ، پرترم بودن یا سن مادر، کم آبی را طبقه بندی کنید . اگر شیرخوار دهیدراتاسیون شدید دارد بلافاصله درمان کم آبی را شروع کنید و شیرخوار را منتقل کنید و اگر کم آبی نسبی باشد نیز برای بررسی تخصصی و مشاوره ارجاع دهید.

در رابطه با اختلال دمای بدن مطلبی گذاشته نشده است

بعد از گذاشتن مطلب در انتها این خط اضافه شود

هیپو ترمی: کمتر از ۳۶/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی (فاصله ۳۵/۵ تا ۳۶/۵ اختلاف دمای بدن محسوب شده ولی نیاز به انتقال ندارد و طبق ارزیابی اختلاف دمای بدن طبقه بندی می شود.

مشکل شیرخوردن و یا خوب وزن نگرفتن

تغذیه کافی و مناسب برای رشد و تکامل کودک ضروری است. تغذیه ناکافی در دوران شیرخوارگی می تواند اثرات زیان باری را در تمام طول عمر کودک بر جای بگذارد. پایش رشد با رابطه وزن برای سن، ارزیابی می شود. ارزیابی نحوه تغذیه یک شیرخوار کمتر از ۲ ماه و وزن او بسیار اهمیت دارد زیرا می توان نحوه ی تغذیه او را در صورت لزوم بهبود بخشید. این ارزیابی دو بخش دارد: **دکتر طلاچیان**

چگونه در مورد نحوه تغذیه کودک سوال کنید و وزن برای سن را تعیین کنید

بپرسید: آیا مشکل شیرخوردن وجود دارد؟

هر نوع مشکلی را که مادر ذکر می کند، مهم است. مادر ممکن است به مشاوره یا کمک خاصی برای رفع مشکل فرزندش نیاز داشته باشد. *اگر مادر می گوید که شیرخوارش، قادر به خوردن نیست، تغذیه با شیر مادر را ارزیابی کنید یا ببینید که چگونه شیرخوار را با فنجان تغذیه می کند تا به منظور مادر پی ببرید. شیرخواری که قادر به خوردن نیست، ممکن است دچار یک عفونت شدید یا مشکل خطرناک و کشنده دیگری باشد و باید به بیمارستان ارجاع شود اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.

چگونه شیرخوار کمتر از دو ماه را برای اسهال، ارزیابی و طبقه بندی کنید

چگونه مشکل شیرخوردن و یا خوب وزن نگرفتن را کنترل کنید

کم وزنی شدید

اگر منحنی رشد قبلی ندارد و نقطه وزن او زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار دارد. در این صورت شیرخوار را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

سایر مشکلات را ارزیابی کنید

هر نوع مشکلی را که توسط مادر بیان می شود یا خود مشاهده می کنید، ارزیابی نمایید. به رهنمودهای درمان در جداول تشخیص افتراقی رجوع کنید. اگر فکر می کنید شیرخوار مشکل جدی دیگری دارد یا نمی دانید که چگونه به او کمک کنید، شیرخوار را به بیمارستان یا مرکز تخصصی ارجاع دهید.

مثال: ۲۱

مورد ۵: سن جلیل ۶ هفته است. وزن او ۴/۵ کیلوگرم و دمای بدن او (زیر بغل ۳۷) درجه سانتی گراد است. او به خاطر اسهال و ثورات جلدی به مرکز آورده شده است. اولین مراجعه او برای این بیماری است. پزشک پس از بررسی علائم خطر فوری شیر خوار را برای نشانه های خطر کنترل می کند. مادرش می گوید که او تشنج نکرده است. کاهش قدرت مکیدن ندارد و استفراغ نمی کند. پزشک تنفس او را می شمارد ۵۵ بار در دقیقه است او می بیند که جلیل توکشیده شدن قفسه سینه و پرش پره های بینی ندارد و ناله نمی کند. ملاحظه او برآمده نیست. چشم و پستان ناف او طبیعی است. دمای بدنش طبیعی است. تعداد کمی (کمتر از ۱۰ عدد) جوش پوستی وجود دارد. جلیل بی حالی یا کاهش سطح هوشیاری ندارد و تحرک او طبیعی است.

سپس پزشک در مورد اسهال از مادر سوال می کند او پاسخ می دهد که اسهال فرزندش از ۳ روز قبل شروع شده و خون در مدفوع ندارد. جلیل گریه می کند وقتی مادر او را به پستان می گذارد آرام می شود. او دوباره شروع به گریه می کند وقتی تغذیه او با شیر مادر قطع می شود، چشم های او طبیعی به نظر می رسند. پوست او با نیشگون پوستی آهسته به حالت اول بر می گردد. مادر جلیل می گوید که او مشکل شیرخوردن نداشته است. او حدود ۵ بار در ۲۴ ساعت با شیر مادر تغذیه می شود و سایر غذاها و مایعات به او داده می شود. پزشک وزن او را برای سن تعین می کند و روی چارت منحنی رشد (۴/۵ کیلوگرم در ۶ هفتگی) ثبت می کند که زیر منحنی قرمز قرار ندارد. چون جلیل کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت با شیرمادر تغذیه می شود و سایر غذاها و مایعات را دریافت می کند، پزشک تصمیم به ارزیابی تغذیه با شیر مادر می گیرد. مادر جلیل موافق است حالا او را با شیر خود تغذیه نماید. پزشک شیردهی مادر را مشاهده می کند: چانه جلیل به پستان مادر چسبیده است دهان او باز و لب پایینی به بیرون برگشته است. پزشک دهان شیرخوار را برای وجود برفک نگاه میکند که مشکلی ندارد.

بخش ۳

تشخیص نوع درمان و تشخیص های افتراقی

تشخیص نوع درمان

اولویت های درمان را انتخاب کنید

چارت ۱-۱۵-۴ فرایند تعیین اولویت های درمان



این جدول ارجاع فوری یا انتقال را بیابیم ؟

در فصل های قبلی شما یاد گرفتید که چگونه کودک بیمار ۲ ماه تا ۵ ساله را ارزیابی و بیماری یا بیماری های او را طبقه بندی نمایید. قدم بعدی این است که درمان های لازم را مشخص کنید. در بعضی مواقع کودک خیلی بیمار، برای مراقبت های بیشتر نیازمند انتقال به بیمارستان است. در چنین مواردی، شما باید قبل از فرستادن کودک، اقدامات قبل از انتقال را انجام داده سپس انتقال دهید.

ضمن مطالعه این بخش شما بایستی به ستون تشخیص نوع درمان در چارت ارزیابی و طبقه بندی مراجعه کنید. اگر کودک فقط در یک طبقه بندی قرار دارد، دانستن این که چه کاری باید برای کودک انجام دهید آسان است، ولی بسیاری از کودکان بیمار در بیش از یک طبقه بندی قرار می گیرند. برای مثال، یک کودک ممکن است هم پنومونی و هم عفونت حاد گوش داشته باشد. ستون های رنگی در تشخیص نوع درمان به شما کمک می کنند.

- طبقه بندی در **ردیف قرمز** احتیاج به توجه فوری و انتقال فوری دارد.
- طبقه بندی در **ردیف زرد** یعنی کودک احتیاج به داروی مناسب یا درمان های دیگر دارد. به علاوه درمان شامل این است که به مادر آموزش بدهید چگونه داروی کودک را در منزل بدهد و همچنین در مورد مراقبت در منزل به او توصیه های لازم را می کنید و به او می گوئید چه موقع برگردد.
- طبقه بندی در **ردیف سبز** یعنی کودک به درمان خاصی مانند آنتی بیوتیک نیاز ندارد. به مادر آموزش می دهید که چگونه از کودک در منزل نگهداری کند. برای مثال به او توصیه های تغذیه ای می کنید و این که در زمان اسهال مایعات بیشتری به کودک بدهد. سپس نشانه هایی را که بایستی کودک را فوراً به نزد شما بیاورد به او یاد می دهید.

وقتی کودک در بیش از یک طبقه بندی قرار می گیرد، شما مجبور هستید در جدول طبقه بندی، برای درمان به بیش از یک قسمت نگاه کنید. بعضی از درمان ها ممکن است مشابه باشند. برای مثال پنومونی و عفونت حاد گوش نیاز به یک آنتی بیوتیک دارند. شما باید توجه داشته باشید که کدام درمان ها مشابه بوده و کدام درمان ها متفاوت هستند.

اگر کودک بایستی فوراً انتقال داده شود، لازم است تصمیم بگیرید که قبل از انتقال چه درمانی را باید انجام دهید. بعضی از درمان ها مانند فتيله گذاری گوش قبل از انتقال لازم نیست. این مجموعه به شما کمک می کند تا اقدامات قبل از انتقال را مشخص کنید.

در شرایطی که امکان انتقال وجود ندارد و یا والدین از بردن کودک امتناع می ورزند، پزشک باید به مراقبت کودک در (خانه) کمک کند. بهتر است کودک در محلی نزدیک مرکز بماند تا چندین بار در روز کنترل شود. علاوه بر این، در این حال باید سعی کرد تا موانع انتقال را تا حد ممکن، رفع کرد. اگر موفق شدی موضوع را به سطح بالاتر اطلاع دهی.

چگونه تشخیص می دهید که شیرخوار کمتر از ۲ ماه نیاز به **ارجاع فوری** انتقال دارد.

۱- اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه علائم خطر فوری دارد.

۲- اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه علائم و نشانه های خطر دارد.

۳- اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه کم آبی شدید دارد.

۴- اگر شیرخوار کم تر از ۲ ماه احتمال عفونت باکتریال شدید دارد.

۵- اگر شیرخوار کم تر از ۲ ماه از نظر عفونت های موضعی از قبیل عفونت شدید چشم، ماستیت، عفونت شدید ناف و ط خونریزی بند ناف، عفونت شدید پوستی دارد.

۶- اگر شیرخوار کم تر از ۲ ماه از نظر اسهال دچار کم آبی شدید، کم آبی نسبی، اسهال پایدار شدید و ط اسهال خونی است.

در موارد فوق باید کودک بلافاصله پس از دادن درمان های لازم انتقال داده شود. از درمان های غیرضروری که انتقال را به تاخیر می اندازد، خودداری کنید.

برای کم آبی شدید، کودک را فوراً به همراه مادرش به بیمارستان ارجاع دهید و به مادر توصیه کنید در بین راه جرعه جرعه و به آرامی او.آر.اس به او بخوراند و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را ادامه دهد.

بیشتر کودکانی که دارای یک علائم یا نشانه خطر هستند در یک طبقه بندی شدید قرار می گیرند و برای طبقه بندی شدیدشان باید انتقال داده شوند. در موارد نادری، کودک ممکن است یک علامت یا نشانه خطر بدون قرارگرفتن در طبقه بندی شدید داشته باشد. این کودکان بایستی فوراً انتقال داده شوند.

چارت ارزیابی و طبقه بندی شامل همه مشکلاتی که یک کودک ممکن است داشته باشد، نمی شوند. شما بایستی از خودتان بپرسید: آیا کودک هیچ مشکل شدید دیگری دارد که نتوان او را در این مرکز درمان کرد؟ برای مثال، کودک ممکن است مشکل شدید داشته باشد، که در چارت نباشد مانند دل درد شدید. اگر شما نمی توانید کودک را درمان کنید، لازم است کودک را انتقال دهید.

چگونه تشخیص می دهید کودک بیمار (۲ ماهه تا ۵ ساله) نیاز به ارجاع فوری دارد.

تمام طبقه بندی های شدید در چارت ارزیابی و طبقه بندی به رنگ قرمز می باشد.

• انسداد راه هوایی و تنفس

• شوک

• کما یا تشنج

• پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید

• کم آبی شدید در صورتی که کودک بیماری دیگری دارد.

• بیماری تب دار خیلی شدید

• سوءتغذیه شدید در صورتی که کودک بیماری دیگری دارد.

۱- اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه از نظر عفونت های موضعی از قبیل عفونت شدید چشم، ماستیت، عفونت

شدید ناف و ط خونریزی بند ناف، عفونت شدید پوستی دارد.

۲- اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه زردی شدید دارد.

اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه کم آبی متوسط دارد

برای کودکانی که نیاز به ارجاع فوری دارند در این قسمت توضیحی نوشته شود

تشخیص نوع درمان برای بیمارانی که نیاز به انتقال یا ارجاع فوری ندارند

برای بیماری که نیاز به انتقال یا ارجاع فوری ندارد، برای هر طبقه بندی توصیه های لازم را به مادر می کنید و به او می گوئید چه موقع برای پیگیری برگردد.

اگر کودک در چند طبقه بندی قرار می گرفت نوع درمان را برای هر مشکل مشخص کنید. بعضی درمان ها برای بیش از یک طبقه بندی لیست شده است. برای مثال استامینوفن در درمان عفونت حاد گوش و گلودرد استرپتوکوکی آمده است.

وقتی یک آنتی بیوتیک برای مشکلات و بیماری های مختلف بکار می رود، شما می توانید یک نوع آنتی بیوتیک بدهید؛ اما دو بیماری ممکن است نیاز به آنتی بیوتیک های متفاوت داشته باشد.

هنگام به ارزیابی بیشتر

اگر شیرخوار یا کودکی به انتقال یا ارجاع فوری نیاز ندارد، کنترل کنید ببینید آیا کودک نیاز به ارزیابی بیشتر دارد؟

برای مثال برای کودکی که بیش از ۳ هفته است که سرفه می کند و تبی که بیش از ۷ روز ادامه داشته باشد. برای ارزیابی بیشتر به جدول تشخیص افتراقی مراجعه کنید.

چه موقع فوراً برگردد

به مادر توصیه خواهید کرد با توجه به موارد لیست شده بخش مشاوره با مادر، چه موقع فوراً برگردد. به مادر نشانه هایی را که بایستی کودک را فوراً بیاورد یاد بدهید.

مشاوره با مادر در مورد تغذیه

اگر ارزیابی تغذیه لازم باشد، در هر زمانی بعد از دریافت خدمات فوری ممکن است انجام شود که در قسمت مشاوره با مادر توضیح داده شده است.

پیگیری

پیگیری بدین معنی است که به مادر بگویید دقیقاً چه روزی برگردد. پیگیری خیلی مهم است چون مشخص می شود که درمان موثر بوده است یا درمان دیگری نیاز دارد.

اگر چندین تاریخ مختلف برای پیگیری مشخص شده باشد بهتر است زودترین زمان را تعیین کنید.

زودترین زمان معین برای پیگیری در فاصله مناسب را در دفتر مراقبت های ممتد کودکان در ستون

«زمان پیگیری» دایره بکشید. این همان زمان پیگیری است که باید به مادر بگویید. همچنین به مادر مواردی که باید زودتر کودک را برای پیگیری بیاورد، بگویید.

زمان پیگیری برای شیرخوار کمتر از ۲ ماه، خیلی مهم است. اگر در زمان پیگیری متوجه شدید شیرخوار بدتر شده است او را به بیمارستان ارجاع بدهید. شیرخواری که عفونت خفیف چشم دارد ۵ روز بعد و

شیرخواری که عفونت خفیف ناف یا پوست دارد باید بعد از ۲ روز و در صورت داشتن برفک بعد از ۷ روز

برگردد و اگر شیرخوار وزن ناکافی یا رشد نامعلوم داشته باشد باید بعد از ۱۰ روز برگردد.

تشخیص های افتراقی

پس از بررسی علائم خطر فوری و علائم و نشانه های خطر، کلید کودکان باید به کمک تاریخچه، معاینه فیزیکی و بررسی های آزمایشگاهی مورد ارزیابی کامل قرار بگیرند. در این مرحله علاوه بر معاینات روئین بیمار، باید توجه خاص به علائم و نشانه های مرتبط با شایع ترین بیماری های کودکان رهن مبذول داشت.

این نشانه ها و علائم در افتراق تشخیص های احتمالی از یکدیگر بسیار حائز اهمیت می باشند. پس از این که تشخیص علی تشخیص های نهایی مشخص گردید، باید بر اساس برنامه درمانی مشخص شده کودک را تحت درمان قرار داد.

در این فصل، تشخیص های افتراقی هر یک از علائم و نشانه های اصلی که در استراتژی مانا بر اساس شایع ترین بیماری های اطفال آمده است، مطرح می گردد. پس از ارزیابی کامل کودک و قبل از تصمیم گیری در مورد تشخیص بیماری، باید به حالات مختلفی که ممکن است در کودک ایجاد بیماری کرده باشد، توجه کرد. فهرستی از تشخیص های افتراقی را در نظر بگیرید. این کار به شما کمک می کند تا از یک طرف به فرضیات تشخیص های نادرست فکر نکنید و از طرف دیگر بیماری های نادر را از یاد نبرید. به خاطر داشته باشید که اغلب یک کودک بیمار کوچک تر از ۵ سال دارای بیش از یک تشخیص علی مشکل بالینی است که رکن به درمان دارد.

جداول موجود در این فصل، تشخیص های افتراقی مربوط به شایع ترین مشکلات را فهرست نموده و اطلاعاتی در مورد علائم، یافته های بالینی و نتایج آزمایشگاهی که جهت تعیین تشخیص نهایی و تشخیص های افتراقی مرتبط با آن، مطرح می باشد در اختیار شما قرار می دهد که شامل موارد زیر می باشند:

- کودک مبتلا به خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری علی تشنج
- کودک مبتلا به سرفه علی تنفس مشکل (بدون ویئنگ، استرئور علی سرفه مزمن)
- کودک مبتلا به سرفه علی تنفس مشکل همراه ویئنگ
- کودک مبتلا به استرئور
- کودک مبتلا به سرفه مزمن
- کودک مبتلا به تب بدون علائم موضعی
- کودک مبتلا به تب با علائم موضعی
- کودک مبتلا به تب همراه با راش
- کودک مبتلا به تب بیشتر از ۷ روز

پس از تشخیص، طبقه بندی درمان باید برای کودک شروع شود. اگر بیش از یک تشخیص برای کودک مطرح است توصیه می گردد برای هر یک از تشخیص ها، درمان جداگانه صورت گیرد. پس از درمان، لازم است مجدداً لیست تشخیص های افتراقی را مرور کرده و یافته های بالینی جدید را بررسی کرد.

موارد زیر نیز با توجه به تغییرات جدید باید تغییر یابد.

تشخیص افتراقی کودک مبتلا به خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری طی تشنج

توجه خاصی باین به کودک مبتلا به خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری طی تشنج مبذول گردد.

تاریخچه:

موارد زیر را در سابقه بیماری مد نظر داشته باشید:

- ضربه به سر
- مصرف زلده از حد دارویی مسمومیت و نوع آن
- تشنج، طول مدت، دفعات آن، سابقه تشنج همراه تب

معاینه بالینی:

علائم عمومی

- زردی
- رنگ پررنگی شدید کف دست
- ادم محیطی
- سطح هوشیاری
- راش های پتشرال سر و گردن
- سفیدی گردن
- علائم ضربه به سر طی سالی جراحات
- اندازه غی طبیعی سانی مردمک و واکنش به نور
- فونتanel سفت طی بر آمده
- وضعیت غی طبیعی شکم در نگاه و لمس

کافته های آزمائشگاه ی:

در صورت شک به مننژیت، کودک انتقال داده شود و در صورت عدم امکان ارجاع، چنانچه کودک علائم افزایش فشار داخل جمجمه (مردمک های نامساوی، فلج تنه ای اندام ها و تنفس نامنظم) را نداشت، انجام پونکسیون مایع نخاع لازم است. در کودکی که دارای کاهش سطح هوشیاری است، گلوکز خون را کنترل کنید. فشار خون کودک را (در صورتی که کاف مخصوص کودک در دسترس است) گرفته و در صورت امکان آزمائش ادرار درخواست نمایید. طول مدت عدم هوشیاری و AVPU score او برسر حائ اهمیت است. این بررسی باین به صورت منظم تکرار شود.

جدول های تشخیص افتراقی قدیمی هستند جدید شوند

جدول ۱- تشخیص های افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری، تشنج همراه تب یا بدون تب

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
منزیت	• Lp مثبت • در شرایطی که LP امکان پذیر نباشد، سفتی گردن یا برآمدگی فونتاتل • راش های پوستی به صورت پتشی (در مننژیت منگوکوکی شایع تر است)	اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را به بیمارستان انتقال دهید.
تنج	• حملات قبلی تشنج های کوتاه به دنبال تب • برگشت هوشیاری بلافاصله پس از قطع تشنج • تب بالا • سن بین ۶ ماه تا ۵ سال • گسترش لام خون محیطی طبیعی از نظر مالاریا (در مناطق مالاریا خیز)	فوراً انتقال دهید.
هیپوگلیسمی (همیشه باید به دنبال علت آن گشت)	• پایین بودن میزان قند خون که به درمان با گلوکز پاسخ می دهد.	گلوکز وریدی بدهید. (چارت شماره ۸، صفحه ۲۰) سپس فوراً انتقال دهید.
گلومرولونفریت حاد با انفالوویاتی های ناشی از اختلال عملکرد کبد و کلیه، سندرم های متابولیک	• افزایش فشار خون • تورم صورت یا ادم محیطی • وجود خون، پروتئین یا cast گلبول قرمز در ادرار	ارجاع دهید.
کتواسیدوز دیابتی	• قند خون بالا • سابقه پر نوشی و پرادراری و پر خوری • تنفس های اسیدوتیک (عمیق و سخت)	فوراً انتقال دهید.
سمومیت ها	• سابقه مصرف داروها یا مواد مخدر • سابقه تماس با سموم یا مواد شیمیایی	بر حسب نوع آن، اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و فوراً انتقال دهید. در سمومیت با مواد مخدر نالوکسان تزریق کنید.
ترومای سر	• وجود علائم یا ذکر سابقه ضربه به سر	فوراً انتقال دهید.
شوگ (شوگ می تواند ایجاد خواب آلودگی یا عدم هوشیاری کند و معمولاً موجب تشنج نمی شود)	• علائم شوگ • راش های پوستی به صورت پتشی • علائم دهیدراتاسیون شدید	برای کودک رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید. (چارت شماره ۵، صفحه ۲۲) سپس فوراً انتقال دهید.

تشخیص های افتراقی

تشخیص های افتراقی کودک مبتلا به سرفه بی تنفس مشکل (بدون ویلینگ، استرچور بی سرفه مزمن)

اغلب حملات سرفه در کودکان به دلایل سرما خوردگی است که هر کودک ممکن است چندین بار در سال مبتلا گردد. از مکن بهاری های که با سرفه بی تنفس مشکل ظاهر می شوند، شایع ترین آن ها پنوموری

می باشد که بخش از بقیه موارد در تشخیص های افتراقی سرفه و تنفس مشکل، بایع به آن توجه داشت. وای سایی علل مهم سرفه لی تنفس مشکل را رین نبایع از نظر دور داشت (جدول شماره ۲). جهت تشخیص موارد سرفه لی تنفس مشکل بدون ویئنگ، استریور لی سرفه مزمن به موارد زی دقت کری:

تاریخچه:

- 0 حملات سرفه ای و به دنبال آن صدای چیغ مانند (whoop) استفراغ لی سرئوز مرکزی
- 0 سابقه تماس با فرد مبتلا به توبرکولوزیس (لی سرفه مزمن) در خانواده
- 0 سابقه واکسیناسیون: سه گانه، سرخک، BCG
- 0 سابقه خفگی لی بروز ناگهاری علائم
- 0 عفونت شناخته شده HIV
- 0 سابقه شخصی لی خانوادگی آسم

معاینه بالینی:

علائم عمومی

- سرئوز مرکزی
- ناله کردن
- پرش های پره های بینی
- رنگ پریری شدی کف دست
- افزایش فشار ورینی جوگولار (JVP) (نبض جوگولار پر)
- ویئنگ
- استریور

قفسه سرینه:

- تعداد تنفس (در هنگامی که کودک آرام است تعداد تنفس او را در یک دقیقه بشماری).

تنفس تند:

- کودک زی ۲ ماه ۶۰: تنفس در دقیقه لی بیشتر
- کودک ۱۲-۲ ماه ۵۰: تنفس در دقیقه لی بیشتر
- کودک ۱۲ ماه تا ۵ سال ۴۰: تنفس در دقیقه لی بیشتر
- تو کشیده شدن قسمت تحتاری قفسه سرینه
- شریفت تراشه از خط وسط / تغیری محل ضربه نوک قلب^۱
- سوفل قلب / ریتم گالوپ در سمع قلب
- علائم پلورال افیوژن در دق ریه (Stony dullness) لی پنوموتوراکس (هیر رزونانس)
- کراکل خشن لی صدا های تنفسی برونشریال در سمع ری

^۱ . (APEX)

^۲ . Stony dullness

- رال Fine در قاعده ریج ها

نکته : تو کشیده شدن قسمت تحتاری قفسه سرینه به معری به داخل کشیده شدن دیواره تحتاری قفسه سرینه در هنگام دم می باشد و اگر در هنگام تنفس کودک، فقط بافت نرم عین دنده ای طی قسمت بالایی کلاویکول به داخل کشیده شود، این به معری توکشیده شدن قفسه سرینه[□] رهبت.

شکم:

در کودک عوامل زی باع ارزطبی شوند:

- لنفادنوپاتی
- بزرگی کبد طی طحال
- طفته های آزمائشگاه ی (اسمیر خود محیطی، هموگلوبین)، ...

جدول ۲- تشخیص های افتراقی سرفه یا تنفس مشکل:
(بدون ویزینگ و استریدور)

جدول ۳- تشخیص های افتراقی سرفه یا تنفس مشکل: (همراه ویزینگ)

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
پنومونی	• سرفه همراه با تنفس تند • رال های خشن در سمع ریه • تو کشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه، پرش پره های بینی	به صفحه ۵ مراجعه کنید.
مالاریا	• تنفس تند در کودک تب دار • پارازیتمی بالا در اسمیر خون محیطی • زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز • در مورد مالاریای شدید تنفس عمیق (اسیلو تیک) / تو کشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه • پاک بودن ریه در سمع	به صفحه ۲۵ مراجعه کنید.
آنمی شدید	• رنگ پریدگی شدید کف دست • هموگلوبین زیر ۶ گرم در دسی لیتر	به صفحه ۲۵ مراجعه کنید.
نارسایی قلبی	• سوفل قلبی - ریتم گالوپ • افزایش فشار ورید جوگولار • رال های fine در قاعده ریه ها • تغییر محل ضربه apex • کبد بزرگ قابل لمس	انتقال دهید.
سل	• اختلال رشد - wasting یا کاهش وزن • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل • وجود علامت رادیو گرافیک در CXR به صورت کمپلکس اولیه یا سل ارزنی	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
سياه سرفه	• حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند استفراغ • سیانوز و آنه • قفلان تب • قفلان تاریخیچه تریق واکسن سه گانه • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• وجود سابقه حالت خفگی ناگهانی • بروز ناگهانی استریدور و یا دیسترس تنفسی • وجود مناطق فوکل ویز یا کاهش صداهای تنفسی	فوراً انتقال دهید.
آپیم	• Dulness در دق ریه	ارجاع دهید.
پنوموتوراکس	• بروز ناگهانی • صدایی با رزونانس بالا در دق یک طرف ریه • شیفیت مدیاستن	فوراً انتقال دهید.
آسم	• تاریخیچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی • پرهوایی ریه در CXR • بازدم طولانی، کاهش PFR و کاهش ورود هوا در انسداد شدید هوایی • پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
برونشیت	• اولین حمله ویز در کودک زیر ۲ سال • وجود ویز در زمان حلاکت شیوع برونشیت های فصلی • پرهوایی ریه در رادیوگرافی • بازدم طولانی	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
ویزینگ همراه سرفه یا سرماخوردگی	• ویزینگ همیشه مرتبط با سرفه و سرماخوردگی • فقدان تاریخیچه فردی یا فامیلی آسم، اگرما یا تب یونجه • بازدم طولانی • کاهش ورود هوا و در موارد شدید انسداد راه های هوایی • پاسخ خوب به گشادکننده های برونش • دارای شدت کمتر نسبت به ویزینگ همراه آسم	درمان علامتی انجام دهید.
جسم خارجی	• تاریخیچه حالت خفگی یا ویزینگ ناگهانی • ویزینگ یک طرفه • Air trapping و شیفیت مدیاستن در رادیوگرافی و رزونانس بالا • علامت کلایس ریه (کاهش ورود هوا و ماتیت در دق) • فقدان پاسخ به گشادکننده های برونش	فوراً انتقال دهید.
رفلاکس معده به مری (GER) و آتومالی های مادرزادی (TEF)	• استفراغ هنگام یا بعد از غذا • وزن گیری نامناسب / FTT • علامت تنفسی (برونکو اسپاسم، استریدور، آنه، پنومونی مکرر)	ارجاع دهید.
فیروز کسیتی (CF)	• وزن گیری نامناسب / FTT • خلط چرکی، تنفس بدبو • کلایینگ انگشتان/ پرولاپس رکتوم	ارجاع دهید.

تشخیص افتراقی سرفه طی تنفس مشکل همراه ویئنگ

در ۲ سال اول زندگی، ویئنگ اغلب به دلایل عفونت های ویال دستگاه تنفس مانند برونشیت طی سرفه و سرما خوردگی می باشد. بعد از ۲ سال اغلب ویئنگ به دلایل آسم می باشد. در بعضی مواقع علامت ویئنگ در کودک مبتلا به پنوموری وجود دارد. توجه به پنوموری به عنوان یکی از تشخیصهای احتمالی به خصوص در ۲ سال اول زندگی حائز اهمیت می باشد. در کودک مبتلا به بیماری مزمن، آبسه های سالی می تواند بر روی راه های هوایی کودک فشار وارد کرده و ایجاد ویئنگ نماید. در جدول شماره ۳ تشخیص های افتراقی تنفس مشکل همراه ویئنگ آمده است.

تاریخچه:

- وجود حمله قبلی ویئنگ
- پاسخ به برونکودیلاتورها
- تشخیص آسم طی سابقه درمان طولانی مدت برای آسم

معاینه بالینی:

- ویئنگ در بازدم
- بازدم طولانی
- صدای رزونانس در دق ری
- پر هوایی قفسه سینه
- رونکای در سمع ری

پاسخ به برونکودیلاتورهای سریع الاثر

اگر علت ویئنگ به خوبی مشخص نبوده و طی کودک علاوه بر ویئنگ تند، تو کشیده شدن قفسه سینه ری دارد، علاوه بر دادن اکسژن یک برونکودیلاتور سریع الاثر به کودک داده و پس از ۳۰ دقیقه او را ارزیابی کرد. پاسخ به برونکودیلاتور سریع الاثر به تشخیص بیماری زمینه ای و درمان کمک می کند.

برونکودیلاتور سریع الاثر را به یکی از روش های زیر به کودک بدهید:

- سالبوتامول نبولایزر
- اسپری سالبوتامول همراه با آسم کور
- اگر هیچ کدام از روش های بالا امکان پذیری نیست، یک تزریق زیر جلدی اپی نفرینی (آدرنالین) انجام دهید.
- تجویز برونکودیلاتور سریع الاثر را در سه نوبت هر ۱۵ دقیقه یک بار تکرار کرد.
- پاسخ به دارو را پس از ۳۰ دقیقه ارزیابی کرد.

علائم بهبودی شامل:

- کاهش دیسترس تنفسی (تنفس راحت تر)
- کاهش میزان تو کشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه

- بهبودی ورود هوا

در صورت بهبودی، برونکودیلاتاتور استنشاقی را به مدت ۵ روز ادامه دهی. کودکانی که همچنان دارای علائم هیپوکسی (مثل سرنووز مرکزی، عدم توانایی نوشیدن به دلیل دیسترس تنفسی، تو کشیده شدن شدیدی دواره تحتاری قفسه سینه) بوده و بی تنفس تند دارند بای برای درمان به بیمارستان ارجاع شوند.

تشخیص افتراقی سرفه بی تنفس مشکل همراه استرئور

منظور تشخیص های افتراقی استریدور است؟

مهم ترین علل استرئور شدیدی، کروپ ویال (در اثر سرخک بی سالی ویروس ها)، دفتری، جسم خارجی و تروما به لارنکس می باشد (جدول شماره ۴-۱۶-۴) در کشورهای در حال توسعه، عفونت باکتریالی تراشه و اپی گلوئیت حاد برزور نادر می باشند. در کودکی که مبتلا به بیماری مزمن می باشد، یک آبسه سلی رهن می تواند موجب فشار بر راه هوایی فوقاری شده و استرئور ایجاد کند.

تاریخچه

- اولین حمله بی حملات مکرر استرئور
- وجود تاریخچه آسیبراسهون خارجی به داخل ری
- وجود استرئور بلافاصله پس از تول

معاینه بالینی

- نمای bull neck
- وجود غشای خاکستری در فارنکس
- ترشحات خوری از بینی
- وجود استرئور حتی در کودک آر

تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

سرفه مزمن، به سرفه ای گفته می شود که بیش از ۲ هفته هر روز ادامه دارد.

تاریخچه

- طول مدت سرفه
- سرفه شبانه
- حملات سرفه منجر به استفراغ
- تب پایدار
- تماس نزدیکی با موارد شناخته شده سل خلط مثبت بی سرفه
- سابقه حملات وینیگ (سابقه خانوادگی آسم بی آلرژی)

- سابقه خفگی طی استنشاق جسم خارجی
- موارد شناخته شده عفونت HIV

معاینه بالینی

- تب
- لنفادنوپاتی (مثلاً در گردن)
- کاهش وزن
- وئیک / بازدم طولانی
- حملات آپنوتیک
- خونریزی های ساب کونژنکته
- علائم همراه با آسیب اسهون جسم خارجی
- وئیک یک طرفه
- مناطقی از ری با کاهش صداهاى تنفسى لیه پررزونانس در دق ری
- انحراف تراشه لى ضربه نوک قلب (Apex)
- علائم همراه عفونت HIV

تشخیص های افتراقی کودک مبتلا به تب

بعضی از علل تب فقط در مناطق جغرافیایی خاص بروز می کنند. به عنوان مثال تب هموراژیک دانگ، تب عود کننده، (سای انواع تب اهمیت فصلی دارند. (مثل مالاریا، مننژیت، مننگوکوکال) و لى به صورت ابدى بروز می نمایند (مانند سرخک، مننژیت، مننگوکوکال، تیفوس)

جدول ۶- تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی

جدول ۷- تشخیص های افتراقی تب با علائم موضعی (بدون بشورات پوستی)

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
عفونت دستگاه ادراری	• حساسیت سوپراپوئیک یا زاویه دنده ای - مهره ای Costo. Vertebral • درد یا گریه هنگام دفع ادرار • تکرر ادرار • بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلا کنترل ادرار داشته است) • گلبول سفید و یا تست نیتريت مثبت در آزمایش ادرار	ارجاع دهید.
سپتی سمی	• ناخوشی جدی بدون دلیل واضح • پنشی، پوریپورا • شوک، هیپوترمی در شیرخوار زیر دو ماه	فوراً انتقال دهید.
تیفوئید	• ناخوشی جدی بدون دلیل واضح • حساسیت در لمس شکم • شوک • گیجی	ارجاع دهید.
مالاریا	• گسترش لام خون سمی مثبت • کم خونی شدید • بزرگی طحال • زردی	به صفحه ۲۵ مراجعه کنید.
ایدز	• علائم عفونت HIV	به جدول (شماره ۵ صفحه ۱۳) و راهنما مراجعه کنید.

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	• بیقراری شدید • سفلی گردن • فونتال پر آمده • راش های مننگو کوکال • (پنشی، پوریپورا)	اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را فوراً انتقال دهید.
اوتیت مدیا	• پرده گوش قرمز در معاینه با اتوسکوپ • خروج چرک از گوش • درد گوش	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
ماستوئیدیت	• تورم دردناک بالا یا پشت گوش	فوراً انتقال دهید.
استروبلت	• حساسیت موضعی اندام یا مفصل • امتناع از حرکت دادن اندام درگیر • عدم تحمل وزن بر روی اندام درگیر	ارجاع دهید.
آرتریت سپتیک	• مفصل گرم، حساس و متورم	ارجاع دهید.
عفونت پوست و بافت نرم	• سلولیت و پیویمیزیت (عفونت چرکی عضلات) • قرمزی، گرمی و تورم یا تاول پوستی	ارجاع دهید.
لنفادنیت	• بزرگی همراه با قرمزی، گرمی و حساسیت غده لنفاوی	ارجاع دهید.
پنومونی	• سرفه همراه تنفس تند • رال های خشن در سمع ریه • تو کشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه • پرش پرده های بینی	به صفحه ۵ مراجعه کنید
عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی	• علائم سرفه و سرما خوردگی • فقدان علائم سیستمیک	درمان علامتی کنید
آبسه حلق	• تریسموس • انحراف بافت نرم داخل حلق • مشکل بلع و قورت دادن بزاق • حساسیت غده لنفاوی گردن	ارجاع دهید.
سینوزیت	• حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • آبریزش بینی و سرفه برای ۱۰ تا ۱۴ روز • ترشحات چرکی از بینی برای ۳ تا ۴ روز • تب بالا • سردرد یک طرفه • من بیشتر از دو سال	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید

در کودک مبتلا به تب با بی توجه خاصی به موارد ذیل مبذول داشت؛

تاریخچه:

- طول مدت تب
- وجود نشانه های موضعی، مثلاً وجود درد و تندرns
- در ناحیه مفاصل - استخوان ها - سینوس - گوش ...
- وجود بثورات پوستی
- سردرد

معاینه بالینی:

- سفیدی گردن
- بثورات پوستی هموراژیک - پورپورا و پتشی
- سلولیت لی پوستول
- ترشح از گوش / پرده تمپان قرمز و بی حرکت در اتوسکوپ
- مقاومت در حرکت مفصل لی اندام
- تندرns موضعی
- تنفس تند

مطالعات آزمایشگاهی

- لام خون محیطی
- LP در صورت شک به مننژیت (بدون سای علائم افزایش فشار داخل جمجمه)

تشخیص های افتراقی

در کودک مبتلا به تب حالات مختلفی ممکن است وجود داشته باشد:

- تب بدون علائم موضعی
- تب به همراه علائم موضعی (بدون بثورات پوستی).
- تب همراه با راش.
- تب همراه با بثورات پوستی

تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

از آن جا که علل متنوعی برای تب طولاری مدت وجود دارد، آشنایی لی شایع ترین علل موجود در منطقه حائ اهمیت فراوان است (جدول شماره ۹-۱۶-۴) در نتیجه بررسی جهت یافتن مهم ترین علل تب در منطقه ضروری به نظر می رسد. گاهی اوقات لازم است قبل از تشخیص قطعی یک اقدام درمانی برای

کمک به تشخیص انجام داد. به عنوان مثال در شرایطی که شک به سل یا سالمونلا وجود دارد اگر با شروع درمان، کودک بهبود یافت، تایید کننده تشخیص می باشد.

تاریخچه:

سابقه تب را جوی شوئی. علاوه بر آن سوال کنی آلی کودک مبتلا به بیماری مزمن نظیر آرتریت روماتوئید یا بدخیمی است که تب پایدار کرده باشد یا نه.

معاینه:

کودک را کاملاً لخت کرده و تمامی بدن او را از نظر وجود نشانه های موضعی معاینه کنی:

- سفیدی گردن (مننژیت)
 - قرمزی و تندرنس مفصل (آرتریت سپتیک یا تب روماتیسمی)
 - تنفس تند یا تو کشیده شدن قفسه سینه (پنوموری یا پنوموری شدید)
 - راش های پتشرال (بیماری مننگوکوکال اکولوپاپولر یا تب دانگ)
 - راش های ماکولوپاپولر (عفونت های ویال یا واکنش های دارویی)
 - گلودرد یا وجود غشاهای مخاطی (عفونت گلو)
 - قرمزی و درد گوش به همراه بی حرکتی پرده تمپان (اوتیت مدی)
 - زردی یا آنمی (مالاری یا سپتی سمی)
 - ستون مهره ها یا مفاصل هیچ (اوستئومیلیت آرتریت)
 - شکم (تندرنس سوپراپوبیک در عفونت دستگاه ادراری، توده قابل لمس، تندرns ناحیه کلیه ها)
- باین توجه داشت که بعضی از علت های تب، بدون هیچ نشانه موضعی هستند مثل سپتی سمی، عفونت های سالمونلایی، سل مایه ای، عفونت HIV یا عفونت دستگاه ادراری.

طافته های آزمایشگاه ی:

در صورت امکان اقدامات زیر را انجام دهی:

- شمارش گلبولی شامل شمارش پلاکت و مورفولوژی سلولی
- آنالیز ادراری
- تست مانتو (توجه: تست مانتو اغلب در کودک مسلول که دچار سوء تغذیه شدیدی یا سل مایه ای است منفی می شود.)
- رادیوگرافی قفسه سینه
- کشت خون
- تست HIV اگر تب بیش از ۳۰ روز طول کشد و یا دلائل دیگری مبری بر احتمال عفونت HIV وجود دارد.)
- (LP در صورتی که علائم مننژیت وجود داشته باشد.)

جدول ۸- تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی

جدول ۹- تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
سرخک	• راش تبیک سرخک • سرخه، ابریزش بینی، قرمزی چشم • زخم های دهانی • کلاورت قرنیه • تماس اخیر با فرد مبتلا به سرخک • علم واکسیناسیون سرخک	• درمان علامتی کنید. • به مادر بگویید چه موقع فوراً بر گردد. • طبق دستورالعمل کشوری گزارش داده شود.
عفونت های ویروسی	• علامت سیستمیک خفیف • راش های غیراختصاصی گذرا	درمان علامتی کنید
عفونت متنگوئیکال	• راش های بنشی یا پورپورا • کیودی (Bruising) • شوک • سفی کردن (در صورت وجود متنزیت)	• فوراً انتقال دهید. • اقدامات پیشگیری از سرایت این عفونت را انجام دهید.
سل	سرخه طول کشیده، هموئری، اختلال رشد، PCR یا IGRA مثبت	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید
یروسلوز	آرتريت، تیر دایت و ۲-ME مثبت، تعریف شبانه	ارجاع دهید.
سالمونلا	تب طول کشیده، لکونی، همراهی اسهال یا یبوست، کشت خون مثبت	ارجاع دهید.
تب عودکننده (بورلیوزیس)	• راش بنشی، خونریزی های پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا	ارجاع دهید.
مخملک	• راش ماکولوپاپولر با افزایش آن در چین های پوستی • قرمزی حلق، بنشی روی کام، زبان توت فرنگی • خطوط پاستیا (Pastia Lines)	• ممکن است مبتلانی سسپالین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید. • برای تب بالا یا مسای ۳۸.۵ درجه سائیکرل استامینوفن بدهید.
کاوازاکی	• تب ۵ روز و طولانی تر • راش پلی مورف شبیه سرخک، مخملک • پر خونی دو طرفه بولبار ملنحه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) • لنفاد نوباتی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه) • تغییرات در اندام های محیطی (ادم، آرتریت، پوسته ریزی)	ارجاع دهید.
واکنش های دارویی (serum sickness)	سابقه مصرف اخیر دارو، همراهی علائم سیستمیک و یا درگیری مفصلی	ارجاع دهید.
بیماری های کلاژن واسکولار	همراهی علائم سیستمیک، درگیری مفصلی، گرفتاری کلیه	ارجاع دهید.

تشخیص های افتراقی

بخش ۴

"درمان"

مروری بر انواع درمان

چارت های درمان در مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (IMCI) ، مراحل کامل درمان که در چارت ارزیابی و طبقه بندی و تشخیص نوع درمان به آن ها اشاره شده است را نشان می دهد. درمان به معنی ارائه درمان در مرکز یا مطب، تجویز داروها یا سایر درمان ها در منزل و همچنین آموزش به مادر کودک یا فرد مراقبت کننده در مورد چگونگی ادامه درمان در منزل می باشد:

چارت نشان می دهد که چگونه:

- درمان فوری قبل از ارجاع را انجام دهید.
 - داروهای خوراکی بدهید.
 - نشانه های موضعی را درمان کنید.
 - داروهای داخل عضلانی را تزریق کنید.
 - اقداماتی برای پیشگیری از پائین افتادن قند خون انجام دهید.
 - در موارد ابتلای کودک به اسهال، مایعات اضافی داده و تغذیه را ادامه دهید و پیگیری کنید.
- داروهای خوراکی، داروهای تزریقی و سایر درمان های موجود در چارت ها، برای ارائه توسط سرپرست سلامت (پزشک خانواده) طراحی شده اند. داروهایی که انتخاب شده اند موثر و ارزان بوده و تجویز آنها آسان است. اگر اولین داروی انتخابی در دسترس نباشد، بایستی نوع دارو را عوض کرده و از دومین داروی انتخابی استفاده کرد. در این بخش اطلاعات بیشتری در مورد چگونگی و زمان دادن داروها و سایر درمان ها خواهید آموخت.

درمان همچنین شامل:

- آموزش به مادر کودک یا فرد مراقبت کننده در مورد دادن داروهای خوراکی یا درمان نشانه های موضعی در منزل، و
- مشاوره با مادر یا فرد مراقبت کننده در مورد ادامه تغذیه، دادن مایعات اضافی و زمان مراجعه مجدد به مرکز می باشد. در مورد این مراحل درمانی در بخش ۶ اطلاعات بیشتری را یاد خواهید گرفت.

درمان های قبل از ارجاع یا انتقال فوری

در این فصل چارت های درمان کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله و شیرخوار کمتر از ۲ ماه و نحوه درمان قبل از ارجاع فوری، شرح داده می شود. نحوه دادن درمان های قبل از ارجاع فوری را شرح می دهد. بعضی از درمان های قبل از ارجاع فوری، در ستون درمان چارت های ارزیابی و طبقه بندی و تشخیص نوع درمان به صورت پر رنگ نوشته شده است. شما باید هر چه سریع تر درمان های قبل از انتقال فوری مورد نیاز را انجام داده و کودک یا شیرخوار را همان گونه که در این بخش توضیح داده شده است، انتقال دهید.

تشخیص درمان فوری مورد نیاز قبل از ارجاع برای کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

در صورت وجود هر یک از علائم خطر فوری جهت اقدامات درمانی باید به چارت های مربوطه در بوکلت مراجعه شود که راهنمای دقیق درمان در چارت ها به ترتیب زیر آمده است:

- چارت نحوه باز کردن راه هوایی در کودک دچار خفگی
- چارت نحوه باز کردن راه هوایی در کودک مبتلا به انسداد تنفسی (یا توقف کامل تنفسی)
- چارت نحوه دادن اکسیژن
- چارت نحوه وضعیت دادن به کودک بیهوش
- چارت نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک (هیپوولمیک)
- چارت نحوه دادن سریع مایعات وریدی
- چارت نحوه دادن دیازپام رکتال برای موارد تشنج
- چارت نحوه دادن گلوکز وریدی

همزمان با ارزیابی و معاینه کودک بیمار و بلافاصله پس از ارائه درمان های فوری به کودکی که دارای علائم خطر فوری می باشد، برای انتقال کودک به نزدیک ترین بیمارستان با مراکز اورژانس شهری یا جاده ای تماس بگیرید و کودک را برای انتقال آماده کنید. اصول گرم نگه داشتن بیمار بخصوص در شیرخواران زیر ۲ ماه، تغذیه با شیر مادر یا جلوگیری از افت قند خون، محافظت از گردن، برقراری مایع درمانی یا تزریق آنتی بیوتیک و.... را رعایت کنید و آموزش های لازم برای مراقبت از بیمار در مسیر انتقال را به مادر یا مراقب کودک بدهید

نحوه بازکردن راه هوایی

درمان های فوری در این مورد توضیح داده شده است. نحوه برخورد بر اساس این که آیا جسم خارجی موجب انسداد تنفسی شده است و یا علل دیگری انسداد یا دیسترس تنفسی را به وجود آورده اند، فرق می کنند.

اگر جسم خارجی ایجاد انسداد کرده باشد، درمان بستگی به سن کودک خواهد داشت:

نحوه بازکردن راه هوایی در شیرخواران زیر یک سال:

- شیرخوار را بر روی بازو یا ران خود به گونه ای بخوابانید که سر او به طرف پائین قرار بگیرد.
- با برجستگی کف دست ۵ ضربه به پشت شیرخوار (بین دو کتف) بزنید.
- اگر انسداد همچنان باقی است، شیرخوار را برگردانید و ۵ بار با ۲ انگشت، فشردن قفسه سینه را (از یک انگشت پائین تر از وسط خط فرضی که نوک دو پستان را به هم وصل می کند) انجام دهید.
- اگر انسداد همچنان باقی است، دهان کودک را از نظر وجود هرگونه انسدادی که قابل رفع است، کنترل کنید.
- در صورت لزوم، مراحل ذکر شده را با زدن ضربه مجدد به پشت تکرار کنید.

نحوه بازکردن راه هوایی در کودکان بالای یک سال

- در حالی که کودک نشسته، زانو زده در پشت کودک قرار بگیرید و دستان خود را به دور بدن او حلقه کرده و یک دست خود را درست در زیر استخوان جناغ سینه کودک مشت کرده و دست دیگر خود را بر روی دست مشت شده گذاشته و به سمت بالا به داخل شکم فشار دهید. (این عمل مانور Heimlich را ۵ بار تکرار کنید).
- اگر کودک در حالت خوابیده قرار دارد تنها زیر استخوان جناغ سینه را فشار دهید.
- اگر انسداد همچنان باقی است، دهان کودک را از نظر وجود هرگونه انسدادی که قابل رفع است، کنترل کنید.

اگر انسداد تنفسی به دلیل آسپیراسیون جسم خارجی نمی باشد:

اگر مشکوک به ترومای گردن نیست:

- چارت ۱ بوکلت نحوه باز نگه داشتن راه هوایی را نشان می دهد و از افتادن زبان به قسمت عقب و انسداد فارنکس پیشگیری می کند. بهترین وضعیت سر در شیرخواران وضعیت مستقیم و در کودکان کمی به حالت اکستانسیون یا کشیده به سمت عقب می باشد. پس از وضعیت دادن به سر کودک، باز بودن و عملکرد راه هوایی باید به طرق زیر بررسی شود:
- با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه
- با گوش کردن به صداهای تنفسی،
- و با احساس کردن تنفس در کودک

اگر احتمال ترومای گردن وجود دارد:

در این صورت چرخش سر یا چانه موجب تشدید صدمه به مهره های گردنی می شود. در این حالت بهترین راه، جلو آمدن فک بدون خم کردن سر (jaw thrust) می باشد. بهتراست فرد دیگری در ثابت نگه داشتن گردن به شما کمک کند. پس از برطرف شدن انسداد راه هوایی، ثابت کردن گردن را می توان به روشی که در چارت ۴ بوکلت آمده است انجام داد.

سایر درمانهای فوری

جزئیات مربوط به سایر درمان های فوری در چارت های توضیح داده شده است.

درمان فوری در کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید

کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید نیاز به ارزیابی و درمان جدی دارد. میزان مرگ و میر در این دسته از کودکان بالا است، بنابراین باید توسط فرد با تجربه ای ارزیابی شده و درمان او هر چه زودتر آغاز گردد. نحوه دادن سریع مایعات وریدی در کودکان مبتلا به شوک در صورت وجود سوء تغذیه شدید متفاوت خواهد بود.

به نظرم این چارت باید حذف شود

چارت ۶-۱۸-۵ نحوه دادن سریع مایعات وریدی

کودک سوء تغذیه شدید دارد

این درمان را فقط برای کودکی که علائم شوک و خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هوشیاری دارد اعمال کنید.

- برای کودک رگ بگیرید. (برای انجام آزمایش های اورژانس خون گیری کنید).
- کودک را وزن کنید (یا وزن کودک را تخمین بزنید) تا بتوانید حجم مایعی را که باید دریافت کند محاسبه کنید.
- ۱۵ ml/kg مایع در عرض یک ساعت بدهید. یکی از محلول های زیر را بدهید (به ترتیب اولویت):
 - دکستروزسالین
 - یا اگر سرم بالا در دسترس نیست، رینگر لاکتات
- نبض و تعداد تنفس را در شروع و پس از هر ۱۰-۵ دقیقه اندازه بگیرید.

وزن	حجم مایع وریدی	وزن	حجم مایع وریدی
در عرض یک ساعت بدهید ۱۵ ml/kg	در عرض یک ساعت بدهید ۱۵ ml/kg		
۴ kg	۶۰ ml	۱۲ kg	۱۸۰ ml
۶ kg	۹۰ ml	۱۴ kg	۲۱۰ ml
۸ kg	۱۲۰ ml	۱۶ kg	۲۴۰ ml
۱۰ kg	۱۵۰ ml	۱۸ kg	۲۷۰ ml

اگر علائمی مبنی بر بهبودی مشاهده شد (کاهش تعداد نبض و تنفس):

- در عرض یک ساعت بعدی، دادن (۱۵ ml/kg) مایع وریدی را تکرار کنید و کودک را ارجاع دهید و در صورت عدم امکان ارجاع، جبران کم آبی را به صورت خوراکی یا با لوله معده به میزان (۱۰ ml/kg/h) برای ۱۰ ساعت.
 - اگر کودک پس از اولین میزان (۱۵ ml/kg) مایع وریدی بهبودی پیدا نکرد، احتمال دهید که کودک دچار شوک سپتیک است. فوراً کودک را ارجاع داده و در بین راه دادن (۴ ml/kg/h) مایع را تکرار کنید.
- در صورت عدم امکان ارجاع:
- و در صورت دسترسی به خون، به میزان ۱۰ ml/kg خون کامل تازه را به آهستگی در عرض ۳ ساعت ترانسفوزیون کنید. (در صورت وجود علائم نارسایی قلبی از Packed cell استفاده کنید).
 - درمان آنتی بیوتیک را آغاز کنید.
 - اگر حال کودک در طول مدت سرم درمانی بدتر شد (تعداد تنفس ۵ بار در دقیقه یا نبض ۲۵ ضربه در دقیقه افزایش یافت)، انفوزیون را متوقف کنید زیرا دادن مایعات وریدی می تواند موجب بدتر شدن وضعیت کودک شود؛ کودک را سریعاً ارجاع دهید.

درمان مورد نیاز قبل از انتقال فوری برای شیرخواران چهار کمتر از ۲ ماه

در صورت وجود هر یک از علائم خطر فوری جهت اقدامات درمانی باید به چارت های مربوطه در بوکلت و همچنین دستورالعمل کشوری احیا مراجعه کنید .

تکنیک های احیا برای نوزادانی که خارج از بیمارستان متولد می شوند یا بعد از تولد احتیاج به احیاء دارند.

بعضی از نوزادان ممکن است بعد از تولد در خارج از بیمارستان و یا بعضی دیگر پس از سپری شدن مراحل اولیه بعد از تولد نیاز به احیاء داشته باشند.

مثال هایی از نوزادانی که نیاز به احیاء در شرایط متفاوت دارند شامل:

- نوزادی که در خانه یا در وسیله نقلیه متولد شده است که امکان کمک رسانی محدودی در دسترس بوده است.

- نوزاد دو روزه ای که به عنوان سپسیس (sepsis) با شوک آورده می شود.

با وجودی که حوادثی که در خارج از بیمارستان سبب نیاز به احیاء می شوند متفاوتند، ولی اصول فیزیولوژیک و مراحلی که باید برای بازگرداندن علائم حیاتی طی دوره نوزادی (ماه اول بعد از تولد) انجام شود، یکسان هستند که شامل:

- فراهم کردن گرما، وضعیت دادن، پاک کردن راه هوایی، تحریک نوزاد برای تنفس
- فراهم کردن تهویه مناسب و در صورت نیاز استفاده از اکسیژن
- فشردن قفسه سینه
- تجویز داروها

اولویت در احیاء نوزادان در هر زمانی از دوره نوزادی بدون توجه به مکان، باید تأمین تهویه مناسب باشد. هنگامی که از تهویه کافی اطمینان یافتید، باید برای سامان دهی عملیات احیاء به تاریخچه نوزاد توجه کنید.

برنامه احیا نوزاد در بدو تولد به روش زیر است:

گام های نخستین و تأمین راه هوایی:

نوزادانی که نیازمند احیا تشخیص داده می شوند گام های نخستین احیا همراه تأمین راه هوایی مناسب، حداکثر ظرف مدت ۳۰ ثانیه انجام گیرد.

ارزیابی وضعیت نوزاد پس از مراقبت های اولیه و ادامه عملیات:

- حرکات قفسه سینه، تعداد و عمق نفس ها را بررسی کنید. تنفس gasping را معادل آپنه در نظر بگیرید.

- نوزادی را که تنفس منظم و موثر داشته و ضربان قلب وی بیش از ۱۰۰ ضربه در دقیقه است، رنگ لب و بدن او صورتی است و سیانوز مرکزی ندارد، تحت نظر قرار دهید.

- به نوزادی که تنفس منظم و ضربان قلب طبیعی (بیشتر از ۱۰۰) دارد اما سیانوتیک است، اکسیژن بدهید.

- به نوزادی که تنفس کارآمد ندارد یا ضربان قلب وی کمتر از ۱۰۰ می باشد تهویه با فشار مثبت تجویز کنید.

اکسیژن درمانی:

- در نوزادی که تنفس منظم و ضربان قلب طبیعی (بیشتر از ۱۰۰) دارد اما سیانوتیک است تجویز اکسیژن را مد نظر داشته باشید. (بیشتر از ۱۰۰) دارد اما سیانوتیک است تجویز اکسیژن را مد نظر داشته باشید.

- در تمامی نوزادان، تجویز اکسیژن با غلظت کمتر از ۱۰۰ درصد توصیه می شود ولی در نوزادان با سن بارداری کمتر از ۳۲ هفته به علت عوارض قابل توجه اکسیژن تجویز اکسیژن با درصد کمتر از ۱۰۰ درصد ضروری است.

- در صورت برطرف شدن سیانوز اکسیژن را به تدریج قطع کنید. در صورت برطرف نشدن سیانوز در پی تجویز مؤثر جریان آزاد اکسیژن، تهویه با فشار مثبت انجام دهید.

تهویه با فشار مثبت:

با شروع تهویه با فشار مثبت، حداقل یک نیروی کمکی یا دو نفر (در مواردی که حدس زده می شود که نیاز به عملیات پیشرفته تری مورد نیاز است مانند فشردن قفسه سینه و لوله گذاری نای مورد نیاز باشد) که واجد گواهی احیا پیشرفته می باشد را باید فرا خوانده شود تا یک نفر مسوول ونتیلاسیون و دیگری مسوول ادامه گام های نخستین احیاء باشد.

تصمیم گیری برای ادامه عملیات احیاء

- نوزاد با ضربان قلب بیشتر از ۱۰۰، با رنگ صورتی و بدون سیانوز مرکزی، فعال، با اندام ها در وضعیت فلکسیون، که صداهای تنفسی وی توسط گوشی قابل سمع بوده و حرکات قفسه سینه فعال داشته باشد، نیاز به ادامه تهویه با فشار مثبت ندارد. لذا تجویز تهویه با فشار مثبت را قطع و تجویز جریان آزاد اکسیژن را ادامه دهید.

- در صورتی که تعداد ضربان قلب نوزاد بین ۱۰۰-۶۰ ضربه در دقیقه بود، تهویه با فشار مثبت را ادامه دهید.

- در نوزاد با ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه، فشردن قفسه سینه را آغاز کنید.

فشردن قفسه سینه

- نوزادی که علیرغم دریافت تهویه با فشار مثبت موثر به مدت ۳۰ ثانیه، ضربان قلبی کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه دارد، کاندید فشردن قفسه سینه است.
- در این مرحله حداقل به ۳ نفر برای ادامه احیاء نیاز است. یک نفر مسئول ارزیابی نوزاد و ادامه گام های نخستین احیاء، یک نفر مسئول ونتیلاسیون و دیگری مسئول فشردن قفسه سینه. در صورت نیاز به قرار دادن کاتتر ورید نافی باید فرد چهارم نیز فراخوانده شود. لذا رهبر تیم باید بر اساس ارزیابی خود از وضعیت نوزاد، تعداد افرادی را که مورد نیاز است ارزیابی کرده و اقدام به فراخوانی آن ها کند.
- اگر تاکنون لوله گذاری نای انجام نشده است توصیه می شود لوله گذاری صورت گیرد. این عمل احتمال موفقیت در احیاء را افزایش می دهد. البته در صورت عدم حضور فردی که در این امر مهارت دارد بهتر است وی را فراخوانده و فشردن قفسه سینه و تهویه با فشار مثبت توسط ماسک را به صورت هماهنگ شروع کنید.

تصمیم گیری برای ادامه عملیات احیا

- بعد از ۳۰ ثانیه فشردن قفسه سینه همراه با تهویه با فشار مثبت، ماساژ را متوقف کرده و ضربان قلب را در قاعده بند ناف بشمارید.
- در صورت کفایت حرکات قفسه سینه، اکسیژن، عمق فشار و هماهنگی فشردن قفسه سینه با تهویه با فشار مثبت، برای نوزاد با ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه، درمان دارویی را شروع کنید. در صورتی که تا به اکنون لوله گذاری نای صورت نگرفته است توصیه می شود تا فراهم شدن مقدمات تجویز اپی نفرین (کاتترگذاری بند نافی) نوزاد را لوله گذاری داخل نای کرده و به مدت ۳۰ ثانیه تهویه با فشار مثبت هماهنگ با فشردن قفسه سینه تجویز کنید.
- در نوزاد با ضربان قلب ۱۰۰-۶۰ فشردن قفسه سینه متوقف شده و تهویه با فشار مثبت با سرعت ۶۰-۴۰ ضربان در دقیقه ادامه می یابد.
- در نوزاد با ضربان قلب بیشتر از ۱۰۰، تهویه با فشار مثبت را متوقف کرده و نوزاد را برای مراقبتهای بعدی به بخش مراقبتهای ویژه نوزادان منتقل کنید.

درمان دارویی

- نوزادی که در پی ۳۰ ثانیه تهویه با فشار مثبت و متعاقب آن ۳۰ ثانیه تهویه با فشار مثبت همزمان با فشردن قفسه سینه، ضربان قلبی کمتر از ۶۰ بار در دقیقه دارد کاندید استفاده از دارو است. جدول درمان دارویی ضمیمه می باشد.
- فرد دیگری را به غیر از افرادی که به ارائه گام های نخستین احیاء، تهویه با فشار مثبت و فشردن قفسه سینه مشغولند فرا بخوانید.

تصمیم گیری برای ادامه عملیات احیا

- ۳۰ ثانیه پس از تجویز اپی نفرین، ضربان قلب باید بیش از ۶۰ ضربه در دقیقه باشد. در غیر این صورت، نخست از کفایت تهویه با فشار مثبت، فشردن قفسه سینه، اکسیژن کمکی و صحت تجویز دارو اطمینان حاصل کنید. احتمال هیپوولمی را بررسی کرده و در صورت لزوم درمان کنید.
- در صورت عدم افزایش ضربان، ضمن ادامه تهویه با فشار مثبت و فشردن قفسه سینه، هر ۳-۵ دقیقه دوز اپی نفرین را صرفاً از راه وریدی، تکرار کنید.
- **درمان هیپوولمی:**
- نوزادان رنگ پریده که به احیا پاسخ نمی دهند یا موارد همراه با احتمال از دست دادن خون مانند دکولمان، جفت یا عروق سرراهی، خونریزی از بند ناف، خونریزی از جنین به مادر و... معمولاً دچار هیپوولمی بوده و باید درمان شوند.

تصمیم گیری برای ادامه عملیات احیاء

- نوزادی را که ضربان قلب وی به بیش از ۶۰ ضربه در دقیقه رسید، برای مراقبت های بعدی به بخش مراقبت های ویژه نوزادان انتقال دهید.
- در نوزادی که پس از ۱۰ دقیقه احیای صحیح همچنان دچار آسیستول است، عملیات احیا را متوقف کنید.

سایر ملاحظات:

- داروهایی نظیر نالوکسان، بی کربنات، دوپامین، کلسیم و آتروپین در فاز حاد احیای نوزادان استفاده نمی شوند.
- در صورت لزوم تجویز بی کربنات سدیم (بر اساس تجزیه گازهای خون شریانی)، این ماده را انحصاراً از طریق وریدی تزریق کرده و به علت اثر سوزانندگی شدید، هرگز از راه داخل تراشه تجویز نکنید.
- تزریق داروها از راه درون استخوانی در عملیات احیا در اتاق زایمان کاربردی ندارد و عمدتاً در موارد احیا خارج از اتاق زایمان استفاده می شود.
- اگر برای درمان هیپوگلیسمی در نوزاد نارس، به محلول قندی وریدی نیاز دارید، در آغاز درمان، از محلول های با غلظت بیش از حدود ۱۰٪ استفاده نکنید.

اندیکاسیون های لوله گذاری:

- برای لوله گذاری زمان معینی وجود ندارد، بلکه ممکن است در مراحل مختلف احیا لازم شود.
- در برقراری راه هوایی در مواردی که مایع آمنیوتیک آغشته به مکونیوم است و نوزاد سرحال نیست
- در مواقعی که تهویه با فشار مثبت به بهبود شرایط بیمار نمی انجامد.
- در مواردی که فشردن قفسه سینه اندیکاسیون دارد، لوله گذاری توصیه می شود.
- در مواردی که تجویز داروها اندیکاسیون دارد، لوله گذاری توصیه می شود.

- در مواردی که نوزاد متولد شده به شدت نارس است، به دلیل عدم کفایت تنفسی و نیاز به سورفکتانت، لوله گذاری توصیه می شود.
- در مواردی که نوزاد مشکوک به هرنی دیافراگم است، لوله گذاری توصیه می شود.

احیاء نوزاد نارس با سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته:

- قبل از تولد نوزاد تیم احیاء شامل افرادی با مهارت لازم در لوله گذاری نای و استفاده از دستگاه تیپیس احیاء نوزاد به اتاق زایمان فراخوانده شوند.
- در صورت وجود چند قلوبی باید به تعداد قل ها تیم احیاء ورزیده برای شروع و ادامه کی احیاء پیشرفته در اتاق زایمان حاضر شوند.

➤ الگوریتم ۲ عملیات احیا:

احیا نوزاد خارج از اتاق زایمان

در این جا به بعضی از استراتژی های احیاء که در خارج از اتاق زایمان به کار گرفته می شوند، اشاره خواهد شد. توضیحات بیشتری در برنامه های دیگر در دسترس است مثل برنامه (Pediatric PALS) Advanced life Support از انجمن قلب آمریکا یا برنامه (Pediatric education for Prehospital Professionals)PEPP از آکادمی اطفال آمریکا. به طور کلی، اگر در این برنامه ها تفاوتی با NRP دیده شود شما باید تا زمانی که شیرخوار در بیمارستان مراقبت های بعد از تولد بستری است شما باید بر اساس NRP اقدام کنید. به علاوه شما باید به علت احتمالی ایست قلبی تنفسی دقت کنید. به عنوان مثال اگر علت احتمالی تنفسی بوده باشد، همچنان که در شیرخواران کوچک اغلب اینچنین است، نسبت فشردن قفسه سینه به تهویه کمتر (۳:۱)، چنان که در NRP آمده، مناسب خواهد بود، در حالی که اگر علت احتمالی منشا قلبی داشته باشد نسبت فشردن قلب به تهویه بالاتر هم چنان که در پروتکل PALS آمده باید به کار رود.

استراتژی های مختلف مورد نیاز برای احیاء در خارج از بیمارستان یا در دوره بعد از ابتدای تولد کدام ها هستند؟

کنترل حرارت:

اگر نوزاد در خارج از بیمارستان تازه به دنیا آمده و نیاز به احیاء دارد، حفظ حرارت بدن یک معضل بزرگ است. زیرا به احتمال زیاد گرم کننده تابشی در دسترس نخواهد بود. بعضی پیشنهادات جهت کاهش اتلاف حرارت شامل موارد زیر است:

- روشن کردن منبع گرمازا در اتاق یا وسیله نقلیه در صورت وجود
- خشک کردن کامل بچه با حوله حمام یا پتو یا یک پارچه تمیز
- استفاده از بدن مادر به عنوان منبع گرما و قرار دادن نوزاد در تماس پوستی مستقیم با پوست قفسه سینه مادر و پوشاندن مادر و نوزاد با یک پتو.

- ماشین های اورژانس باید مجهز به پوشش های پلاست کبی یا وارمرهای شیمیایی برای حفظ درجه حرارت نوزادان شدیداً نارس باشند.

حفظ درجه حرارت در نوزادانی که تازه به دنیا نیامده اند مشکل نیست، زیرا بدن نوزاد خیس نبوده و در معرض از دست دادن سریع حرارت نیست.

پاک کردن راه هوایی:

اگر احیاء در خارج از اطاق زایمان یا بخش نوزادان انجام شود معمولاً دستگاه ساکشن در دسترس نیست، روش هایی برای پاک کردن راه هوایی توصیه می شود که شامل موارد زیر است.

- به کار بردن یک پوار
- پاک کردن دهان و بینی با یک دستمال کاغذی تمیز یا پارچه دیگری که دور انگشت اشاره پیچانده شده است.

تهویه:

بیشتر نوزادان بعد از تولد تنفس خودبخودی دارند. خشک کردن نوزاد، مالش پشت، ضربه ملایم به کف پا روش های قابل قبولی برای تحریک تنفس هستند. اما بعضی از نوزادانی که در خارج از بیمارستان متولد می شوند ممکن است به تهویه با فشار مثبت نیاز داشته باشند. اگر بگ و ماسک احیاء در دسترس نیست، تهویه با فشار مثبت به وسیله دهان به دهان و بینی داده می شود. نوزاد باید در وضعیت بو کشیدن (Sniffing) قرار بگیرد و دهان فرد احیاء کننده باید کاملاً محکم به اطراف دهان و بینی نوزاد بچسبد. اگر نوزاد بزرگ باشد یا دهان احیاگر کوچک باشد فقط دهان نوزاد با دهان احیاگر پوشانده می شود در حالی که بینی نوزاد برای بستن راه هوایی، بسته می شود. خطر انتقال بیماری عفونی در این روش وجود دارد.

فشردن قفسه سینه

در احیای شیرخواران بزرگ تر، کودکان و بزرگسالان توصیه رایج برای فشردن قفسه سینه ۳۰:۲ و یا حتی در صورتی که احیاگر فقط یک نفر باشد فشردن قفسه سینه بدون تهویه است. این تغییر به دلیل آن بوده که در گروه سنی بعد از نوزادی و کودکی علت اغلب موارد ایست قلبی بوده است. در چند هفته اول پس از تولد، علت تقریباً تمامی موارد تنفسی خواهد بود و لذا توصیه NRP مبنی بر نسبت ۳:۱ فشردن قفسه سینه به تهویه باید به کار رود. اما در صورتی که دلیل قلبی محتمل باشد استفاده از نسبت های بالاتر مناسب خواهد بود.

دستیابی به راه عروقی:

کاتتر گذاری عروق نافی معمولاً روشی نیست که در خارج از بیمارستان و پس از گذشت چند روز اول تولد قابل اجرا باشد. در این موارد، رگ گیری از طریق ورید محیطی یا گذاشتن سوزن داخل استخوان تیبیا را می توان جایگزین کرد. توضیح مفصل این تکنیک ها خارج از اهداف این برنامه است.

داروها:

ایپی نفرین هنوز هم اولین دارویی است که در احیاء نوزادانی که به تهویه با فشار مثبت و فشردن

قفسه سینه پاسخ نداده اند باید مورد استفاده قرار گیرد. اما داروهای دیگری (مثل کلسیم) نیز، بسته به

علت ایست قلبی تنفسی، ممکن است ضرورت پیدا کند. مراحل تشخیص و شرح استفاده از این داروها خارج از اهداف این برنامه است.

نکات کلیدی

- ۱- اقدام مناسب برای نوزادی که به عملیات احیاء جواب نداده بستگی به وضعیت نوزاد دارد که می تواند به صورت نقص در تهویه، پالس اکسیمتری پایین طول کشیده یا برادی کاردی، یا عدم توانایی در شروع تنفس خودبخودی تظاهر کند.
- ۲- علائم ناشی از آترزی کوان را می توان با گذاشتن یک راه هوایی (air way) دهانی بهبود بخشید.
- ۳- انسداد راه هوایی ایجاد شده در سندرم رابین را میتوان به وسیله گذاشتن یک لوله نازوفارنژیال و قرار دادن نوزاد در وضعیت خوابیده به شکم بهبود بخشید.
- ۴- در موارد اورژانس، پنوموتوراکس را می توان با ترانس ایلومیناسیون تشخیص داده و با آسپیره کردن سرنگی که به یک سوزن در قفسه سینه متصل هست درمان کرد.
- ۵- اگر به فتق دیافراگماتیک مشکوک هستید، احیاء را نباید با بگ و ماسک انجام داد، بلکه باید بلافاصله لوله گذاری داخل تراشه را در اتاق زایمان انجام داده و لوله دهانی معدی را جهت تخلیه معده و روده از گاز تعبیه گردد.
- ۶- ساچوریشن یا بین طول کشیده و برادیکاردی به ندرت توسط بیماری مادرزادی قلبی ایجاد می شوند. شایع ترین علت ساچوریشن یا بین طول کشیده و برادی کاردی تهویه ناکافی ریه ها است.
- ۷- نوزادی که نیاز به احیاء پیدا کرده است باید از نظر اکسیژن رسانی، فشار خون، مایعات، تنفس، قند خون، تغذیه و دما دقیقاً مونیتور و کنترل شود.
- ۸- دقت کنید که نوزاد طی احیاء یا بعد از آن خیلی گرم نشود.
- ۹- اگر مادری در چند ساعت اخیر داروی مخدر دریافت کرده و نوزاد وی تنفس ندارد، ابتدا باید با فشار مثبت تهویه داده و ضربان قلب را بالای ۱۰۰ نگه داشته، و سپس تجویز نالوکسان را در نظر گرفت.
- ۱۰- هنگامی که نوزادی در بدو تولد در اطاق زایمان یا بعداً در بخش نوزادان یا سایر مکان ها احیاء شود، حفظ تهویه مناسب اولین اقدام می باشد.
- ۱۱- بعضی تکنیک های جایگزینی در احیاء در خارج از اطاق زایمان شامل موارد زیر است:
 - فراهم کردن گرمای مناسب به وسیله تماس پوست به پوست نوزاد با مادر و افزایش دمای محیط.
 - تمیز کردن راه هوایی با پوار یا پارچه ای که دور انگشت پیچیده شده است.
 - تنفس دهان به دهان و بینی برای تهویه با فشار مثبت.
 - رگ گیری از طریق ورید محیطی یا فضای داخل استخوانی تیbia برای دست یابی به عروق.
- ۱۲- درمان با هیپوترمی بدنبال آسفسکی باید:
 - فقط در نوزادان ۳۶ هفته یا بالاتر که قبلاً شاخص های ورود به این درمان برای آن ها مشخص شده است باید باشد.
 - در ۶ ساعت اول پس از تولد باید شروع شود.
 - باید فقط براساس پروتکل های مراکز مجهز به این درمان هماهنگ و اجرا شود.

داروهای احیا نوزاد در بدو تولد

دارو	غلظت برای	آماده سازی	دوزاژه / راه	سرعت تجویز / احتیاط
اپی نفرین	۱/۱۰۰۰۰	محلول ۱/۱۰۰۰۰ در یک سرنگ یک سی سی	IV: 0/1-0/3 ml/kg ET: 0/3-1 ml/kg	در روش داخل وریدی سریع و با حداکثر سرعت ممکن و در روش اندوتراکنال با ۱ میلی لیتر/کیلوگرم نرمال سالین تجویز گردد.
حجم افزا	نرمال سالین (توصیه شده) رینگر لاکتات گلبول قرمز	حجم تخمینی را به داخل یک سرنگ بزرگ بکشید	(10 ml/kg) IV از راه ورید نافه	طی ۵ تا ۱۰ دقیقه تجویز می گردد

لوله گذاری داخل تراشه

سن بارداری (به هفته)	وزن (به گرم)	اندازه ی لوله (قط داخلی به میلی متر)
زیر ۲۸	زیر ۱۰۰۰	۲/۵
۲۸-۳۴	۱۰۰۰-۲۰۰۰	۳/۰
۳۴-۳۸	۲۰۰۰-۳۰۰۰	۳/۵
بالتر از ۳۸	بالتر از ۳۰۰۰	۳/۵ - ۴/۰
عمق فرو بردن (سانتیمتر) = وزن (کیلوگرم) + ۶		

ارزیابی تنفس: تنفس نوزاد را از نظر شمارش تعداد تنفس، ناله کردن، تور کشیده شدن قفسه سینه ارزیابی کنید.

وضعیت مناسب پاک کردن راه هوایی: نوزاد را در وضعیت مناسب (گردن مختصری به عقب کشیده شده باشد) قرار دهید و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت ۲ تا ۲/۵ سانتیمتر زیر شانه های کودک قرار دهید.

ساکشن تراشه: در صورت آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکرونیم و سرحال نبودن نوزاد، نای را ساکشن کنید. لوله ساکشن را حداکثر به مقدار ۵ سانتیمتر داخل دهان و ۳ سانتیمتر داخل بینی کنید. ساکشن کردن بیشتر از ۲۰ ثانیه یا حداکثر ۲۱ بار انجام نشود.

خشک کردن: سر و صورت و تنه نوزاد را با حوله یا پارچه تمیز که از قبل گرم شده است خشک کنید. حوله یا پارچه خیس را کنار بگذارید و او را روی حوله یا پارچه ای که از قبل گرم شده است قرار دهید.

تحریک کردن لمسی: تحریک پوستی ملایم انجام دهید. (ضربه زدن به کف پا، تلنگر زدن به پاشنه پا و یا مالیدن پشت نوزاد فقط برای یک یا دو بار)

فشاردن قفسه سینه: بهترین روش روش شست (دو انگشتی) است، در حالی که انگشتان و دست های خود را در وضعیت صحیح قرار داده اید. باید آن قدر فشار وارد آورید که جتاغ سینه را به عمق تقریبی یک سوم قطر قدامی - خلفی قفسه سینه به داخل فرو ببرید. سپس فشردن را رها کنید تا به قلب اجازه ر شدن مجدد داده شود. باید تقریباً ۱۲۰ کار (۹۰ فشار و ۳۰ تنفس) در هر دقیقه تکرار شود. برای کسب جزئیات بیشتر به کتاب درسمانه احیای نوزاد رجوع شود.

تهویه با فشار مثبت و اکسیژن: (PPV) ماسک را به درستی روی صورت نوزاد بگذارید به طوری که بینی و دهان او را بوشاند و کتاره چانه در داخل حاشیه ماسک قرار گیرد. بگ را بفشارید و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید. تهویه را با سرعت ۴۰ تا ۶۰ بار در دقیقه و به مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید.

پس از ثبات وضعیت، نوزاد را ارجاع فوری دهید.

اقدامات ارجاع فوری را فراهم کنید.

به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

در هنگام ارجاع، تهویه را انجام دهید.

اگر بعد از ۱۰ دقیقه تهویه، نوزاد تنفس ندارد؛

تهویه را انجام ندهید، نوزاد مرده است.

به مادر توضیح دهید که چه اتفاقی افتاده است.

اجازه دهید والدین فرزند فوت شده یا در حال فوت شان را ببینند و در صورت تمایل او را به آغوش کشند.

آنتی بیوتیک های داخل عضلانی برای شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه

به چارت درمان شیرخوار مراجعه کنید. شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه می توانند از دو نوع آنتی بیوتیک استفاده کنند: آمپی سیلین و جنتامایسین. شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه در طبقه بندی احتمال عفونت باکتریال شدید اغلب با دامنه وسیع تری از باکتری ها نسبت به شیرخواران بزرگتر مبتلا می شوند. مصرف دو آنتی بیوتیک همراه با هم در برابر این باکتری ها موثر است. استفاده از جنتامایسین: روی آمپول جنتامایسین را برای تعیین قدرت دارو بخوانید که مطمئن شوید آمپول ۲ میلی لیتری آن حاوی ۲۰ میلی گرم جنتامایسین است. در غیر این صورت از مصرف آن خودداری نموده و یا مطابق دستورالعمل، آن را رقیق نمایید. جداول مقادیر آنتی بیوتیک ها براساس سن و وزن شیرخوار در بوکلت برای تعیین دقیق مقادیر دارو بکار می رود.

اقداماتی برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون انجام دهید

پیشگیری از پایین آمدن قند خون در کودکانی که مبتلا به بیماری خیلی شدید تب دار هستند یک درمان فوری قبل از ارجاع محسوب می شود. پایین آمدن قند خون در بیماری های خیلی شدید مانند مننژیت اتفاق می افتد. همچنین در مواقعی که کودک برای چند ساعت قادر به خوردن نباشد به وجود می آید. از آن جا که این مسئله موجب اختلال مغزی می شود می تواند بسیار خطرناک باشد. برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، شیرمادر، جانشین شونده های شیر مادر یا آب قند که تأمین کننده گلوکز است را به کودک بدهید. این اقدامات را یک بار، قبل از ارجاع کودک به سطح بالاتر انجام دهید. اگر کودک قدرت بلع نداشته و شما هم طرز استفاده از لوله معده را می دانید، ۵۰ میلی لیتر شیر (شیر دوشیده شده مادر یا شیرمصنوعی) یا آب قند از طریق لوله معده بدهید. در صورتی که امکان تزریق وریدی فراهم باشد، می توان از تزریق گلوکز وریدی (طبق چارت) برای پیشگیری از افت قند خون در کودک استفاده کرد.

- چارت ۱- پیشگیری از اتلاف حرارت بیمار
- چارت ۲- نحوه باز کردن راه هوایی
- چارت ۳- نحوه انجام تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV)
- چارت ۴- نحوه دادن جریان آزاد اکسیژن
- چارت ۵- نحوه وضعیت دادن به شیرخوار بیهوش
- چارت ۶- نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک (هیپوولمیک)
- چارت ۷- نحوه دادن گلوکز وریدی / پیشگیری از پایین آمدن قند خون
- چارت ۸- نحوه درمان تشنج
- درمان شیرخوار قبل از انتقال و یا در صورت عدم امکان انتقال
- بلافاصله پس از ارائه درمان های فوری به شیرخواری که دارای علائم خطر فوری می باشد و تثبیت علائم حیاتی، کودک را به بیمارستان انتقال دهید.

چارت ۸- درمان دارویی				
دارو	غلظت تجویز شده	آماده سازی	دوز/ راه تجویز	سرعت تجویز / احتیاط ها
اپن نفرین	۱:۱۰۰۰۰	یک میلی لیتر	۰/۰۳ - ۰/۰۱ mg / kg (۰/۱-۰/۳ ml / kg) ET یا IV	- به سرعت داده شود. - در صورتی که استفاده از ET باید به وسیله سرم فیزیولوژی غلظت آن میزان ۱ الی ۲ میلی لیتر رقیق گردد.
افزایش دهنده حجم	- نرمالین سالین یا - رینگر لاکتات یا - یک سل گروه خونی O⁺	۳۰ میلی لیتر	۱۰ ml / kg IV	- طی ۵ تا ۱۰ دقیقه داده شود. - به وسیله سرنگ یا انفوزیون از راه IV داده شود.
بیکربنات سدیم	۰/۵ meq / kg محلول ۴/۲ درصد	۲۰ میلی لیتر یا دو سرنگ از پیش پر شده ۱۰ میلی لیتری	۲ meq / kg IV (۲ ml / kg)	به آرامی حداقل در طول ۲ دقیقه داده شود. فقط در صورتی که نوزاد تحت تهویه موثر قرار دارد، داده شود.
نالوکسان هیدروکلراید	۰/۴ mg / ml	۱ ml	۰/۱ mg / kg (۰/۲۵ ml / kg) ET, IV IM , SQ	- به سرعت داده شود. - ET, IV ترجیح داده شود. - IM , SQ قابل قبول

ارجاع / انتقال فوری

۴ مرحله را برای انتقال کودک به نزدیک ترین بیمارستان انجام دهید:

(۱) برای مادر توضیح بدهید که کودک نیاز به ارجاع فوری دارد و موافقت او را برای ارجاع کودک جلب کنید. اگر گمان کردید ممکن است مادر کودکش را نبرد دلیل آن را بپرسید. دلایل ممکن عبارتند از:

- او فکر می کند بیمارستان جایی است که اغلب مردم می میرند و می ترسد که کودک او هم در آن جا بمیرد.
- او فکر نمی کند که بیمارستان به کودک او کمک خواهد کرد.
- او نمی تواند خانه را ترک کند و از کودک در مدت اقامت او در بیمارستان نگهداری کند، چون کسی نیست که از کودکان دیگر او نگهداری کند، یا در مزرعه به او نیاز است، یا او ممکن است کارش را از دست بدهد.
- او پول برای رفت و آمد به بیمارستان، هزینه بیمارستان، دارو یا غذا برای خودش در طول اقامت در بیمارستان را ندارد.

(۲) مادر را دلداری بدهید که نترسد و به او کمک کنید که مشکلاتش حل شود. برای مثال:

- اگر مادر فکر می کند که کودکش در بیمارستان خواهد مرد به او اطمینان بدهید که در بیمارستان پزشک، دارو و تجهیزات وجود دارد که کمک می کند که کودک او درمان شود.
- توضیح بدهید در بیمارستان چه اتفاقی می افتد و چگونه در آن جا به کودکش کمک می کنند.
- اگر مادر عنوان می کند که در مدتی که او در بیمارستان است نیاز به کسی دارد تا در منزل به او کمک کند، سوالاتی از او بپرسید تا حدس بزنید چه کسی می تواند به او کمک کند. برای مثال، سوال کنید
- آیا شوهر، خواهر یا مادر او می توانند زمانی که او نیست به بچه های دیگر کمک کنند و برای آن ها غذا آماده نمایند.
- با مادر صحبت کنید که چگونه می تواند به بیمارستان برود، اگر امکان دارد برای او وسیله نقلیه فراهم کنید.
- شما ممکن است نتوانید مشکلات مادر را حل نمایید و مطمئن نیستید که کودکش را به بیمارستان ببرد. به هر حال، این خیلی مهم است که هر کمکی از دستتان بر می آید برای او انجام بدهید. در این گونه مواقع، مورد را به سطح بالاتر اطلاع داده و کمک بخواهید.

(۳) فرم ارجاع بیماری را بنویسید و به مادر بدهید که با خودش به بیمارستان ببرد و به او بگویید که این فرم را به پرسنل آن جا بدهد.

بنویسید:

- اسم و سن کودک
- تاریخ و زمان ارجاع
- توضیح مشکلات کودک
- دلیل ارجاع (نشانه هایی که دلیل تشخیص طبقه بندی شدید می باشد)
- درمانی که شما برای او انجام داده اید.
- هر اطلاعات دیگری که لازم است پرسنل بیمارستان برای درمان کودک بدانند. (مانند درمان قبلی بیماری یا نیاز به واکسیناسیون)
- نام خودتان و نام مرکزتان

۴) به مادر وسایل و دستورهای لازم برای درمان کودک در بین راه را بدهید.

- اگر بیمارستان دور است نوبت های بعدی آنتی بیوتیک را به مادر بدهید و به او بگویید در طول راه چگونه آن را به کودک بخوراند (طبق مقدار تعیین شده در جدول طبقه بندی). اگر فکر می کنید که مادر به بیمارستان نخواهد رفت آنتی بیوتیک برای یک دوره درمان به او بدهید و به او بگویید چگونه به کودکش بخوراند.
- به مادر بگویید چگونه کودکش را در طول سفر گرم نگه دارد.
- به مادر توصیه کنید که شیرمادر را ادامه بدهد.
- اگر کودک دچار کم آبی متوسط یا شدید است و می تواند بنوشد به مادر محلول اوآراس بدهید تا در بین راه جرعه جرعه مرتب به او بخوراند.

مشاوره با مادر در مورد زمان مراجعه مجدد و سلامت خود مادر

لازم است به هر مادری که کودکش را به منزل می برد در خصوص زمان مراجعه مجدد به پزشک توصیه هایی انجام شود. شما باید او را در مورد این که چه وقت برای پیگیری برگردد و همچنین علائمی که در صورت ظهور مادر باید فوراً، کودک خود را برگرداند، آموزش دهید او لازم است در موارد زیر برگردد:

۱. برای پیگیری در روزهای معینی (برای مثال، وقتی رگزار است که بهبود در اثر یک آنتی بیوتیک کنترل شود).

۲. فوراً، چنانچه علائمی ظاهر شود که دال بر بدتر شدن بیماری است، بی
۳. برای نوبت بعدی واکسیناسیون (مراجعه بعدی کودک سالم)

توصیه کرد که چه موقع برای پیگیری برگردد.

- کودکان پس از بررسی و درمان به دلائل زیر، رگزار به پیگیری دارند:
- 0 کنترل این که آلی درمان در منزل ادامه یافته است.
 - 0 کنترل این که آلی بهبود بیماری کودک رضایت بخش بوده است.
 - 0 کنترل عوارض تأخیری بی پنهان بیماری که ممکن است پس از بهبودی کودک بروز نماید (مثلاً اختلال شنوایی بی ناتواری به دنبال ابتلا به مننژیت)
 - 0 کنترل وضعیت تغذیه کودک

مشکلات خاصی رگزارمند پیگیری در زمان های معینی می باشد. برای مثال، پنوموری، اسهال خوری و عفونت حاد گوش، رگزارمند پیگیری است تا اطمینان حاصل شود که آنتی بیوتیک تجویز شده موثر بوده است.

اسهال پایدار رگزارمند پیگیری است تا اطمینان حاصل شود که تغییرات تغذیه ای موثر واقع شده است. در مورد بعضی مشکلات دیگر مانند تب بی خروج چرک از گوش فقط در صورتی که مشکل پایدار بوده و طول بکشد، پیگیری لازم است.

در پالنی مراجعه کودک بیمار، به مادر بگویید چه زمانی برای پیگیری برگردد. گاهی اوقات کودک ممکن است رگزارمند پیگیری برای چندی مشکل باشد. در چندی مواردی به مادر بگویید در زودتری زمان تعیین شده برگردد. چنانچه یک مشکل مانند تب طول بکشد ممکن است رگزار باشد به مادر بگویید زودتر از زمان مقرر برای پیگیری مراجعه نماید.

بوکلت چارت، مبحث مشاوره با مادر و شریخوار کمتر از ۲ ماه دارای خلاصه ای از زمانها ی پیگیری برای مشکلات مختلف می باشد. دقت کرد که زمانها ی مختلفی برای پیگیری مربوط به تغذیه وجود دارد:

- 0 چنانچه کودک مشکل تغذیه ای دارد و شما در مورد انجام تغییراتی در تغذیه کودک پیشنهاداتی داده اید بعد از ۵ روز پیگیری کرد که آلی مادر تغییرات را انجام داده است. در صورت رگزار بیشتر مشاوره کرد.

0 چنانچه شیره‌خوار کم تر از ۲ ماه مشکل شیره‌خوردن دارد بعد از دو روز پیگیری کرچ و چنانچه وزن گوی ناکافی دارد بعد از ۱۴ روز او را پیگیری کرچ. این پیگیری شامل اندازه گوی وزن کودک و انجام توصیه های مربوط در این زمینه است.

0 چنانچه کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله اختلال رشد دارد بعد از ۱۵ روز (زی یک سال) لی ۳۰ روز (بالای یک سال) پیگیری بیشتری رکز است. این پیگیری شامل اندازه گوی وزن کودک، ارزیابی مجدد وضعیت غذا و نحوه خوراندن غذا و دادن هر نوع توصیه بیشتری در صورت رکز بر اساس آن چه در بوکلت چارت آمده است، می باشد. ملاقات خاصی برای یک مشاوره تغذی ای در زمانی که شما برای بحث با مادر در مورد غذا و نحوه تغذی کودک در دسترس باشد را ترتیب دهی.

به مادر توصیه کرچ چه موقع فوراً مراجعه کند.

شما برای همه شیره خواران و کودکاری که به منزل برده می شوند در مورد این که چه موقع فوراً مراجعه نمایند توصیه خواهی کرد. این بدان معنی است که علامی که به معنی مراجعه فوری برای مراقبت بیشتر می باشد را به مادر آموزش دهی. این علائم در بخش چه وقت فوری بر گردد در چارت های مشاوره با مادر آمده است:

علائمی که در بالا ذکر شده به ویژه بررک حائز اهمیت هستند که به آن ها توجه شود. استفاده از کارت مادر به هنگام آموزش نشانه های مراجعه فوری، به مادر کمک می کند تا این علائم را به خاطر بسپارد. برای فهم بهتر مادر از اصطلاحات محلی استفاده کرچ، کارت مادر علائم را هم با توضیح و هم با تصوی شرح می دهد.

دور علائمی که مادر بایع به خاطر داشته باشد، دایه بکشی.

به مادر توصیه کرچ چه وقت برای ملاقات بعدی کودک سالم مراجعه نماید.

مراجعه بعدی کودک برای واکسناسیون را به مادر یادآوری کرچ مگر این که او تا کنون موارد زکدی را به خاطر سپرده و به هر ترتیب به زودی مراجعه خواهد کرد. به عنوان مثال چنانچه مادر بایستی جدول دادن آنی بیتی، دستورات مراقبت در منزل و پیگیری ۲ روز بعد را به خاطر بسپارد، رکز ریت مراجعه یک ماه بعد را برای مراقبت کودک سالم به او یاد آوری کرچ هر چند که تاریخ واکسناسیون بعدی را روی کارت مادر ثبت می کرچ.

با مادر در مورد سلامت خودش، مشاوره کرچ.

در طی مراجعه کودک بهار، به هر مشکلی که مادر ممکن است داشته باشد، گوش کرچ. مادر ممکن است به دایه مشکلات مربوط به سلامت خودش رکز به درمان و طارجاع داشته باشد. وضعیت تغذی مادر را کنترل و مشاوره لازم را انجام دهی. وضعیت واکسناسیون او را بررسی و در صورت رکز، توکسوی کزاز به او تزریق کرچ. اطمینان حاصل کرچ که مادر دسترسی به وسای تنظیم خانواده و مشاوره جهت پیگیری از بهاری های منتقله از راه جنسی و HIV را دارد.

بخش ۶

"پیگیری کودک بیمار"

تعدادی از کودکان چهار برای پیگیری رگزار دارند دوباره به پزشک مراجعه کنند. به مادر گفته می شود چه وقت برای پیگیری طایع (پس از ۱، ۲، ۵، ۱۰، ۱۵ یا ۳۰ روز). در پیگیری، پزشک می تواند بپند آلی کودک با دارو لی درمانها ی دیگری که داده شده بهبود پیدا کرده لی خ ی. بعضی از کودکان ممکن است به یک آنتی بیوتیک به خصوص جواب ندهند و ممکن است رگزار داشته باشند که داروی دیگری به آن ها داده شود. پیگیری به خصوص برای کودکی که مشکل تغذی دارد خ یلی مهم است که مطمئن شویم که آن ها به میزان کافی تغذی می شوند و اضافه وزن پیدا کرده اند.

با توجه به اهمیت زرد پیگیری، مرکز شما بایستی تربیی بدهد که زمان پیگیری برای مادر مناسب باشد. در صورت امکان، مادر نبایستی برای پیگیری منتظر بماند. مراخلی که بایستی شما در پیگیری انجام ده ی نسبت به اولین معاینه کودک تفاوت هایی دارد. درمانی که شما در پیگیری می ده ی اغلب با درمانی که در اولین معاینه می ده ی تفاوت دارد.

پیگیری کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

تعدادی از کودکان چهار برای پیگیری رگزار دارند دوباره به پزشک مراجعه کنند. به مادر گفته می شود چه وقت برای پیگیری طایع (پس از ۱، ۲، ۵، ۱۰، ۱۵ یا ۳۰ روز) در پیگیری، پزشک می تواند بپند آلی کودک با دارو لی درمان های دیگری که داده شده بهبود پیدا کرده لی خ ی. بعضی از کودکان ممکن است به یک آنتی بیوتیک به خصوص جواب ندهند و ممکن است رگزار داشته باشند که داروی دیگری به آن ها داده شود. پیگیری، به خصوص برای کودکی که مشکل تغذی دارد خ یلی مهم است که مطمئن شویم آن ها به میزان کافی تغذی می شوند و اضافه وزن پیدا کرده اند.

با توجه به اهمیت زرد پیگیری، مرکز شما بایستی تربیی بدهد که زمان پیگیری برای مادر مناسب باشد. در صورت امکان مادر نبایستی برای پیگیری منتظر بماند.

مراخلی که شما در پیگیری انجام می ده ی نسبت به اولین معاینه کودک تفاوت هایی دارد که اغلب با درمان در اولین معاینه ای که انجام می شود متفاوت است.

در هر مورد که شیرخوار بیمار، انتقال یا ارجاع داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری شود.

در کدام قسمت از بوکلت چارت، «پیگیری» توضیح داده شده است؟

در ستون «تشخیص نوع درمان» از جدول طبقه بندی، در بعضی از طبقه بندی ها توضیهای دارد که به مادر گفته می شود چه زمانی برای پیگیری مراجعه کند.

در قسمت چه موقع مراجعه کند در چارت مشاوره برای ملاقات های پیگیری، به طور خلاصه برنامه ریزی شده است.

با کودکی که برای پیگیری آمده چگونه برخورد کرد

- مثل همیشه از مادر در مورد مشکل کودک سوال کرد.
- شما بایع بدایع این مراجعه اول کودک برای مشککش به این مرکز است لی برای پیگیری آمده است.
- به محض این که متوجه شدی که کودک برای پیگیری بهاری آمده است، از مادر سوال کرد آلی
- مشکل جدی پیدا شده است؟ برای مثال، آلی کودک برای پیگیری پنوموری آمده ولی حالا اسهال هم دارد، او یک مشکل جدی دارد. این کودک به ارزیابی کامل رکز دارد. علائم و نشانه های خطر را کنترل کرد و همچنین وضعیت تغذی کودک را ارزیابی نماید. کودک را از نظر اسهال (مشکل جدی) به عنوان اولین مراجعه او طبقه بندی و درمان کرد و پنوموری را مطابق جدول پیگیری، ارزیابی مجدد و درمان کرد.
- کودک را طبق دستورات در جدول پیگیری ارزیابی کرد.
 - از اطلاعات به دست آمده در مورد نشانه های کودک جهت انتخاب درمان مناسب استفاده و درمان کرد.

دستورالعمل پیگیری پنوموری

وقتی کودکی برای پنوموری، آنتی بیوتیک دریافت می کند بعد از ۲ روز که برای پیگیری به مرکز بر می گردد، این دستورها را انجام دهی:

در بوکلت قسمت پیگیری پنوموری، ابتدا چگونگی ارزیابی کودک شرح داده می شود، کودک را از نظر علائم خطر فوری و علائم و نشانه های خطر بررسی و از نظر سرفه و تنفس مشکل ارزیابی کرد. سرفه را دقیقاً همانطور که در چارت ارزیابی و طبقه بندی آمده ارزیابی کرد و سپس بعضی از مطالب اضافی هم لایست شده است.

سوال کرد:

- آلی شمارش تنفس بهتر شده است؟
 - آلی تب کمتر شده است؟
 - آلی اشتهای کودک بهتر شده است؟
 - آیا تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد؟
- هنگامی که کودک را ارزیابی کردی، از اطلاعات به دست آمده در مورد نشانه های کودک جهت انتخاب صحیح درمان استفاده کرد.
- اگر کودک تنفس خیلی تند یا پرش پره های بینی یا ناله یا استریدور لی علائم و نشانه های خطر را داشت (قادر به نوشیدن لی شرب خوردن نباشد، هر چه می خورد استفراغ می کند، تشنج در

جرگن بهاری، بی حالی و خواب آلودگی غیو عادی یت بیقراری شدید لی اختلال هوشگرلی دارد)،
کودک در حال بدتر شدن می باشد، این کودک رگلز به انتقال دارد.

- اگر شمارش تنفس، تب و اشتهای کودک تغیری نکرده، (نشانه ها ممکن است دقیقاً مانند ۲

روز پیش نباشد، اما کودک نه بدتر شده و نه بهتر. تنفس کودک هنوز تند است، تب دارد اشتهای او کم است) از مادر سوال کرچ آلی کودک در دو روز گذشته آنٹی یویتیک گرفته است.

الف - ممکن است مشکلی وجود داشته باشد که کودک آنٹی یویتیک نخورده باشد لی خلی کم و به ندرت خورده باشد در این صورت کودک می تواند دوباره با همان آنٹی یویتیک درمان شود و کنترل کرچ که آلی مادر نحوه دادن دارو را می داند؟ در این صورت به مادر کمک کرچ.

ب - اگر کودک آنٹی یویتیک را به طور مناسب دریافت کرده بود، درمان را با آنٹی یویتیک مناسب تعویض کرچ و ۲ روز دیگر مراجعه کند و در صورت عدم امکان تشخیص به مرکز تخصصی ارجاع ده ی.

اگر تنفس کودک کندتر و تب کمتر و بهتر غذا می خورد، کودک در حال بهبودی است. کودک ممکن است سرفه کند، وای بیشتر کودکان که در حال بهبودی هستند تنفس تند ندارند، به مادر بگویید که کودک بای تا ۵ روز آنٹی یویتیک بخورد. اهمیت دوره ۵ روزه آنٹی یویتیک را به مادر تاکیه کرچ.

دستورالعمل پیگیری اسهال و اسهال پایدار

هنگامی که کودک برای پیگیری اسهال لی اسهال پایدار بعد از ۵ روز بر می گردد، دستورات زی را عمل کرچ.

سوال کرچ:

- آلی اسهال او قطع شده؟

- چند بار در روز دفع مدفوع داشته است؟

اگر اسهال او قطع نشده (کودک هنوز ۳ تا ۴ بار در روز مدفوع شل داشته است) مجدداً ارزیابی کامل انجام ده ی. این ارزیابی بای کاملاً مانند چارت ارزیابی و طبقه بندی انجام شود هر مشکلی که به توجه فوری رگلز دارد مانند کم آبی را مشخص کرچ. در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بهار را به مرکز تخصصی ارجاع ده ی.

اگر اسهال کودک قطع شده است (لی کودک کمتر از ۳ بار در روز مدفوع شل داشته است) به مادر در مورد توصیه های تغذی ای کودک نسبت به سن او آموزش ده ی. اگر کودک معمولاً به این شکل تغذی نمی شود، رگلز به آموزش توصیه های تغذی ای در چارت مشاوره دارد.

دستورالعمل پیگیری تب:

هنگامی که کودکی با وجود تب بعد از ۲ روز بر می گردد، دستورات زی را عمل کرچ:

کودک را کاملاً طبق چارت ارزیابی و طبقه بندی ارزیابی کرچ، هر مشکلی که به توجه فوری رگلز دارد به بهارستان ارجاع ده ی در غیو این صورت:

- اگر تب هنوز وجود دارد و در طبقه بندی دیگری قرار می گیرد درمان را مطابق با دستورات همان طبقه بندی انجام دهی.
- اگر تب به تنهایی باقی ماند و در طبقه بندی دیگری قرار ندارد، ارزیابی بیشتر کن (جدول ۶ صفحه ۱۴ تشخیص افتراقی) و در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بهار را به مرکز تخصصی ارجاع دهی.

دستورالعمل پیگیری اسهال خوری

- هنگامی که کودکی برای پیگیری اسهال خوری بعد از ۲ روز بر می گردد، دستورات زیر را عمل کن.
- کودک را برای کم آبی ارزیابی کن و سپس سوال کن:
آلی دفعات دفع مدفوع کمتر شده است؟
آلی خون در مدفوع کمتر شده است؟
آلی تب کمتر شده است؟
آلی درد شکم کمتر شده است؟
آلی اشتهای کودک بهتر شده است؟
اگر کودک دچار کم آبی شده است کم آبی را درمان کن.
- اگر تعداد دفعات دفع مدفوع، تب، درد شکم، یا اشتهای کودک فرقی نکرده یا بدتر شده است آزمایش مدفوع از نظر آمیب و خون مخفی انجام داده و بر اساس آن اقدامات مناسب را انجام دهی.
- اگر تعداد دفعات دفع مدفوع، تب، درد شکم و اشتهای کودک بهتر شده است به مادر توصیه کن درمان ۵ روزه آنتی بیوتیک را کامل کند و در مورد توصیه های تغذیه ای کودک نسبت به سن او آموزش بدهی.

دستورالعمل جهت پیگیری عفونت گوش

- هنگامی که کودک به دلیل عدم بهبودی برای پیگیری با عفونت حاد گوش بعد از ۲ روز بر می گردد، دستورهای زیر را انجام بدهی:
- کودک را مجدداً برای مشکل گوش ارزیابی و درجه حرارت او را اندازه گیری کن و سپس براساس نشانه های کودک درمان او را انتخاب کن.
- اگر تورم دردناک در پشت گوش با تب بالای ۳۸/۵ درجه وجود دارد کودک را فوراً ارجاع دهی.
- عفونت حاد گوش: اگر بعد از ۲ روز مصرف آنتی بیوتیک، درد گوش کمتر شده است، درمان را با همان آنتی بیوتیک تا ۱۰ روز ادامه داده و در صورت ترشح چرکی، گوش را به وسیله فغله گذاری خشک کن. در غی این صورت درمان را با تعویض آنتی بیوتیک ادامه دهی و بهار ۲ روز دیگر مراجعه کند و برای بار دوم در صورت عدم بهبودی به مرکز تخصصی ارجاع دهی.
- مادر را تشویق کن که درمان را ادامه دهد و دو هفته پس از اتمام درمان، جهت معاینه مجدد مراجعه کند. چنانچه در معاینه مجدد، هر گونه یافته غیرطبیعی در پرده گوش رویت شد، ارجاع دهید.

- **عفونت مزمن گوش :** در عفونت مزمن گوش بعد از ۵ روز باید مادر مراجعه کند.
- کنترل کریچ که آلی مادر به درستی، خشک کردن گوش را انجام می دهد. برای این منظور از مادر بخواهید برای شما شرح بدهد طریقه شما خشک کردن گوش را نشان بدهد برای چه مدتی فاصله گذاری را انجام داده است و مشکل او برای فاصله گذاری چیست و با او در این مورد بحث کریچ تا مشکلی حل شود. او را تشویق به خشک کردن گوش کریچ. و برای او توضیح بدهید که موثرترین درمان عفونت مزمن گوش خشک کردن می باشد. اگر گوش کودک را خشک نکنند شنوایی او کم خواهد شد. بعد از ۱۴ روز از اتمام درمان، اگر کودک بهبود پیدا نکرد به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- **اگر ترشحات چرکی طی تب کمتر شده است،** مادر را برای درمان خوب او تحسین کریچ و چنانچه درمان با آنتی بیوتیک کامل نشده است به مادر توصیه کریچ دوره ۱۴ روزه درمان را کامل کند.

دستور العمل پیگیری مشکلات غذا و نحوه تغذیه کودک

- به مشکل تغذیه در بخش پیگیری از چارت درمان کودک مراجعه کریچ. وقتی کودک مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد مادر بای پس از ۵ روز مراجعه کند و از دستورهایی زی پیروی کریچ.
- با پرسیدن سئوالات قسمت بالای چارت مشاوره با مادر، وضعیت غذا و نحوه تغذیه کودک را بررسی کریچ. برای پیگیری مشکلات نحوه تغذیه کودک در اولین مراجعه و توصیه های قبلی، به توضیحات مربوطه در چارت کودک نگاه کریچ. از مادر بپرسید که چگونه توصیه ها را انجام داده است. برای مثال اگر در آخری مراجعه، توصیه تغذیه ای جدی کرده ای، از مادر بخواهید تا شرح دهد که چگونه و به وسیله چه کسری کودک در هر وعده تغذیه شده است.
- با مادر در مورد هر نوع مشکلات تغذیه ای که جدی ط از قبل وجود داشته مشاوره کریچ. اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده ای، از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید.
- اگر مادر به دلایل محدودیت زمانی مشکلاتی در تغذیه کودک دارد روش هایی را که بتواند زمان غذا خوردن او را تنظیم کند، توضیح دهید.
- اگر کودک اختلال رشد دارد (بالای ۳- انحراف معیار و نزولی ط افقی با شیب کند) و زی یک سال می باشد از مادر بخواهید تا ۱۵ روز پس از اولین مراجعه برای توزین کودک خود مراجعه کند و اگر کودک بالای یک سال است ۳۰ روز پس از اولین مراجعه بیاورد. در آن هنگام کودک را وزن کریچ و تصمیم بگیری که آلی تغییرات غذا و نحوه تغذیه کودک، به بهبود او کمک کرده است.

مثال:

در اولین مراجعه، مادر یک شیره خوار ۲ ماهه می گوید که او را ۲ یا ۳ بار در روز با بطری و چندی بار با شیره مادر تغذیه می کند. تغذیه شیره خوار را با شیره مادر به دفعات بیشتر و طولانی تر ادامه داده و به تدریج از دادن شیره مصنوعی ط غذا خود داری کند.

در مراجعه مجدد، پزشک از مادر می پرسد که چند بار به شیره خوار، شیره مصنوعی و غذا داده و چند بار و چه مدت او را با شیره مادر تغذی کرده است. مادر می گوید که ۶ بار طی بیشتر در روز شیره خودم را به او می دهم.

پزشک به مادر می گوید که کار خوبی کرده است و از او می خواهد تا سای شیره ها غی از شیره مادر را کاملاً متوقف کرده و ۸ بار طی بیشتر در ۲۴ ساعت به کودکش شیره مادر بدهد. چون این توصیه، تغییری قابل توجهی در تغذی شیره خوار است، پزشک از مادر می خواهد که دوباره مراجعه کند. در آن هنگام پزشک کنترل می کند که آیا شیره خوار به طور مکرر و کافی تغذی می شود و مادر را برای آن تشویق می کند.

دستورالعمل پیگیری کودکان دارای اختلال رشد

کودک‌اری که اختلال رشد دارند (بالای $SD -3$ و نزولی طی افقی طی شریب کند) دارند، چنانچه زی یک سال باشند ۱۵ روز پس از اولین مراجعه و اگر بالای یکسال باشند ۳۰ روز بعد مراجعه می کنند. برای مراجعه پیگیری به دستورهای زی عمل کرد:

- برای ارزیابی کودک او را وزن کرده، تعیین کرد که آیا هنوز اختلال رشد دارد؟ همچنین غذا و نحوه تغذی او را مجدداً با استفاده از سئوالات بالای چارت مشاوره با مادر، دوباره ارزیابی کرد.
- اگر کودک دیگر اختلال رشد ندارد، مادر را تشویق کرد. توصیه ها برای تغییری غذا و نحوه تغذی موثر بوده است. مادر را برای ادامه تغذی کودک براساس توصیه های همان سن تشویق کرد.
- اگر کودک هنوز اختلال رشد دارد، بر اساس مقدار انحراف معیار (SD) منحری وزن به قد، ارزیابی و درمان مناسب را انجام دهی.

دستورالعمل پیگیری کودکان دارای سوءتغذی شدی

کودکان که در طبقه بندی سوءتغذی شدی قرار دارند چنانچه زی یک سال باشند، ۱۵ روز پس از اولین مراجعه و اگر بالای یک سال باشند ۳۰ روز بعد، مراجعه می کنند. برای مراجعه پیگیری به دستورهای زی عمل کرد:

برای ارزیابی کودک، وزن و قد کودک را اندازه گیری کرد و سپس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد آن را مقایسه کرد (به روند رشد او توجه کرد). اگر نسبت وزن به قد کودک بدتر شده است جهت ارزیابی بیشتر به بیمارستان ارجاع دهی (منحری رشد، رشد جبراری نشان نمی دهد). اگر نسبت وزن به قد کودک فرقی نکرده است ارزیابی و درمان مناسب را تکمیلی کرد و کودک را مکرر پیگیری کرد.

اگر نسبت وزن به قد کودک بهتر شده است مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کرد.

پیگیری شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه

دستورهای لازم برای پیگیری شیرخواران بیمار کم تر از ۲ ماه در چارت شیرخواران کم تر از دو ماه آمده است.

همانند کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله ای که برای پیگیری می آید، برای شیرخوار کمتر از ۲ ماه ارزیابی در مراجعه پیگیری با مراجعه اول فرق می کند. همان طور که می دانید اگر شیر خوار کمتر از ۲ ماه را برای پیگیری نزد شما آورده شده، از مادر در مورد هر مشکل جدید سوال می کنید. شیرخوار کمتر از ۲ ماه که مشکل جدید دارد، بایستی مانند مراجعه اول، ارزیابی کامل شود.

اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه مشکل جدید نداشت، قسمتی از چارت شیرخوار کمتر از ۲ ماه با تیتراژ «پیگیری کنید» را استفاده کنید که با طبقه بندی قبلی یکسان باشد.

دستورها در چارت پیگیری (برای طبقه بندی قبل) به شما می گوید که چگونه شیرخوار کمتر از ۲ ماه را ارزیابی کنید و همچنین به شما می گوید چه درمان مناسبی به کار ببرید.

در هر مورد که شیرخوار بیمار، انتقال یا ارجاع داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری شود.

از جداول طبقه بندی برای طبقه بندی نشانه ها علی‌الخصوص کردن نوع درمان شیرخوار کمتر از ۲ ماه

استفاده کنید. یک استثنا وجود دارد، اگر شیرخوار کمتر از ۲ ماه اسهال دارد مانند اولین مراجعه کم آبی او را طبقه بندی و درمان کنید.

اسهال

هنگامی که شیرخوار کمتر از ۲ ماه با اسهال بعد از ۲ روز برای پیگیری برمی گردد دستورات زیر را اجرا کنید:

شیرخوار کمتر از ۲ ماه را برای کم آبی مجدداً ارزیابی کنید. سپس سوال کنید:

آلی دفعات دفع مدفوع کمتر شده است؟

آلی خون در مدفوع دیده شده است؟

آلی اشتهای کودک بهتر شده است؟

اگر شیرخوار دچار کم آبی شده است، مطابق چارت، کم آبی را درمان کنید.

اگر تعداد دفعات دفع مدفوع شیرخوار علی‌الخصوص نکرده علی‌البدتر شده است، به بیمارستان ارجاع دهید.

اگر تعداد دفعات دفع مدفوع و اشتهای او بهتر شده است، به مادر بگویید توصیه های تغذیه ای را همچنان ادامه دهد.

کم آبی

در کم آبی کودک کمتر از ۲ ماه، پیگیری بعد از ۳ ساعت انجام شود تا اطمینان حاصل شود که شیرخوار به مرکز تخصصی برده شده باشد.

اختلال دمای بدن

در اختلال دمای بدن ۲۴ ساعت بعد مراجعه نموده و ارزیابی مجدد صورت گیرد.

زردی:

در زردی بعد از ۱ تا ۲ روز (بسته به شدت زردی) پیگیری صورت گیرد.

در پیگیری زردی موارد زیر انجام شود:

- مراقبت در منزل را به مادر آموزش دهید.
- تغذیه مکرر با شیر مادر را توصیه کنید.
- به مادر آموزش دهید در صورت وجود زردی در کف دست و پا و یا بروز علائم و نشانه های خطر فوراً برگردد.

- ارزیابی مطابق جدول زردی صفحه ۳۹ بوکلت مجدداً انجام شود.

وزن گیری ناکافی : بعد از ۱۰ روز پیگیری صورت گیرد.

- شیرخوار را وزن کنید:

- اگر بیش از ۲۰ گرم در روز وزن اضافه کرده، مادر را تشویق کنید ادامه بدهد.
- اگر کمتر از ۱۰ گرم در روز، وزن اضافه کرده، شیرخوار را ارجاع دهید.

مشکلات شیره خوردن

هنگامی که شیره‌خواری مشکل شیره خوردن دارد بعد از ۲ روز برای پیگیری بر می‌گردد، به دستورهای زیر عمل کنید:

با پرسیدن سؤالاتی تغذیه شیره‌خوار کمتر از ۲ ماه را ارزیابی مجدد کنید. سپس مشکلات شیره خوردن و اختلال رشد را کنترل کنید. با مادر در مورد مشکلات جدید و قبلی شیره دهی مشاوره کنید. به توصیه‌های در چارت مشاوره با مادر در مورد مشکلات تغذیه‌ای و چارت مشاوره با مادر شیره‌خوار کم‌تر از دو ماه در مورد طرز در آغوش گرفتن و زیر سرهنه قرار دادن مراجعه کنید. تغذیه با شیره‌مادر را آموزش بدهید. برای مثال، شما ممکن است از مادر بخواهید دادن مایعات و آب میوه را با بطری قطع کند و به طور مکرر و طولانی به شیره‌خوار کم سن شیره مادر بدهد. شما باید تعداد دفعاتی که او در ۲۴ ساعت شیره می‌خورد را ارزیابی کنید. سپس توصیه‌های لازم را به مادر بکنید.

اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده‌اید، از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید.

اگر شیره‌خوار کمتر از ۲ ماه است و وزن گویی ناکافی داشته، از مادر بخواهید بعد از ۱۰ روز از اولین مراجعه، کودک را برای تعیین وزن بیاورد.

وزن گویی ناکافی و رشد نامعلوم

وقتی شیره‌خواری که دچار وزن گویی ناکافی و رشد نامعلوم می‌باشد بعد از ۱۰ روز پیگیری بر می‌گردد، دستورهای زیر را عمل کنید:

- شیره‌خوار را وزن کنید. سپس ارزیابی کنید.
- اگر شیره‌خوار، بیش از ۲۰۰ گرم در ۱۰ روز وزن اضافه کرده است مادر را برای تغذیه خوب شیره‌خوار تقدیر کنید و او را تشویق به ادامه تغذیه کنید.
- اگر شیره‌خوار، کمتر از ۲۰۰ گرم در ۱۰ روز وزن اضافه کرده است او را برای بررسی بیشتر به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

پیگیری عفونت‌های موضعی

وقتی شیره‌خوار کمتر از ۲ ماه، با عفونت موضعی برای پیگیری مراجعه می‌کند از دستورهای زیر پیروی کنید.

برای عفونت خفیف ناف و پوست در صورت عدم بهبودی بعد از ۲ روز، در عفونت خفیف چشم بعد از ۵ روز و در بزرگی و سفتی پستان بعد از ۲ روز شیره‌خوار را ارزیابی کنید.

- اگر عفونت موضعی شیره‌خوار تغییری نکرده و بدتر شده است او را به بیمارستان ارجاع دهید.
- اگر عفونت موضعی شیره‌خوار بهتر شده است، مادر را به ادامه توصیه‌ها تشویق کنید.

هنگامی که مادر بعد از ۷ روز با شیرخوار مبتلا به برفک برای پیگیری می آید، در صورتی که بعد از ۷ روز علیرغم درمان با نیستاتین، برفک دهانی شیرخوار بهتر نشده یا شیرخوار در پستان گرفتن مشکل دارد یک دوره ۷ روزه دیگر نیز درمان با نیستاتین ادامه یافته، اگر بعد از این دوره نیز برفک درمان نشود، شیرخوار را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

ارزیابی سایر مشکلات

آخرین کار در قسمت چارت های ارزیابی و طبقه بندی به شما یاد آوری می کند که کودک را از نظر سایر مشکلات احتمالی ارزیابی کنید. از آنجا که چارت ارزیابی و طبقه بندی، به همه مشکلات کودک بیمار نمی پردازد، شما باید سایر مشکلاتی را که مادر به شما می گوید ارزیابی نمایید. برای مثال، ممکن است مادر بگوید کودک مبتلا به عفونت پوستی یا خارش است و یا ممکن است شما در حین ارزیابی، مشکلات دیگری را مشاهده کنید. در چنین شرایطی اگر جداول تشخیص های افتراقی در بوکت کمک کننده نیست و در ارزیابی و درمان شکایت کودک با مشکل مواجه هستید بهتر است پس از تثبیت وضعیت کودک او را به مراکز تخصصی کودکان ارجاع دهید.

ارزیابی ابتلا به سندرم نقص ایمنی (HIV / ایدز)

در برنامه های ادغام یافته مراقبت های بهداشتی، برای بیماریابی و مداخلات مربوط به پیشگیری و درمان بیماران مشکوک یا مبتلا به ایدز بخصوص پیشگیری از انتقال عمودی مادر به نوزاد، دستورالعمل ها و گایدلاین های مختلفی وجود دارد. در مراقبت های ادغام یافته کودک بیمار نیز منطبق با شرایط بیماری در کشور ما جدول ارزیابی و طبقه بندی علائم مشکوک به ایدز پیش بینی شده است. از آنجا که شیوع ایدز در مناطق خاصی بیشتر است و نیاز به بیماریابی و مداخله در این مناطق پر خطر بیشتر است صفحه ارزیابی ایدز برای این مناطق در نظر گرفته شده است و براساس آن در موارد مختلفی نظیر کاندیدیوز یا اسهال مقاوم به درمان، تب های طول کشیده و..... لازم است تست سریع تشخیصی انجام شده و کودک برای پیگیری و اقدامات لازم به مراکز ویژه ارجاع داده شوند.

نکات مهم

به نکات زیر در استفاده از راهنما و بوکلت مانا توجه کنید :

۱. بوکلت مانا برای پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی همواره باید در دسترس باشد و در هنگام مراجعه کودک بیمار کلیه ارزیابی ها را به ترتیب انجام دهید .
۲. کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی مانا را طبق دستورالعمل در فرم های مربوطه ثبت کنید.
۳. از نظام سطح بندی ارجاع برای سطوح بالاتر درمان استفاده کنید و برای اینکار حتما فرم های ارجاع را تکمیل نموده و پسخوراند لازم را دریافت کنید .
۴. از راهنمای بوکلت مانا به عنوان توضیح بیشتر محتوای بوکلت استفاده کنید و سایر منابع علمی طب کودکان را برای تکمیل اطلاعات خود در همه مواردی که در روند تشخیص ، درمان و پیگیری مشکلات کودک بیمار با آن مواجه می شوید به کار بگیرید .