

راهنمای بوکت چارت

ویژه پزشکان

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)

راهنمای بوکلت چارت
(ویژه پزشکان)

اداره سلامت خانواده
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سال ۱۳۸۱

مقدمه ۳

بخش ۱: مراقبت های ادغام یافته ناخوشیهای اطفال (مانا)

- ۱- روند مراقبت های ادغام یافته ۶
- ۲- انتخاب چارت مناسب ۹
- ۳- نحوه استفاده از چارت هاو فرم های ثبت بیماری ۱۰

بخش ۲: کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله: ارزیابی و طبقه بندی

- ۴- ارزیابی و طبقه بندی کودک بیمار ۱۴
- ۵- ارزیابی علائم خطر فوری ۱۶
- ۶- نشانه های خطر کلی ۲۱
- ۷- سرفه یا تنفس مشکل ۲۴
- ۸- اسهال ۳۱
- ۹- ناراحتی گوش ۳۹
- ۱۰- گلودرد ۴۲
- ۱۱- تب ۴۴
- ۱۲- کنترل کودک از نظر کم وزنی ۴۸
- ۱۳- کنترل وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی ۵۱
- ۱۴- سایر مشکلات ۵۴

بخش ۳: شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه: ارزیابی و طبقه بندی

- ۱۵- ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار کم سن بیمار ۵۸

بخش ۴: تشخیص نوع درمان و تشخیص افتراقی

- ۱۶- انتخاب اولویت های درمان و تشخیص نوع درمان ۷۵
- ۱۷- تشخیص های افتراقی ۷۸

بخش ۵: درمان کودک بیمار یا شیر خوار کم سن بیمار

- ۱۸- مروری بر انواع درمان ۹۴
- ۱۹- درمان های قبل از ارجاع ۹۵
- ۲۰- ارجاع فوری ۱۱۰
- ۲۱- داروهای خوراکی مناسب ۱۱۲
- ۲۲- سایر اقدامات درمانی ۱۲۰
- ۲۳- دادن مایعات اضافی برای اسهال و ادامه تغذیه ۱۲۲
- ۲۴- واکسیناسیون ۱۲۹

بخش ۶: برقراری ارتباط و مشاوره

- ۲۵- استفاده از مهارت های برقراری ارتباط مناسب ۱۳۱
- ۲۶- آموزش به مادر در مورد دادن داروهای خوراکی در منزل ۱۳۳
- ۲۷- آموزش به مادر در مورد درمان نشانه های موضعی در منزل ۱۳۴

- ۲۸- مشاوره با مادر در مورد مشکلات تغذیه با شیرمادر..... ۱۳۶
- ۲۹- مشاوره با مادر در مورد دادن غذا و مایعات..... ۱۴۳
- ۳۰- مشاوره با مادر در مورد زمان مراجعه مجدد و در مورد سلامت خود مادر..... ۱۵۱

بخش ۷: انجام پیگیری

- ۳۲- پیگیری در کودک بیمار..... ۱۵۴
- ۳۳- پیگیری در شیرخوار کم سن بیمار..... ۱۵۹

ضمیمه الف : جدول برنامه درمانی ج - درمان کم آبی شدید

ضمیمه ب: تکنیک های عملی

ضمیمه ج: دستورالعمل دفترچه ثبت بیماری

ضمیمه د : نمونه کارت مادر

مقدمه

از سال ۱۹۷۰ میلادی، تعداد سالانه مرگ در کودکان زیر ۵ سال به حدود تقریباً یک سوم کاهش یافته است ولی این کاهش بسیار غیریکنواخت بوده و در بعضی از کشورها میزان مرگ کودکان افزایش نیز داشته است. در سال ۱۹۹۸، بیش از ۵۰ کشور جهان همچنان دارای میزان مرگ کودکان بالای ۱۰۰ به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده بوده اند. در کشورهای در حال توسعه همه ساله بیش از ۱۰ میلیون کودک قبل از آن که به پنجمین سالروز تولد خود برسند می میرند. هفت مرگ از هر ده مرگ کودک به دلیل عفونت های حاد تنفسی (اغلب پنومونی)، اسهال، سرخک، مالاریا، یاسوء تغذیه و در اکثر موارد ترکیبی از این حالات می باشد. (شکل شماره ۱)

نتایج حاصل از آنالیز «بار کلی بیماریها» در سال ۱۹۹۶ نشان می دهد که در سال ۲۰۲۰ نیز علت ذکر شده مهمترین علل مرگ در کودکان باقی خواهد ماند مگر آنکه تلاش قابل توجهی برای کنترل آن ها انجام شود. همه روزه، میلیون ها پدر و مادر کودکان بیمار خود را که احتمال مرگ در آنها وجود دارد نزد مراکز بهداشتی درمانی دولتی یا خصوصی می آورند و بسیاری از کودکان بیمار نیز علائم و نشانه های مربوط به بیش از یکی از این بیماریها را از خود نشان می دهند.

این تداخل نشان دهنده آن است که دادن یک تشخیص واحد امکان پذیر و کافی نمی باشد و برای درمان چنین کودکانی نیازمند درمان ترکیبی برای چند بیماری هستیم . تحقیقاتی که در زمینه نحوه برخورد با کودک بیمار در این مراکز به عمل آمده است ، نشان می دهد که بسیاری از کودکان به درستی ارزیابی و درمان نشده والدین آنها توصیه های لازم را دریافت نمی کنند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه امکانات تشخیصی نظیر رادیو لوژی و خدمات آزمایشگاهی در سطوح اول ارائه خدمات بسیار کم بوده و یا وجود ندارد و داروها و تجهیزات نیز بسیار اندک است . امکانات و تجهیزات محدود در کنار برخورد سازمان نیافته و نامنظم بیمار موجب می شود که پزشک در سطح اول ارائه خدمات قادر به برخورد صحیح با مشکلات بالینی پیچیده نباشد. به منظور استفاده بهینه از منابع در دسترس ، باید بااستناد به تاریخچه و علائم و نشانه های کودک بیمار روند منطقی نحوه برخورد با کودک را تعیین کرد.

بحث و تبادل نظرهای بسیاری در زمینه فراهم نمودن مراقبت های کیفی کودک بیمار در این بیماری ها به عمل آمده است . در نتیجه این بحث ها منجر به اتخاذ استراتژی مراقبت های ادغام یافته ناخوشه های اطفال با ۳ هدف اختصاصی زیر شده است :

- بهبود مهارت های ارائه دهندگان خدمت در زمینه نحوه برخورد با کودک بیمار
- بهبود در سیستم بهداشتی و درمانی به منظور درمان موثر کودک بیمار
- بهبود عملکرد خانواده و جامعه

نکته اصلی در این استراتژی تاکید بر روی مهمترین علل مرگ و میر کودکان می باشد. مجموعه های راهنما با توجه به اپیدمیولوژی بیماریها در کشورمان و براساس نیازها، منابع و توان سیستم بهداشتی درمانی ایرانی شده اند.

راهنماهای 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 روشهایی برای ارزیابی نشانه های مربوط به بیماری شدید، ارزیابی وضعیت تغذیه ، واکسیناسیون و نحوه غذا خوردن کودک ، آموزش به والدین در خصوص نحوه مراقبت کودک در منزل ، مشاوره با والدین جهت رفع مشکلات تغذیه و توصیه به والدین در مورد زمان مراجعه مجدد به پزشک می باشد، این راهنماها همچنین شامل توصیه هایی برای کنترل میزان درک والدین در زمینه توصیه های ارائه شده نیز می باشد.

در هنگام ارزیابی کودک بیمار، ترکیبی از نشانه ها منجر به یک یا چند طبقه بندی به جای یک تشخیص می شود. و در مواردی نیاز به ارزیابی بیشتر، تشخیص های افتراقی با توجه به حداقل امکانات موجود مشخص شده است

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 (غیره)

در صورت استفاده صحیح روند ذکر شده در این کتاب ، ارزیابی درست بیماریهای شایع و خطرناک ، وضعیت تغذیه و واکسیناسیون، انجام مداخلات لازم و موثر ، تقویت مشاوره با مادر و خدمات پیشگیری کننده را توضیح خواهند داد و به پزشک کمک می کند تا از این راهنماهای ملی و کشوری به درستی استفاده کند.

بخش ۱

مراقبت های ادغام یافته

ناخوشیهای اطفال

(مانا)

فصل ۱

روند مراقبت های

ادغام یافته کودک بیمار

مراقبت های ادغام یافته به معنی تشخیص بیماری با استفاده از نشانه های بالینی ساده و درمان تجربی است. از حداقل نشانه های بالینی ممکن استفاده می شود. نشانه های انتخاب شده حاصل نظرات کارشناسی و نتایج تحقیقات به عمل آمده می باشد و تعادل دقیقی بین *Sensitivity* و *Specificity* برقرار می نماید. (کارد شماره ۱) درمان ها بیشتر براساس طبقه بندی ها بنا شده است تا یک تشخیص دقیق. این درمان ها اکثر بیماریهای موجود در یک طبقه بندی راحت پوشش قرار می دهد.

در مجموعه های راهنما نحوه ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر (و یا احتمال وجود عفونت باکتریال در شیرخوار کم سن)، بیماریهای شایع، سوء تغذیه و یافتن سایر مشکلات آموزش داده شده است. علاوه بر روشهای درمان، مطالبی درخصوص پیشگیری از بیماریها نیز آمده است.

در این مجموعه خلاصه، شما نحوه استفاده از راهنماهای مانا راجهت مصاحبه بامادر، تشخیص درست نشانه های بالینی، انتخاب درمان مناسب، اقدامات مشاوره ای و مراقبت های پیشگیری رایاد خواهید گرفت. روند کامل استراتژی مانا شامل قسمت های زیر می باشد:

ارزیابی کودک شامل: بررسی علائم خطر، کنترل نشانه های خطر (یا احتمال وجود عفونت باکتریال در شیرخوار کم سن)، پرسیدن سوالاتی در مورد وضعیت عمومی، معاینه کودک، کنترل وضعیت تغذیه و واکسیناسیون و مکمل دارویی و همچنین شامل کنترل کودک از نظر سایر مشکلات می باشد.

▪ **طبقه بندی** بیماریهای کودک با استفاده از سیستم رنگشده انجام می گیرد. از آنجا که بسیاری از کودکان

ممکن است در بیش از یک طبقه بندی قرار گیرند، هر بیماری براساس شرایط زیر طبقه بندی می شود که آیا نیازمند:

-- درمان فوری قبل از ارجاع وارجاع (صورتی)، یا

-- درمان طبی اختصاصی و ارائه توصیه های لازم (زرد)، یا

-- توصیه های ساده جهت مراقبت در منزل میباشد.

- پس از طبقه بندی کلیه علائم ، **تشخیص نوع درمان و تشخیص های افتراقی** برای هر کودک میباشد . اگر کودکی نیازمند ارجاع فوری است ، قبل از انتقال کودک درمان لازم را بدهید . اگر کودکی نیازمند درمان در منزل است برنامه درمانی ادغام یافته را برای کودک بدهید . واگر کودکی نیازمند واکسیناسیون است ، واکسن لازم را به او بدهید .
 - ارائه آموزش های 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 بخواهید که در روز خاصی برای پیگیری به مرکز برگردد و علائمی را که در صورت مشاهده آنها باید کودک را فوراً برگرداند، به او آموزش دهید .
 - ارزیابی نحوه تغذیه کودک ، شامل ارزیابی نحوه تغذیه با شیر مادر. بر رفع مشکلات موجود **مشاوره** کنید. سپس در مورد سلامت خود مادر با او مشاوره کنید .
 - زمانی که کودک مجدداً به نزد شما برمی گردد، **مراقبت پیگیری** را انجام دهید و در صورت لزوم کودک را برای مشکلات جدید دوباره ارزیابی کنید .
- 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 منتظر باشند تا کودک شدیداً بد حال 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 اینکه چه وقت کودک بیمار خود را جهت مراقبت بیاورند بخش مهمی از این استراتژی می باشد.
- مراقبت از کودک بیمار در دو قسمت متفاوت بوکلت چارت آمده است : یکی برای کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله و دیگری برای کودکان کمتر از ۲ ماهه . روش انتخاب چارت مناسب را در **فصل ۲** خواهید آموخت .

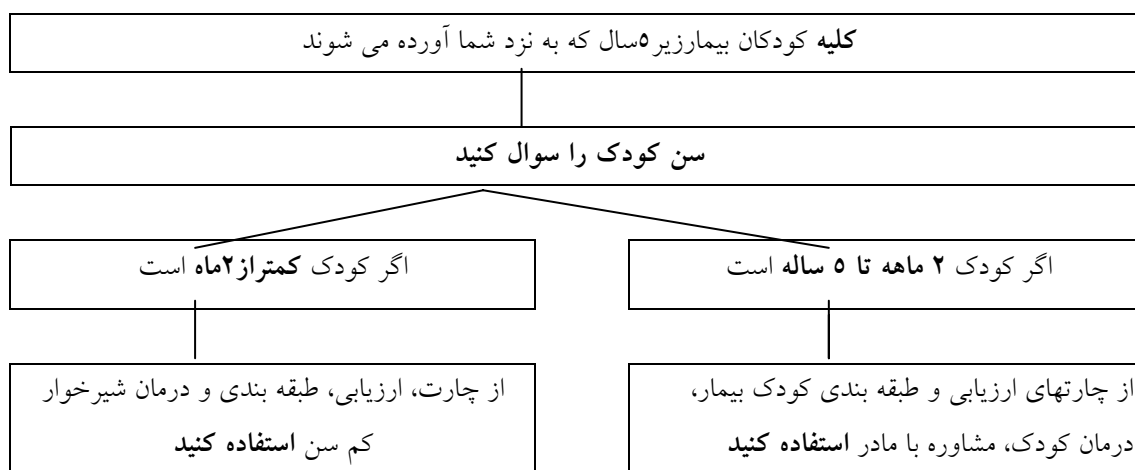
خلاصه مراحل تشخیص و درمان ادغام یافته



فصل ۲

انتخاب چارتهای

تشخیص و درمان مناسب



مراحل تشخیص و درمان مراقبتهای ادغام یافته در یک سری چارت که به ترتیب گامها را نشان داده و دارای اطلاعات لازم جهت برخورد با آنها می باشد آمده است. این چارتهای در کتابچه ای طراحی شده که کمک می کند این مراحل را همراه خود داشته باشید. کتابچه چارتهای برای کودکان بیمار ۲ ماه تا ۵ ساله و چارتهای جداگانه ای برای شیرخوار کمتر از ۲ ماه می باشد. زمانیکه مادری کودکش را به دلیل بیماری به مرکز آورده و کودک را شما می بینید برای انتخاب چارت مناسب و انجام ارزیابی کودک نیاز دارید که سن او را بدانید.

با سوال کردن نام و سن کودک شروع کنید و معین کنید کودک در کدام گروه سنی قرار می گیرد:

- کمتر از ۲ ماه یا

- ۲ ماهه تا ۵ ساله

تا ۵ ساله یعنی کودک هنوز تولد ۶ سالگی اش را نگرفته است، برای مثال این گروه سنی شامل یک کودک ۵ سال و ۱۱ ماهه می شود ولی شامل یک کودک ۶ ساله نمی شود. یک کودک ۲ ماهه در گروه سنی ۲ ماهه تا ۵ ساله می باشد
تشخیص و درمان شیرخوار کمتر از ۲ ماهه از بعضی جهات با کودکان بزرگتر فرق می کند و در چارت ارزیابی و طبقه بندی و درمان شیرخوار کم سن بیمار توضیح داده شده است.

فصل ۳

استفاده از چارت های تشخیص و درمان

و فرم های ثبت بیماری

چارتهای تشخیص و درمان و دفترچه ثبت بیماری شما را جهت گامهای زیر راهنمایی می کند:

- ارزیابی کودک بیمار
- طبقه بندی بیماری
- تشخیص نوع درمان و تشخیص های افتراقی
- درمان کودک
- مشاوره با مادر
- پیگیری

گامهای تشخیص و درمان برای تمام کودکان یکسان می باشد. اما چون نشانه ها، طبقه بندی، درمان و مشاوره بین شیرخوار کم سن و کودک بزرگتر متفاوت است، لازم است برای شروع چارت مناسب انتخاب شود. چارتهای، جداول برای کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله و دفترچه ثبت بیماری به طور مختصر توضیح داده می شود.

چارت ارزیابی و طبقه بندی

سپس در مورد علائم اصلی سوال کنید :
آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> در صورت داشتن هر یک از نشانه های خطر یا توکشیده شدن قفسه سینه 	<p>پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و کودک را فوراً ارجاع دهید. در صورت عدم امکان ارجاع بر اساس تشخیصهای افتراقی خواب آلودگی غیرمادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج، (جدول ۱۰) درمان مناسب را تا زمان ارجاع انجام دهید.
<ul style="list-style-type: none"> تنفس تند یا شنیدن کراکل واضح 	<p>پنومونی</p>	<ul style="list-style-type: none"> در صورت داشتن ویزینگ ارزیابی بیشتر (جدول ۱۳) کنید. در غیر اینصورت: برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. - سرفه را با داروهای بی ضرر خانگی تسکین دهید.
<ul style="list-style-type: none"> هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری خیلی شدید ندارد 	<p>پنومونی ندارد</p>	<ul style="list-style-type: none"> در صورت داشتن ویزینگ ارزیابی بیشتر (جدول ۱۳) کنید. در صورت داشتن استریل دور ارزیابی بیشتر (جدول ۱۴) کنید. اگر سرفه بیش از ۳ هفته هر روز ادامه دارد ارزیابی بیشتر (جدول ۱۲) کنید. در غیر این موارد: - سرفه را با داروهای بی ضرر خانگی تسکین دهید. - به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. - اگر بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کنید.

اگر بله:
نگاه کنید، گوش کنید - شمارش تعداد تنفس در یک دقیقه
برای چه مدتی؟ - شمارش تعداد تنفس در یک دقیقه
توکشیده شدن قفسه سینه
کودک باید شنیدن استریل دور آرام باشد شنیدن ویزینگ

کودک: تنفس تند:
۲ ماهه تا ۱۲ ماهه ۵۰ بار در دقیقه یا بیشتر
۱۲ ماهه تا ۵ سال ۴۰ بار در دقیقه یا بیشتر

سرفه یا تنفس مشکل را طبقه بندی کنید.

نمونه فرم ارزیابی دفترچه مانا

نمونه فرم طبقه بندی و درمان دفترچه مانا

تاریخ	درمانی	تامین	مسلح	روستائی	امداد	سایر	آزاد
کد							
مشکل کودک							
سن	وزن	قد					
سال (کمتر از ۲ سال به ماه)	گرم	cm					
طبقه بندی	تشخیص احتمالی	آزمایش	نیاز ارجاع	پیگیری			
a							
b							
c							
سایر:							
مراجعه	فرقی نکرده یا بدتر شده	بهبود یافته است					
مجدد:							
Rx							
نام و امضاء							

علائم خطر فوری		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تنشج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	ابریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
استفراغ هرچیزی	کاهش سطح هوشیاری	سرفه
لتارژی یا عدم هوشیاری	بیقراری یا تحریک پذیری	خشونت صدا
سرفه یا تنفس مشکل	ننوشیدن یا کم نوشیدن	عطسه
مدت؟.....روز	تنشگی و با و لغ نوشیدن	تب
شمارش تنفس در یک دقیقه	برگشت پوست خیلی آهسته	اگر و در حلق
تنفس تند	برگشت پوست به آهستگی	لنفادنوباتی قدامی گردن
تو کشیده شدن قفسه سینه	فرورفتگی چشمها	قرمزی باقلاط پتشی کام نرم
شنیدن استریدور	گوش	تب
شنیدن ویزینگ	درد گوش	مدت؟.....روز
شنیدن کراکل واضح	مدت ترشح از گوش؟	درجه حرارت بدن
	دیدن خروج چرک گوش	سفتی گردن
	پرده گوش قرمز	نشانه های موضعی
		بثورات پوستی
ارزیابی شیرخوار زیر ۲ ماه		
نشانه های خطر	اسهال	
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	
استفراغ مکرر	تحرك کمتر از معمول	
	برآمدگی ملاح	
تنفس تند	درجه حرارت بالا	
تو کشیده شدن قفسه سینه	درجه حرارت پایین	
بازو بسته شدن پره های بینی	رنگ پریدگی شدید	
ناله کردن	سپانوز	
عقوت های موضعی		
ترشح چرکی با تورم	ترشح چرکی بدون تورم	
تورم و قرمزی	بزرگی و سفتی	
ترشح چرکی زیبا دیا قرمزی اطراف آن بیش از ۱ سانت	شب ها شیر نمی دهد	
خونریزی بیش از چند قطره	قرمزی کمتر از ۱ سانت	
پوسچول بیش از ۱۰ عدد	پوسچول کمتر از ۱۰ عدد	
برفک دردهان		
کنترل کودک از نظر کم وزنی یا سوء تغذیه شدید		
زیر متحنی قرمز	صعودی و موازی نبودن	
	بامحنی رشد	
وضعیت و اکسیناسیون		
مکمل های دارویی	سایر مشکلات	
ناقص	دارد	

۳-۱ ارزیابی و طبقه بندی

در چارت ارزیابی و طبقه بندی، نحوه ارزیابی کودک، طبقه بندی بیماری کودک و تشخیص نوع درمان توضیح داده شده. ستونهای ارزیابی در سمت راست چارت، نحوه گرفتن تاریخچه و معاینه پزشکی را توضیح می دهد. علائم اصلی و نشانه هایی که در طول معاینه پیدا می کنید در ستون ارزیابی فرم ثبت یادداشت کنید.

در ستون طبقه بندی در چارت ارزیابی و طبقه بندی نشانه های بالینی بیماری و طبقه بندی آنها لیست شده است. طبقه بندی براساس شدت بیماری تقسیم بندی شده است. برای هر یک از علائم اصلی، شما یک طبقه بندی را انتخاب خواهید کرد که با شدت بیماری کودک مطابقت دارد. سپس در ستون طبقه بندی فرم ثبت، کد طبقه بندی بیماری کودک را بنویسید.

۳-۲ تشخیص نوع درمان و تشخیص های افتراقی

ستون تشخیص نوع درمان در چارت ارزیابی و طبقه بندی به شما کمک می کند خیلی سریع نوع درمان را مشخص کرده و در قسمت های نیاز به ارجاع و آزمایش فرم ثبت علامت زده و در قسمت پیگیری فرم ثبت مدت زمان پیگیری را بنویسید. و در صورت ارزیابی بیشتر به قسمت تشخیص های افتراقی ارجاع داده می شود که درمان مناسب برای بیماری های شایع آن طبقه بندی توصیه شده است. زمانیکه کودکی در بیش از یک طبقه بندی قرار می گیرد. بایستی به بیش از یک جدول برای درمان مناسب توجه کرد.

۳-۳ درمان کودک

چارت درمان کودک چگونگی ارائه درمان را نشان می دهد. درمان یعنی درمان در مرکز، نسخه دادن برای دارو یا درمانهای دیگر در منزل، همچنین آموزش به مراقبت کننده کودک در مورد چگونگی درمان.

۳-۴ مشاوره با مادر

توصیه های تغذیه ای و مایعات و چه وقتی به نزد پزشک برگردد در چارت مشاوره با مادر آمده است. برای کودکان بیمار، وضعیت تغذیه را ارزیابی خواهید کرد و با مادر در مورد مشکلات تغذیه ای مشاوره خواهید کرد. برای کلیه کودکان که به منزل می روند، به مادر در مورد غذا و مایعات و اینکه چه موقع برگردد توصیه خواهید کرد. نتیجه هر گونه ارزیابی تغذیه ای را در فرم ثبت خواهید نوشت و زودترین زمان برای پیگیری را در ستون پیگیری فرم ثبت یادداشت خواهید کرد. شما در مورد سلامت خود مادر هم با او صحبت خواهید کرد.

۳-۵ پیگیری

وقتی کودک را برای پیگیری ناخوشی قبلی نزد شما می آورند در بخش پیگیری چارت درمان کودک مراحل انجام پیگیری توضیح داده شده است و شما می توانید ببینید آیا کودک با درمان داده شده بهتر شده است؟.

بخش ۲

ارزیابی و طبقه بندی

کودک بیمار

۲ ماهه تا ۵ ساله

فصل ۴

ارزیابی و طبقه بندی کودک بیمار

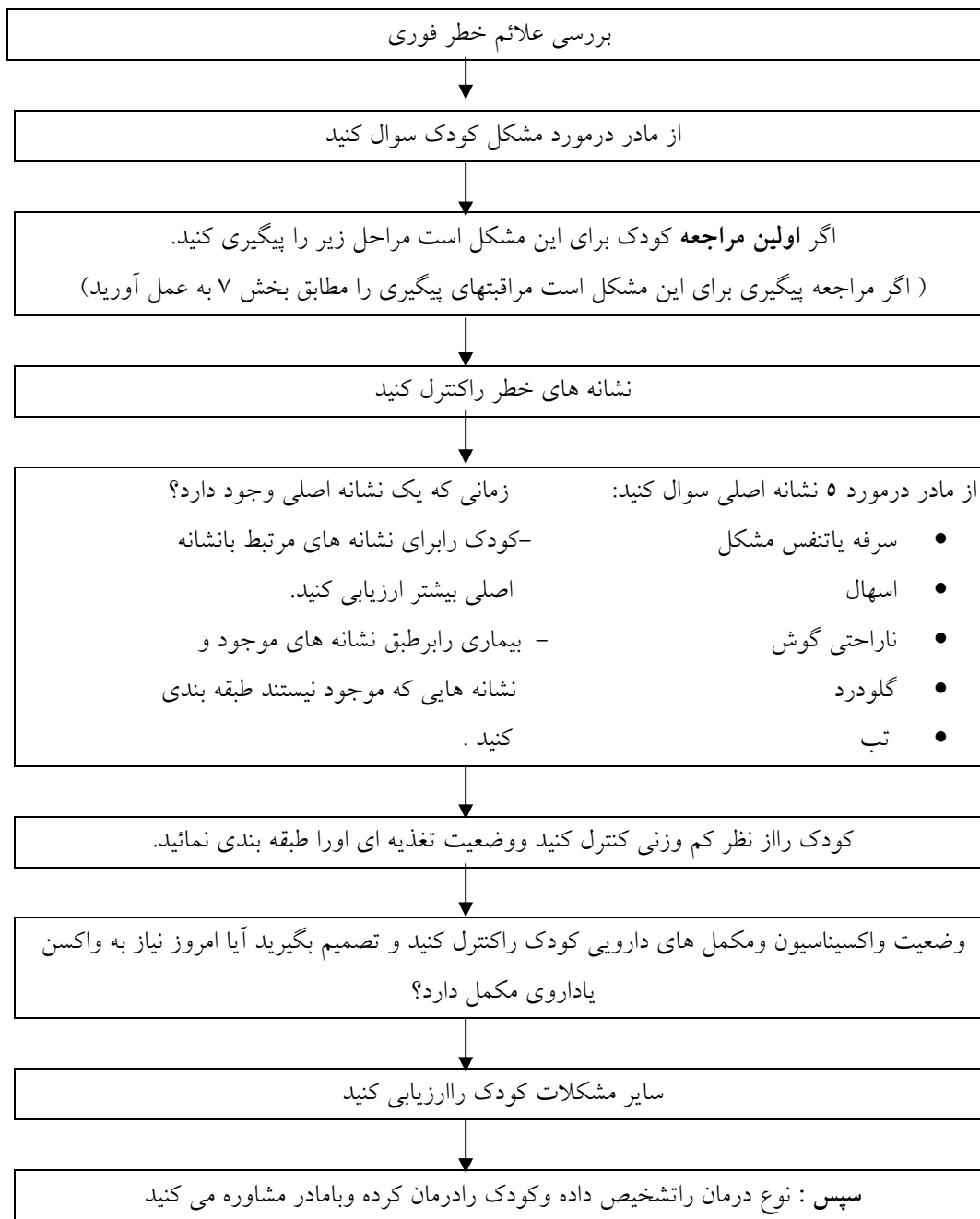
مادر، کودک خود را به دلیل وجود یک علامت یا مشکل خاص به پزشک می آورد. اگر شما کودک را فقط از نظر آن نشانه یا مشکل خاص ارزیابی کنید، ممکن است نشانه های دیگر بیماری نادیده گرفته شود. کودک ممکن است مبتلا به پنهانی، اسهال، یا سوء تغذیه باشد. اگر این بیماری ها درمان نشوند موجب مرگ یا ناتوانی در کودک می گردند.

بر اساس بوکلت چارت، شما بایستی ابتدا کودک را از نظر علائم خطر فوری بررسی کنید سپس از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید و کودک را از نظر نشانه های خطر ارزیابی نمایید. سپس در مورد پنج نشانه اصلی سوال کنید: سرفه یا تنفس مشکل، اسهال، ناراحتی گوش، گلودرد و تب.

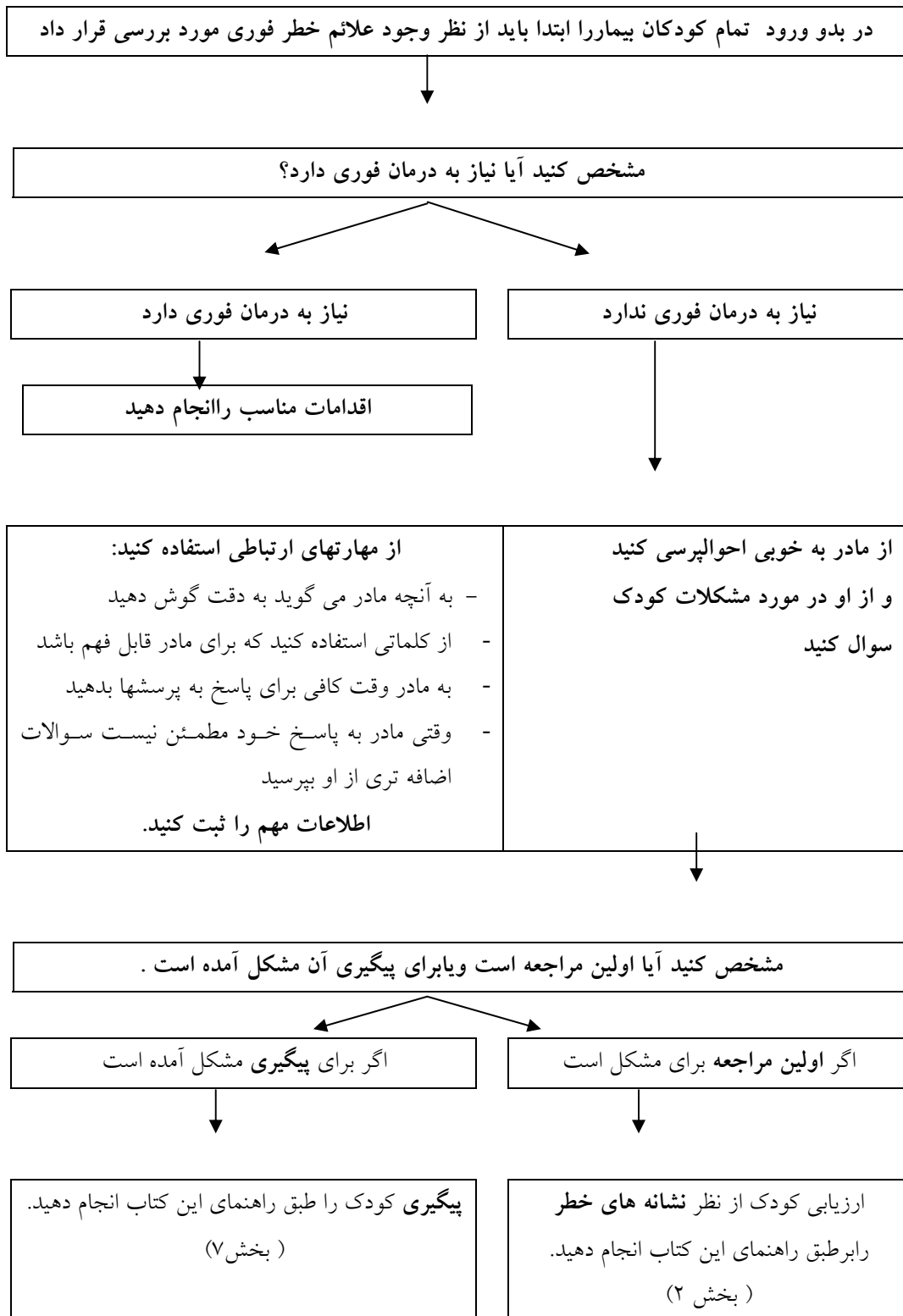
کودکی که یک یا چند نشانه اصلی را دارا باشد ممکن است مبتلا به یک بیماری شدید باشد. وقتی یک نشانه اصلی وجود دارد، در آن صورت سوالات اضافه تری برای کمک به طبقه بندی بیماری بنمایید. کودک را از نظر کم وزنی ارزیابی کنید. همچنین وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کودک و سایر مشکلاتی را که مادر به آن ها اشاره می کند ارزیابی کنید.

در فصل های بعدی این فعالیت ها توضیح داده شده است.

خلاصه ارزیابی و طبقه بندی



ارزیابی علائم خطر فوری



مرگ کودکان بدحال اغلب در ۲۴ ساعت اول مراجعه اتفاق می افتد. با تشخیص به موقع و شروع هر چه سریعتر درمان می توان از بسیاری از موارد مرگ پیشگیری نمود. در این بخش با علائم خطر فوری و نحوه برخورد با آنان آشنا خواهید شد. در بدو ورود کودک بیمار ابتدا باید او را از نظر وجود علائم خطر فوری مورد بررسی قرار داد. علائم خطر فوری شامل:

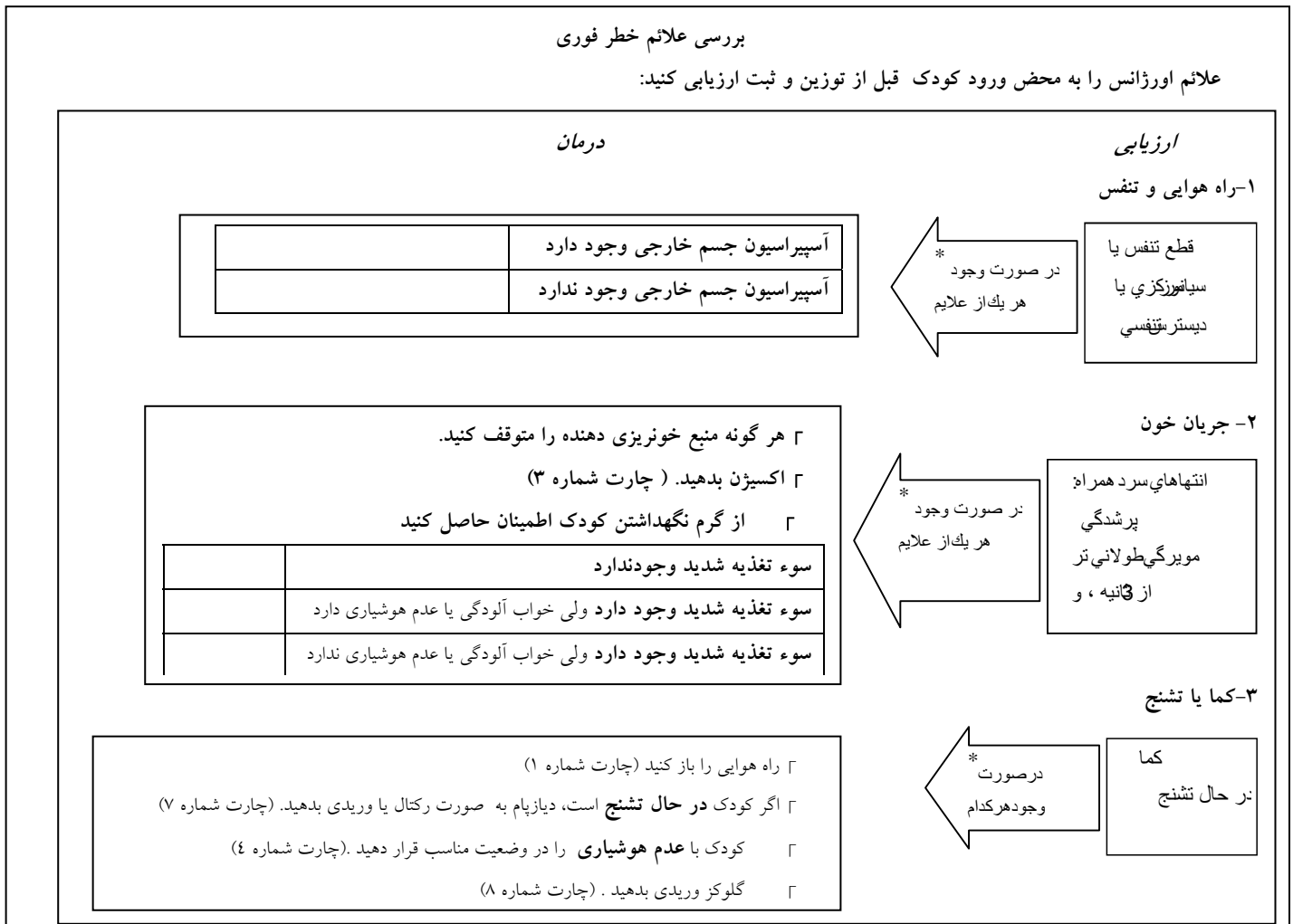
- قطع تنفس
- دیسترس تنفسی شدید
- سیانوز مرکزی
- نبض ضعیف و تند
- انتهاهای سرد
- پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۳ ثانیه
- کما
- تشنج

کودکی که دارای علائم خطر فوری است باید سریعاً تحت درمان قرار گیرد تا از مرگ وی جلوگیری شود. اقدامات لازم باید بلافاصله پس از ورود کودک، قبل از انجام هر گونه 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 براحتی و اطمینان آن ها را انجام داد.

پس از انجام درمان های فوری، باید کودک را به دقت مورد ارزیابی قرار داده و اقدامات مناسب بعدی را برای او انتخاب نمود. علائم خطر فوری در سه مرحله بررسی می شود:

- مرحله ۱: کودک را از نظر راه هوایی و تنفس بررسی کنید. اگر مشکلی مشاهده شد درمان فوری را برای برقراری مجدد تنفس آغاز کنید.
- مرحله ۲: هر چه سریعتر کودک را از نظر وجود شوک و وضعیت جریان خون بررسی کنید و در صورت وجود هر گونه علامت مثبت درمان را آغاز کنید.
- در درمان شوک و اختلال جریان خون به کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید توجه ویژه مبذول نمائید زیرا سوء تغذیه شدید درمان شوک را تحت تاثیر قرار می دهد.
- مرحله ۳: کودک را از نظر وجود کما یا تشنج بررسی کرده و در صورت وجود هر یک از علائم فوق درمان مرتبط را آغاز کنید.

نحوه بررسی علائم خطر فوری در شکل زیر آمده است.



علائم خطر فوری را بررسی کنید.

■ ارزیابی راه هوایی و تنفس

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 کودک در نفس کشیدن مشکل دارد بنابراین 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/بنفش زبان و داخل دهان مشخص می شود.

■ ارزیابی جریان خون (از نظر شوک)

آیا دست های کودک سرد است؟ در اینصورت پرشدگی مویرگی را بررسی کنید. آیا مدت آن ۳ ثانیه یا طولانی تر است؟ روی ناخن شست یا انگشت بزرگ پا را به مدت ۳ ثانیه 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 ۳ ثانیه بود، نبض کودک را بگیرید. آیا نبض ضعیف و تند است؟ اگر نبض رادیال قوی بوده و به طور محسوس تند نیست کودک در شوک نمی باشد. اگر امکان لمس نبض رادیال در شیرخوار نیست (کودک زیر یکسال) نبض برایکال و در صورتی که کودک دراز کشیده است نبض فمورال را لمس کنید. اگر نمی توانید نبض رادیال کودک را لمس

کنید از نبض کاروتید استفاده کنید. اگر فضای اتاق سرد است، به نبض کودک برای تعیین اینکه آیا در شوک است یا خیر استناد کنید.

■ ارزیابی کما یا تشنج (یا سایر حالات مغزی غیر طبیعی)

آیا کودک در کما می باشد؟ سطح هوشیاری کودک را می توان به سرعت براساس تقسیم بندی AVPU تعیین نمود. A(alert) - کودک بیدار و هوشیار است. یا V(Voice) - به صدا واکنش نشان می دهد. یا P(Pain) - به درد واکنش نشان می دهد (مثلاً با کشیدن موی ناحیه فرونتال) یا U - عدم هوشیاری دارد. اگر کودک واکنشی نشان نمی دهد از مادر کودک سؤال کنید آیا او خواب آلودگی غیر طبیعی دارد و یا سخت از خواب بیدار می شود یا نه. اگر مادر این حالت را تأیید کرد، کودک در حالت کما (عدم هوشیاری) 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؟

۲-۱ اگر هر یک از علائم خطر فوری وجود داشت :

- در صورت مشاهده هر یک از علائم خطر فوری درمان فوری مناسب را ارائه 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 تاخیر نیندازید. تیم درمان، بایستی با آرامی و هماهنگی عمل کنند. گاهی اوقات لازم است چند درمان به صورت همزمان انجام گیرد.
- در صورت دسترسی به آزمایشگاه، اگر کودک در شوک بوده، آنمی شدید دارد و یا خونریزی قابل توجه دارد، از کودک خون گیری به عمل آورید و آن را از نظر گلوکز خون، هموگلوبین، لام خون محیطی، گروه خونی cross- matching ارسال کنید.
- پس از انجام درمان های فوری، کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.

۳-۱ اگر هیچیک از علائم خطر فوری وجود نداشت:

از مادر به خوبی احوالپرسی کنید و از او در مورد کودکش سوال کنید.

از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید.

مهمترین دلیل برای این سوال این است که ارتباط خوبی بامادر برقرار کنید. ارتباط خوب بامادر این اطمینان را به مادری دهد که از کودکش مراقبت خوبی صورت گرفته است، وقتی شما به مرحله درمان کودک رسیدید لازم است توصیه ها و آموزشهای لازم را به مادر که مراقبت کودک در منزل را برعهده دارد بدهید. بنابراین ایجاد ارتباط درست بامادر از ابتدای ملاقات حایز اهمیت می باشد.

- به آنچه مادر می گوید 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

نشانه هایی که از او می پرسید فکر کند.

- وقتی مادر به پاسخ خود مطمئن نیست سوالات اضافه تری از او پرسید. هنگامی که شما در مورد یک نشانه اصلی یا نشانه

های مرتبط با آن از مادر سوال می کنید. ممکن است مادر از وجود آن نشانه مطمئن نباشد. با پرسیدن سوالات اضافه تر او را در دادن پاسخ روشن و واضح کمک کنید.

مثال ۱ : قسمت بالای چارت ارزیابی و طبقه بندی کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

ارزیابی

در مورد مشکل کودک سؤال کنید.

- مشخص کنید اولین مراجعه کودک است یا برای پیگیری آمده است:
- اگر برای پیگیری آمده به قسمت پیگیری (کودک ۲ ماهه تا ۵ سال) مراجعه نمائید
- اگر اولین مراجعه است کودک را به ترتیب زیر ارزیابی کنید، (اگر کودک به علت عدم بهبودی پس از پیگیری ارجاع شده، پس از ارزیابی به قسمت پیگیری مراجعه کنید):

مشخص کنید آیا اولین مراجعه است و یا برای پیگیری آمده است

اگر بار اول مراجعه کودک برای این بیماری یا مشکل است آن را اولین مراجعه گویند.

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 درمی یابد، آیا درمانی را که در اولین مراجعه تجویز شده است به کودک کمک کرده است یا نه / اگر کودک بهتر نشده و یا پس از چند روز بدتر شده باشد ، اقدامات مناسب دیگری را انجام دهد.

پی بردن به اینکه این مراجعه ، اولین مراجعه یا مراجعه مجدد است ، بر اساس ثبت علت مراجعه می باشد در بعضی از مراکز یک برگه پیگیری به مادر داده شده و به آن ها گفته می شود که چه زمانی مراجعه کنند. در بعضی دیگر از مراکز نوشته ای مبنی بر لزوم پیگیری بر روی کارت مادر می نویسند یا می توان با پرسیدن سوالاتی از مادر ، دریافت که چرا مراجعه کرده است .

مراحل پیگیری در بخش ۷ توضیح داده شده

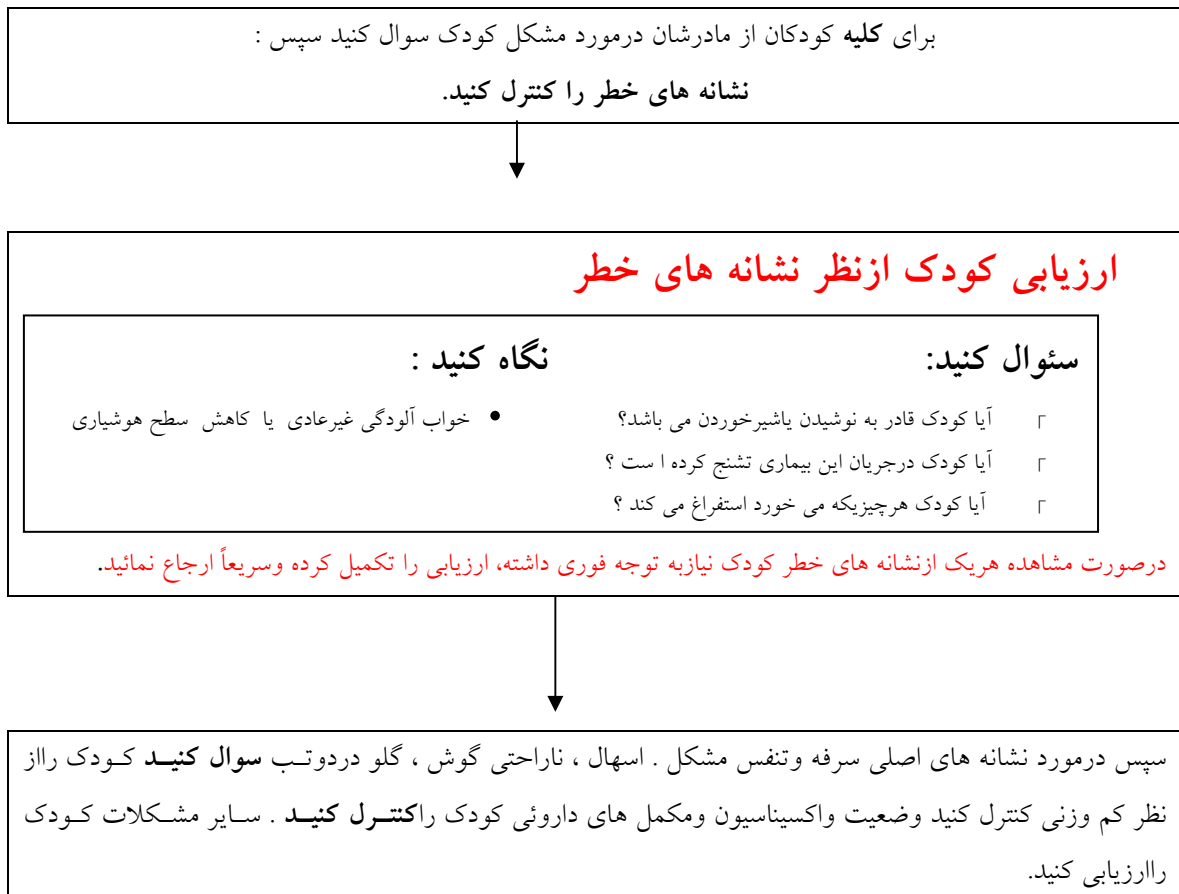
مثال ۲ : قسمت بالایی فرم ثبت بیماری

تاریخ	80/07/1
کد	12001
مشکل کودک	سرفه بمدت ۶ روز
سن	1 8
وزن	1 1 5 0 0
قد	
cm	گرم

مورد ۱: فاطمه ۱۸ ماهه است و وزن او ۱۱/۵ کیلوگرم است . درجه حرارت او C ۳۷/۵ می باشد . پزشک پس از بررسی علائم خطر فوری، در مورد مشکل فاطمه سؤال کرد . مادرش گفت : فاطمه مدت ۶ روز است که سرفه می کند و مشکل تنفسی هم دارد. این اولین مراجعه او برای این بیماری است

فصل ۶

نشانه های خطر



در چارت ارزیابی و طبقه بندی شما جدولی را مشاهده میکنید که «ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر» در آن نوشته شده است سوالات در جدول را بپرسید و نشانه های مربوطه را نگاه کنید.

کودکی که دارای نشانه های خطر است ، مبتلا به یک مشکل جدی است . اکثر کودکان که دارای یک نشانه خطر هستند نیازمند ارجاع فوری به بیمارستان هستند . آنها ممکن است نیازمند درمان فوری با آنتی بیوتیک تزریقی ، اکسیژن یا سایر درمانها نیز باشند که در دسترس شما نیست . در این شرایط ادامه ارزیابی را سریعاً تکمیل کرده و فوراً درمان قبل از ارجاع را انجام داده و فوری ارجاع دهید . درمان قبل از ارجاع در فصل های ۱۷ و ۲۰ این کتاب توضیح داده شده است .

زمانی که نشانه های خطر را کنترل می کنید:

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

هنگامی کودک دارای نشانه « قادر به نوشیدن یا شیر خوردن نیست » را دارا می باشد، که نتواند مایع یا شیر مادر را بمکد یا بلعد.

وقتی از مادر سوال می کنید « 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 بلعد؟ اگر به جواب مطمئن نیستید از او بخواهید که مقداری آب تمیز یا شیرمادر به کودک بدهد و نگاه کنید آیا کودک می تواند آب یا شیر مادر را بلعد. کودکی که با شیرمادر 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 نشانه خطر « قادر به شیرخوردن نیست » را ندارد.

سوال کنید: آیا کودک در چند روز اخیر تشنج کرده است؟

در طی تشنج، دست و پاهای کودک به دلیل انقباض عضلات سفت می شود. ممکن است تشنج بصورت حرکات پرشی اندام ها و بالارفتن چشمها و کبودی صورت 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.

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 آنچه می خورد برمی گرداند. کودکی که هر چیزی می خورد استفراغ می کند، نمی تواند غذا، مایعات یا داروهای خوراکی را میل کند. کودکی که چندین مرتبه استفراغ کرده است ولی می تواند مقداری مایع را تحمل کند این نشانه 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 که می خورد استفراغ می کند دارد یا نه، برای دادن پاسخ درست به او کمک کنید. برای مثال از مادر بپرسید کودک هر چند وقت یکبار استفراغ می کند؟ همچنین بپرسید آیا هر وقت کودک غذا یا مایعی می خورد استفراغ می کند؟ اگر به پاسخ مادر مطمئن نیستند از او بخواهید به کودک مایعی بدهد و نگاه کنید آیا کودک استفراغ می کند یا نه.

نگاه کنید: آیا کودک خواب آلوده غیر عادی یا دچار کاهش سطح هوشیاری است

یک کودک بی حال، بیدار و هوشیار نیست. او گیج بوده و نسبت به آنچه 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. کودک دچار کاهش سطح هوشیاری است. 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.

توجه: اگر کودک خواب است و دارای سرفه یا تنفس مشکل است. ابتدا قبل از تلاش برای بیدار کردن تعداد تنفس او را بشمارید (

فصل ۷ رانگاه کنید)

در فرم ثبت کنار نشانه های خطر که وجود دارند علامت (x) بزنید (مثال ۳ رابینید)

مثال ۳: قسمت بالای فرم ثبت موارد بیماری بانسانه های خطر

تاریخ 80/07/1					
درماتی	تامین	مسلح	روسد تانی	امداد	سایر
					ازاد
کد 11402					
مشکل کودک سرفه بمدت ۶ روز					
سن		وزن		قد	
۱ 8		۱ 1 5 0 0		cm	
گرم					

علائم خطر فوري		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	آبریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
* استفراغ هرچیزی	کاهش سطح هوشیاری	سرفه
* لتارژی یا کاهش هوشیاری	بیقراری یا تحریک پذیری	خشونت صدا

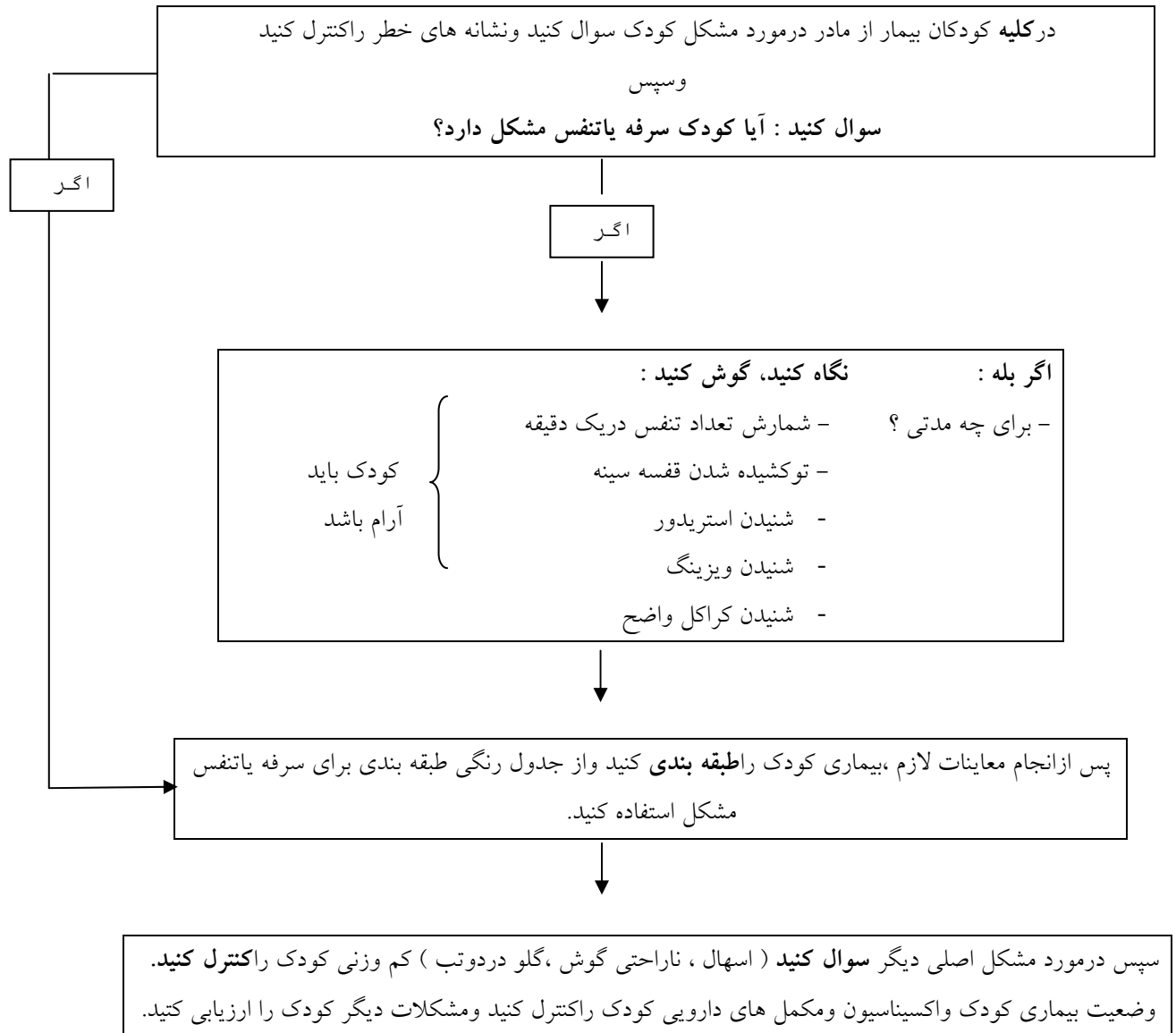
مورد ۱: فاطمه ۱۸ ماهه است و ۱۱/۵ کیلو گرم وزن دارد. پزشک ابتدا کودک را از نظر علائم خطر فوری بررسی می کند که علائم

خطر فوری را نداشت سپس در مورد مشکل کودک از مادرش سوال کرد مادرش گفت ۶ روز است که سرفه می کند و مشکل تنفس هم دارد. این اولین مراجعه اوست. پزشک از مادر فاطمه برای نشانه های خطر سوال کرد. مادرش گفت او قادر به نوشیدن می باشد، او هر چه می خورد استفراغ می کند. در جریان این بیماری تشنج نداشته است. پزشک سوال کرد: آیا فاطمه خواب آلودگی غیرعادی دارد؟ مادرش گفت: بله. پزشک برای او کف زد و از مادر خواست که کودک را نکان بدهد. فاطمه چشمانش را باز کرد ولی به اطراف نگاه نکرد. پزشک با فاطمه صحبت کرد. اما فاطمه به صورت او نگاه نکرد. او خیره شده بود و توجه نداشت که اطراف او چه می گذرد.

اگر کودک یک نشانه خطر را داشت، بلافاصله بقیه ارزیابی را کامل کنید و فوراً درمان قبل از ارجاع را انجام دهید و سریعاً ارجاع نمایید. این کودک مشکل جدی دارد و نبایستی در درمان او تاخیر بیافتد.

فصل ۷

سرفه یا تنفس مشکل



عفونت های تنفسی می توانند در هر قسمت از دستگاه تنفسی مانند بینی، حلق، حنجره، راه های هوایی و ریه ها اتفاق بیفتند. کودک دارای سرفه یا تنفس مشکل می تواند مبتلا به پنومونی یا سایر عفونت های شدید دستگاه تنفسی باشد. پنومونی عفونت ریه ها است. هم باکتری ها و هم ویروس ها می توانند ایجاد پنومونی نمایند. در کشورهای در حال توسعه، پنومونی اغلب به دلیل عوامل باکتریایی می باشد که شایع ترین آن ها/استرپتوکوک پنومونیه و هموفیلوس انفلوانزا است. کودکان مبتلا به پنومونی باکتریایی ممکن است در اثر هیپوکسی (اکسیژن رسانی ضعیف) یا سپسیس (عفونت منتشر) بمیرند.

تعداد زیادی از کودکان نیز به دلیل عفونت های خفیف تر دستگاه تنفسی به مراکز بهداشتی مراجعه می کنند. اکثر کودکان دارای سرفه یا تنفس مشکل تنها به یک عفونت خفیف مبتلا هستند. برای مثال کودک مبتلا به سرماخوردگی از آنجا که ترشحات بینی او به پشت حلق می ریزد ممکن است سرفه داشته باشد. یا کودک ممکن است دچار عفونت ویرال برونش ها (نایژه ها) بنام برونشیت باشد، که این کودکان بیماری شدید نداشته، نیازی به درمان آنتی بیوتیک ندارند. خانواده آن 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 نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارند، تشخیص دهد. خوشبختانه، پزشکان با کنترل دو علامت زیر قادرند تقریباً تمام موارد پنومونی را تشخیص دهند: تنفس تند و تو کشیده شدن قفسه سینه (chest retraction).

وقتی کودکان مبتلا به پنومونی می شوند، ریه هایشان سفت می شود. یکی از پاسخ های بدن در مقابل سفتی ریه ها و هیپوکسی (اکسیژن رسانی ضعیف)، تنفس تند است. وقتی پنومونی شدیدتر می شود، ریه ها نیز سفت تر می شوند که در این حالت ممکن است تو کشیده شدن قفسه سینه اتفاق بیافتد. تو کشیده شدن قفسه سینه یکی از علائم پنومونی شدید است.

۷-۱ چگونگی ارزیابی کودک با سرفه یا تنفس مشکل

در قسمت راست چارت ارزیابی و طبقه بندی، در جدولی اولین نشانه اصلی را خواهید دید.

هر نشانه اصلی از دو قسمت تشکیل شده است. ارزیابی درست راست و درست چپ جدول رنگی طبقه بندی رامی بیند. بخش ارزیابی شامل سوال کردن، نگاه کردن، گوش کردن، کنترل کردن و لمس کردن نشانه ها و معاینه کودک می باشد.

قبل از وارد شدن به جدول نشانه های اصلی، سوال کنید: آیا در کودک علائم اصلی وجود دارد. برای مثال، سوال کنید: آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟ اگر پاسخ، نه است در مورد نشانه اصلی دیگر سوال کنید. اگر پاسخ بله است سوالات و نشانه های در این قسمت ارزیابی را کنترل کنید. سپس کودک را مطابق جدول رنگی روبرو در این قسمت طبقه بندی کنید.

برای کلیه کودکان بیمار، در مورد سرفه یا تنفس مشکل سوال کنید.

سوال کنید: آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

تنفس مشکل، به هر گونه الگوی غیر طبیعی تنفس گفته می شود. مادران آن را به گونه های متفاوتی بیان می کنند. آن ها ممکن است ذکر کنند که تنفس کودکشان تند، صدادار یا منقطع می باشد.

اگر مادر به این پرسش شما پاسخ «خیر» داد، به کودک نگاه کنید که آیا به نظر شما سرفه یا تنفس مشکل دارد یا خیر.

اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل ندارد، در مورد نشانه اصلی دیگر یعنی اسهال سوال کنید. نیازی به ارزیابی کودک از نظر سایر نشانه های وابسته به سرفه یا تنفس مشکل نمی باشد.

اگر مادر پاسخ «بله» داد، سوال بعدی را بپرسید.

سوال کنید: برای چه مدت؟

کودکی که به مدت ۳ 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 بگویید کودک را آرام نگه 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 (کامپیوتری) 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 بدلیل حرکت زیاد کودک مشاهده قفسه سینه مشکل بوده است یا اگر کودک در حال گریه بوده) ، 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 سال است. به همین دلیل معیار تشخیص تنفس تند در بچه های ۲ ماهه تا ۱۲ ماهه بالاتر از بچه های ۱۲ ماهه تا ۵ سال است.

اگر کودک:	کودک دارای تنفس تند است اگر :
۲ ماهه تا ۱۲ ماهه است :	۵۰ بار در دقیقه یا بیشتر تنفس کند.
۱۲ ماهه تا ۵ سال است :	۴۰ بار در دقیقه یا بیشتر تنفس کند.

توجه : کودکی که دقیقاً ۱۲ ماهه است در صورت وجود تعداد تنفس ۴۰ بار در دقیقه یا بیشتر دارای تنفس تند است. سپس کودک را از نظر تراکشن قفسه سینه، استریدور و ویزینگ بررسی کرده و ریه ها را از نظر وجود کراکل واضح سمع کنید.

برای تو کشیده شدن قفسه سینه نگاه کنید.

اگر در هنگام شمارش تعداد تنفس لباس کودک را کنار زده اید، هم اکنون 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 می کنند. 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.

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 توکشیده شدن قسمت پایینی دیواره قفسه سینه است^۱ و توکشیده شدن بین دنده ای را شامل نمی شود.

برای استریدور نگاه کنید و گوش کنید.

استریدور(خرخر) ایجاد صدایی خشن در هنگام دم می باشد. استریدور(خرخر) در شرایط وجود تورم در لارنکس، تراشه یا اپی گلوت^۲ 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(خرخر) در یک کودک آرام یک شرایط خطرناک است.

به منظور نگاه کردن و گوش کردن استریدور(خرخر)، در هنگام عمل دم به کودک نگاه کنید. سپس گوش کنید. از آنجا که شنیدن استریدور(خرخر) 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. در کودکی که بیماری خیلی شدید ندارد تنها در زمان گریه کردن ممکن است دارای استریدور(خرخر) باشد. از آرام بودن کودک در هنگام نگاه کردن و گوش کردن به استریدور(خرخر) اطمینان حاصل کنید.

برای ویزینگ نگاه کنید و گوش کنید.

ویزینگ صدای سوت ماندناست که در انتهای بازدم شنیده می شود. علت آن تنگی اسپاسمودیک ویا التهاب راه های هوایی دیستال می باشد.

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

ریه ها 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.

۷-۲ چگونه سرفه یا تنفس مشکل را طبقه بندی کنید.

طبقه بندی یعنی در مورد شدت بیماری تصمیم بگیرید برای هر مشکل اصلی شما یک طبقه بندی که شدت بیماری را نشان می دهد انتخاب خواهید کرد. طبقه بندی، تشخیص دقیق بیماری نیست در عوض برای شناخت درمان یا عملکرد مناسب استفاده می شود.

نشانه های بیماری و طبقه بندی آن ها در چارت ارزیابی و طبقه بندی در قسمت جداول طبقه بندی آمده است. اکثر جداول طبقه بندی دارای سه ردیف می باشند. در چارت رنگی هر ردیف دارای یک رنگ قرمز، زرد یا سبز می باشد. رنگ ردیف ها سریعاً به شما می گوید که کودک مبتلا به بیماری شدید است یا خیر؟

برای استفاده از جدول طبقه بندی از بالای سمت راست ستون **نشانه ها**، شروع کنید و تا انتهای نشانه ها را بخوانید و تعیین کنید آیا کودک نشانه ای را دارد یا خیر؟

زمانی که به نشانه ای رسیدید که در کودک وجود دارد توقف کنید.

کودک در آن ردیف طبقه بندی خواهد شد در این روش، شما کودک را در جدی ترین طبقه بندی قرار خواهید داد.

مثال ۴: جدول طبقه بندی برای سرفه یا تنفس مشکل

<p>در صورت داشتن سابقه آسم (حملات تنفسی مکرر) درمان آسم را (صفحه ۱۷) انجام دهید.</p> <p>در غیر این صورت ، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و کودک را فوراً ارجاع دهید.</p> <p>در صورت عدم امکان ارجاع بر اساس تشخیصهای افتراقی خواب آلودگی غیرعادی ، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج ، (جدول ۱۰) درمان مناسب را تا زمان ارجاع انجام دهید.</p>	<p>پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید</p>	<p>در صورت داشتن هر یک از نشانه های خطر یا تو کشیده شدن قفسه سینه</p>
<p>در صورت داشتن ویزینگ ، ارزیابی بیشتر (جدول ۱۳) کنید.</p> <p>در صورت داشتن استریدور ، ارزیابی بیشتر (جدول ۱۴) کنید.</p> <p>در غیر این صورت : برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید</p> <p>- سرفه را با داروهای بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید.</p> <p>- به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد.</p> <p>- جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.</p>	<p>پنومونی</p>	<p>تنفس تند یا شنیدن کراکل واضح</p>
<p>در صورت داشتن ویزینگ ، ارزیابی بیشتر (جدول ۱۳) کنید.</p> <p>در صورت داشتن استریدور ، ارزیابی بیشتر (جدول ۱۴) کنید.</p> <p>اگر سرفه بیش از ۳ هفته هر روز ادامه دارد ارزیابی بیشتر (جدول ۱۲) کنید.</p> <p>در غیر این موارد :</p> <p>- سرفه را با داروهای بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید</p> <p>- به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد.</p> <p>- اگر بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.</p>	<p>پنومونی ندارد</p>	<p>هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری خیلی شدید ندارد</p>

۳ امکان طبقه بندی برای کودک با سرفه یا تنفس مشکل وجود دارد: پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید، پنومونی، پنومونی ندارد: سرفه یا سرماخوردگی .

۱- به نشانه های ردیف بالایی (قرمز) نگاه کنید. آیا در کودک نشانه خطر وجود دارد؟ آیا تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد؟ اگر کودک دارای یک نشانه خطر یا تو کشیده شدن قفسه سینه باشد، طبقه بندی شدید را انتخاب کنید، «پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید».

۲- اگر کودک در طبقه بندی شدید نیست به ردیف زرد (یا ردیف دوم) نگاه کنید. آیا کودک تنفس تند دارد؟ آیا درسمع ریه کراکل واضح به گوش می رسد؟ اگر کودک دارای تنفس تند یا کراکل واضح باشد و در طبقه بندی شدید نیز قرار نداشته باشد، طبقه بندی ردیف زرد را انتخاب کنید. « پنومونی»

۳- اگر کودک هیچ یک از نشانه های موجود در ردیف های قرمز یا زرد را نداشته ، طبقه بندی ردیف سبز را انتخاب کنید « پنومونی ندارد».

در اینجا هر یک از طبقه بندی های سرفه یا تنفس مشکل شرح داده خواهد شد:

پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید

کودک با سرفه یا تنفس مشکل که هر یک از نشانه های خطر یا تو کشیده شدن قفسه سینه داشته باشد در طبقه بندی «پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید» قرار می گیرد.

کودک دارای نشانه تو کشیده شدن قفسه سینه معمولاً مبتلا به پنومونی شدید است. ممکن است کودک مبتلا به یکی دیگر از عفونتهای حاد و شدید دستگاه تنفس تحتانی مانند برونشولیت، سیاه سرفه یا مشکلات ویزینگ باشد. تو کشیده شدن قفسه سینه هنگامی اتفاق می افتد که سفتی در ریه ها ایجاد شده باشد. در این صورت کودک برای انجام عمل دم، نیاز به تلاش خیلی بیشتری نسبت به حالت طبیعی دارد.

کودکی که دارای نشانه تو کشیده شدن قفسه سینه است نسبت به کودکی که فقط تنفس تند یا کراکل واضح داشته و تو کشیدگی قفسه سینه ندارد، در معرض خطر بیشتری برای مرگ ناشی از پنومونی است. در شرایطی که کودک خسته شده و تلاش تنفسی او برای اتساع ریه های سفت شده خیلی زیاد باشد، تنفس کودک آهسته تر خواهد شد. بنابراین یک کودک دارای تو کشیده شدن قفسه سینه ممکن است تنفس تند نداشته باشد. تو کشیده شدن قفسه سینه ممکن است تنها نشانه پنومونی شدید در کودک باشد. کودکی که پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید دارد، مبتلا به یک بیماری جدی است اگر سابقه آسم و حملات تنفسی مکرر دارد درمان آسم را انجام دهید در غیر این صورت نیازمند ارجاع فوری به بیمارستان برای درمان هایی نظیر گرفتن اکسیژن یا آنتی بیوتیکهای تزریقی است. در چنین مواردی اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را داده و سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. دادن آنتی بیوتیک در پیشگیری از بدتر شدن پنومونی شدید کمک می کند، همچنین در درمان سایر عفونتهای شدید باکتریال مانند سپسیس یا مننژیت کمک کننده خواهد بود. در صورت عدم امکان ارجاع براساس تشخیص های افتراقی خواب آلودگی غیرعادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج درمان مناسب را تا زمان ارجاع ادامه دهید. در فصل ۴ و ۵ درباره تشخیص های افتراقی، چگونگی و نوع درمان قبل از ارجاع را خواهید خواند.

پنومونی

کودک دارای سرفه یا تنفس مشکل که تنفس تند داشته یا کراکل واضح درسمع ریه شنیده شود و فاقد هر یک از نشانه های خطر یا تو کشیدگی قفسه سینه باشد، در طبقه بندی «پنومونی» قرار می گیرد .

چنین کودکی اگر دارای ویرینگ یا استریدور هم باشد مطابق تشخیص های افتراقی مربوطه (به فصل ۱۷ مراجعه کنید) درمان کنید در غیر این صورت برای مدت ۵ روز با یک آنتی بیوتیک مناسب درمان کنید. سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید و به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد و در روز بعد جهت پیگیری مراجعه کند. (در فصل های ۶ و ۷ در مورد نحوه دادن و نوع آنتی بیوتیک مناسب و آموزش به مادر جهت درمان در کنترل را خواهید خواند.)

پنومونی ندارد

کودک با سرفه و تنفس مشکل که هریک از نشانه های خطر ، تو کشیدگی قفسه سینه، تنفس تندیاکراکل واضح درسمع ریه را نداشته باشد در گروه «پنومونی ندارد» قرار می گیرد.چنین کودکی اگر دارای ویرینگ یا استریدور هم باشد مطابق تشخیص های افتراقی مربوطه (به فصل ۱۷ مراجعه کنید)درمان کنیددرغیراینصورت نیاز به آنتی بیوتیک ندارد. آنتی بیوتیک علایم کودک را برطرف نخواهد کرد. سرفه را بااقدامات بی ضرر خانگی یادمان های غیردارویی تسکین دهیدوبه مادرتوصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد واگر بهبود پیدا نکرده ۵ روز بعد مراجعه کند .

کودک مبتلا به عفونت های ویرال 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، سیاه سرفه یا مشکلات دیگری باشد. کودک دارای سرفه مزمن راازنظرتشخیص های افتراقی احتمالی (به فصل ۱۷ مراجعه کنید)بررسی ودرمان کنید.

مثال ۵: قسمت بالای فرم ثبت موارد با نشانه اصلی سرفه یا تنفس مشکل

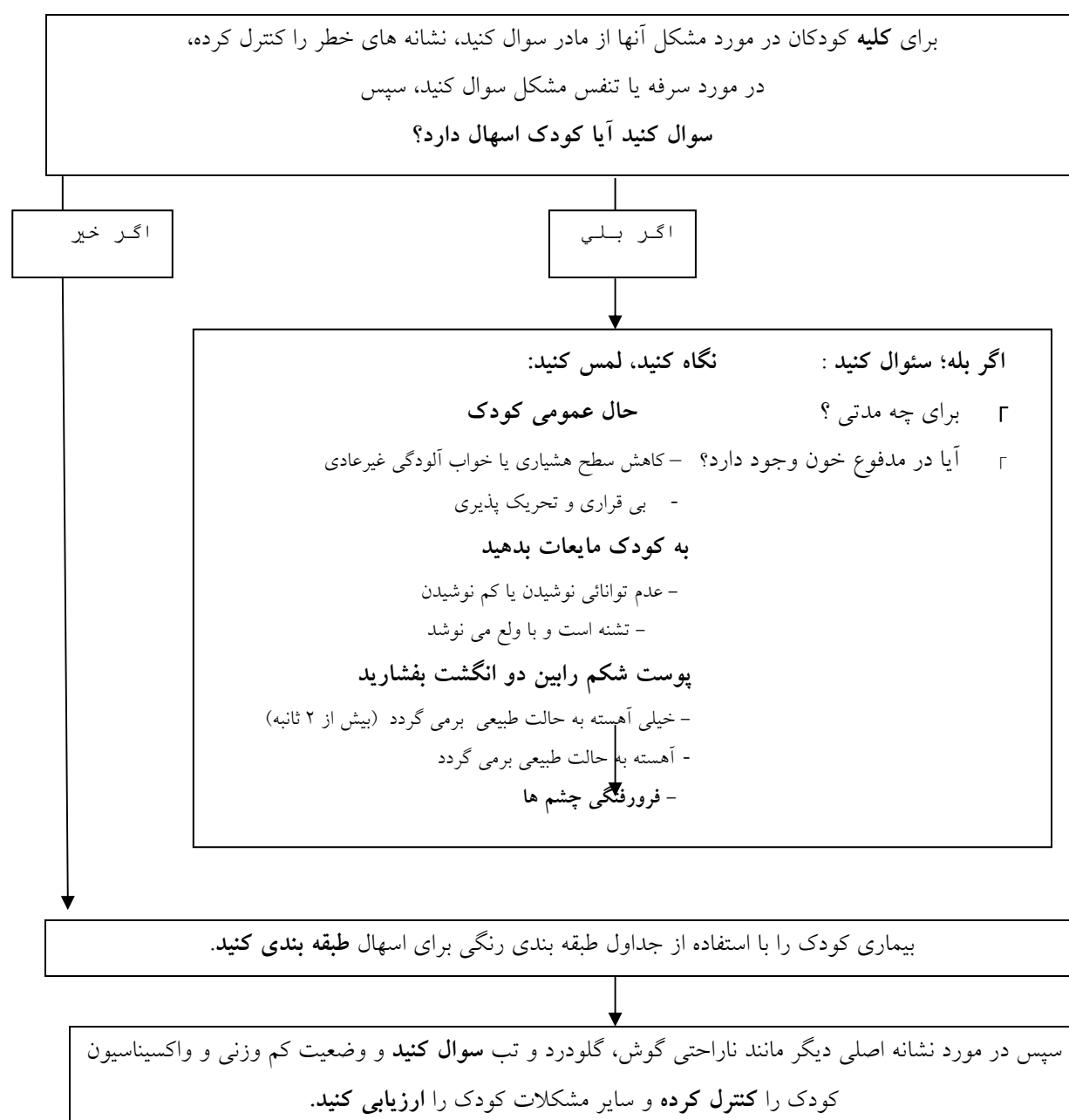
تاریخ	80/07/1				
کد	12001				
درمانی	تامین	مسلم	روم	امداد	سایر
+			تانی		آزاد
مشکل کودک سرفه بمدت ۶ روز					
سن	وزن				
1 8	1 1 5 0 0				
cm	گرم				
طبقه بندی	تشخیص احتمالی	آزمایش	نیاز ارجاع	پیگیری	a
0			x		
					b
					c
سایر:					
مراجعه مجدد: بهتر شده است فرقی نگرفته یا بدتر شده					

علائم خطر فوری		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	ابریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
استفراغ هرچیزی	کاهش سطح هوشیاری	سرفه
* لئارژی یا عدم هوشیاری	بیقراری یا تحریک پذیری	خشونت صدا
سرفه یا تنفس مشکل		
مدت؟...۶...روز	تشنگی و با ولع نوشیدن	تب
۵۰ شمارش تنفس در یک دقیقه	برگشت پوست خیلی آهسته	آگز ودا درحلق
* تنفس تند	برگشت پوست به آهستگی	لنفادنوپاتی قدامی گردن
تو کشیده شدن قفسه سینه	فرورفتگی چشمها	قرمزی با نقاط پتشی کام نرم
شنیدن استریدور	گوش	تب
شنیدن ویزینگ	درد گوش	مدت؟.....روز
شنیدن کراکل واضح	... مدت ترشح از گوش؟	درجه حرارت بدن
	دیدن خروج چرک گوش	سفتی گردن
	پرده گوش فرمز	نشانه های موضعی
		بثورات پوستی

مورد ۱: فاطمه ۱۸ ماهه است وزن او ۱۱/۵ کیلوگرم است.پزشک پس از بررسی علائم خطر فوری در مورد مشکل کودک سوال کرد؟ مادرش گفت. « فاطمه ۶ روز است که سرفه می کند ومشکل تنفس دارد. این اولین مراجعه او برای این بیماری است.پزشک جهت کنترل نشانه های خطر از مادر فاطمه سوال کرد. مادرش گفت: فاطمه قادر به نوشیدن می باشد در جریان بیماری تشنج نداشته و استفراغ هم نداشته است. پزشک در مورد خواب آلودگی غیر عادی فاطمه سوال کرد؟ مادرش گفت: بله، پزشک برای توجه فاطمه کف زد و مادرش او را تکان داد. فاطمه چشمانش را باز کرد ولی به اطراف توجهی نداشت. پزشک با او صحبت کرد. اما فاطمه به صورت او نگاه نمی کرد. او خیره شده بود ولی توجه نداشت که در اطراف او چه می گذرد.پزشک از مادرش خواست که لباس او را بالا بزند و تعداد تنفس او را در یک دقیقه شمرد.که ۵۰ بود او تو کشیده شدن قفسه سینه نداشت و صدای غیرطبیعی درسمع ریه او شنیده نشد.

فصل ۸

اسهال



زمانی که قوام مدفوع بیشتر از معمول است اسهال اتفاق می افتد. اسهال همچنین مدفوع شل یا آبکی نامیده میشود. اسهال به ویژه در کودکان ۶ ماهه تا ۲ ساله شایع است. همچنین در شیرخواران زیر ۶ ماه که از شیرگاو یا شیرخشک استفاده می کنند شایع تر می باشد. دفع مکرر مدفوع طبیعی اسهال نمی باشد. دفعات مدفوع بطور معمول در هر روز بستگی به رژیم غذایی و سن کودک دارد. در بسیاری از مناطق سه بار یا بیشتر دفع مدفوع آبکی در ۲۴ ساعت را اسهال می نامند. معمولاً مادران می دانند که چه وقت کودکشان اسهال دارد. آنها ممکن است بگویند که مدفوع کودکشان شل یا آبکی می باشد. مادران ممکن است از کلمه دیگری برای اسهال استفاده کنند. کودکانی که منحصراً شیرمادر می خورند اغلب مدفوع نرمی دارند: که اسهال نمی باشد. مادر کودک شیرمادر خوار می تواند اسهال کودکش را تشخیص بدهد چون قوام یا دفعات آن با مدفوع معمولی فرق می کند. در طی اسهال افزایش دفع آب و الکترولیت ها (سدیم، پتاسیم و بیکربنات) از طریق مدفوع آبکی اتفاق می افتد. آب و الکترولیت همچنین از طریق استفراغ، عرق، ادرار و تنفس دفع می شوند. دهیدراتاسیون زمانی اتفاق می افتد که مقادیر دفع شده به مقدار مناسب جایگزین نشده و کمبود آب و الکترولیت بدن اتفاق بیفتد. درجه دهیدراتاسیون بستگی به علائم و نشانه هایی دارد که نشاندهنده مقدار مایع از دست رفته است. درمان دهیدراتاسیون نیز بستگی به درجه آن دارد.

در زمان اسهال کاهش دریافت غذا، اختلال در جذب مواد غذایی از یک طرف و افزایش نیاز غذایی از طرف دیگر منجر به کاهش وزن و اختلال رشد می شود. وضعیت تغذیه ای کودک مختل شده و سوء تغذیه قبلی بدتر خواهد شد. متعاقباً سوء تغذیه موجب می شود که وضعیت اسهال کودک شدیدتر، طولانی تر و مکررتر شود. این سیکل معیوب می تواند با دادن غذاهای مغذی در هنگام سلامت و بیماری شکسته شود.

انواع اسهال:

بیشتر اسهال ها که باعث کم آبی می شوند **شل یا آبکی** هستند. مثال اسهال شل یا آبکی، وبا است. اما فقط تعداد کمی از تمام اسهال های شل و آبکی به دلیل وبا می باشد.

اگر یک حمله اسهال کمتر از ۱۴ روز طول بکشد. اسهال **حاد** نامیده می شود. اسهال **حاد** آبکی، باعث کم آبی و سوء تغذیه می شود. مرگ کودک مبتلا به اسهال حاد معمولاً به دلیل کم آبی اتفاق می افتد.

اگر یک حمله اسهال ۱۴ روز یا بیشتر طول بکشد **اسهال پایدار** می باشد. بیشتر از ۲۰٪ از حمله های اسهال، به اسهال پایدار تبدیل می شود. اسهال پایدار اغلب باعث مشکلات تغذیه و در نهایت باعث مرگ کودکان می شود.

وجود خون در مدفوع اسهالی، همراه با مخاط (بلغم) یا بدون آن، **اسهال خونی** نامیده می شود. یک کودک ممکن است هم اسهال آبکی وهم اسهال خونی داشته باشد. وجود یک رگه خون داخل مدفوع، اسهال خونی نیست.

۱-۸ چگونه کودک مبتلا به اسهال را ارزیابی کنید.

از کلیه کودکان در مورد اسهال سوال کنید.

سوال کنید: آیا کودک اسهال دارد؟

از کلماتی استفاده کنید که برای مادر قابل فهم باشد. اگر مادر گفت نه، در مورد نشانه اصلی دیگر یعنی ناراحتی گوش سوال کنید. شما به ارزیابی بیشتر برای نشانه های مرتبط با اسهال نیاز ندارید.

اگر مادر گفت بله، یا اگر قبلاً مادر گفت دلیل آمدنش به مرکز، اسهال کودکش می باشد، پاسخ او را ثبت کنید. سپس کودک را برای نشانه های کم آبی، اسهال پایدار و اسهال خونی ارزیابی نمایید.

سؤال کنید: برای چه مدتی؟

اسهالی که ۱۴ روز یا بیشتر طول بکشد، اسهال پایدار می باشد. به مادر وقت بدهید تا به سؤال پاسخ بدهد. شاید او نیاز به دقت بیشتری داشته باشد تا تعداد روزهای دقیق را بخاطر بیاورد.

سؤال کنید: آیا خون در مدفوع وجود دارد؟

از مادر سؤال کنید آیا در هر زمانی در طول این اسهال در مدفوع کودک، خون دیده است. سپس، نشانه های کم آبی را کنترل کنید. 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 هشیاری می شود. اگر کودک مایعات زیادی را دفع کند، چشمان او فرورفته به نظر می رسد. وقتی پوست او را نیشگون می گیرید پوست او خیلی آهسته یا آهسته به حالت اول برمی گردد.

به حال عمومی کودک نگاه کنید :

هنگام کنترل نشانه های خطر، خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هشیاری کودک را کنترل خواهید کرد. اگر کودک خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هشیاری دارد، دارای نشانه خطر می باشد. بخاطر بسپارید که از این نشانه خطر در طبقه بندی اسهال کودک استفاده نمایید.

کودکی بی قرار و تحریک پذیر است که هر گاه به او دست می زنید یا او را بغل می کنید بی قرار و تحریک پذیر باشد. اگر شیرخوار یا کودک هنگام شیر خوردن آرام بوده ولی پس از پایان شیر خوردن دوباره بی قرار و تحریک پذیر می شود. نشانه بی قراری و تحریک پذیری را دارد. ممکن است کودک فقط از اینکه در مرکز یا مطب هستند ناراحت باشند. معمولاً این کودکان را می توان آرام کرد. آنها نشانه ای از بی قراری و تحریک پذیری ندارند.

به فرورفتگی چشم ها نگاه کنید.

چشم های کودکی که دچار کم آبی است ممکن است فرورفته باشد. اگر فکر می کنید چشم ها فرورفته هستند، تصمیم گیری کنید. سپس از مادر سؤال کنید آیا فکر می کند چشم های کودکش فرورفته است یا چشمان او معمولاً همینطور 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 بطور 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 بعنوان نشانه ای برای طبقه بندی کم آبی در کودک بکار 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 بدلیل خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هشیاری 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. وقتی 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.

پوست شکم او را نیشگون بگیرید

از مادر بخواهید کودک را روی تخت معاینه بگذارد بطوری 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 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

اگر پوست حتی برای یک زمان کوتاه بعد از رها کردن به همان حال بماند، در این صورت برگشت پوست به حالت اول آهسته می باشد.

توجه: در یک کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید (ماراسموس) 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 نمی باشد، باز هم از این نشانه برای طبقه بندی کم آبی استفاده کنید.

۸-۲ چگونه اسهال را طبقه بندی کنید

بعضی از جداول نشانه های اصلی در چارت ارزیابی و طبقه بندی بیشتر از یک طبقه بندی دارند. برای مثال کودکی که نشانه اصلی اسهال را دارد. کودک می تواند برای کم آبی و اسهال خونی و اسهال پایدار طبقه بندی شود. در طبقه بندی اسهال:

- تمام کودکان مبتلا به اسهال برای کم آبی طبقه بندی می شوند.
- اگر اسهال کودک ۱۴ روز یا بیشتر طول بکشد در اسهال پایدار طبقه بندی می شود.
- اگر خون در مدفوع کودک وجود داشته باشد برای اسهال خونی طبقه بندی می شود.

۸-۲-۱ کم آبی را طبقه بندی کنید.

در کودکان مبتلا به اسهال امکان سه طبقه بندی برای کم آبی وجود دارد: کم آبی شدید، کم آبی نسبی، کم آبی ندارد، (مثال ۶ را ببینید). چگونگی تشخیص نوع درمان و درمان کودکان با این طبقه بندی در بخش های ۵ و ۶ توضیح داده شده است.

مثال ۶: جدول طبقه بندی برای کم آبی

نشانه	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد ۱ خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هشیاری ۲ عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن ۳ پوست خیلی آهسته بحال طبیعی برمی گردد ۴ فرورفتگی چشم ها	کم آبی شدید (ج)	۱ برای درمان کم آبی، مایعات طبق درمان گروه ج بدهید ۲ اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد. فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید و در بین راه او آراس جرعه جرعه به او بخوراند. و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را ادامه دهد. ۳ اگر کودک ۲سال یا بیشتر است و کلرا شیوع دارد آنتی بیوتیک مناسب برای کلرابدهید.
۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد ۱ بیقراری و تحریک پذیری ۲ تشنه است و با ولع می نوشد ۳ پوست آهسته بحال طبیعی برمی گردد ۴ فرورفتگی چشم ها	کم آبی نسبی (ب)	۱ برای درمان کم آبی، مایعات و غذا طبق درمان گروه ب بدهید ۲ اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد. فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید و در بین راه او آراس جرعه جرعه به او بخوراند. و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را ادامه دهد.
نشانه های کافی برای طبقه بندی کم آبی شدید و نسبی را ندارد	کم آبی ندارد (الف)	۱ برای درمان اسهال در منزل مایعات و غذا طبق گروه الف بدهید ۲ به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد ۳ اگر کودک بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.

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
- عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن
- پوست خیلی آهسته به حال طبیعی بر می گردد
- فرو رفتگی چشم ها

کودکان مبتلا به کم آبی شدید نیاز به دهیدراتاسیون IV همراه با مانیتورینگ مداوم دارند. به محض بهتر شدن حال کودک درمان باید به صورت خوراکی ادامه یابد. در ضمن ارزیابی و درمان کودکان مبتلا به اسهال که دارای سوء تغذیه شدید هستند متفاوت است که باید به آن توجه داشت.

برای درمان کم آبی شدید به جدول برنامه درمانی ج مراجعه کنید، اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد فوراً او را همراه مادرش به نزدیک ترین بیمارستان ارجاع دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او-آر-اس جرعه جرعه به او بخوراند و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را ادامه دهد. اگر کودک ۲ سال یا بیشتر است و کلرا شیوع دارد آنتی بیوتیک مناسب برای کلرا بدهید.

کم آبی نسبی

اگر کودک هیچ نشانه ای از کم آبی شدید را نداشت به ردیف بعدی نگاه کنید. آیا کودک نشانه ای از کم آبی نسبی را دارد؟ اگر کودک دو نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد، دارای کم آبی نسبی است.

- بی قراری و تحریک پذیری
- تشنه است و با ولع می نوشد
- پوست آهسته به حال طبیعی برمی گردد
- فرورفتگی چشم ها

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 محلول او-آر-اس خوراکی دریافت داشته و نحوه آماده سازی و دادن محلول او-آر-اس به مادر آموزش داده شود. برای درمان کم آبی، مایعات و غذا طبق برنامه درمانی گروه ب بدهید. اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد فوراً او را همراه مادرش به نزدیک ترین بیمارستان ارجاع دهید و به مادر توصیه کنید در بین راه او-آر-اس جرعه جرعه به او بخوراند و تغذیه با شیرمادر را ادامه دهد. برای درمان کم آبی نسبی به برنامه درمانی ب مراجعه کنید.

کم آبی ندارد

کودکی که دو نشانه یا بیشتر از هر کدام از ردیف های قرمز یا زرد را نداشته باشد، در کم آبی ندارد طبقه بندی می شود. این کودکان برای پیشگیری از کم آبی به مایعات اضافی نیاز دارند. کودکی که کم آبی ندارد به درمان در منزل نیاز دارد. سه قانون درمان در منزل عبارتند از: دادن مایعات اضافی ۲- ادامه تغذیه ۳- مراجعه مجدد در برنامه درمانی الف : درمان اسهال در منزل « ، درخصوص آموزش انواع و مقدار مایعات به مادر، شرح داده شده است. کودکی که کم آبی ندارد نیز به غذا نیاز دارد، وعلاوه بر آن به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. و اگر کودک بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند

۲-۲-۸ اسهال پایدار را طبقه بندی کنید

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. در مورد تشخیص نوع درمان و درمان کودکان با این طبقه بندی ها در بخش ۴، ۵ و ۶ توضیح داده شده است.

کم آبی دارد	اسهال پایدار شدید	<ul style="list-style-type: none"> ┆ کم آبی را درمان کنید ┆ اقدامات درمانی اسهال پایدار شدید را انجام دهید
کم آبی ندارد	اسهال پایدار	<ul style="list-style-type: none"> ┆ به مادر در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار، توصیه کنید. ┆ آزمایش لازم برای بیمار داده شود ┆ جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.

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. اسهال پایدار شدید معمولاً همراه با علائم سوء تغذیه و اغلب عفونتهای حدى خارج روده ای مانند پنومونی می باشد. در صورت وجود اسهال پایدار شدید کم آبی کودک را درمان کنید و اقدامات لازم برای درمان اسهال پایدار شدید را انجام دهید.

ممکن است به تغییر رژیم غذایی نیز نیاز داشته باشند. آنها همچنین به آزمایش نمونه مدفوع برای تشخیص دلیل اسهال نیاز دارند.

اسهال پایدار

کودکی که برای ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته، هیچ نشانه ای از کم آبی ندارد در اسهال پایدار طبقه بندی می شود. تغذیه مخصوص مهم ترین درمان برای اسهال پایدار می باشد. توصیه های تغذیه ای برای اسهال پایدار در فصل ۲۹ توضیح داده شده است.

آزمایش های لازم برای یافتن علت بیماری داده و بگوئید جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.

۲-۳-۸ اسهال خونی را طبقه بندی کنید:

دیسانتري، به دفع مکرر مدفوع آبکی حاوی خون گفته می شود. بسیاری از موارد دیسانتري به علت شیگلا بوده و تقریباً تمامی موارد دیسانتري نیاز به درمان آنتی بیوتیکی 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.

برای درمان اسهال خونی کم آبی را درمان کنید بدین منظور کودک را از نظر علائم کم آبی ارزیابی و سپس براساس برنامه درمانی الف، ب یا ج کم آبی او را درمان کنید.

در صورت شک به انواژنیاسیون کودک را به نزدیک ترین بیمارستان ارجاع دهید. و به مادر توصیه کنید برای پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

شما چگونگی تشخیص نوع درمان و درمان کودکان با اسهال خونی در بخش فصل های ۴، ۵، ۶ مطالعه خواهید کرد.

مثال ۸: جدول طبقه بندی برای اسهال خونی :

خون در مدفوع	اسهال خونی	<p>کم آبی را درمان کنید</p> <p>در صورت شک به انوازیناسیون، کودک را به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید.</p> <p>برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید</p> <p>جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند</p>
--------------	------------	---

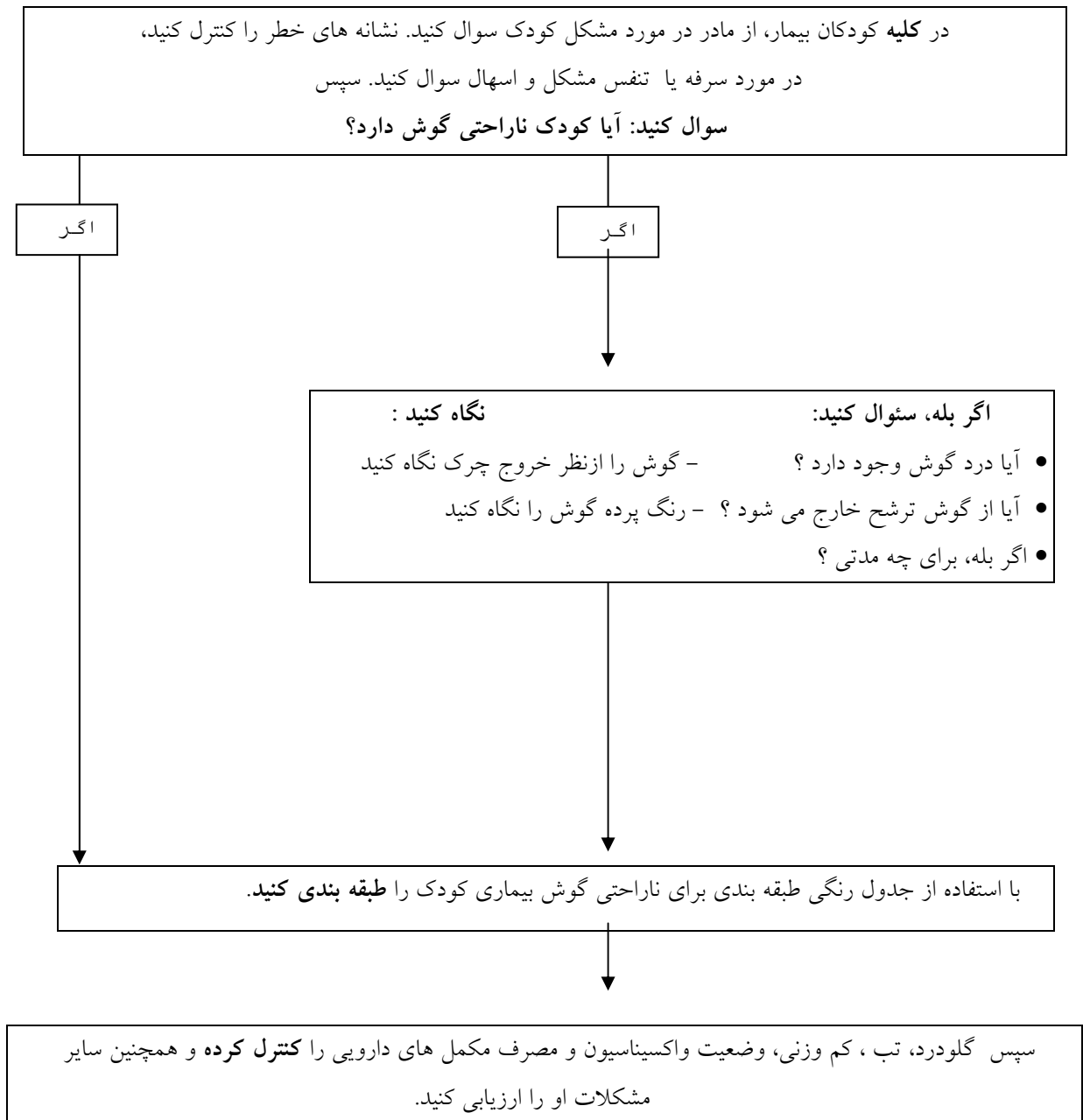
مثال ۹: قسمت بالای فرم ثبت مربوط به علامت اصلی اسهال

تاریخ 80/07/1		درمانی	تامین	مسلح	روسد تانی	امداد	سایر	آزاد
کد 12001		+						
مشکل کودک سرفه بمدت ۶ روز								
سن		وزن		قد				
1 8		0 0 1 1 5		cm				
گرم								
طبقه بندی		تشخیص احتمالی		آزمایش		نیاز ارجاع پیگیری		a
1 1						2		
3 3						5		b
								c
سایر:								
مراجعه مجدد:		بهبود یافته است		فرقی نکرده یا بدتر شده				

علائم خطر فوری		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	ابریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
استفراغ هر چیزی	کاهش سطح هوشیاری	سرفه
لتارژی یا عدم هوشیاری	بیقراری یا تحریک پذیری	خشونت صدا
سرفه یا تنفس مشکل	x نوشیدن یا کم نوشیدن	عطسه
مدت؟...۶...روز	تشنگی و با و لغ نوشیدن	تب
۴۱ شمارش تنفس در یک دقیقه	برگشت پوست خیلی آهسته	آگزودا در حلق
* تنفس تند	x برگشت پوست به آهستگی	نفادنیوای قدامی کردن
تو کشیده شدن قفسه سینه	x فرورفتگی چشمها	قرمزی بانقاط پنتی کام نرم
شنیدن استریدور	گوش	تب
شنیدن ویزینگ	درد گوش	مدت؟.....روز
شنیدن کراکل واضح	مدت ترشح از گوش؟	درجه حرارت بدن
	دیدن خروج چرک گوش	سفتی گردن
	پرده گوش قرمز	نشانه های موضعی
		بثورات پوستی

مورد ۱: فاطمه ۱۸ ماهه است و ۱۱/۵ کیلوگرم وزن دارد و درجه حرارت او ۳۷/۵ درجه می باشد پزشک پس از بررسی علائم خطر فوری، در مورد مشکل کودک سوال کرد؟ مادرش گفت فاطمه ۶ روز است که سرفه می کند و مشکل تنفس دارد و این اولین مراجعه او برای این بیماری است. پزشک نشانه های خطر را از مادر فاطمه سوال کرد، مادرش گفت او قادر به نوشیدن می باشد، او استفراغ نداشته و تشنج هم نکرده است؟ پزشک سوال کرد آیا فاطمه خواب آلوده به نظر می رسد؟ مادرش گفت: خیر.

پزشک از مادرش خواست لباس او را بالا بزند و تعداد تنفس او را در یک دقیقه بشمرد. او ۴۱ بار در دقیقه شمرد. پزشک در معاینه تو کشیده شدن قفسه سینه ندید و سمع ریه طبیعی بود. پزشک سوال کرد آیا کودک اسهال دارد، مادرش گفت بله او ۳ روز است که اسهال دارد، خون در مدفوع او وجود ندارد. چشمان او فرورفته است. پزشک از مادر سوال کرد آیا چشمان او فرقی کرده؟ مادرش گفت بله: او مقداری آب در فنجان کرد و از مادر خواست که به فاطمه بدهد. وقتی به او آب داد او نوشید. زمانی که پوست او را نیشگون گرفت به آهستگی به حالت اول بازگشت..



کودک با ناراحتی گوش ممکن است دچار عفونت گوش 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 می شود، کودک احساس درد کمتری می کند. تب و سایر نشانه ها ممکن است متوقف شود، اما شنوایی کودک ممکن است به علت وجود سوراخ در پرده گوش ضعیف گردد. معمولاً پارگی پرده گوش خود بخود درمان می شود در صورتی که ترشح ادامه یابد پارگی پرده گوش ترمیم نشده، و کودک دچار شنوایی خواهد شد.

عفونت های گوش به ندرت باعث مرگ کودک می شوند ولی موجب بیماری کودک به مدت طولانی می شوند . درکشورهای درحال توسعه ، عفونت گوش دلیل اصلی ناشنوایی می باشد که این امر سبب مشکلات یادگیری کودکان در مدرسه می شود.

۹-۱ ناراحتی گوش را چگونه در کودک ارزیابی کنید

از کلیه کودکان بیمار در مورد ناراحتی گوش سوال کنید.

سوال کنید : آیا کودک ناراحتی گوش دارد؟

اگر مادر جواب داد نه ، جواب او را یادداشت کنید و کودک را برای مشکل گوش ارزیابی نکنید. کودک را از نظر گلو درد کنترل کنید.

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

سوال کنید : آیا کودک درد گوش دارد؟

درد گوش ممکن است نشانه ابتلا کودک به عفونت گوش باشد. اگر مادر مطمئن نیست که کودک درد گوش دارد ، سوال کنید آیا کودک

بی قرار بوده ، یا گوشش را می مالد.

سوال کنید: آیا از گوش او ترشح خارج می شود ، اگر بله ، برای چه مدتی؟

ترشح گوش نیز 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 ، سوال کنید برای چه مدتی؟ به مادر فرصت دهید که به سوال شما جواب بدهد . او ممکن

است نیاز داشته باشد زمان شروع خروج چرک را بخاطر بیاورد.

شما بر اساس 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 بعنوان عفونت مزمن گوش طبقه بندی می شود.

— اگر وجود ترشح گوش کمتر از ۲ هفته باشد بعنوان عفونت حاد گوش طبقه بندی می شود.

شما اطلاعات دقیق تری درباره مدت زمان وجود ترشح نیاز ندارید.

برای خروج چرک از گوش نگاه کنید

خروج چرک از گوش نشانه عفونت گوش می باشد ، حتی اگر کودک دردی را احساس نکند. داخل گوش کودک را نگاه کنید که

آیا چرکی از گوش خارج می شود یا نه.

رنگ پرده گوش را نگاه کنید

بوسیله اتوسکوپ گوش را معاینه کنید در صورتیکه پرده گوش قرمز بود و کودک درد گوش داشته باشد عفونت حاد گوش مطرح

می باشد

۹-۲ چگونه ناراحتی گوش را طبقه بندی کنید

سه طبقه بندی برای ناراحتی گوش وجود دارد: عفونت مزمن گوش ، عفونت حاد گوش ، عفونت گوش ندارد. (مثال ۱۵)

مثال ۱۵ : جدول طبقه بندی جهت ناراحتی گوش:

<p>۲ به مدت ۵ روز آنتی بیوتیک بدهید</p> <p>۲ برای تسکین درد استامینوفن بدهید</p> <p>۲ گوش را بوسیله فتیله گذاری خشک کنید</p> <p>۲ به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد</p> <p>۲ جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.</p>	<p>عفونت حاد گوش</p>	<p>۲ خروج چرک از گوش دیده می شود و ترشح چرکی به مدت کمتر از ۱۴ روز دارد یا</p> <p>۱ درد گوش و پرده گوش قرمز درمعاینه اتوسکوپ</p>
<p>۲ گوش را بوسیله فتیله گذاری خشک کنید</p> <p>۲ به مدت ۵ روز آنتی بیوتیک بدهید</p> <p>۲ جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.</p>	<p>عفونت مزمن گوش</p>	<p>۲ خروج چرک از گوش دیده می شود و ترشح چرکی به مدت بیشتر از ۱۴ روز دارد</p>
<p>۲ هیچ درمانی لازم نیست</p>		<p>۲ هیچ نشانه ای از موارد فوق را ندارد</p> <p>عفونت گوش وجود ندارد</p>

عفونت حاد گوش

اوتیت مدیا حاد التهاب گوش میانی در قسمت پشت پرده تمپان به مدت کمتر از ۱۴ روز می باشد. مایع در این ناحیه تجمع یافته و به دلیل افزایش فشار داخل حفره ایجاد درد می کند. با پاره شدن پرده تمپان، ترشحات چرکی از گوش خارج می شود. در صورت امکان برای تأیید اوتیت مدیا از اتوسکوپ استفاده کنید

تشخیص اوتیت مدیا ی حاد براساس خروج چرک از گوش (به مدت کمتر از ۲ هفته) یا سابقه وجود درد گوش که در معاینه، از طریق انجام اتوسکوپ پرده گوش قرمز، ملتهب و بی حرکت خواهد بود. به کودک مبتلا به عفونت حاد گوش به مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. آنتی بیوتیک هایی که برای درمان پنومونی استفاده می شود برباکتریایی 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 جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

عفونت مزمن گوش

اگر خروج چرک از گوش رامی بیند و ترشح ۲ هفته یا بیشتر طول کشیده باشد کودک بیمار رادر طبقه بندی عفونت مزمن گوش قرار دهید. مهمترین و موثرترین درمان برای عفونت مزمن گوش این است که گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. به مادر یاد بدهید که چگونه گوش را خشک کند و به کودک مبتلا به عفونت مزمن گوش به مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد و جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.

عفونت گوش وجود ندارد

اگر درد گوش وجود ندارد و خروج چرک از گوش دیده نمی شود، بیماری کودک را در طبقه بندی عفونت گوش وجود ندارد، قرار دهید. کودک به درمان بیشتری نیاز ندارد.

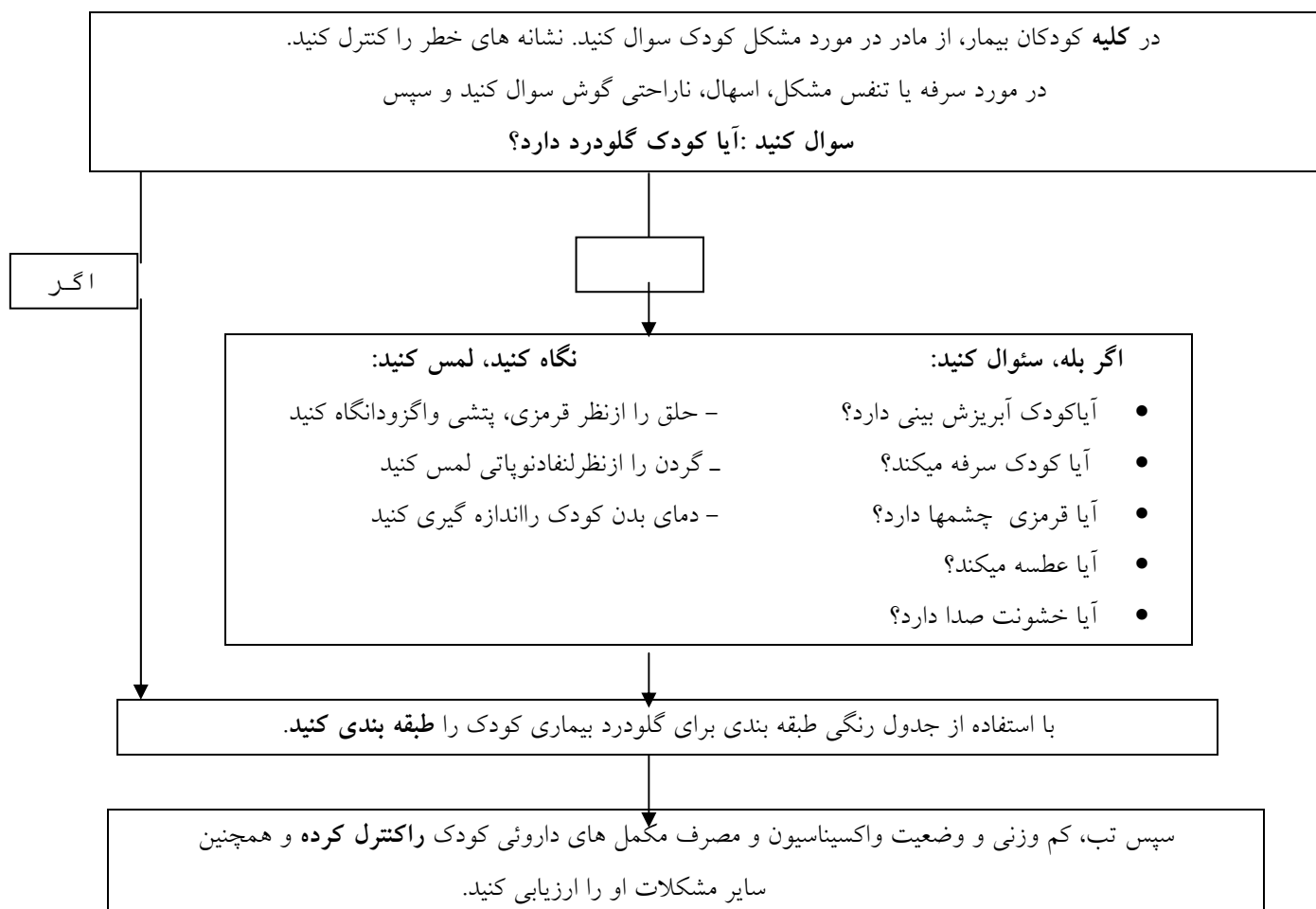
هنگام ارزیابی و طبقه بندی ناراحتی گوش، در فرم ثبت بیماری کنار نشانه های که وجود دارد علامت (x) بنویسید و کد طبقه بندی بیماری رادرستون مربوطه بنویسید. (مثال ۱۶)

مثال ۱۶ : بخش ناراحتی گوش در فرم ثبت بیماری

تاریخ	80/07/1				
کد	12001				
درمانی	تامین	مسلح	روید	امداد	سایر
	+		تانی		آزاد
مشکل کودک					
داغی و ناراحتی گوش					
سن	3				
وزن	1	3	0	0	0
قد	cm				
طبقة بندي	1	7			
تشخيص احتمالي	آزمایش	نیاز ارجاع پیگیری	a	2	
b					
c					
ساد					

علائم خطر فوري		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوك	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	آبریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
استفراغ هرچیزی	کاهش سطح هوشیاری	سرفه
لتارژی یا عدم هوشیاری	بیقراری یا تحریک پذیری	خشونت صدا
سرفه یا تنفس مشکل	نوشیدن یا کم نوشیدن	عطسه
مدت؟.....روز	تشنگی و با و لغ نوشیدن	تب
شمارش تنفس در یک دقیقه	برگشت پوست خیلی آهسته	آگزودا در حلق
تنفس تند	برگشت پوست به آهستگی	لنفادنوپاتی قدامی گردن
تو کشیده شدن قفسه سینه	فرورفتگی چشمها	قرمزی یا نقاط پتشی کام نرم
گوش		تب
شنیدن استریدور	درد گوش *	مدت؟.....روز
شنیدن ویزینگ	مدت ترشح از گوش؟	درجه حرارت بدن
شنیدن کراکل واضح	دیدن خروج چرک گوش	سفتی گردن
	پرده گوش قرمز *	نشانه های موضعی
	بثورات پوستی	

مورد ۲ : مینا سه ساله است و ۱۳ کیلوگرم وزن دارد. درجه حرارت او ۳۷/۵ سانتیگراد است. مادرش او را به دلیل اینکه ۲ روز است داغ است به مرکز آورده است او شب گذشته را گریه کرده و از ناراحتی گوش شکایت می کرده است. پزشک نشانه های خطر را در او کنترل کرد و هیچ نشانه خطر نداشت. او سرفه نمی کرده و تنفس مشکل نداشت، او اسهال هم نداشت است. سپس پزشک در مورد ناراحتی گوش او سوال کرد، مادرش گفت او مطمئن است که گوش او درد می کند. از گوش او ترشح خارج نمی شود و پزشک در گوش او چرک ندید ولی پرده گوش او قرمز بود .



۱۰-۱ گلودرد را چگونه ارزیابی کنید.

از 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، نشانه اصلی دیگر یعنی کم وزنی را ارزیابی کنید. نیازی به ارزیابی کودک در مورد نشانه های مرتبط با گلودرد نیست.

اگر مادر پاسخ بله داد سپس کودک را از نظر سایر نشانه های مربوط به گلودرد ارزیابی کنید.

سؤال کنید: آیا کودک آبریزش بینی، سرفه، عطسه، قرمزی چشم ها و یا خشونت صدا 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 است که معمولاً در عفونت های ویروسی وجود دارند. وجود هریک از این علائم را از مادر سؤال کنید و در صورت وجود ۲ نشانه از نشانه های فوق، کودک گلودرد استرپتوکوکی ندارد.

حلق را از نظر قرمزی، پتشی و اگزودا نگاه کنید

یکی از مهمترین نشانه های عفونت های استرپتوکوکی حلق، وجود قرمزی در حلق همراه با نقاط پتشی روی کام نرم می باشد. وجود اگزودا در لوزه ها در یک سوم عفونت های استرپتوکوکی دیده می شود. به این منظور حلق کودک را با استفاده از آیسلانگ و چراغ دستی نگاه کنید.

جلوی 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 دما سنج درجه حرارت زیر بغل کودک را اندازه گیری کنید. وجود تب را در کودک مشخص کنید.

۱۰-۲ چگونه گلودرد را طبقه بندی کنید

دو طبقه بندی برای کودک مبتلا به گلودرد وجود دارد: گلودرد استرپتوکوکی ، گلودرد استرپتوکوکی ندارد.

<p>۲ یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید</p> <p>۲ تب بالای ۳۸٫۵ درجه استامینوفن بدهید.</p> <p>۲ به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد</p>	<p>عفونت استرپتوکوکی گلو</p>	<p>تب و یکی از نشانه های زیر را داشته باشد (و هیچیک از علائم عفونت ویرال را نداشته باشد):</p> <p>۲ اگزودا در حلق</p> <p>۲ لنفادنوپاتی قدامی گردن</p> <p>۲ قرمزی منتشر لوزه ها با نقاط پتشی روی کام نرم</p>
<p>۲ اگر در طبقه بندی دیگری قرار دارد اقدامات آن طبقه بندی را انجام دهید. در غیر این صورت هیچ درمانی لازم نیست</p>	<p>گلودرد استرپتوکوکی ندارد</p>	<p>دو نشانه های زیر را داشته باشد</p> <p>۲ آبریزش بینی</p> <p>۲ قرمزی چشم</p> <p>۲ سرفه</p> <p>۲ خشونت صدا</p> <p>۲ عطسه</p>

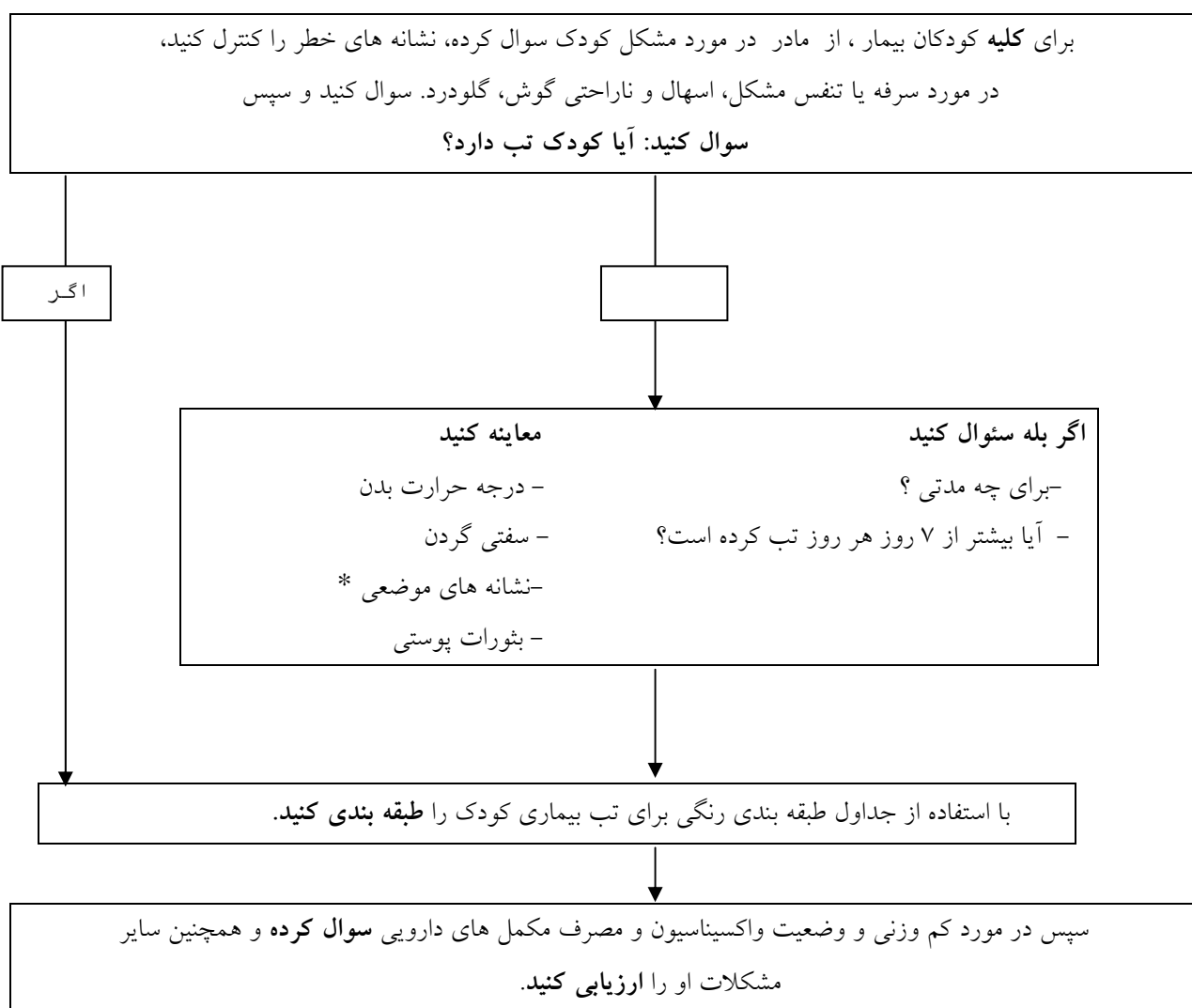
گلودرد استرپتوکوکی :

اگر کودک دو نشانه و بیشتر از نشانه های عفونت ویرال را نداشته نباشد و تب همراه با دو نشانه از نشانه های زیر را داشته باشد چرک سفید در حلق، قرمزی منتشر حلق همراه با نقاط پتشی روی کام نرم، لنفادنوپاتی جلوی گردن او را در طبقه بندی گلودرد استرپتوکوکی قرار دهید.

کودکان دارای گلودرد استرپتوکوکی نیاز به درمان آنتی بیوتیکی دارند. به این دسته از کودکان به یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید. در صورت وجود تب ۳۸/۵ درجه سانتیگراد یا بالاتر استامینوفن بدهید.

گلودرد استرپتوکوکی ندارد:

اگر کودک دو نشانه یا بیشتر از نشانه های آبریزش بینی، قرمزی چشم، سرفه، خشونت صدا، و یا عطسه را داشت او را در طبقه بندی گلودرد استرپتوکوکی 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 در غیر اینصورت هیچ درمانی لازم نیست.



۱۱-۱ چگونگی ارزیابی کودک مبتلا به تب:

ارزیابی جدول تب ۲ بخش دارد. بخش بالایی آن بیماری های کودک که با تب کمتر از ۷ روز بروز می کند، ارزیابی می کند و بخش پایینی آن بیماری هایی که تب بیش از ۷ روز دارند را مورد بررسی قرار می دهد. 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 بغل بالای ۳۷ 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 بالای ۳۷ درجه سانتیگراد بود او تب دارد.

اگر کودک تب نداشت، (از طریق تاریخچه، احساس داغی یا اندازه گیری درجه حرارت) در فرم ثبت، مربع عقب کلمه تب خالی بماند و سپس کودک را از نظر کم وزنی کنترل کنید و نیازی نیست کودک را از نظر سایر نشانه های وابسته به تب ارزیابی نکنید.

اگر کودک تب داشت (از طریق تاریخچه، احساس داغی یا اندازه گیری درجه حرارت) در فرم ثبت، مربع عقب کلمه تب علامت (x) بنیدو او را از نظر سایر نشانه های وابسته به تب ارزیابی کنید. حتی اگر در حال حاضر درجه حرارت بالای ۳۷ 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؟

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

برای سفتی گردن نگاه کنید لمس کنید.

کودک دارای تب و سفتی گردن و ممکن است مبتلا به مننژیت باشد. کودک مبتلا به مننژیت نیاز به درمان فوری با آنتی بیوتیک تزریقی و ارجاع 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 کنید. 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 کند، گریه می کند.

به نشانه های موضعی نگاه کنید و لمس کنید

بیشترین نشانه های موضعی در کودک عبارتند از: درد استخوان ها- درد ناحیه مفاصل- درد ناحیه سینوسها- گرمی و تورم پوستی.

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 یا گریه می کند.

تشخیص های افتراقی تب همراه با نشانه های موضعی در فصل ۱۷ 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 در فصل آمده است.

۲-۱۱ چگونه تب را طبقه بندی کنید.

تب را از نظر طول مدت تب طبقه بندی کنید. اگر کودک کمتر از ۷ روز تب داشته است، در یکی از سه طبقه بندی زیر قرار می گیرد: بیماری خیلی شدید تب دار، بیماری تب دار، بیماری خفیف تب دار.

<p>۲ برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید</p> <p>۲ یک نوبت استامینوفن برای تب بالای ۳۸,۵ درجه بدهید</p> <p>۲ اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.</p> <p>۲ در صورت عدم امکان ارجاع براساس تشخیصهای افتراقی خواب آلودگی غیرعادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج (جدول ۱۰)، درمان مناسب</p>	<p>بیماری تب دار خیلی شدید</p>	<p>۲ در صورت داشتن هریک از نشانه های خطر یا</p> <p>۲ سفتی گردن</p>
<p>۲ در صورت داشتن نشانه های موضعی، بیشتر ارزیابی (جدول ۱۶) کنید.</p> <p>۲ در صورت داشتن بثورات پوستی، بیشتر ارزیابی (جدول ۱۷) کنید.</p> <p>۲ برای تب بالا با مساه، ۳۸.۵</p>	<p>بیماری تب دار</p>	<p>داشتن نشانه های موضعی* یا بثورات پوستی</p>
<p>۲ تب بالای ۳۸,۵ درجه استامینوفن بدهید.</p> <p>۲ در صورت داشتن تب بیش از ۳ روز، بیشتر ارزیابی (جدول ۱۷) کنید.</p> <p>۲ اگر کودک بهبود پیدا نکرد ۲ روز بعد مراجعه کند.</p> <p>۲ به مادر توصیه کنید چه زمانی</p>	<p>بیماری تب دار خفیف</p>	<p>هیچ نشانه ای از موارد فوق را ندارد</p>

اگر تب همراه هر یک از نشانه های خطر یا سفتی گردن است کودک را در گروه **بیماری تب دار خیلی شدید** طبقه بندی نمایید. اگر کودک تب همراه هریک از نشانه موضعی مانند درد استخوان، درد در ناحیه مفاصل، قرمزی و گرمی و تورم پوستی و یا درد در ناحیه سینوس ها و یا بثورات پوستی را داشت در **طبقه بندی بیماری تب دار** قرار می گیرد.

به شرط اینکه 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 جز نشانه های موضعی قرار نمی گیرد.

و اگر کودک فاقد نشانه های موضعی بود او را در **طبقه بندی بیماری تب دار خفیف** قرار دهید.

اگر کودک بیشتر از ۷ روز تب داشته است او را در طبقه بندی **تب طولانی مدت** قرار داده و مطابق جدول تشخیص های افتراقی اورایشتر ارزیابی کنید و براساس 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 عفونت خونی باشد. بدون انجام تست های آزمایشگاهی امکان افتراق بیماری های خیلی شدید از یکدیگر نمی باشد. کودکی که در طبقه بندی **بیماری خیلی شدید تب دار** قرار می گیرد نیاز به درمان فوری و ارجاع دارد. قبل از ارجاع فوری، شما بایستی درمان های مختلفی برای بیماریهای شدید احتمالی انجام دهید.

- کودک را برای پیشگیری از پائین آمدن قند خون درمان کنید.
- در صورت وجود تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید
- اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را برای مننژیت یا سایر عفونتهای باکتریال شدید داده و سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. در صورت عدم امکان ارجاع، براساس تشخیص های افتراقی خواب آلودگی غیرعادی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج (جدول شماره ۱۰) درمان مناسب را تا زمان ارجاع انجام دهید.

اگر کودک هیچ یک از نشانه های موجود در ردیف قرمز یعنی نشانه های خطر یا سفتی گردن را نداشت طبقه بندی شدید یا بیماری خیلی شدید تب دار مطرح نمی باشد. سپس به ردیف بعدی نگاه کنید. اگر کودک دارای تب همراه با نشانه های موضعی یا بثورات پوستی بود در طبقه بندی **بیماری تب دار** 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 بالا یا مساوی ۳۸/۵ استامینوفن بدهید.

اگر کودک نشانه های موضعی یا بثورات پوستی ندارد ردیف سبز نگاه کنید.

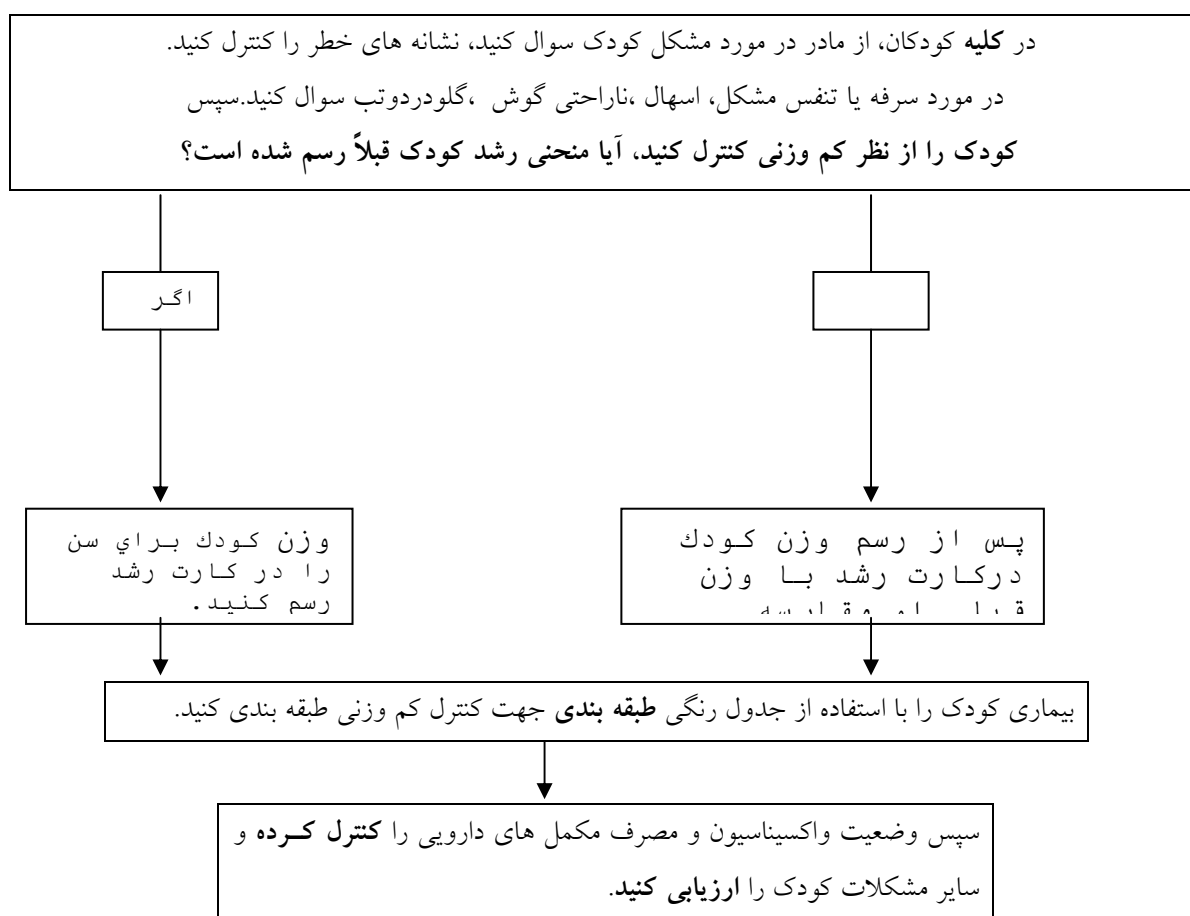
اگر کودک هیچ نشانه ای از موارد فوق را ندارد در گروه بیماری **خفیف تب دار** قرار می گیرد. اگر بیش از سه روز هر روز فقط تب کرده باشد براساس جدول تشخیص افتراقی (شماره ۱۷) او را بیشتر ارزیابی کنید. و اگر تب کودک بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه سانتیگراد است به کودک استامینوفن بدهید. به مادر توصیه کنید که در صورت 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 طولانی مدت** قرار می گیرد در این صورت براساس جدول تشخیص های افتراقی شماره ۱۸ او را بیشتر ارزیابی کنید و اقدامات مناسب را انجام دهید.

فصل ۱۲

کنترل کودک از نظر

کم وزنی



کلیه کودکان بیمار را برای کم وزنی کنترل کنید.

ممکن است مادر کودکش را به دلیل اینکه دچار بیماری حاد شده است به مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت بیاورد شاید شکایت بخصوصی که دلیل سوء تغذیه باشد نداشته باشد. کودک بیمار ممکن است سوء تغذیه داشته باشد و شما و خانواده اش متوجه نشوید. کودک مبتلا به سوء تغذیه در معرض خطری بسیاری از بیماری ها و حتی مرگ می باشد. حتی کودکان با سوء تغذیه متوسط خطر مرگ در آنها افزایش می یابد. تشخیص کودکان مبتلا به سوء تغذیه و درمان آنها کمک می کند تا از بسیاری از بیماری ها و مرگ آنها جلوگیری شود. موارد شدید سوء تغذیه باید به نزدیکترین بیمارستان ارجاع شود.

۱-۱۲ چگونه کودک را از نظر کم وزنی ارزیابی کنید

در این فعالیت شما کودکان را از نظر وزن آنها برای سن شان به شرح زیر کنترل می کنید. به این منظور از منحنی رشد کودکان استفاده می شود. با استفاده از منحنی رشد، می توان هم روند رشد آنان را پایش نمود و هم وضعیت تغذیه ای آنان را طبقه بندی کرد.

وزن برای سن را تعیین کنید:

- ۱- سن کودک را به ماه حساب کنید.
- ۲- اگر کودک امروز وزن نشده است کودک را وزن کنید. از ترازوی درست و دقیق استفاده کنید. کودک هنگام توزین باید لباس سبک پوشیده باشد. تا حد امکان لباسهای کودک را کم کنید. کاپشن، کفش، کهنه یا پوشک کودک را درآورید.
- ۳- از کارت رشد کودک استفاده کنید.
 - به محور عمودی سمت چپ برای پیدا کردن خطی که وزن کودک را نشان می دهد، نگاه کنید.
 - به محور افقی پائین منحنی رشد برای پیدا کردن خطی که سن کودک را به ماه نشان میدهد، نگاه کنید.
 - نقطه ای که این دو خط یکدیگر را قطع می کنند، مشخص کنید.
- ۴- ببینید آیا قبلاً منحنی رشد کودک رسم شده است؟ (اگر بلی منحنی او را از نقطه ای که اکنون بدست آورده اید به نقطه قبلی رسم کنید).

۲-۱۲ چگونه کودک را از نظر کم وزنی طبقه بندی کنید

برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد آنها رسم شده است سه طبقه بندی از نظر کم وزنی وجود دارد: سوء تغذیه شدید دارد ، اختلال رشد دارد ، اختلال رشد ندارد ، برای کودکانی که قبلاً منحنی رشد آنها رسم نشده است دو طبقه بندی از نظر کم وزنی وجود دارد: سوء تغذیه شدید ، رشد نامعلوم .

مثال ۱۷. در اینجا جدول طبقه بندی از چارت ارزیابی و طبقه بندی کم وزنی کودک آمده است:

<p>اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد. فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید در غیراینصورت براساس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یادرسد آن</p>	<p>سوء تغذیه شدید</p>	<p>زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار)</p>
<p>بررسی وضعیت تغذیه و غذای کودک و مشاوره با مادر (طبق چارت تغذیه و مشاوره) اگر مشکل در غذا و نحوه تغذیه دارد روز بعد پیگیری کنید. توصیه به مادر که چه زمانی فوراً برگردد برای اختلال رشد کودک زیریکسال</p>	<p>اختلال رشد دارد</p>	<p>بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ولی موازی و صعودی بامنحنی رشد نمی باشد</p>
<p>مادر را تشویق کنید که تغذیه کودک را همچنان ادامه بدهد</p>	<p>اختلال رشد ندارد</p>	<p>بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) و موازی و صعودی بامنحنی</p>

سوء تغذیه شدید

اگر منحنی رشد کودک زیریاری منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار می گیرد (در هر سه حالت صعودی، افقی و نزولی) در طبقه بندی سوء تغذیه شدید قرار می گیرد. کودکی که در طبقه بندی سوء تغذیه شدید قرار می گیرد، در معرض خطر بیشتری برای بیماری های شدید است. اگر کودک در بیماری جدی دیگری دارد، فوراً او را به همراه مادرش به نزدیک ترین بیمارستان ارجاع دهید. در غیر این صورت، بر اساس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یاد درصد آن، ارزیابی و درمان مناسب (که در بخش درمان توضیح داده شده است) را انجام دهید.

اختلال رشد دارد

اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) بوده، ولی صعودی و موازی با منحنی رشد نباشد، کودک در طبقه بندی اختلال رشد دارد قرار می گیرد. تغذیه کودکان در این طبقه را بر اساس چارت تغذیه و مشاوره، ارزیابی کرده و با مادر مشاوره کنید. اگر هر نوع مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد بعد از ۵ روز پیگیری کنید (برای آنکه ببینید که آیا مادر به توصیه ها عمل کرده و نظر او چیست) به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. کودک زیر یک سال را بعد از ۲ هفته و بالای یک سال را بعد از یک ماه پیگیری کنید. کودکان زیر یکسال در معرض خطر بیشتری برای مشکلات تغذیه ای و سوء تغذیه هستند.

اختلال رشد ندارد

اگر منحنی رشد کودک بالای منحنی قرمز و صعودی و موازی با منحنی رشد باشد در طبقه بندی اختلال رشد ندارد قرار می گیرد. مادر را تشویق کنید که تغذیه کودکش را همچنان ادامه دهد.

رشد نامعلوم

اگر منحنی رشد کودک رسم نشده است یا کارت پایش رشد نداشته باشد بر اساس قرار گرفتن نقطه وزن کودک در منحنی رشد او تصمیم گیری می شود بنابراین اگر نقطه وزن کودک بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) قرار گیرد، در طبقه بندی رشد نامعلوم قرار می گیرد. تغذیه کودکان در این طبقه بندی را بر اساس چارت تغذیه و مشاوره ارزیابی کرده و با مادر مشاوره کنید. اگر هر نوع مشکل در غذا و نحوه تغذیه دارد بعد از ۵ روز پیگیری کنید (برای آنکه ببینید آیا مادر به توصیه های عمل کرده و نظر او چیست). به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. کودک زیر یک سال را بعد از ۲ هفته و بالای یک سال را بعد از یک ماه پیگیری کنید.

مثال ۱۸: بخش کنترل کم وزنی در فرم ثبت بیماری

تاریخ 80/07/1						درمانی	تامین	مسلم	روند تانی	امداد	سایر	آزاد
کد 12001						+						
مشکل کودک اسهال بمدت ۵ روز												
سن			وزن				قد					
9			0 0 0 6				7 6					
cm												
طیقه بندی			تشخیص احتمالی				آزمایش			نیاز ارجاع پیگیری		
4										5		
1							x			5		
سایر:												

علائم خطر فوری		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	ابریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم

کنترل کودک از نظر کم وزنی یا سوءتغذیه شدید		
زیر منحنی فرمز	صعودی و موازی نبودن	بامنحنی رشد
وضعیت واکسیناسیون		
مکمل های دارویی	سایر مشکلات	
ناقص	دارد	

مورد ۳: علی ۹ ماهه است و ۶ کیلوگرم وزن دارد، درجه حرارت او ۳۶/۸ درجه سانتی گراد می باشد او به دلیل اسهال به مرکز آورده شده است. او هیچ علائم خطر فوری و نشانه خطری ندارد. او سرفه ندارد و تنفس او مشکل نمی باشد. او ۵ روز است که اسهال دارد پزشک براساس معاینه، بیماری او را در طبقه بندی اسهال با کم آبی نسبی قرار داد. او تب ندارد، ناراحتی گوش و گلودرد ندارد. سپس پزشک او را از نظر کم وزنی کنترل کرد. او کارت پایش رشد ندارد و قد او ۶۷ سنتی متر است

فصل ۱۳

وضعیت واکسیناسیون و

مکمل های دارویی

در کلیه کودکان بیمار: از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید. در مورد نشانه های خطر او را کنترل کرده و در مورد سرفه یا تنفس مشکل، اسهال، ناراحتی گوش، گلودرد و تب سوال کنید و سپس در مورد کم وزنی کنترل کنید و وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی را کنترل کنید.

تصمیم بگیرید آیا کودک امروز به واکسن نیاز دارد یا بایستی به مادر بگویید چه زمانی برای واکسیناسیون کودکش برگردد و همچنین آیا نیاز به مکمل های دارویی دارد.

توجه: اگر کودک آنقدر حالش خوب است که می تواند به منزل برود، هیچ موردی برای منع واکسیناسیون وجود ندارد.

سپس، سایر مشکلات کودک را ارزیابی کنید.

در کلیه کودکان وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی را کنترل کنید.

از برنامه واکسیناسیون توصیه شده استفاده کنید

هنگامیکه وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل میکنید از برنامه توصیه شده کشوری استفاده کنید. به جدول واکسیناسیون در چارت ارزیابی و طبقه بندی نگاه کنید.

وقتی کودک در سن مناسب برای واکسیناسیون است واکسن توصیه شده را به او بخورانید. اگر زودتر از موعد واکسیناسیون او انجام شود در این صورت بدن کودک نمی تواند بخوبی در مقابل بیماری مقابله نماید همچنین اگر دیرتر از موعد مناسب واکسینه شود احتمال ابتلا به بیماری در او افزایش می یابد همه کودکان باید واکسنهای توصیه شده بدو تولد را دریافت کرده باشند. اگر کودک در سن توصیه شده برای واکسیناسیون نیامد، واکسن مورد نیاز را هر زمانی بعد از آن به او بدهید. دوزهای باقی مانده را حداقل تا ۴ هفته بعد به او بدهید. نیازی به تکرار برنامه واکسیناسیون نمی باشد.

جهت کنترل وضعیت مکمل های دارویی به جدول آن در چارت ارزیابی طبقه بندی نگاه کنید. اگر سن کودک قبل از شش ماهگی است، و یا اگر تغذیه کمکی شروع نشده است، فقط قطره مولتی ویتامین یا قطره A+D طبق دستورالعمل کشوری از ۱۵ روزگی شروع می کنیم.

اگر سن کودک پایان شش ماهگی است و یا اگر تغذیه کمکی شروع شده است، علاوه بر تجویز قطره مولتی ویتامین، قطره آهن را تجویز می کنیم. قطره مولتی ویتامین باید تا یکسالگی و قطره آهن تا ۲ سالگی ادامه یابد.

موارد منع واکسیناسیون را مشاهده کنید

در گذشته تصور بر این بود که بیماریهای خفیف از موارد منع واکسیناسیون می باشد (دلیلی برای عدم واکسیناسیون کودک) آنها کودک بیمار را برمی گردانند و به مادر می گفتند هر وقت حالش بهتر شد اورا بیاورد. اینکار باتوجه به اینکه موجب تعویق واکسیناسیون کودک می شود نادرست است. مادرممکن است راه دوری بر آوردن کودک بیمار خود را طی کرده باشد و دیگر به آسانی نتواند کودک خود را در زمان دیگری برای واکسیناسیون بیاورد. این کودک در معرض خطر ابتلا به سرخک، فلج، دیفتری، کزاز، سیاه سرفه یا اسل قرار دارد. واکسیناسیون کودکان بیمار و مبتلا به سوء تغذیه در مقابل این بیماریها بسیار حائز اهمیت می باشد.

در حال حاضر شرایط زیر از موارد منع واکسیناسیون به حساب می آیند. (راهنمای واکسیناسیون)

▪ در اختلالات ایمنی اولیه اکتسابی، مانند (سرطان خون) لوسمی واکسن های ویروسی زنده و واکسن ب^۱ ث^۱ ژ^۱ منع مصرف دارد.

▪ در کودکان دارای نقص سیستم ایمنی - کودکان تحت درمان با داروهای پایین آورنده قدرت دفاعی بدن نظیر کورتیکواستروئیدها و یا کودکان تحت درمان با اشعه و مبتلایان به لوسمی، لنفوم سرطانیهای ژنرالیزه، استفاده از واکسن پولیو زنده خوراکی ممنوع است و به جای آن باید از واکسن کشته تزریقی استفاده کرد ولی باید توجه کرد که مصرف کورتیکواستروئیدها با دوز پایین مانع ایمن سازی نیست. همچنین واکسیناسیون کودکان HIV مثبت فاقد علامت، طبق معمول بایستی انجام شود، ولی مصرف واکسن تزریقی فلج اطفال به جای واکسن خوراکی فلج اطفال توصیه می شود.

▪ اگر در تزریق واکسن سه گانه، تب بالای ۴۰ درجه (درجه مقعدی) و یا تشنج عارض کودک شود، در نوبتهای بعدی باید واکسن دوگانه شیرخوار کم سن تزریق کرد.

▪ تزریق واکسن سه گانه در کودکان دارای ضایعات مغزی پیشرونده ممنوع است و باید به آنها واکسن دوگانه تزریق کرد.

▪ همچنین ب^۱ ث^۱ ژ^۱ در کودکان مبتلا به ایدز دارای علامت، منع مصرف دارد.

در تمام مواقع، این قانون خوبی است که: **اگر کودک بیمار آنقدر سر حال است که می تواند به خانه برود هیچ موردی برای منع واکسیناسیون وجود ندارد.**

اگر باید کودک را رجوع دهید، قبل از رجوع به او واکسن ننزید. پزشکان محل رجوع پس از پذیرش کودک در مورد واکسیناسیون او تصمیم گیری خواهند کرد این امر از به تاخیر افتادن رجوع پیشگیری می کند.

کودکان مبتلا به اسهال که برای واکسن فلج اطفال مراجعه کرده اند باید در همان زمان مراجعه یک نوبت واکسن (واکسن خوراکی فلج اطفال) دریافت نمایند.

به مادر توصیه کنید که در مورد واکسیناسیون سایر کودکان خانواده اطمینان حاصل کند.

در صورت لزوم، واکسن کزاز به مادر تزریق کنید.

چگونگی تصمیم گیری در مورد اینکه آیا کودک در روز مراجعه نیاز به واکسیناسیون دارد یاخیر؟
 کودک ممکن است در روز به مراجعه واکسن های لازم را دریافت کند. و یا مادر کودک درخواست کند که یک روز دیگر کودک
 را بیاورد، یا ممکن است یادداشتی به او بدهید. و او را ارجاع بدهید. تصمیم بگیرید اگر کودک نیاز به واکسن دارد.
به سن کودک نگاه کنید

اگر سن دقیق کودک رانمی دانید ، در مورد سن اوسوال کنید.

از مادر پرسید آیا کودک کارت واکسیناسیون دارد

اگر مادر پاسخ بلی داد، از او پرسید آیا کارت واکسیناسیون کودک رابه همراه دارد.

- اگر کارت واکسیناسیون رابه همراه دارد ، از او بخواهید تا کارت رابه شما نشان دهد.
 - واکسن های ثبت شده کودک را مطابق جدول واکسیناسیون توصیه شده مقایسه کنید. ببینید آیا کودک تمام واکسن های توصیه شده برای سن خود رادریافت کرده است .
 - تمام واکسن هایی راکه کودک دریافت کرده است ، کنترل کنید . تاریخ آخرین واکسن های دریافتی رابنویسید. اگر کودک در زمان مراجعه واکسیناسیون ناقص بودکنار وضعیت واکسیناسیون ناقص علامت (x) بنزید
 - اگر کودک نیاز به ارجاع ندارد ، برای مادر شرح دهید که کودکش امروز نیاز به انجام واکسیناسیون دارد.
 اگر مادر اظهار می دارد که کارت واکسیناسیون کودک رابه همراه ندارد:
 - از مادر پرسید که کودک چه واکسن هایی رادریافت کرده است .
 - در مورد میزان اعتبار گفته های مادر قضاوت کنید. اگر هرگونه شکی دارید ، کودک راواکسن بنزید .
 براساس سن کودک ، واکسن های فلج ، سه گانه و سرخک رابدهید.
- همانطور که شما وضعیت واکسیناسیون کودک را کنترل کردید. در دفترچه ثبت بیماری واکسن های را که قبلاً دریافت کرده
 علامت بنزید و واکسن ها و مکمل های دارویی را که امروز نیاز دارد در قسمت درمان بنویسید. اگر کودک باید برای
 واکسیناسیون برگردد، تاریخ مراجعه بعدی را بنویسید.

تمرین ۱۹. بخش وضعیت واکسیناسیون در فرم ثبت بیماری

	تاریخ 80/07/1	درمانی	تامین	مسلح	روست تانی	امداد	سایر	آزاد
	کد 12001	+						
مشکل کودک اسهال بمدت ۵ روز								
	سن	وزن					قد	
	4	0	0	0	6			
		گرم					cm	
	طبقه بندی	تشخیص احتمالی		آزمایش		نیاز ارجاع پیگیری		
a	5							
b								
c								
		سایر:						

علائم خطر فوری		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	آبریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
کنترل کودک از نظر کم وزنی یا سوء تغذیه شدید		
زیر منحنی قرمز	صعودی و موازی نبودن بامنحنی رشد	
وضعیت واکسیناسیون		
سایر مشکلات	مکمل های دارویی	واکسیناسیون
دارد	ناقص	ناقص x

مورد ۴: حسین ۴ ماهه است و وزن او ۶ کیلوگرم است علائم خطر فوری و نشانه های خطر در او وجود ندارد در معاینه او در طبقه بندی اسهال بدون کم آبی قرار دارد. اختلال رشد ندارد و در کارت واکسیناسیون او ثبت شده که واکسنهای ب ث ژ، هپاتیت ۰ و هپاتیت ۱، فلج ۰ و فلج ۱ و سه گانه ۱ و سه گانه ۲ را دریافت کرده است و قطره مولتی ویتامین، A+D، و آهن دریافت نمی کند.

فصل ۱۴

سایر مشکلات

در اولیه کودکان از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید. او را از نظر نشانه های خطر کنترل کنید. از او در مورد اسهال، سرفه یا تنفس مشکل ، ناراحتی گوش، گلودرد و تب سوال کنید و سپس او را از نظر کم وزنی و وضعیت واکسیناسیون کنترل کنید.

و

سایر مشکلات را ارزیابی کنید

سایر مشکلات او را طبق آموزشها، تجربه و سیاست کشوری درمان کنید.
اگر نتوانستید برای مشکل او کاری انجام دهید . کودک را ارجاع دهید.

آخرین کار در قسمت چارت ارزیابی و طبقه بندی به شما یادآوری می کند که کودک را از نظر سایر مشکلات 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، خارش است و یا ممکن است شما در حین ارزیابی مشکلات دیگری را مشاهده کنید در چنین شرایطی در صورت عدم توانائی در ارزیابی و درمان مشکل، به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

بخش ۳

شیرخوار بیمار

۱ هفته تا ۲ ماهه

ارزیابی و طبقه بندی

مروری بر ارزیابی و طبقه بندی

در این بخش شما نحوه ارزیابی شیرخوار کم سن (کمتر از ۲ ماهه) و طبقه بندی بیماریهای 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، طبقه بندی و درمان شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماهه 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 ماهه مشاهده می کنید و توضیحات بیشتر آن در فصل ۳۰ بیان شده است.

خلاصه ارزیابی و طبقه بندی



سپس: نوع درمان را تشخیص دهید(بخش ۴)، شیرخوار را درمان کنید(بخش ۵) و با مادر مشاوره کنید(بخش ۶)

شیرخواران کم سن دارای خصوصیات خاصی هستند که هنگام طبقه بندی بیماری باید به آنها توجه نمود. آنها ممکن است بعلت عفونتهای باکتریال شدید خیلی سریع بیمار شوند و بمیرند. آنها اغلب فقط نشانه های عمومی مانند تحرک کم، تب و یا دمای پایین بدن را دارند. توکشیده شدن خفیف قفسه سینه در این شیرخواران ممکن است طبیعی باشد زیرا دیواره قفسه سینه آنها نرم است. به همین دلایل، ارزیابی، طبقه بندی و درمان شیرخواران کم سن 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 کم سن نیز مفید می باشد. بخش بعدی بر اطلاعات و مهارتهای جدیدی که شما برای برخورد با شیرخواران کم سن نیاز دارید، تکیه می کند. فرم خاصی برای ثبت بیماری شیرخواران کم سن وجود دارد

این فرم مشابه فرم ثبت بیماری شیرخواران بزرگتر و کودکان است. این فرم نشانه ها را برای ارزیابی شیرخوار کم سن ذکر می کند.

- این فصل مراحل ارزیابی و طبقه بندی شیرخوار کم سن را در اولین مراجعه شرح می دهد. این مراحل عبارتند از:
- علائم خطر فوری را بررسی کنید. (ص ۲۷ بوکلت)
 - نشانه های خطر را بررسی کنید. شیرخوار بیمار را بر اساس نشانه های بالینی مشاهده شده طبقه بندی کنید. (ص ۲۸ بوکلت)
 - نشانه های عفونتهای موضعی را ارزیابی کنید. شیرخوار را بر اساس نشانه های مشاهده شده از نظر عفونتهای چشم، پستان، ناف و پوست طبقه بندی کنید. (ص ۲۹ بوکلت)
 - در مورد اسهال سوال کنید. اگر شیرخوار اسهال دارد، او را برای نشانه های مربوطه ارزیابی کنید. میزان کم آبی شیرخوار را طبقه بندی کنید. همچنین اگر مبتلا به اسهال پایدار و اسهال خونی است، بیماری او را طبقه بندی کنید. (ص ۳۰ بوکلت)
 - مشکل شیر خوردن 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. (ص ۳۱ بوکلت)

- وضعیت واکسیناسیون شیرخوار و مصرف ویتامین های او را کنترل کنید. (ص ۳۱ بوکلت)
- سایر مشکلات را ارزیابی کنید. (ص ۳۱ بوکلت)

۱-۱۵ 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:

- وقفه تنفسی
- تنفس منقطع وعمیق (Gaspings)
- سیانوز مرکزی
- نبض ضعیف و تند
- انتهاهای سرد
- پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۳ ثانیه
- کما
- تشنج

کودکی که دارای علائم خطر فوری است باید سریعاً تحت درمان قرار گیرد تا از مرگ وی جلوگیری شود. اقدامات لازم باید بلافاصله پس از ورود کودک، قبل از انجام هر گونه 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 براحتی و اطمینان آن ها را انجام داد.

پس از انجام درمان های فوری و تثبیت علائم حیاتی، فوراً شیرخوار را به بیمارستان ارجاع دهید.

علائم خطر فوری در سه مرحله بررسی می شود:

- مرحله ۱: کودک را از نظر راه هوایی و تنفس بررسی کنید. اگر مشکلی مشاهده شد درمان فوری را برای برقراری مجدد تنفس منظم وموثرآغاز کنید.
- مرحله ۲: هر چه سریعتر کودک را از نظر وجود شوک و وضعیت جریان خون بررسی کنید و در صورت وجود هر گونه علامت مثبت درمان را آغاز کنید.
- مرحله ۳: کودک را از نظر وجود کما یا تشنج بررسی کرده و در صورت وجود هر یک از این علائم درمان مرتبط را آغاز کنید.

۱-۱۵-۱ ارزیابی راه هوایی و تنفس

آیا شیرخواروقفه تنفسی دارد؟ به تنفس کودک نگاه کنید و گوش کنید. مشخص کنید آیا جریان حرکت هوای تنفسی ضعیف است. یا تنفس منقطع وعمیق (Gaspings) وجود دارد؟

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 هریک از علائم فوق،اقدامات زیر را انجام دهید:

- شیرخوار را گرم نگه داشته شود وازاتلاف درجه حرارت شیرخوار پیشگیری کنید.(چارت ۱ ص ۳۲ بوکلت)
- راه هوایی را باز کنید.(چارت ۲ ص ۳۲ بوکلت)
- در صورت تنفس منقطع وعمیق (Gaspings)،سطحی وغیر موثر یا وقفه تنفسی PPV انجام دهید.(چارت ۳ ص ۳۳ بوکلت)
- در صورت ضریان قلب کمتر از ۱۰۰ بار در دقیقه PPV انجام دهید.(چارت ۳ ص ۳۳ بوکلت)
- در صورت سیانوز مرکزی جریان آزاد اکسیژن بدهید.(چارت ۴ ص ۳۳ بوکلت)

۱۵-۱-۲ ارزیابی جریان خون (از نظر شوک)

آیا دست های شیرخوار سرد است؟ در اینصورت پرشدگی مویرگی را بررسی کنید. آیا مدت آن ۳ ثانیه یا طولانی تر است؟ روی ناخن شست یا انگشت بزرگ پا را به مدت ۳ ثانیه 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 ۳ ثانیه بود، نبض کودک را بگیرید. آیا نبض ضعیف و تند است؟ اگر نبض برایکال 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 اینکه آیا در شوک است یا خیر استناد کنید.

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

- هر گونه خونریزی فعال را متوقف کنید.
- اکسیژن بدهید. (چارت ۴ ص ۳۳ بوکلت)
- از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.
- برای بیمار رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید. (چارت ۶ ص ۳۴ بوکلت)
- اگر دسترسی به وریدهای محیطی امکان پذیر نیست، از ورید نافی، ورید جوگولار خارجی یا تزریق داخل استخوانی استفاده کنید

۱۵-۱-۳ ارزیابی کما یا تشنج (یا سایر حالات مغزی غیر طبیعی)

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 شیر خوار در حال تشنج می باشد؟ هر گونه حرکات غیرعادی تکرارشونده بخصوص در اندامها و صورت که با ننگه داشتن اندام برطرف نشود نشانه ای از تشنج شیرخوار می باشد

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

- راه هوایی را باز کنید. (چارت ۲ ص ۳۲ بوکلت)
- کودک با عدم هوشیاری را در وضعیت مناسب قرار دهید. (چارت ۵ ص ۳۴ بوکلت)
- گلوکز وریدی بدهید. (چارت ۷ ص ۳۵ بوکلت)
- اگر کودک در حال تشنج است فنوباربتال به صورت IV یا IM بدهید. (چارت ۸ ص ۳۵ بوکلت)
- اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید، سپس کودک را فوراً ارجاع دهید

تمامی شیرخواران کم سن را برای نشانه های خطر کنترل کنید

شیرخوار را برای نشانه های خطر کنترل کنید :

سوال کنید :	مشاهده کنید : تنفس	حال عمومی
آیا توانایی شیرخوردن را دارد؟ آیا در چند روز اخیر تشنج داشته است؟ آیا بطور مکرر استفراغ می کند؟	تنفس تند (۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر) باز و بسته شدن سریع پره های (پرش) بینی توکشیده شدن قفسه سینه ناله کردن	کاهش سطح هوشیاری تحریک پذیری و بی قراری تحرك کمتر از معمول و بی حالی برآمدگی ملاحظ درجه حرارت بالا (بیشتر از ۳۷) درجه حرارت پایین (کمتر از ۳۶) رنگ پریدگی شدید سیانوز

در صورت مشاهده هر یک از نشانه های خطر کودک نیاز به توجه فوری داشته، ارزیابی را تکمیل کرده و فوراً درمان قبل از ادحاء را انجام داده و سریعاً ادحاء نمائید

بیماری شیرخوار را با استفاده از جدول طبقه بندی رنگی برای احتمال عفونت باکتریال شدید طبقه بندی کنید.

شیرخوار را از نظر عفونتهای موضعی کنترل و طبقه بندی کنید.

از مادر در مورد اسهال سوال کنید. شیرخوار را برای مشکل شیرخوردن و خوب وزن نگرفتن وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی و سایر مشکلات ارزیابی کنید.

این مرحله ارزیابی برای تمامی شیرخواران کم سن بیمار انجام می شود. در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های عفونت باکتریال، بویژه یک عفونت شدید دقت می کنید. یک شیرخوار کم سن می تواند در اثر عفونتهای باکتریال شدید مثل پنومونی، سپسیس و مننژیت خیلی سریع بیمار شود و بمیرد.

ارزیابی نشانه ها طبق چارت و آرام نگهداشتن شیرخوار بسیار مهم است. برای ارزیابی تنفس شیرخوار کم سن باید آرام باشد. اومی تواند بخوابد در حالیکه شما ۴ نشانه مربوط به تنفس کودک را ارزیابی می کنید که اینها 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 در آورید، به پوست او درسراسر بدنش نگاه کنید و دمای بدن او را اندازه بگیرید. تا این زمان اوممكن است بیدار شده باشد. سپس شما می توانید بیحالی و یا کاهش سطح هوشیاری او را ببینید و حرکات او را نگاه کنید.

کلیه شیرخواران کم سن را برای نشانه های خطر کنترل کنید.

سوال کنید: آیا شیرخوار کاهش قدرت مکیدن دارد؟ آیا شیرخوار در چند روز اخیر تشنج کرده است؟ آیا به طور مکرر استفراغ می کند؟ (منظور از استفراغ، بالا آوردن مقدار مختصری از شیر نیست)
سئوالات فوق را از مادر بپرسید.

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. شیرخواران کم سن معمولاً تندتر از شیرخواران و کودکان بزرگتر تنفس می کنند. بنابراین ۶۰ بار تنفس در دقیقه یا بیشتر معیاری برای تشخیص تنفس تند در شیرخواران کم سن است. اگر اولین شمارش ۶۰ بار تنفس یا بیشتر بود، شمارش را تکرار کنید. این تکرار بسیار مهم است زیرا تعداد تنفس شیرخوار کم سن معمولاً منظم نیست. شیرخوار کم سن گهگاه 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 کم سن تنفس تند دارد.

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

پرش پره های بینی عبارتست از گشاد شدن سوراخ های بینی در هنگام تنفس شیرخوار.

مشاهده کنید: برای 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 کم سن 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 کم سن بسیار جدی و مهم می باشد.

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

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

مشاهده کنید: آیا شیرخوار بیحال است یا کاهش سطح هوشیاری دارد؟

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

یک شیرخوار کم سن بیحال وقتی که باید بیدار و هوشیار باشد، این حالت را ندارد. او ممکن است خواب آلود باشد و پس از بیدار کردن هم نتواند بیدار بماند. اگر شیرخوار کم سن در هنگام ارزیابی نمی تواند بیدار شود، او را بلافاصله تکان دهید یا دستهایتان را به زانو زده مشاهده کنید که آیا او بیدار می شود. سپس نگاه کنید که آیا بیدار باقی می ماند.

یک شیرخوار کم سن 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.

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

یک شیرخوار کم سن بیدار بطور معمول دستها یا پاهایش را حرکت می دهد و چندین بار در دقیقه سرش را بر می گرداند. ارزیابی تحرک شیرخوار را می توانید در حالیکه او را برای سایر موارد ارزیابی می کنید، انجام دهید.

مشاهده کنید: برآمدگی ملاحظ شیرخوار را مشاهده و لمس کنید

ملاحظ، محل نرمی روی سر شیرخواران کم سن می باشد و محلی است که استخوانهای سر کاملاً تشکیل نشده اند. شیرخوار را در وضعیت ایستاده نگاهدارید. شیرخوار باید آرام باشد و گریه نکند. سپس به ملاحظ شیرخوار نگاه کنید و آنرا لمس نمایید. اگر ملاحظ قدری برآمده است، ممکن است بعلا شایع شیرخوار به مننژیت باشد.

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

تب (دمای زیربغل بیش از ۳۷ درجه سانتی گراد) یا هیپوترمی (دمای زیربغل کمتر از ۳۶ درجه سانتی گراد) در شیرخوار کم سن 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.

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 درآید سیانوز آنها ها (اکروسیانوزیس) در روزهای اول تولد مسئله ای طبیعی است

به لبها و مخاط های شیرخوار کم سن نگاه کنید در صورت رنگ پریدگی یا کبودی (سیانوز) آن ها، بدون سایر نشانه های خطر، لازم است جهت بررسی علت آن، بدون تزریق آنتی بیوتیک، شیرخوار ارجاع داده شود

۳-۱۵ چگونه تمام شیرخواران بیمار را برای نشانه های خطر طبقه بندی کنید

تمام شیرخواران بیمار 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 نشانه های خطر را دارد احتمال ابتلاء او به عفونت باکتریال شدید وجود دارد. (به مثال ۱۹ نگاه کنید) در بخش های ۴، ۵ و ۶ شما انتخاب نوع درمان و درمان شیرخواران کم سن را در این طبقه بندی می آموزید.

مثال ۱۹: جدول طبقه بندی برای نشانه های خطر

نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
┌ در صورت داشتن هریک از نشانه های خطر └	┌ احتمال عفونت ┌ باکتریال شدید └	┌ اقدام برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون ┌ توصیه به مادر که شیرخوار را گرم نگه دارد ┌ اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان : - کمتر از یک ساعت باشد: کودک را فوراً ارجاع دهید. - بیش از یک ساعت باشد: اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.

احتمال عفونت باکتریال شدید

یک شیرخوار کم سن 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، عفونت خون(سپسیس) یا مننژیت داشته باشد. تشخیص این عفونتها از یکدیگر در یک شیرخوار کم سن مشکل است. خوشبختانه وجه تمایز این تشخیص ضروری نمی باشد.

شیرخوار کم سنی که در طبقه بندی احتمال عفونت باکتریال شدید قرار گیرد، نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد. اگر فاصله بیمارستان کمتر از یکساعت باشد، شیرخوار را فوراً ارجاع دهید. و اگر بیش از یکساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب (ص ۳۷ بوکلت) را به صورت عضلانی تزریق کنید و شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.

قبل از ارجاع برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، اقدام کنید و توصیه به مادر برای گرم نگه داشتن شیرخوار بیمار خیلی مهم است. شیرخواران کم سن در نگهداری دمای بدنشان مشکل دارند. دمای پایین بتنهایی می تواند موجب مرگ شیرخوار شود.

۴-۱۵ چگونه شیرخوار را از نظر عفونتهای موضعی ارزیابی و طبقه بندی کنید

در این مرحله شما برای پیدا کردن نشانه های عفونت موضعی، به چشم، پستان، ناف و پوست شیرخوار دقت می کنید. این عفونتها می توانند در شیرخواران کم سن خیلی سریع پیشرفت و ممکن است موجب مرگ شیرخوار شود.

۱-۴-۱۵ 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 و قرمزی اطراف چشم را مشاهده می کنید، شیرخوار در طبقه بندی **عفونت شدید چشم** قرار می گیرد و نیاز به ارجاع دارد. در این صورت اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد: شیرخوار را فوراً ارجاع دهید و اگر بیش از یک ساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب (ص ۳۷ بوکلت) را بدهید و سپس شیرخوار را فوراً ارجاع دهید.

اگر خروج ترشحات چرکی از چشم شیرخوار بدون تورم 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 بمدت ۵ روز استفاده کنید. شیرخوار را ۵ روز بعد پیگیری کنید اگر بیماری شیرخوار فرقی نکرده یا بدتر شده است به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

۲-۴-۱۵ عفونت پستان

نشانه ها	طبقه بندی	درمان
----------	-----------	-------

برخی از نوزادان در بدو تولد دارای پستانهای برجسته می باشند. دستکاری، فشار دادن پستانها 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. اگر فاصله بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد، نوزاد را فوراً ارجاع دهید و اگر بیش از یک ساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را 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.

۳-۴-۱۵ عفونت ناف

نشانه ها	طبقه بندی	درمان
----------	-----------	-------

به ناف شیرخوار نگاه کنید. آیا ترشحات چرکی بدبودارد 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 (همانطور که در تصویر زیر نشان داده شده است) یا ترشحات چرکی فراوان ناف تعیین کننده **عفونت شدید ناف** است. در این صورت اگر فاصله بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد، نوزاد را فوراً ارجاع دهید و اگر بیش از یک ساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و سپس نوزاد را فوراً ارجاع دهید.

اگر ناف نوزاد بیشتر از چند قطره خونریزی دارد، در طبقه بندی **خونریزی بند ناف** قرار می گیرد و نیاز به ارجاع فوری دارد. اگر ناف نوزاد ترشح غیرچرکی 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 و صابون تمیز کند و از مصرف مواد سنتی اجتناب شود و بگوید چه موقع فوراً برگردد و همچنین در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.

۴-۴-۱۵ عفونت پوست

نشانه ها طبقه بندی درمان

برای وجود پوستول (جوشهای چرکی پوست) بدن شیرخوار را مشاهده کنید. آیا جوشهای چرکی زیاد (بیش از ۱۰ عدد) 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 شیرخوار را بدون تزریق آنتی بیوتیک به بیمارستان ارجاع دهید. اگر تعداد جوشهای چرکی پوست کمتر از ۱۰ عدد می باشد، نشان دهنده **عفونت خفیف پوستی** است. به مادر توصیه کنید از بتادین و پماد پوستی (موپیراسین) استفاده کنید با آب و صابون استحمام روزانه انجام دهد و بگوید چه موقع فوراً برگردد و همچنین در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.

۵-۱۵ چگونه شیرخوار کم سن را برای اسهال ارزیابی و طبقه بندی کنید

<p>کلیه شیرخواران کم سن را برای نشانه های خطر کنترل کنید. شیرخوار را از نظر عفونتهای موضعی ارزیابی کنید و سپس:</p> <p>سوال کنید : آیا شیرخوار اسهال دارد؟</p>
<p>اگر بلی : شیرخوار را با استفاده از جدول اسهال روی چارت شیرخواران کم سن ارزیابی و طبقه بندی کنید.</p>
<p>مشکل شیرخوردن یا خوب وزن نگرفتن، وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی را کنترل کنید.</p>

اگر مادر می گوید که شیرخوارش اسهال دارد، او را برای اسهال ارزیابی و طبقه بندی کنید. تکرر دفع و یا مدفوع آبکی شیرمادر خواران، اسهال تلقی نمی شود. مادر شیرخوارانی که با شیرمادر تغذیه می شوند معمولاً نمی توانند اسهال را تشخیص بدهند، قوام یا دفعات مدفوع شیرخواران با مدفوع طبیعی متفاوت است. در شیرخواران کم سن سالم، دفعات مدفوع می تواند به ازای هر بار تغذیه با شیرمادر، مدفوع آبکی دانه دار زرد یا سبز داشته باشند. این ارزیابی، مشابه ارزیابی اسهال در شیرخواران و کودکان بزرگتر می باشد، اما **نشانه های کمتری باید کنترل شود.** تشنگی ارزیابی نمی شود، زیرا ممکن نیست بتوان تشنگی را از گرسنگی در یک شیرخوار کم سن تشخیص داد. اسهال در

شیرخواران کم سن مشابه شیرخواران و کودکان بزرگتر طبقه بندی می شود. نشانه های اسهال را در شیرخوار با نشانه های لیست شده مقایسه کنید و یک طبقه بندی را برای کم آبی او انتخاب کنید. اگر شیرخوارخون در مدفوع دارد و یا ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته است، یک طبقه بندی اضافی نیز انتخاب می کنید.

۱۵-۶ چگونه مشکل شیر خوردن و یا خوب وزن نگرفتن را کنترل کنید

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 برجای بگذارد. پایش رشد با رابطه وزن برای سن، ارزیابی می شود. ارزیابی نحوه تغذیه یک شیرخوار کم سن و وزن او بسیار اهمیت دارد زیرا می توان نحوه تغذیه او را در صورت لزوم بهبود بخشید.

کلیه شیرخواران کم سن را برای نشانه های خطر کنترل کنید. نشانه های عفونتهای موضعی را کنترل کنید و درباره اسهال پپرسید و سپس مشکل شیر خوردن و یا خوب وزن نگرفتن را کنترل کنید.

مشاهده کنید:	سوال کنید.
وزن کودک	آیا مشکل شیر خوردن دارد؟
منحنی رشد کودک	آیا کودک شیرمادر خوار است؟ اگر بله: چند بار در ۲۴ ساعت؟
	آیا کودک غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگر می خورد؟
	اگر بله، چند بار و با چه چیزی؟
	آیا مشکل شیر خوردن دارد، کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت تغذیه می شود چیز دیگری می خورد یا می آشامد وزن او برای سن کم است
	و هیچ نشانه ای برای ارجاع فوری به بیمارستان ندارد
	آیا ارزیابی تغذیه با شیرمادر:
	آیا کودک ظرف یک ساعت گذشته با شیر مادر تغذیه شده است؟
	بدهد و برای ۴ دقیقه او را مشاهده کنید.
	(اگر کودک در ساعت گذشته شیر خورده از مادر بخواید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیر خوردن بعدی به شما اطلاع دهد.)
	آیا شیرخوار قادر به گرفتن پستان می باشد؟ نحوه گرفتن پستان:
	خوب پستان می گیرد
	خوب پستان نمی گیرد
	به هیچ وجه پستان را نمی گیرد
	آیا شیرخوار می تواند خوب بمکد؟
	خوب میمکد / خوب نمی مکد / نمی تواند بمکد
	بینی شیرخوار، اگر مانع تغذیه اوست تمیز کنید.
	آرنظربرفک، دهان را نگاه کنید

وضعیت تغذیه شیرخوار را با استفاده از جدول طبقه بندی رنگی برای مشکل شیر خوردن و یا خوب وزن نگرفتن طبقه بندی کنید.

وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی را کنترل کنید.

بهترین راه تغذیه شیرخواران، تغذیه انحصاری با شیرمادر (تا ۶ ماهگی) است که به معنی تغذیه فقط با شیرمادر، بدون استفاده از غذاهای کمکی، آب یا سایر مایعات است (داروها و ویتامین‌ها مستثنی هستند).

تغذیه انحصاری با شیرمادر، بهترین تغذیه است و حفاظت در برابر بیماری‌های احتمالی را برای شیرخوار فراهم می‌کند. اگر مادران درک کنند که تغذیه انحصاری با شیرمادر، بهترین راه تامین رشد و تکامل مطلوب کودکان است، با علاقه و تمایل بیشتری به شیردهی می‌پردازند. آنها باید تشویق و ترقیب شوند که بوسیله تغذیه شیرخوار با شیرمادر، شروع خوبی را برای زندگی فرزندانشان فراهم کنند علیرغم دلایل فردی یا اجتماعی که ممکن است تغذیه انحصاری با شیرمادر را مشکل یا نامطلوب جلوه دهد.

این ارزیابی دوبرخش دارد: دربخش اول، شماسوالاتی را از مادر می‌پرسید و تعیین می‌کنید که آیا او مشکلاتی در شیرخوردن کودک دارد، کودک با چه شیری و چند بار تغذیه می‌شود. همچنین وزن برای سن او را تعیین می‌کنید. دربخش دوم، اگر شیرخوار در تغذیه با شیرمادر مشکلی داشته باشد، یا وزن گیری او کافی نباشد، نحوه تغذیه او را با شیرمادر ارزیابی می‌کنید.

۱-۶-۱۵ چگونه در مورد نحوه تغذیه کودک سؤال کنید و وزن برای سن را تعیین کنید

پرسید: آیا مشکل شیرخوردن وجود دارد؟

هر نوع مشکلی را که مادر ذکر می‌کند، مهم است. مادر ممکن است به مشاوره یا کمک خاصی برای رفع مشکل فرزندش نیاز داشته باشد*. اگر مادر می‌گوید که شیرخوارش، قادر به خوردن نیست، تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنید یا ببینید که چگونه شیرخوار را با فنجان تغذیه می‌کند 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. اگر فاصله بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد، کودک را فوراً ارجاع دهید و اگر بیش از یک ساعت باشد، اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.

پرسید: آیا کودک شیرمادر خوار است؟ اگر بلی چند بار در ۲۴ ساعت؟

توصیه می‌شود که دفعات و طول مدت تغذیه با شیرمادر برحسب میل و تقاضای شیرخوار و بطور مکرر در شب و روز باشد. این به معنی حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت است.

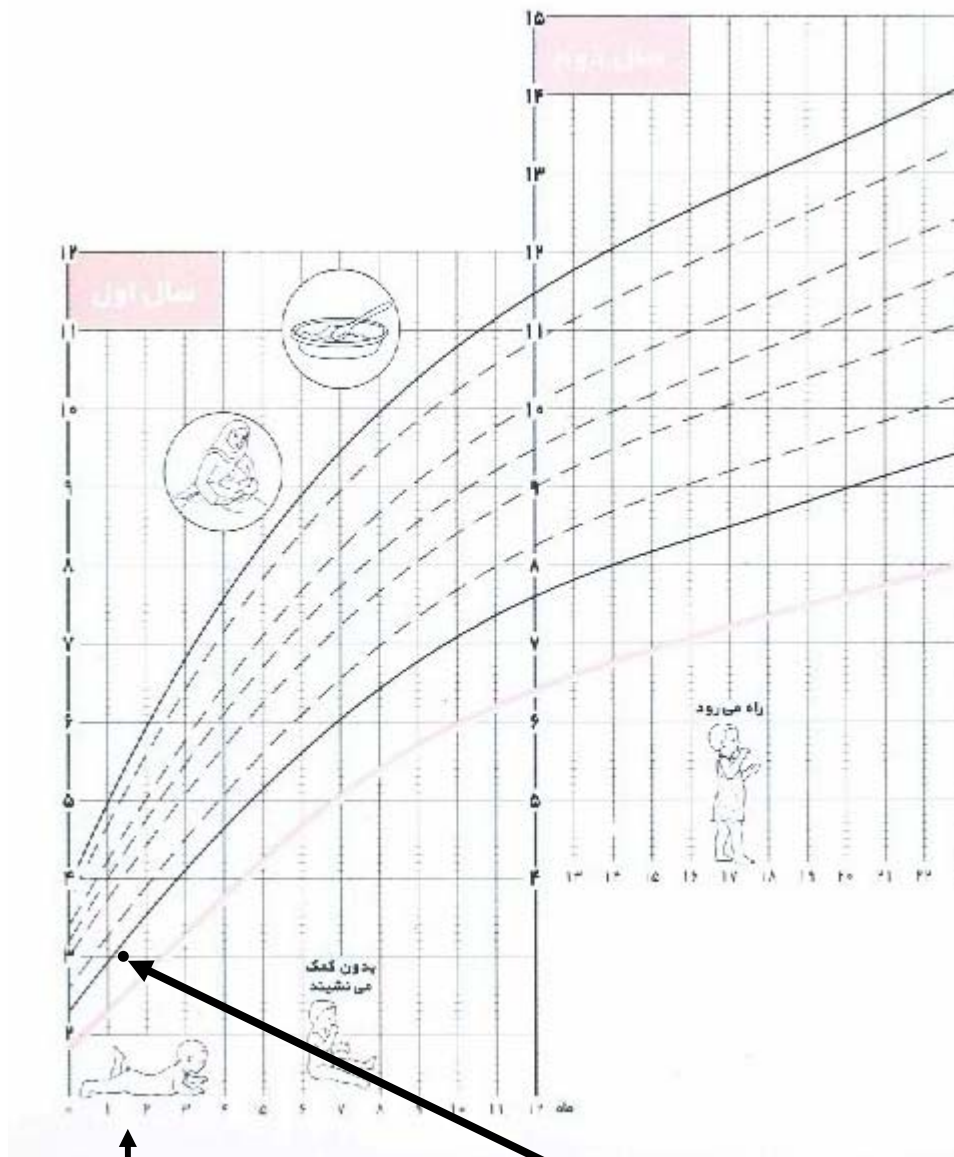
پرسید: آیا شیرخوار غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگر می‌خورد؟ اگر بلی، چند بار؟ با چه وسیله‌ای؟

شیرخوار باید بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه شود. با پرسش از مادر پی ببرید که آیا به شیرخوار، غذاها یا مایعات دیگری مثل سایر شیرها، آب میوه، چای، پوره رقیق، غلات مایع (مثل لعاب برنج) و حتی آب می‌دهد. اگر شیرخوار بدلیل کمبود شیرمادر از سایر شیرها استفاده می‌کند از او پرسید چند بار و چه مقدار به او می‌دهد. لازم است شما بدانید که آیا شیرخوار بیشتر با شیرمادر تغذیه می‌شود یا بیشتر از سایر شیرها به او داده می‌شود. پی ببرید که آیا مادر این شیرها را با بطری یا فنجان به شیرخوار می‌دهد.

مشاهده کنید: وزن برای سن را تعیین کنید. منحنی رشد شیرخوار را نگاه کنید

از منحنی وزن برای سن جهت تعیین وزن گیری شیرخوار استفاده کنید به یاد داشته باشید که سن شیرخواران کم سن معمولاً به روز بیان می‌شود، اما منحنی وزن برای سن برحسب ماه تقسیم بندی شده است. نقطه وزن شیرخوار را روی منحنی وزن برای سن تعیین کنید. اگر قبلاً منحنی رشد او رسم شده است این نقطه را به نقطه قبلی وصل کنید.

*مشکلاتی که مادر ممکن است مطرح کند شامل این موارد می‌باشد: شیرخوار مکرر شیر می‌خورد، یا بالعکس مکرر شیر نمی‌خورد، او شیر کافی نمی‌خورد، نوک پستان مادر زخم است، نوک پستان مادر صاف یا فرو رفته است یا شیرخوار پستان نمی‌گیرد.



سن شیرخوار ۶ هفته است.
خط ۶ هفته بین ۱ و ۲ ماه قرار می‌گیرد

این نقطه ای است که محل تلاقی خطوط
مربوط به سن و وزن می باشد.
نقطه بالای ۳- انحراف معیار قرار دارد
پس در طبقه بندی رشد نامعلوم قرار
می گیرد.

۲-۶-۱۵ چگونه تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنید

ابتدا تصمیم بگیرید که آیا ارزیابی تغذیه با شیرمادر لازم است یا خیر. در موارد زیر لازم نمی باشد:

- اگر شیر خوار بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود و حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می خورد و وزن گیری او کافی می باشد.
- اگر شیرخوار کلاً با شیرمادر تغذیه نمی شود.
- اگر شیرخوار مشکل جدی دارد و نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد.

در این شرایط ، نحوه تغذیه شیرخوار را بر اساس اطلاعات قبلی طبقه بندی کنید. اگر پاسخ های مادر یا وزن شیرخوار نشان می دهد که مشکلی وجود دارد، نحوه تغذیه با شیرمادر را بشرح زیر مشاهده کنید . کمبود وزن برای سن ممکن است بخاطر کمبود وزن هنگام تولد است . نوزادان با وزن کم هنگام تولد احتمال دارد که در ارتباط با تغذیه با شیرمادر مشکل داشته باشند، لذا ارزیابی تغذیه با شیرمادر نیاز به مشاهده دقیق دارد.

پرسید: آیا شیر خوار ظرف یکساعت گذشته با شیرمادر تغذیه شده است؟

اگر بلی ، از مادر بخواهید تا منتظر شود و به شما بگوید که چه وقت کودک دوباره تمایل به شیر خوردن دارد. در این فرصت ، ارزیابی را کامل کنید و به وضعیت و اکسیناسیون شیرخوار بپردازید . همچنین می توانید هر نوع درمانی را که شیرخوار نیاز دارد، شروع کنید نظیر آموزش مادر برای یک عفونت باکتریال موضعی خفیف ، یا دادن محلول او.آر. اس برای کم آبی خفیف .

اگر شیرخوار ظرف یکساعت گذشته با شیرمادر تغذیه نشده ، ممکن است تمایل به شیر خوردن داشته باشد . از مادر بخواهید که او را به پستان بگذارد . تمام طول مدت تغذیه او با شیرمادر و یا مدت ۴ دقیقه از شیردهی را مشاهده کنید. آرام بنشینید و نحوه تغذیه شیرخوار با شیرمادر را مشاهده کنید.

نگاه کنید: آیا شیرخوار پستان را درست می گیرد؟

چهار نشانه برای خوب گرفتن پستان عبارتند از :

-- چانه چسبیده به پستان باشد

-- دهان کاملاً باز است.

-- لب پائینی به بیرون برگشته است.

-- نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان شیرخوار می باشد.

اگر تمام چهار نشانه فوق وجود دارد ، شیرخوار "خوب پستان می گیرد".

اگر نحوه گرفتن پستان خوب نباشد ، شما ممکن است نشانه های زیر را ببینید:

-- چانه چسبیده به پستان نیست .

-- دهان کاملاً باز نیست ، لبها از جلو بهم فشرده است

-- لبها به داخل برگشته یا

-- قسمت عمده هاله قهوه ای در دهان شیرخوار نیست.

اگر شما هر یک از نشانه های فوق را مشاهده می کنید ، شیرخوار "خوب پستان نمی گیرد".

اگر شیرخوار خیلی بیمار نمی تواند پستان را در دهان بگیرد و برای مکیدن نگهدارد، پس "به هیچ وجه پستان را نمی گیرد" اگر شیرخوار پستان را درست بدهان نگیرد ، منجر به درد و زخم نوک پستان می گردد . یا شیرخوار پستان را بقدر کافی و موثر تخلیه نمی کند و این امر سبب احتقان پستان می شود. شیرخوار ممکن است پس از تغذیه با شیرمادر ، ناراضی باشد و مایل به شیر خوردن مکرر و یا طولانی مدت باشد . شیرخوار ممکن است مقدار خیلی کمی شیر دریافت کند و وزن گیری کافی نداشته باشد یا شیر مادرش کم می شود.

اگر نحوه گرفتن پستان اصلاح شود تمام این مشکلات رفع خواهد شد.

شیرخوار پستان مادر را خوب نگرفته است شیرخوار پستان مادر را خوب گرفته است

نگاه کنید: آیا شیرخواری تواند خوب بمکد؟ (خوب مکیدن عبارتست از: مکیدن قوی و مکث گهگاهی)

وقتی شیرخوار "خوب می مکد"، مکیدن او قوی توام با بلع است. شما ممکن است بلعیدن او را ببینید یا صدای آنرا بشنوید. اگر می توانید چگونگی اتمام تغذیه با شیرمادر را مشاهده کنید و به نشانه های رضایت شیرخوار توجه نمائید. اگر شیرخوار از تغذیه خود راضی باشد، پستان را خود رها می کند (یعنی مادر باعث توقف تغذیه با شیرمادر به هر طریق نمی شود). شیرخوار راحت و معمولاً خواب آلود بنظر می رسد و دیگر علاقه به مکیدن پستان ندارد.

وقتی شیرخوار پستان را "خوب نمی مکد"، مکیدن او سریع و سطحی است. شما ممکن است گونه های فرو رفته او را ببینید. بلعیدن او رانمی بینید یا صدای آنرا نمی شنوید. شیرخوار در انتهای تغذیه راضی بنظر نمی رسد و بیقرار است. او ممکن است گریه کند یا سعی کند که دوباره پستان را بمکد و بمدت طولانی به تغذیه با شیرمادر ادامه دهد.

وقتی شیرخوار "اصلاً نمی تواند بمکد"، او قادر به مکیدن پستان و بلعیدن شیر مادر نیست.

اگر بینی شیرخوار گرفته بنظر می رسد و مانع تغذیه او می باشد، بینی او را پاک کنید. سپس کنترل کنید که آیا او قادر است خوب بمکد.

نگاه کنید: برای وجود زخم یا برفک دهان شیرخوار را نگاه کنید

داخل دهان شیر خوار (روی زبان یا گونه ها) را نگاه کنید برفک شبیه دلمه های شیر روی سطح داخلی گونه ها و لثه ها بنظر می رسد. اگر سعی کنید سفیدی را پاک کنید، تکه های سفید برفک باقی خواهند ماند.

۷-۱۵ چگونه مشکل شیر خوردن و خوب وزن نگرفتن شیرخوار را طبقه بندی کنید

نشانه های شیر خوردن شیرخوار را با نشانه های ذکر شده در هر ردیف جدول رنگی طبقه بندی مقایسه کنید و طبقه بندی مناسب را انتخاب کنید. برای مشکل شیر خوردن و خوب وزن نگرفتن ۴ طبقه بندی وجود دارد:

احتمال عفونت باکتریال شدید، کم وزنی شدید، مشکل شیر خوردن دارد (یا وزن گیری ناکافی یا رشد نامعلوم) و مشکل شیر خوردن ندارد. (به مثال ۲۰ مراجعه کنید)

در بخش های ۴، ۵، و ۶ شما تشخیص نوع درمان و نحوه درمان شیرخواران کم سن را در این طبقه بندیها می خوانید.

احتمال عفونت باکتریال شدید

شیرخوار کم سنی که قادر به شیرخوردن نباشد و نتواند بمکد، مشکلی دارد که زندگی او را تهدید می کند. این می تواند باعث یک عفونت باکتریال یا مشکلات دیگر باشد* این شیرخوار نیاز به مراقبت و توجه فوری دارد. درمان آن مطابق طبقه بندی احتمال عفونت باکتریال شدید می باشد.

* شیرخواری که به کزاز نوزادی مبتلاست و قادر به خوردن نیست و دچار گرفتگی و سفتی بدن شده است، بر اساس این طبقه بندی باید ارجاع داده شود.

مثال ۲۰: جدول طبقه بندی برای مشکل شیرخوردن و خوب وزن نگرفتن

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	نشانه ها
<p>درمان برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون</p> <p>توصیه به مادر که شیرخوار را گرم نگه دارد</p> <p>اگر فاصله نزدیکترین بیمارستان:</p> <p>- کمتر از یک ساعت باشد: کودک را فوراً ارجاع دهید.</p> <p>- بیش از یک ساعت باشد: اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.</p> <p>-</p>	<p>عدم توانایی خوردن - احتمال عفونت باکتریال شدید</p>	<p>- قادر به شیرخوردن نیست یا</p> <p>- به هیچ وجه پستان را نمی گیرد یا</p> <p>- نمی تواند بمکد</p>
<p>به مرکز تخصصی ارجاع دهید</p>	<p>کم وزنی شدید</p>	<p>زیر منحنی قرمز</p>
<p>مادری که به کودک شیرخوردش را می دهد توصیه کنید با دفعات بیشتر و مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد.</p> <p>اگر خوب پستان نمی گیرد یا خوب نمی مکد طرز صحیح آغوش گرفتن و روی پستان قراردادن را به مادر آموزش دهید.</p> <p>اگر کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد. توصیه کنید دفعات و مدت شیردهی را افزایش دهد</p> <p>اگر غذای دیگر غیر از شیر مادر هم به کودک می دهد توصیه کنید غذا و مایعات دیگر را قطع (شیرخشک را تدریجاً قطع) و از استکان یا قاشق استفاده کند.</p> <p>اگر اصلاً شیر مادر نمی خورد:</p> <p>- برای مشاوره تغذیه با شیرمادر ارجاع دهید</p> <p>- استفاده صحیح شیرمصنوعی را آموزش دهید</p> <p>اگر برفک دارد درمان در منزل را به مادر آموزش دهید</p> <p>توصیه های مراقبت در منزل را به مادر آموزش دهید</p> <p>هر مشکل در شیرخوردن یا برفک را، بعد از ۲ روز پیگیری کنید و کم وزنی را در ظرف ۱۵ روز پیگیری کنید.</p>	<p>مشکل شیرخوردن یا کم وزنی</p>	<p>- خوب پستان نمی گیرد یا</p> <p>- خوب نمی مکد یا</p> <p>- کمتر از ۸ بار شیر خوردن در ۲ ساعت</p> <p>- خوردن غذا یا مایعات دیگر یا</p> <p>- وجود برفک یا</p> <p>- پایین بودن وزن زیر صدک ۳ یا</p> <p>- موازی و صعودی نبودن منحنی رشد وزنی بالای صدک ۳</p>
<p>توصیه های مراقبت در منزل را به مادر بگویید.</p> <p>مادر را برای شیردادن خوب کودک تشویق کنید.</p>	<p>مشکل شیرخوردن ندارد</p>	<p>کم وزنی و یا هیچ نشانه ای از شیرخوردن ناکافی ندارد</p>

اگر تا زمان رسیدن به بیمارستان کمتر از یک ساعت باشد: کودک را فوراً ارجاع دهید و اگر بیش از یک ساعت باشد: اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و سپس کودک را فوراً ارجاع دهید. همچنین شیرخوار را برای پیشگیری از پایین آمدن قندخون به ترتیب اولویت و در دسترس بودن از طریق: شیر دوشیده شده مادر، شیر دایه، شیر مصنوعی یا آب قند توسط لوله معده بدهید.

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.

مشکل شیرخوردن (یا وزن گیری ناکافی یا رشد نامعلوم)

این طبقه بندی شامل شیرخوارانی می شود که منحنی رشد آنان بالای منحنی قرمز است اما صعودی و موازی با منحنی رشد نیست و یا منحنی رشد قبلی ندارند و نقطه وزن آنان بالای منحنی قرمز است و یا شیرخوارانی که کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می خورند یا غذا یا مایعات دیگر می خورند یا در دهان شان برفک وجود دارد یا خوب پستان نمی گیرند یا خوب نمی مکند.

احتمال وجود چندین نشانه در این شیرخواران بیشتر است تا فقط یک نشانه. به مادر هر شیرخواری که در این طبقه بندی قرار می گیرد، تغذیه مکرر و طولانی با شیرمادر را هر زمانی که شیرخوار بخواند در روز و شب توصیه کنید. تغذیه کوتاه مدت با شیرمادر در هر وعده، علت مهمی است که موجب می شود شیرخوار شیرکافی دریافت نکند. شیرخوار باید تا زمانی که خود پستان را رها کند، با شیرمادر تغذیه شود به هر مادر کمک خاصی را که شیرخوارش نیاز دارد؛ مثل وضعیت بهتر بغل کردن و پستان گرفتن، یا درمان برفک آموزش دهید. همچنین نحوه مراقبت در منزل شیرخوار کم سن را به مادر آموزش دهید. هر شیرخواری که در این طبقه بندی قرار می گیرد باید برای پیگیری دوباره به پزشک مراجعه نماید. پزشک باید بهبود نحوه تغذیه شیرخوار را کنترل کند و توصیه های ضروری را در صورت لزوم به مادر ارائه دهد.

مشکل شیر خوردن ندارد

شیرخوار در این طبقه بندی بطور انحصاری و مکرر با شیرمادر تغذیه می شود و در طبقه بندی کم وزنی شدید و وزن گیری ناکافی قرار نمی گیرد. یعنی وزن شیرخوار برای سن او بالای منحنی قرمز و منحنی او صعودی و موازی با منحنی رشد است.

۸-۱۵ چگونه وضعیت واکسیناسیون شیرخوار و مصرف مکمل های دارویی را کنترل کنید

وضعیت واکسیناسیون شیرخواران کم سن را همانند کودکان بزرگتر کنترل کنید. (به فصل ۱۴ رجوع کنید). مصرف قطره مولتی ویتامین یا A+D را از ۱۵ روزگی کنترل کنید.

۹-۱۵ سایر مشکلات را ارزیابی کنید

هر نوع مشکلی را که توسط مادر بیان می شود یا خود مشاهده می کنید، ارزیابی نمائید. به رهنمودهای درمان مشکلات 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 بخاطر اسهال و بشورات جلدی به مرکز آورده شده است. اولین مراجعه او برای این بیماری است. پزشک پس از بررسی علائم خطر فوری شیرخوار 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 بیحالی 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، چشمهای او طبیعی به نظر می رسند. پوست او با نیشگون پوستی آهسته به حالت اول برمی گردد.

مادر جلیل می گوید که او مشکل شیرخوردن نداشته است. او حدود ۵ بار در ۲۴ ساعت با شیرمادر تغذیه می شود و سایر غذاها و مایعات به او داده می شود.

پزشک وزن او را برای سن تعیین 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 شیرمادر 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 می کند که مشکلی ندارد.

مثال ۲۱: فرم ثبت بیماری شیرخوار کمتر از ۲ ماه

نمونه فرم ارزیابی دفترچه مانا

نمونه فرم طبقه بندی و درمان دفترچه مانا

تاریخ	80/07/01		درما	تامین	مسلم	روستائی	امداد	سایر	آزاد
نوع	*		نی						
کد	10001								
مشکل کودک اسهال و بثورات جلدی									
سن	۱/۵		وزن	4 5 0 0		قد			
سال (کمتر از ۲ سال به ماه)	گرم		cm						
طبقه بندی	تشخیص احتمالی	آزمایش	نیاز ارجاع	پیگیری					
a				5					
b			*						
c				1					
سایر:									
مراجعه مجدد:	فرقی نکرده یا بدتر شده	بهبود یافته است							
Rx									
نام و امضاء									

علائم خطر فوری		
انسداد راه هوایی و تنفس	خونریزی/شوک	کما/تشنج
ارزیابی کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله		
نشانه های خطر	اسهال	گلودرد
قادر به نوشیدن نبودن	مدت؟.....روز	آبریزش بینی
سابقه تشنج در این بیماری	خون در مدفوع	قرمزی چشم
استفراغ هر چیزی	کاهش سطح هوشیاری	سرفه
لتارژی یا عدم هوشیاری	بیقراری یا تحریک پذیری	خشونت صدا
سرفه یا تنفس مشکل	نوشیدن یا کم نوشیدن	عطسه
مدت؟.....روز	تشنگی و با و لغ نوشیدن	تب
شمارش تنفس در یک دقیقه	برگشت پوست خیلی آهسته	اگرودا در حلق
تنفس تند	برگشت پوست به آهستگی	لنفادن پاتی قدماي گردن
تو کشیده شدن قفسه سینه	فرو رفتگی چشمها	قرمزی با نقاط پنتی کام نرم
شنیدن استریپور	گوش	تب
شنیدن ویزینگ	درد گوش	مدت؟.....روز
شنیدن کراکل واضح	مدت ترشح از گوش؟	درجه حرارت بدن
	دیدن خروج چرک گوش	سفتی گردن
	پرده گوش قرمز	نشانه های موضعی
		بثورات پوستی
ارزیابی شیرخوار زیر ۲ ماه		
نشانه های خطر	اسهال	
قادر به نوشیدن نبودن	کاهش سطح هوشیاری	مدت؟.....۳...روز
سابقه تشنج در این بیماری	بیقراری یا تحریک پذیری	خون در مدفوع
استفراغ مکرر	تحرك کمتر از معمول	کاهش سطح هوشیاری
شمارش تنفس در یک دقیقه	برآمدگی ملاحظ	بیقراری یا تحریک پذیری
تنفس تند	درجه حرارت بالا	فرو رفتگی چشمها
تو کشیده شدن قفسه سینه	درجه حرارت پایین	برگشت پوست خیلی آهسته
بازو بسته شدن پره های بینی	رنگ پریدگی شدید	برگشت پوست به آهستگی
ناله کردن	سیانوز	
عفونت های موضعی		
ترشح چرکی با تورم	ترشح چرکی بدون تورم	مشکل شیر خوردن
تورم و قرمزی	بزرگی و سفتی	کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت
ترشح چرکی زیا دنیا قرمزی اطراف آن بیش از ۱ سانت		شب ها شیر نمی دهد
خونریزی بیش از چنقطره	قرمزی کمتر از ۱ سانت	غذا و مایعات دیگر
پوسچول بیش از ۱۰ عدد	پوسچول کمتر از ۱۰ عدد	برفک در دهان
کنترل کودک از نظر کم وزنی یا سوء تغذیه شدید		
زیر منحنی قرمز	صعودی و موازی نبودن	بامنحنی رشد
وضعیت واکسیناسیون		
مکمل های دارویی	سایر مشکلات	وضعیت
ناقص	دارد	ناقص

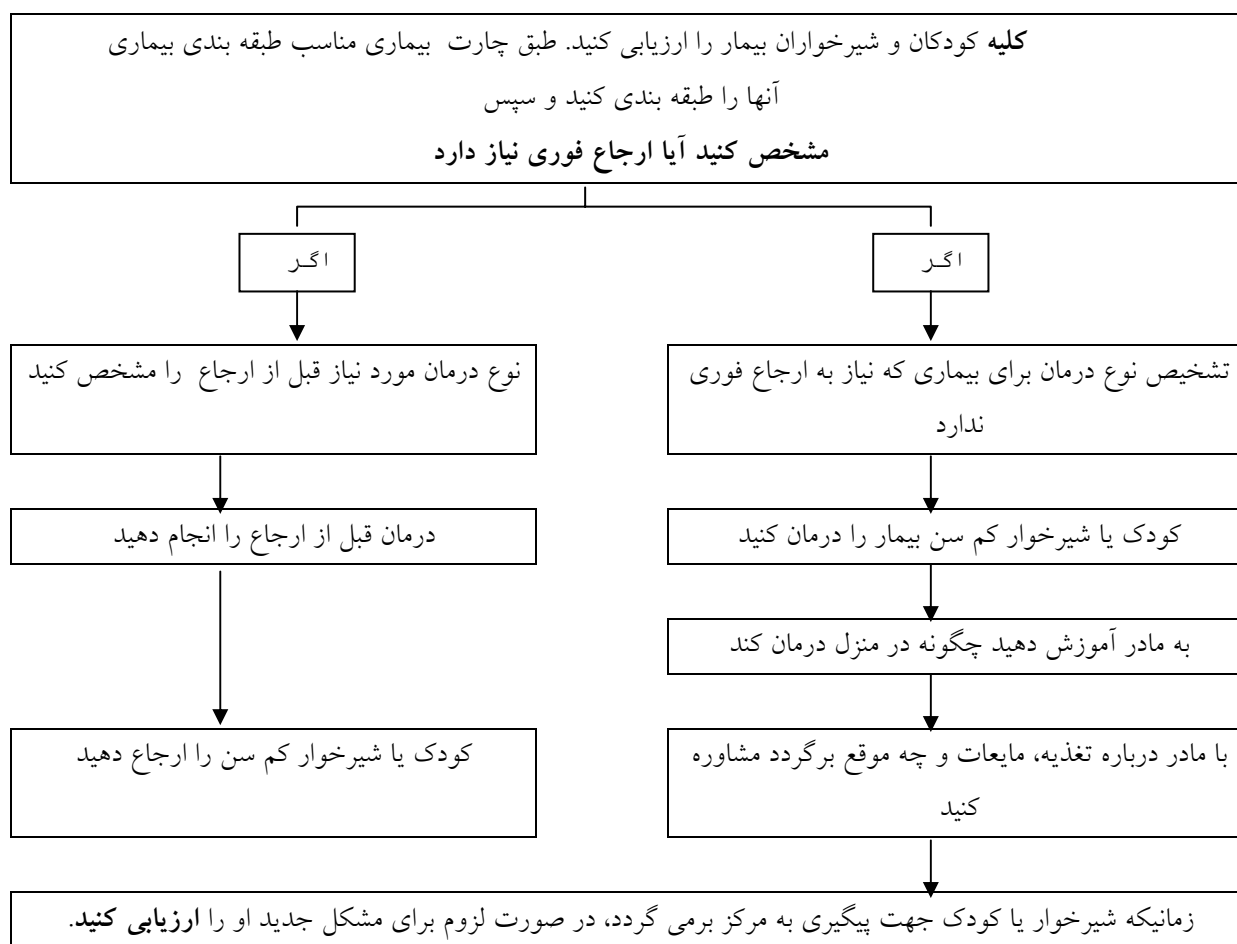
بخش ۴

تشخیص نوع درمان

و تشخیص های افتراقی

فصل ۱۶

اولویتهای درمان را انتخاب کنید



در فصل های قبلی شما یادگرفتید 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 ارجاع به بیمارستان رادارد. در چنین مواردی، شما باید قبل از فرستادن کودک، درمان های فوری را شروع کنید.

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 نباید 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. ستونهای رنگی در تشخیص نوع درمان به شما کمک می کنند.

طبقه بندی در ردیف قرمز احتیاج به توجه فوری و ارجاع فوری دارد. این طبقه بندی شدید می باشد. طبقه بندی در ردیف زرد یعنی کودک احتیاج به داروی مناسب یا درمانهای دیگر دارد. درمان شامل این است که به مادر آموزش بدهید چگونه داروی کودک در منزل را 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 اینکه در زمان اسهال مایعات بیشتری به او 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 چارت ارزیابی و 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 ارجاع شود، لازم است تصمیم بگیرید که قبل از ارجاع چه درمانی را باید انجام دهید. بعضی از درمان ها مانند فتیله گذاری گوش قبل از ارجاع لازم نیست. این مجموعه به شما کمک می کند تا درمان های فوری قبل از ارجاع را مشخص کنید.

در شرایطی که امکان ارجاع 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. در مجموعه راهنمای «درمان کودک» ضمیمه ای وجود دارد که در آن توضیح داده شده است که وقتی نیاز به ارجاع دارد ولی امکان نیست چه باید بکنید.

۱-۱۶ چگونه تشخیص می دهید که شیرخوار کم سن نیاز به ارجاع فوری دارد

اگر شیرخوار کم سن کمتر از ۲ ماه احتمال عفونت باکتریال شدید دارد.
اگر شیرخوار کم سن از نظر عفونتهای موضعی عفونت شدید چشم، ماستیت، عفونت شدید ناف، خونریزی بند ناف، عفونت شدید پوستی دارد.

اگر شیرخوار کم سن از نظر اسهال دچار کم آبی شدید، کم آبی نسبی، اسهال پایدار شدید و اسهال خونی دارد.

۲-۱۶ 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.

- 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
- سوء تغذیه شدید در صورتی که کودک بیماری دیگری دارد.

در موارد فوق باید کودک بلافاصله پس از دادن درمان های لازم قبل از ارجاع، ارجاع شود. از درمان های غیر ضروری که ارجاع 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 او.آر.اس به او بخوراند و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را ادامه دهد.

بیشتر کودکانی که دارای یک **نشانه خطر** هستند در یک طبقه بندی شدید قرار می گیرند و برای طبقه بندی شدیدشان باید ارجاع شوند. در موارد نادری، کودک ممکن است یک نشانه خطر بدون قرار گرفتن در طبقه بندی شدید داشته باشد. این کودکان بایستی فوراً ارجاع 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 ارجاع دهید.

۳-۱۶ تشخیص نوع درمان برای بیمارانی که نیاز به ارجاع فوری ندارند

برای بیماری که نیاز به 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 درمانها برای بیش از یک طبقه بندی لیست شده است. برای مثال استامینوفن در درمان عفونت حاد گوش و گلودرد استرپتوکوکی آمده است. اگر کودکی هم زمان مبتلا به هر دو بیماری بوده شما باید استامینوفن را فقط یک بار در دفترچه ثبت بیماری بنویسید. وقتی یک آنتی بیوتیک برای مشکلات و بیماریهای 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.** در مورد انتخاب صحیح آنتی بیوتیک در فصل ۲۲ مطالعه خواهید کرد.

۱-۳-۱۶ ارزیابی بیشتر نیاز دارد

اگر شیرخوار یا کودکی به 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، شما برای ارزیابی بیشتر به جدول تشخیص افتراقی ها (فصل ۱۷) مراجعه کنید.

۲-۳-۱۶ چه موقع فوراً برگردد

. به مادر توصیه خواهید کرد با توجه به موارد لیست شده در فرم ثبت بیماری، چه موقع فوراً برگردد. به مادر نشانه هایی را که بایستی کودک را فوراً بیاورد یاد بدهید. این نشانه ها را در فصل ۳۱ مطالعه خواهید کرد.

۳-۳-۱۶ 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 بخش ۶ یاد خواهید گرفت

۴-۳-۱۶ پیگیری

این 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 زمان مختلف برای پیگیری مشخص شده باشد بهتر است زودترین زمان را تعیین کنید. زودترین زمان معین برای پیگیری در فاصله مناسب را در ستون « زمان پیگیری » دایره بکشید. این همان زمان پیگیری است که باید به مادر بگویید. همچنین به مادر مواردیکه باید **زودتر** کودک را برای پیگیری بیاورد بگویید. زمان پیگیری برای شیرخوار کم سن خیلی مهم است. اگر در زمان پیگیری متوجه شدید شیرخوار بدتر شده است او را به بیمارستان ارجاع بدهید.. شیرخواری که عفونت خفیف چشم یا ناف یا پوست را دارد باید بعد از ۵ روز برگردد و اگر شیرخوار وزن ناکافی، برفک یا رشد نامعلوم داشته باشد باید بعد از ۱۰ روز برگردد.

فصل ۱۷

تشخیص های افتراقی

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

این نشانه ها و علائم در افتراق تشخیص های احتمالی از یکدیگر بسیار حایز اهمیت می باشند. پس از اینکه تشخیص یا تشخیص های نهایی مشخص گردید باید براساس برنامه درمانی مشخص شده کودک را تحت درمان قرار داد. در این فصل تشخیص های افتراقی هر یک از علائم و نشانه های اصلی را که در استراتژی مانا براساس 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 کنید. 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 بیماریهای نادر را از یاد نبرید. به خاطر داشته باشید که اغلب یک کودک بیمار دارای بیش از یک تشخیص یا مشکل بالینی است که نیاز به درمان دارد.

جداول موجود در این فصل تشخیص های افتراقی مربوط به شایعترین مشکلات را فهرست نموده و اطلاعاتی در مورد علائم، یافته های بالینی و نتایج آزمایشگاهی که جهت بیان تشخیص نهایی و تشخیص احتمالی کمک کننده هستند، در اختیار شما قرار می دهد.

مهمترین و شایعترین علائمی که تشخیص های افتراقی مرتبط با آنان در اینجا آمده است شامل :

- کودک مبتلا به خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
- کودک مبتلا به سرفه یا تنفس مشکل (بدون ویزینگ و استریدور)
- کودک مبتلا به سرفه مزمن
- کودک مبتلا به تنفس مشکل همراه ویزینگ
- کودک مبتلا به استریدور
- کودک مبتلا به تب بدون علائم موضعی

- کودک مبتلا به تب با علائم موضعی
- کودک مبتلا به تب همراه باراش
- کودک مبتلا به تب بیشتر از ۷ روز

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

۱-۱۷ کودک مبتلا به خواب آلودگی ، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج

توجه خاصی باید به کودک مبتلا به خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج مبذول گردد.

تاریخچه:

موارد زیر را سابقه بیماری مدنظر داشته باشید:

- ضربه به سر
- مصرف زیاده از حد دارو یا مسمومیت
- تشنج : طول مدت - سابقه تشنج همراه تب

معاینه بالینی:

علائم عمومی

- زردی
- رنگ پریدگی شدید کف دست
- ادم محیطی
- سطح هوشیاری
- راش های پتشیال

سر و گردن

- سفتی گردن
- علائم ضربه به سر یا سایر جراحات
- سایز مردمک و واکنش به نور
- فونتانل سفت یا برآمده
- وضعیت شکم

یافته های آزمایشگاهی :

در صورت شک به مننژیت در صورتی که کودک علائم افزایش فشارداخل جمجمه (مردمک های نامساوی، فلج تنه یا اندام ها و تنفس نامنظم) را نداشت انجام LP لازم است.

در کودکی که دارای کاهش سطح هوشیاری است گلوکز خون را کنترل کنید. فشارخون کودک را (در صورتی که کاف

مخصوص کودک در دسترس است) گرفته و در صورت امکان آزمایش ادرار درخواست نمایید.

طول مدت عدم هوشیاری و AVPU score او بسیار حایز اهمیت است. این بررسی باید به صورت منظم تکرار شود

- تشخیص های افتراقی خواب آلودگی، سطح هوشیاری یا تشنج

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	<ul style="list-style-type: none"> • LP مثبت • در شرایطی که LP امکان پذیر نباشد، سفتی گردن یا برآمدگی فونتانل • راش های پوستی به صورت پتشی (که فقط در مننژیت مننگوککی دیده می شود) 	<p>اولین نوبت آنتی بیوتیک را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
تشنج ناشی از تب (معمولاً علت عدم هوشیاری نمی باشد)	<ul style="list-style-type: none"> • حملات قبلی تشنج های کوتاه بدنال 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 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>
هیپوگلیسمی (همیشه باید به دنبال علت آن گشت)	<ul style="list-style-type: none"> • پایین بودن میزان قند خون که به درمان با گلوکز پاسخ می دهد. 	<p>گلوکز وریدی بدهید. سپس به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
ترومای سر	<ul style="list-style-type: none"> • وجود علائم یا ذکر سابقه ضربه به سر 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>
شوک (می تواند ایجاد خواب آلودگی یا عدم هوشیاری کند و معمولاً موجب تشنج نمی شود)	<ul style="list-style-type: none"> • علائم شوک • راش های پوستی به صورت پتشی • علائم دزیدراتاسیون شدید 	<p>برای کودک رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید. سپس به بیمارستان ارجاع دهید</p>
گلو مریولونفریت حاد با انسفالوپاتی	<ul style="list-style-type: none"> • افزایش فشار خون • تورم صورت یا ادم محیطی • وجود خون، پروتئین یا Cast گلبول قرمز در ادرار 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>
کتواسیدوز دیابتی	<ul style="list-style-type: none"> • قند خون بالا • سابقه پرنوشی و پرادراری و پرخوری • تنفس های اسیدوتیک (عمیق و سخت) 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>
مسمومیتها	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه مصرف داروها یا مواد مخدر • سابقه تماس با سموم، مواد شیمیائی 	<p>برحسب نوع آن، اقدام قبل از ارجاع (شستشوی معده...) را انجام دهید و فوراً به بیمارستان ارجاع دهید</p>

۱۷-۲ تشخیص های افتراقی کودک مبتلا به سرفه یا تنفس مشکل

۱۷-۲-۱ سرفه یا تنفس مشکل بدون ویزینگ ، استریدوریا سرفه مزمن

اغلب حملات سرفه در کودکان به دلیل سرماخوردگی است که هر کودک ممکن است چند بار در سال مبتلا گردد. از میان بیماریهای که با سرفه یا تنفس مشکل ظاهر می شوند، شایعترین آنها پنومونی می باشد که پیش از بقیه موارد در تشخیص های افتراقی سرفه و تنفس مشکل باید به آن توجه داشت. ولی سایر علل مهم سرفه یا تنفس مشکل رانیز نباید از نظر دور داشت. (جدول شماره ۱۱)

جهت تشخیص موارد سرفه یا تنفس مشکل بدون ویزینگ ، استریدوریا سرفه مزمن به موارد زیر دقت کنید:

تاریخچه :

- حملات سرفه ای و بدنبال آن صدای جیغ مانند (whoop)، استفراغ یا سیانوز مرکزی
- سابقه تماس با فرد مبتلا به توبرکولوزیس (یا سرفه مزمن) در خانواده
- سابقه واکسیناسیون : سه گانه ، سرخک ، BCG
- سابقه خفگی یا بروز ناگهانی علائم
- عفونت شناخته شده HIV
- سابقه شخصی یا خانوادگی آسم

معاینه بالینی:

علائم عمومی

- سیانوز مرکزی
- ناله کردن
- پرش پره های بینی
- رنگ پریدگی شدید کف دست
- افزایش فشار ورید جوگولار (JVP)
- ویزینگ
- استریدور

قفسه سینه :

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

تنفس تند:

- کودک زیر ۲ ماه : ۶۰ تنفس در دقیقه یا بیشتر
- کودک ۱۲-۲ ماه : ۵۰ تنفس در دقیقه یا بیشتر
- کودک ۱۲ ماه تا ۵ سال : ۴۰ تنفس در دقیقه یا بیشتر
- توکشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه
- شیفت تراشه از خط وسط / تغییر محل ضربه APEX
- سوفل قلبی / ریتم گالوپ در سمع قلب
- علائم پلورال افیوژن درد ریه (Stony dullness) یا پنوموتوراکس (هیپر رزونانس)
- کراکل خشن یا صداهای تنفسی برونشیاال در سمع ریه
- رال Fine در قاعده ریه ها

نکته : توکشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه به معنی به داخل کشیده شده دیواره تحتانی قفسه سینه در هنگام دم می باشد و اگر در هنگام تنفس کودک ، فقط بافت نرم بین دنده ای یا قسمت بالای کلاویکول به داخل کشیده شود، این به معنی Chest wall indrawing نیست .

شکم :

- لنفادنوپاتی
- بزرگی کبد یا طحال
- یافته های آزمایشگاهی
- اسمیر خون محیطی
- هموگلوبین

جدول ۱۱ - تشخیص های افتراقی سرفه یا تنفس مشکل : (بدون ویزینگ و استریدور)

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
پنومونی	<ul style="list-style-type: none"> • سرفه همراه با تنفس تند • رال های خشن در سمع ریه • توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه ، پرش پره های بینی 	به صفحه ۱۱۲ مراجعه کنید
مالاریا	<ul style="list-style-type: none"> • تنفس تند در کودک تب دار • پارازیتمی بالا در اسمیر خون محیطی • زندگی یامسافرت به منطقه مالاریاخیز • در مورد مالاریای شدید تنفس عمیق (اسیدوتیک)/ توکشیدن شدن بخش تحتانی قفسه سینه • پاک بودن ریه در سمع 	به صفحه ۱۱۶ مراجعه کنید
آنمی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • رنگ پریدگی شدید کف دست • هموگلوبین زیر ۶ گرم در دسی لیتر 	به صفحه ۱۱۶ مراجعه کنید
نارسایی قلبی	<ul style="list-style-type: none"> • سوفل قلبی - ریتم گالوپ • افزایش فشار ورید جوگولار • رال های fine در قاعده ریه ها • تغییر محل ضربه Apex • کبد بزرگ قابل لمس 	به بیمارستان ارجاع دهید
سل	<ul style="list-style-type: none"> • سرفه مزمن (بیش از ۳۰ روز) • اختلال رشد- Wasting یا کاهش وزن • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل • وجود علائم رادیوگرافیک در CXR به صورت کمپلکس اولیه یا سل ارزنی 	به صفحه ۱۱۳ مراجعه کنید
سیاه سرفه	<ul style="list-style-type: none"> • حملات سرفه و بدنبال آن، صدای جیغ مانند، استفراغ، سیانوز و آپنه • فقدان تب • فقدان تاریخچه تزریق واکسن سه گانه 	به صفحه ۱۱۲ مراجعه کنید
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> • وجود سابقه خفگی ناگهانی • بروز ناگهانی استریدور و دیسترس تنفسی • وجود مناطق فوکال ویز یا کاهش صداهای تنفسی 	به بیمارستان ارجاع دهید
آمپیم	<ul style="list-style-type: none"> • ماتیته سنگی در دق ریه 	به بیمارستان ارجاع دهید
پنوموتوراکس	<ul style="list-style-type: none"> • بروز ناگهانی • صدایی با رزونانس بالمادر دق در یک طرف ریه • شیفت مדיاستن 	به بیمارستان ارجاع دهید

۲-۲-۱۷ سرفه یا تنفس مشکل همراه ویزینگ

در ۲ سال اول زندگی ، ویزیت اغلب به دلیل عفونت های ویرال دستگاه تنفس مانند برونشیت یا سرفه و سرماخوردگی می باشد .
بعد از ۲ سال اغلب ویزینگ به دلیل آسم می باشد.

در بعضی مواقع علامت ویزینگ در کودک مبتلا به پنومونی وجود دارد . توجه به پنومونی به عنوان یکی از تشخیص های احتمالی به خصوص در ۲ سال اول زندگی حایز اهمیت می باشد . در کودک مبتلا به بیماری مزمن ، آسبه های سلی می تواند بر روی راه های هوایی کودک فشار وارد کرده و ایجاد ویزینگ نماید . در جدول شماره ۱۳ تشخیص های افتراقی تنفس مشکل همراه ویزینگ آمده است .

تاریخچه :

- وجود حمله قبلی ویزینگ
- پاسخ به برونکودیلاتورها
- تشخیص آسم یا سابقه درمان طولانی مدت برای آسم

معاینه بالینی :

- ویزینگ در بازدم
 - بازدم طولانی
 - صدای رزونانس در دق ریه
 - پرهوایی قفسه سینه
 - رونکا در سمع ریه
- پاسخ به برونکو دیلاتورهای سریع الاثر

اگر علت ویزینگ به خوبی مشخص نبوده و یا کودک علاوه بر ویزینگ تنفس تند و توكشیده شدن قفسه سینه نیز دارد، یک برونکودیلاتور سریع الاثر به کودک داده و پس از ۳۰ دقیقه او را ارزیابی کنید.
پاسخ به برونکودیلاتور سریع الاثر به تشخیص بیماری زمینه ای و درمان کمک می کند.
برونکو دیلاتور سریع الاثر را به یکی از روشهای زیر به کودک بدهید:

- سالبوتامول nebulizer
- اسپری سالبوتامول همراه با آسم یار
- اگر هیچکدام از روش بالا امکان پذیر نیست ، یک تزریق زیر جلدی اپی نفرین (آدرنالین) انجام دهید.
- پاسخ به دارو را پس از ۳۰ دقیقه ارزیابی کنید . علائم بهبودی شامل :
- کاهش دیسترس تنفسی (تنفس راحت تر)
- کاهش میزان توكشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه
- بهبودی ورود هوا

کودکانی که همچنان دارای علائم هیپوکسی (مثل سیانوز مرکزی ، عدم توانایی نوشیدن بدلیل دیسترس تنفسی ، توكشیده شدن شدید دیواره تحتانی قفسه سینه) بوده و یا تنفس تند دارند باید برای درمان به بیمارستان ارجاع شوند.

جدول ۱۳ - تشخیص های افتراقی تنفس مشکل همراه ویزینگ:

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
آسم	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرما خوردگی پرهوایی ریه در CXR تنفس کوتاه، بازدم طولانی، کاهش PFR پاسخ خوب به گشاد کننده های برونش 	به صفحه ۱۱۴ مراجعه کنید.
برونشولیت	<ul style="list-style-type: none"> اولین حمله ویز در کودک زیر ۲ سال وجود ویز در زمان حداکثر شیوع برونشولیت های فصلی پرهوایی ریه در رادیوگرافی بازدم طولانی 	به صفحه ۱۱۴ مراجعه کنید
ویزینگ همراه سرفه یا سرما خوردگی	<ul style="list-style-type: none"> ویزینگ همیشه مرتبط با سرفه و سرما خوردگی فقدان تاریخچه فردی یا فامیلی آسم، اگزما یا تب یونجه بازدم طولانی کاهش ورود هوا (و در موارد شدید انسداد راه های هوایی) پاسخ خوب به گشاد کننده های برونش دارای شدت کمتر نسبت به ویزینگ همراه آسم 	درمان علامتی انجام دهید
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه خفگی یا ویزینگ ناگهانی ویزینگ یک طرفه Air trapping و شیفتمدیاستن در رادیوگرافی ورزونانس بالا علائم کلاپس ریه (کاهش ورود هوا و ماتیته در دق) فقدان پاسخ به گشاد کننده های برونش 	به بیمارستان ارجاع دهید
آنومالی های مادرزادی (GER)	<ul style="list-style-type: none"> استفراغ هنگام یا بعد از غذا وزن گیری نامناسب / FTT علائم تنفسی (برونکو اسپاسم، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر) 	به بیمارستان ارجاع دهید
CF	<ul style="list-style-type: none"> وزن گیری نامناسب / FTT خلط چرکی، تنفس بدبو کلابینگ انگشتان / پرولاپس رکتوم 	به بیمارستان ارجاع دهید

۳-۲-۱۷ سرفه یا تنفس مشکل همراه استریدور

مهمترین علل استریدور شدید کروپ ویرال (در اثر سرخک یا سایر ویروس ها)، دیفتری، جسم خارجی و تروما به لارنکس می باشد. (جدول شماره ۱۴)

در کشورهای در حال توسعه، تراکیئیت باکتریال و اپی گلو تیت حاد بسیار نادر می باشند. در کودکی که مبتلا به بیماری مزمن می باشد، یک آبنه سلی نیز می تواند موجب فشار بر راه هوایی فوقانی شده و استریدور ایجاد کند.

تاریخچه

- اولین حمله یا حملات مکرر استریدور
- وجود تاریخچه خفگی ررب
- وجود استریدور بلافاصله پس از تولد

معاینه بالینی

- نمای bull neck
- وجود غشای خاکستری در فارنکس
- ترشحات خونی از بینی
- وجود استریدور حتی در کودک آرام

جدول ۱۴ - تشخیص افتراقی استریدور:

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
کروپ ویروسی	<ul style="list-style-type: none"> • سرفه پارس مانند • دیسترس تنفسی • صدای خشن • در صورت ارتباط با سرخک، وجود علائم سرخک 	به صفحه ۱۱۴ مراجعه کنید
دیفتری	<ul style="list-style-type: none"> • نمای Bull neck مربوط به بزرگی غدد لنفاوی و ادم • قرمزی در گلو • غشای خاکستری در فارنکس • ترشحات خونی بینی • فقدان شواهدی دال بر تزریق واکسن سه گانه 	به بیمارستان ارجاع دهید
اپیگلو تیت	<ul style="list-style-type: none"> • تب • بیقراری • دیس پنه • Drooling • گرفتگی صدا 	از معاینه گلو و دستکاری کودک بپرهیزید و او را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> • تاریخچه خفگی ناگهانی • دیسترس تنفسی 	به بیمارستان ارجاع دهید
آنومالی مادرزادی	<ul style="list-style-type: none"> • وجود استریدور از زمان تولد 	به بیمارستان ارجاع دهید

۴-۲-۱۷ تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

سرفه مزمن، به سرفه ای گفته می شود که بیش از ۳ هفته هر روز ادامه دارد. (جدول شماره ۱۲)

تاریخچه

- طول مدت سرفه
- سرفه شبانه
- حملات سرفه منجر به استفراغ
- تب پایدار
- تماس نزدیک با موارد شناخته شده سل خلط مثبت یا سیاه سرفه
- سابقه حملات ویزینگ (سابقه خانوادگی آسم یا آلرژی)
- سابقه خفگی یا استنشاق جسم خارجی
- موارد شناخته شده عفونت HIV

معاینه بالینی

- تب
- لنفادنوپاتی (مثلاً در گردن)
- کاهش وزن
- ویزینگ / بازدم طولانی
- حملات آپنوتیک
- خونریزی های ساب کونژکتیویت
- علائم همراه با اسپیراسیون جسم خارجی
- ویزینگ یکطرفه
- مناطقی از ریه با کاهش صداهای تنفسی و دال یا هیپررزونانس در دق ریه
- انحراف تراشه یا ضربه Apex
- علائم همراه عفونت HIV

جدول ۱۲- تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
سل	<ul style="list-style-type: none"> کاهش وزن - بی اشتهایی - عرق شبانه بزرگی کبد و طحال تب مزمن یا متناوب سابقه تماس با فرد مبتلا به سل علائم دال بر وجود مایع در پلور (ماتیته در دق- کاهش صداهای تنفسی) 	به صفحه ۱۱۳ مراجعه کنید
آسم	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی پرهوایی ریه در CXR تنفس کوتاه، بازدم طولانی، کاهش PFR پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش 	به صفحه ۱۱۴ مراجعه کنید
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> وجود سابقه خفگی یا بروز ناگهانی استریدور و دیسترس تنفسی وجود مناطق فوکال ویز یا کاهش صداهای تنفسی 	به بیمارستان ارجاع دهید
سیاه سرفه	<ul style="list-style-type: none"> حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند، استفراغ، سیانوز یا آپنه خونریزی زیر ملتحمه نبود تاریخچه واکسیناسیون سه گانه 	به صفحه ۱۱۲ مراجعه کنید.
محرک های محیطی	<ul style="list-style-type: none"> سابقه تماس طولانی با دود سیگار یا مواد آلرژن سابقه حساسیت (خارش و آبریزش چشم) یا آلرژی در خود یا خانواده 	توصیه به پرهیز از آلرژن و دود
اختلال ایمنی (HIV)	<ul style="list-style-type: none"> وجود عفونت و یا احتمال وجود آن در مادر و یا سایر خواهران و برادران تاریخچه دریافت خون FTT برفک دهان، پاروتیدیت مزمن عفونت پوستی با هرپس زوستر (عفونت قبلی یا فعلی) لنفادنوپاتی ژنرالیزه تب مزمن اسهال مداوم کلایبینگ انگشتان 	به بیمارستان ارجاع دهید
برونشکتازی	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه ابتلا به سل یا آسپیراسیون جسم خارجی وزن گیری نامناسب / FTT خلط چرکی، تنفس بد بو کلایبینگ انگشتان / پرولاپس رکتوم 	به بیمارستان ارجاع دهید
آنومالی های مادرزادی	<ul style="list-style-type: none"> استفراغ هنگام یا بعد از غذا وزن گیری نامناسب / FTT علائم تنفسی (برونکو اسپاسم، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر) 	به بیمارستان ارجاع دهید
آبسه ریه	<ul style="list-style-type: none"> کاهش صداهای تنفسی در محل آبسه تب نمای تیپیک در عکس رادیوگرافی سینه 	به بیمارستان ارجاع دهید

۳-۱۷- تشخیص های افتراقی کودک مبتلا به تب

در کودک مبتلا به تب باید 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) و...)
- وجود بشورات پوستی
- سردرد

جدول ۱۵- تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
عفونت دستگاه ادراری	<ul style="list-style-type: none"> • حساسیت سوپر اپوویک یا زاویه costo.vertebral • گریه هنگام دفع ادرار • تکرر ادرار • بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلاً کنترل ادرار داشته است) • WBC و باکتری در آزمایش ادرار 	به صفحه ۱۱۵ مراجعه کنید
سپتی سمی	<ul style="list-style-type: none"> • ناخوشی جدی بدون دلیل واضح • پورپورا ، پتشی • شوک ، هیپوترمی در شیرخوار 	به بیمارستان ارجاع دهید
تیفوئید	<ul style="list-style-type: none"> • ناخوشی جدی بدون دلیل واضح • حساسیت شکمی • شوک • گیجی 	به بیمارستان ارجاع دهید
مالاریا	<ul style="list-style-type: none"> • گسترش لام خون محیطی مثبت • کم خونی شدید • بزرگی طحال • زردی 	به صفحه ۱۱۶ مراجعه کنید
ایدز	<ul style="list-style-type: none"> • علائم عفونت HIV (جدول نگاه کنید.) 	به بیمارستان ارجاع دهید

معاینه بالینی :

- سفتی گردن
- بثورات پوستی هموراژیک - پورپورا و پتشی
- سلولیت یا پوستول
- ترشح از گوش / پرده تمپان قرمز و بی حرکت در اتوسکوپی
- مقاومت در حرکت مفصل یا اندام
- تندرns موضعی
- تنفس تند
- مطالعات آزمایشگاهی
- لام خون محیطی
- LP در صورت شک به مننژیت (بدون سایر علائم افزایش فشار داخل جمجمه)
- تشخیص های افتراقی
- در کودک مبتلا به تب حالات مختلفی ممکن است وجود داشته باشد:
- تب بدون نشانه های موضعی یا بثورات پوستی. (جدول شماره ۱۵)
- تب به همراه نشانه های موضعی (بدون بثورات پوستی). (جدول شماره ۱۶)
- تب همراه با بثورات پوستی. (جدول شماره ۱۷)

جدول ۱۶ - تشخیص های افتراقی تب با علائم موضعی

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	<ul style="list-style-type: none"> • LP مثبت • سفتی گردن • فونتانل برآمده • راش های مننگوکوکال (پتشی ، پورپورا) 	ولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید ، سپس کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.
اوتیت مدیا	<ul style="list-style-type: none"> • پرده گوش قرمز در معاینه با اتوسکوپ • خروج چرک از گوش • درد گوش 	به صفحه ۱۱۲ مراجعه کنید
ماستوئیت	<ul style="list-style-type: none"> • تورم دردناک بالا یا پشت گوش 	به بیمارستان ارجاع دهید
استئومیلیت	<ul style="list-style-type: none"> • حساسیت موضعی • امتناع از حرکت دادن اندام درگیر • امتناع از تحمل وزن 	به بیمارستان ارجاع دهید
آرتریت سپتیک	<ul style="list-style-type: none"> • مفصل گرم ، حساس و متورم 	به بیمارستان ارجاع دهید
عفونت پوست و بافت نرم	<ul style="list-style-type: none"> • سلولیت • پیومیوزیت (عفونت چرکی عضلات) 	به بیمارستان ارجاع دهید
پنومونی	<ul style="list-style-type: none"> • سرفه همراه تنفس تند • رال های خشن درسمع ریه • توکشیدن قسمت تحتانی قفسه سینه ، پرش پره های بینی 	به صفحه ۱۱۲ مراجعه کنید
عفونت ویروسی دستگاہ تنفس فوقانی	<ul style="list-style-type: none"> • علائم سرفه و سرماخوردگی • فقدان علائم سیستمیک 	درمان علامتی کنید
آبسه حلق	<ul style="list-style-type: none"> • تریسموس • انحراف بافت نرم داخل حلق • مشکل بلع و قورت دادن بزاق • حساسیت غدد لنفاوی گردن 	به بیمارستان ارجاع دهید
سینوزیت	<ul style="list-style-type: none"> • حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • ترشحات چرکی بینی • تب بالا • سردرد یکطرفه • سن بیشتر از دو سال 	به صفحه ۱۱۲ مراجعه کنید

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
سرخک	<ul style="list-style-type: none"> • راش تیپیک سرخک • سرفه ، آبریزش بینی، قرمزی • زخم های دهانی • کدورت قرنیه • تماس اخیر با فرد مبتلا به سرخک • عدم واکسیناسیون سرخک 	<p>درمان علامتی کنید. به مادر بگویید چه موقع فوراً برگردد.</p>
عفونتهای ویروسی	<ul style="list-style-type: none"> • علائم سیستمیک خفیف • راش های غیر اختصاصی گذرا 	<p>درمان علامتی کنید.</p>
عفونت منگوکوکال	<ul style="list-style-type: none"> • راش های پتشی یا پورپورا • Bruising (کبودی) • شوک • -سفتی گردن (در صورت وجود مننژیت) 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>
تب عود کننده (بورلیوزیس)	<ul style="list-style-type: none"> • راش پتشی، خونریزیهای پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی برای بورلیا 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>
مخملک	<ul style="list-style-type: none"> • راش ماکولوپاپولر با افزایش آن در چین های پوستی • قرمزی حلق، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی • Pastia Lines 	<p>یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید . برای تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه استامینوفن بدهید.</p>
کاوازاکی	<ul style="list-style-type: none"> • تب ۵ روز و طولانی تر • راش پلی مورف شبیه سرخک ، مخملک • پرخونی دو طرف بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب ها و دهان(زبان توت فرنگی ، قرمزی حلق) • لنفادنوپاتی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه) • تغییرات در اندام های محیطی(ادم واریتم، پوسته ریزی) 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید</p>

بعضی از علل تب فقط در مناطق جغرافیایی خاص بروز می کنند. (به عنوان مثال تب هموراژیک دانگ، تب عود کننده). سایر انواع تب ماهمیت فصلی دارند. (مثل مالاریا، مننژیت مننگوککال) و یا به صورت اپیدمی بروز می نمایند. (مانند سرخک، مننژیت مننگوککال، تیفوس)

۱-۳-۱۷ تب بیشتر از ۷ روز:

از آنجا که علل متنوعی برای تب طولانی مدت وجود دارد، آشنایی با شایعترین علل موجود در منطقه حایز اهمیت فراوان است. (جدول شماره ۱۱) در نتیجه بررسی جهت یافتن مهمترین علل تب در منطقه ضروری به نظر می رسد. گاهی اوقات لازم است قبل 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، تأیید کننده تشخیص می باشد.

تاریخچه :

سابقه تب را جویا شوید. علاوه بر آن سؤال کنید آیا کودک مبتلا به یک 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 کنید:

- سفتی گردن (مننژیت)
 - قرمزی و تندرns مفصل (آرتریت سپتیک یا تب روماتیسمی)
 - تنفس تند یا توکشیده شدن قفسه سینه (پنومونی یا پنومونی شدید)
 - راش های پتشیال (بیماری مننگ. ککال یا تب دانگ)
 - راش های ماکولوپاولر (عفونت های ویرال یا واکنش های دارویی)
 - گلودرد یا وجود غشاهای مخاطی (عفونت گلو)
 - قرمزی و درد گوش به همراه بی حرکتی پرده تمپان (اوتیت مدیا)
 - زردی یا آنمی (مالاریا یا سپتی سمی)
 - ستون مهره ها یا مفاصل هیپ (اوستئومیلیت)
 - شکم (تندرns سوپراپوبیک در عفونت دستگاه ادراری، توده قابل لمس، تندرns ناحیه کلیه ها)
- باید توجه داشت که بعضی از علت های تب پایدار بدون هیچ نشانه موضعی هستند مثل سپتی سمی، عفونت های سالمونلایی، سل میلیتری، عفونت HIV یا عفونت دستگاه ادراری.

یافته های آزمایشگاهی :

در صورت امکان اقدامات زیر را انجام دهید:

- شمارش گلبولی شامل شمارش پلاکت و مورفولوژی سلولی
- آنالیز ادراری
- تست مانتی (نوجه، تست مانتو اغلب در کودک - سلول که دچار سوء تغذیه شدید یا سل میلیتر است منفی می شود).
- رادیو گرافی قفسه سینه
- کشت خون
- تست HIV (اگر تب بیش از ۳۰ روز طول کشید و یا دلایل دیگری مبنی بر احتمال عفونت HIV وجود دارد).
- LP (در صورتی که علائم مننژیت وجود داشته باشد)

جدول ۱۸ تشخیص های افتراقی های تب بیشتر از ۷ روز

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
آبسه	<ul style="list-style-type: none"> • تب بدون محل مشخص عفونت (آبسه عمقی) • توده های حساس یا متحرک • حساسیت موضعی یا درد • علائم خاص مربوط به محل درگیر (ساب فرنیسک ، پسوآس - رتروپریتونیتال -ریه ، کلیه و غیره) 	به بیمارستان ارجاع دهید.
عفونت سالمونلا	<ul style="list-style-type: none"> • کودک با بیماری سلول داسی شکل (اوستئومیلیت یا آرتریت در شیرخوار) 	به بیمارستان ارجاع دهید.
اندوکاردیت عفونی	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش وزن • بزرگی طحال • کم خونی • سوفل قلبی • پتشی • خونریزیهای خطی در بستر ناخن • کلابینگ انگشتان 	به بیمارستان ارجاع دهید.
تب روماتیسمی	<ul style="list-style-type: none"> • سوفل قلبی که به مرور زمان ممکن است تغییر کند • نارسایی قلبی • نبض تند • Friction rub پریکارد • کره • عفونت اخیر شناخته شده استرپتوکوکی • آرتریت مهاجر 	به بیمارستان ارجاع دهید.
سل ارزنی	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه تماس با فرد مسلول • کاهش وزن • بی اشتهایی - عرق شبانه • علائم سیستمیک • بزرگی کبد یا طحال • سرفه 	به صفحه ۱۱۳ مراجعه کنید.
بروسلوزیس (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	<ul style="list-style-type: none"> • تب مداوم یا مزمز عود کننده • بی حالی • درد عضلانی اسکلتی • درد قسمت تحتانی کمر یا درد مفصل هیپ • بزرگی طحال • کم خونی • سابقه مصرف شیر نجوشیده و لبنیات غیرپاستوریزه 	به صفحه ۱۱۴ مراجعه کنید.
کالآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	<ul style="list-style-type: none"> • سایتوپنی • ضعف ولاغری • هیپاتواسپلنومگالی 	به بیمارستان ارجاع دهید.

بخش ۵

درمان کودک بیمار

یا

شیرخوار کم سن بیمار

فصل ۱۸

مروری بر انواع درمان

چارت درمان در IMCI، مراحل کامل درمان را که در چارت ارزیابی و طبقه بندی اشاره ای به آن ها شده است، 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 تزریق کنید
 - ◀ اقداماتی برای پیشگیری از پایین افتادن قند خون انجام دهید.
 - ◀ در موارد ابتدا 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 سطح دوم ارائه دهنده خدمت در کشور طراحی شده اند. داروهایی که انتخاب شده اند موثر و ارزان بوده و تجویز آن ها 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.

فصل ۱۹

درمان های قبل از ارجاع

چارت درمان کودک و قسمت درمان شیرخوار کم سن ، 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 به صورت پررنگ نوشته شده است. شما باید هر چه سریع تر درمان های قبل از ارجاع مورد نیاز را داده و کودک یا شیرخوار را همانگونه که در این بخش توضیح داده شده است، ارجاع دهید.

۱۹-۱ 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 مراجعه شود که راهنمای دقیق درمان در چارت ها به ترتیب زیر آمده است:

چارت ۱- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک دچار خفگی

چارت ۲- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک مبتلا به انسداد تنفسی (یا توقف کامل تنفسی)

چارت ۳- نحوه دادن اکسیژن

چارت ۴- نحوه وضعیت دادن به کودک بیهوش

چارت ۵- نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک

چارت ۶- نحوه دادن سریع مایعات وریدی

چارت ۷- نحوه دادن دیازپام رکتال برای موارد تشنج

چارت ۸- نحوه دادن گلوکز وریدی

بلافاصله پس از ارائه درمان های فوری به کودکی که دارای علائم خطر فوری می باشد، کودک را به

بیمارستان ارجاع دهید.

۱-۱-۱۹ نحوه باز کردن راه هوایی

درمان های فوری در چارت های شماره ۱ و ۲ توضیح داده شده است. نحوه برخورد براساس اینکه آیا جسم

خارجی موجب انسداد تنفسی شده است و یا علل دیگری انسداد یا دیسترس تنفسی را بوجود آورده اند، فرق می کنند.

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

- ◀ شیرخوار را بر روی بازو یا ران خود به گونه ای بخوابانید که سر او در قسمت پائین قرار بگیرد.
- ◀ با برجستگی کف دست ۵ ضربه به پشت شیرخوار 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 دوپستان 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.

در کودکان

- ◀ در حالی که کودک نشسته، زانو زده یا دراز کشیده است، ۵ ضربه با برجستگی کف دست به پشت کودک بزنید.
 - ◀ اگر انسداد همچنان باقی است، در پشت کودک قرار بگیرید و دستان خود را به دور بدن او حلقه کنید. 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 انسداد همچنان باقی است، دهان کودک را از نظر وجود هرگونه انسدادی که قابل رفع است، کنترل کنید.
 - ◀ در صورت لزوم، مراحل ذکر شده با با زدن ضربه به پشت تکرار کنید.
- اگر انسداد تنفسی به دلیل آسپیراسیون جسم خارجی نمی باشد، براساس چارت ۲ با کودک برخورد کرده و او را به طور کامل ارزیابی کنید تا علت انسداد را مشخص نمایید.
- چارت ۲ 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 ((neutral)) یا 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 به جلو آمدن فک بدون خم کردن سر می باشد. (jaw thrust). بهتر است 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 شماره ۴ آمده است انجام داد.

۱-۱۹ سایر درمان های فوری

جزئیات مربوط به سایر درمان های فوری در چارت های ۳ الی ۸ توضیح داده شده است.

۳-۱-۱۹ درمان فوری در کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید

کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید نیاز به ارزیابی و درمان جدی دارند. میزان مرگ و میر در این دسته از کودکان بالا است، بنابراین باید توسط با تجربه ای ارزیابی شده و درمان او هر چه زودتر آغاز گردد. در فصل نحوه برخورد با کودکی که دارای سوء تغذیه شدید است، آمده است.

نحوه دادن سریع مایعات وریدی در کودکان مبتلا به شوک در صورت وجود سوء تغذیه شدید متفاوت خواهد بود.

چارت ۲- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک مبتلا به انسداد تنفسی (یا توقف کامل تنفسی)

مشکوک به ترومای گردن نیست

در کودک هوشیار

- داخل دهان را نگاه کنید و در صورت وجود جسم خارجی آن را خارج کنید.
- ترومات ناحیه گلو را پاک کنید.
- به کودک اجازه دهید در راحت‌ترین وضعیت قرار گیرد.

در کودک بی‌هوش

- سر را به صورتی که در شکل نشان داده شده است کمی به عقب متمایل کنید.



وضعیت خم شدن برای باز نمودن راه هوایی در کودکان بزرگتر



برای بررسی تنفس نوزاد : نگاه کنید ، گوش کنید و احساس کنید .

- داخل دهان کودک را نگاه کنید و در صورت جسم خارجی آن را خارج نمایید.
- ترومات ناحیه گلو را پاک کنید.
- با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه ، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس ، وضعیت راه هوایی را کنترل کنید.

مشکوک به ترومای گردن (احتمال صدمه به مهره‌های گردنی) است :

- گردن را همانند آنچه که در چارت ۴ نشان داده شده است ، ثابت کنید .
- داخل دهان را نگاه کنید و در صورت وجود جسم خارجی آن را خارج نمایید .
- ترومات ناحیه گلو را پاک کنید .
- با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه ، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس ، وضعیت راه هوایی را کنترل کنید .



بهدون خم کردن سر نوزاد را به طرف جلو بیاورید .

- اگر علیرغم انجام اقدامات فوق ، کودک تنفس نداشته تهویه مصنوعی با بگ و ماسک را شروع کنید .

چارت ۱- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک دچار خفگی

(آسپیراسیون جسم خارجی همراه با دیسترس تنفسی پیش رونده)

در شیرخواران زیر یکسال

- شیرخوار را بر روی بازو یا زان خود به گونه‌ای بخوابانید که سر او در قسمت پایین قرار بگیرد .
- با بر چسبگی کف دست ۵ ضربه به پشت شیرخوار بزنید .
- اگر انسداد همچنان باقی است ، شیرخوار را برگردانید و ۵ بار با ۲ انگشت ، قفسه قفسه سینه را (از یک انگشت پایین‌تر از وسط خط فرضی که نوک دو پستان را به هم وصل می‌کند) انجام دهید (مطابق شکل دور) .



قفسه سینه



ضربه زدن به پشت

- اگر انسداد همچنان باقی است ، دهان کودک را از نظر وجود هر گونه انسدادی که قابل رفع است ، کنترل کنید .
- در صورت لزوم ، مراحل ذکر شده را با زدن ضربه مجدد به پشت تکرار کنید .

در کودکان

- در حالی که کودک نشسته ، زانو زده یا دراز کشیده است ، ۵ ضربه با بر چسبگی کف دست به پشت کودک بزنید .
- اگر انسداد همچنان باقی است ، در پشت کودک قرار بگیرید و دستان خود را به دور بدن او حلقه کنید . 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 (مانوور Heimlich) را ۵ بار تکرار کنید . (مطابق شکل)



مانوور Heimlich



ضربه زدن به پشت برای برطرف کردن انسداد راه هوایی در کودک دچار خفگی

- اگر انسداد همچنان باقی است ، دهان کودک را از نظر وجود هر گونه انسدادی که قابل رفع است ، کنترل کنید .
- در صورت لزوم ، مراحل ذکر شده را با زدن ضربه مجدد به پشت تکرار کنید .

چارت ۴- نحوه وضعیت دادن به کودک بیوشش

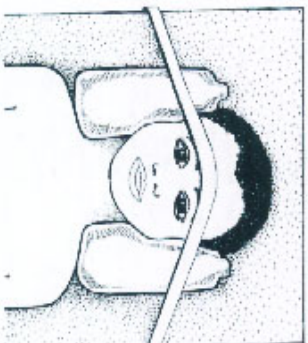
اگر مشکوک به ترومای گردن نیست :

- ✦ کودک را به پهلو قرار دهید تا خطر اسپراندیوم کاهش یابد .
- ✦ گردن را کسی به حالت اکستنسین دو آورید و برای ثابت نگه داشتن یک دست او را زیر گونه قرار دهید .
- ✦ برای ثابت ماندن وضعیت بدن یک پا را به جلو خم کنید .



اگر مشکوک به ترومای گردن است :

- ✦ کودک را به پشت بخوابانید و گردن او را ثابت کنید .
- ✦ پیشانی کودک را از دو طرف به تخته یا چسب محکم کنید تا در همین وضعیت باقی بماند .
- ✦ برای جلوگیری از حرکت گردن، در طرفین سر کودک، یک سرمه یا یک لنتیری قرار دهید .
- ✦ اگر کودک استفراغ می کند یا نکه داشتن سر در امتداد بدن، کودک را به پهلو بچرخانید .



چارت ۳- نحوه دادن اکسیژن

از طریق Prong یا کاتتر بینی اکسیژن بدهید :

- Prong بینی
- ✦ شایع‌ها را درست در داخل سوراخ بینی قرار داده و با چسب آن را محکم کنید .



بنی Catheter

- ✦ از لوله انداز، NF استفاده کنید .
- ✦ با استفاده از لوله فاصله بین سوراخ بینی یک طرف را با لوله داخلی ابرو انداز، بچرخانید .
- ✦ کاتتر را به همین عمق وارد کنید .
- ✦ آن را با چسب محکم کنید .



سرعت جریان اکسیژن را ۲ تا ۶ لیتر در دقیقه قرار دهید .

چارت ۶- نحوهٔ دادن سریع مایعات وریدی

(کودک سوء تغذیه شدید دارد)

این درمان را فقط برای کودکی که علامت شوک و خوب‌آلودگی غیر عادی یا عدم هوشیاری دارد اعمال کنید.

- برای کودک رگ بگیریید. (برای انجام آزمایش‌های اورژانس خون‌گیری کنید.)
- کودک را وزن کنید (یا وزن کودک را تخمین بزنید) تا بتوانید حجم مایع را که باید دریافت کند محاسبه کنید.
- ۱۵ ml/kg مایع در عرض یک ساعت بدهید. یکی از محلول‌های زیر را بدهید (به ترتیب اولویت):

دکستروزسالیین

یا اگر سرم بالا در دسترس نیست، رینگر لاکتات:

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

نیش و تعداد تنفس را در شروع و پس از هر ۱۰-۵ دقیقه اندازه بگیرید.

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

- در عرض یک ساعت بدهی دادن (۱۵ ml/kg) را تکرار کنید و کودک را ارجاع دهید و در صورت عدم امکان ارجاع، جریان کم آبی را به صورت خوراکی یا با لوله معده تبدیل کنید. ۱۰ ml/kg/h برای ۱۰ ساعت.
- اگر کودک پس از اولین میزان (۱۵ ml/kg) مایع وریدی بهبودی پیدا نکند، احتمال دهید که کودک دچار شوک سپتیک است فوراً کودک را ارجاع دهید و در سنین راه دادن (۲ ml/kg/h) مایع را تکرار کنید.

در صورت عدم امکان ارجاع:

- و دسترس به خون، به میزان ۱۰ ml/kg خون کامل تازه را به آمستگی در عرض ۳ ساعت ترانسفوزیون کنید.
- در صورت وجود علامت دارسالیین قبلی از Packed cell استفاده کنید.
- اگر حال کودک در طول مدت سرم درمانی بدتر شد (تعداد تنفس ۴ بار در دقیقه یا نیش ۲۵ ضربت در دقیقه افزایش یافت)، انفوزیون را متوقف کنید زیرا دادن مایعات وریدی می‌تواند موجب بدتر شدن وضعیت کودک شود و کودک را سرما ارجاع دهد.

چارت ۵- نحوهٔ دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک (هیپوولمیک)

(کودک سوء تغذیه شدید ندارد)

- کودک را از نظر نداشتن سوء تغذیه شدید، بررسی کنید (برای کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید به چارت ۶ مراجعه کنید)
- برای کودک رگ بگیریید. (برای انجام آزمایش‌های اورژانس خون‌گیری کنید.)
- سرم رینگر لاکتات یا نرمال سالین وصل کنید. مطمئن شوید که انفوزیون به خوبی جریان دارد.
- هر چه سریعتر ۲۰ ml/kg انفوزیون کنید.

حجم رینگر لاکتات یا نرمال سالین ۲۰ ml/kg	وزن	سن
۱۰۰ ml	۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶ Kg)	۲
۱۵۰ ml	۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰ Kg)	۴
۲۵۰ ml	۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴ Kg)	۱
۳۵۰ ml	۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹ Kg)	۳

پس از دریافت حجم مناسب کودک را دوباره ارزیابی کنید.

پس از اولین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید. \hookrightarrow اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریعتر دادن

پس از دومین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید. \hookrightarrow اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریعتر دادن

پس از سومین انفوزیون کودک را بیمارستان ارجاع دهید.

در صورت عدم امکان ارجاع دوباره ارزیابی کنید. \hookrightarrow اگر بهبودی حاصل نشد، در عرض ۳۰ دقیقه میزان

خون بزنید.

یا FFP* یا آلبومین یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

یا Packed cell

چارت ۸- نحوه دادن گلوکز وریدی

- ▶ برای کودک رنگ بگوبید (برای انجام آزمایشات اورژانس خونگیری کنید)
- ▶ قند خون را کنترل کنید.
- ▶ 5ml/kg از محلول گلوکز ۱۰٪ را با سرنگ داخل ورید تزریق کنید.

حجم محلول گلوکز که باید به صورت بولوس (5 ml/kg) داده شود	سن / وزن
۲۵ ml	۵ تا ۱۰ کیلوگرم از ۱ ماهه (۴kg از ۴kg)
۴۰ ml	۱۰ تا ۱۴ کیلوگرم از ۱ تا ۳ ساله (۱۰kg از ۱۰kg)
۶۰ ml	۱۰ تا ۱۴ کیلوگرم از ۳ تا ۱۰ ساله (۱۴kg از ۱۴kg)
۸۰ ml	۱۰ تا ۱۴ کیلوگرم از ۱۰ تا ۱۹ ساله (۱۹kg از ۱۹kg)

در صورت عدم امکان ارجاع :

- ▶ پس از ۳۰ دقیقه دوباره قند خون را کنترل کنید . اگر هنوز پایین است ، تزریق 5 ml/kg محلول گلوکز ۱۰٪ را تکرار کنید .
- ▶ به محض هوشتاری کودک ، مثلاً به او را شروع کنید .
- ▶ اگر در صورت نظریه امکان خطر آسپیراسیون از راه دهان وجود دارد :
 - ▶ ترجیحاً شیر مادر یا سوم قندی ۱۰٪ یا محلول قندی از طریق لوله منته به معده .
 - ▶ برای تهیه محلول قندی ، ۴ قاشق مرباخوری (۲۰ gr) شکر را در ۲۰۰ ml آب شیر حل کنید .
- ▶ نکته : اگر نمی توانید پیدارنگ رنگ بگوبید و کودک نتواند شیر بخورد ، محلول های فوق را از طریق لوله منته به معده NG-tube بدهید .

چارت ۷- نحوه دادن دیازپام رکتال برای موارد تشنج

دیازپام رکتال بدهید :

- ▶ دوز لازم را از آمپول دیازپام به داخل سرنگ انسولین (۱ ml) بکشید .
- ▶ در صورت امکان دوز دارو را بر اساس وزن کودک تعیین کنید ، پس سوزن را دور کنید .
- ▶ سرنگ را ۴ تا ۵ سانتیمتر داخل مقعد کودک فرو برده و محلول دیازپام را داخل آن تخلیه کنید .
- ▶ برای مدت چند دقیقه هر دو ساعت کودک را با هم نگه دارید .

دیازپام رکتال	وزن / سن
محلول ۱۰ mg/ ۲ ml	۵ تا ۱۰ کیلوگرم از ۱ ماهه (۴kg از ۴kg)
دوز ۰.۷۵ mg/kg	۱۰ تا ۱۴ کیلوگرم از ۱ تا ۳ ساله (۱۰kg از ۱۰kg)
۰.۵ ml = ۵ mg	۱۰ تا ۱۴ کیلوگرم از ۳ تا ۱۰ ساله (۱۴kg از ۱۴kg)
۱ ml = ۱۰ mg	۱۰ تا ۱۴ کیلوگرم از ۱۰ تا ۱۹ ساله (۱۹kg از ۱۹kg)
۱.۵ ml = ۱۵ mg	
۲ ml = ۲۰ mg	

- ▶ اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه ادامه داشت ، دوز دوم دیازپام رکتال را بدهید . یا اگر برای بیمار رنگ گرفته اید دیازپام وریدی ۰.۳ mg/kg به آمسگی در عرض ۳ دقیقه بدهید .
- ▶ اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه یعنی ادامه داشت ، دوز سوم دیازپام رکتال یا فن توئین ۱۵ mg/kg ۱۵ الی ۲۰ الی ۲۰ یا فنوباریتال عضلانی بدهید .
- ▶ **اگر کودک کتب بالا داشت :**
 - ▶ استیمولون بدهید
 - ▶ کودک را با آبی که سوزش زخم است من شو به کنید تا تب کاهش یابد .
 - ▶ برای پیشگیری از خطر آسپیراسیون تا زمان کنترل تشنج نظریه و داروی خوراکی به کودک ندهید .
- ▶ فنوباریتال محلول در آب را منی توئین وریدی تزریق کنید و (محلول ۲۰۰ mg/ml) برای کنترل تشنج در شیرخواران یا دوز ۲۰ mg/kg بدهید .

۲-۱۹ تشخیص درمان فوری مورد نیاز قبل از ارجاع برای شیرخواران کم سن بیمار (کمتر از ۲ ماه)

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

چارت ۱- پیشگیری از اتلاف حرارت بیمار

چارت ۲- نحوه بازکردن 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

چارت ۷- نحوه دادن گلوکز وریدی

چارت ۸- نحوه دادن فنوباریتال برای موارد تشنج

چارت ۹- درمان دارویی

بلافاصله پس از ارائه درمان های فوری به شیرخواری که دارای علائم خطر فوری می باشد و تثبیت علائم

حیاتی، کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.

چارت ۲- باز کردن راه هوایی

- ۱- در وضعیت مناسب قرار دهید (گردن مختصری به عقب کشیده شده) و حوله یا پارچه لوله شده‌ای به ضخامت ۲/۵ - ۳ سانتی‌متر زیر شانه‌های نوزاد قرار دهید .
- ۲- دهان و سپس بینی را ساکن کنید .



دهان و سپس بینی را ساکن کنید → در وضعیت مناسب قرار دهید

- ۳- تحرک پریشی ملایم انجام دهید (ضربه زدن به کف پا یا فندق زدن به پاشنه پا ، و یا مالیدن پشت نوزاد (سیرخون) فقط برای بچک یا دوپار)



فندق زدن به پاشنه پا

ضربه زدن به کف پا



مالیدن پشت

چارت ۱- پیشگیری از اتلاف حرارت بیمار

- ۱- الف : در بدو تولد زیر گرم کننده تاپسی قرار دهید
- ۲- گرم‌آزادیکه مایع آمپولیک به مگنولیم آغشته باشد ، در صورتیکه نوزاد خوشحال نمی‌باشد ساکن دهان و نای انجام شود .
- ۳- سر و صورت و تنه نوزاد را (با حوله یا پارچه تمیز که از قبل گرم شده است) خشک کنید .
- ۴- حوله یا پارچه خشک را کنار بگذارید و او را بر روی حوله یا پارچه‌ای که از قبل گرم شده است ، قرار دهید .

* نوزاد خوشحال (Vigorous) نوزادی است که تلاش تنفسی خوب دارد ، تونسیته عضلاتی او خوب است و ضربان قلب بالای ۱۰۰ بار در دقیقه دارد .



حوله یا پارچه خشک را کنار بگذارید → به ملایمت خشک کنید → زیر گرم کننده تاپسی قرار دهید

چارت ۱- ب : بعد از تولد تا دو ماهگی

- ۱- با وسایل گرم کننده (آزسر - جراج باید دار - کیسه آبگرم ...) نوزاد را گرم نگه دارید .
- ۲- اطمینان حاصل کنید که درجه حرارت زیر بغل نوزاد ۳۶-۳۷ می‌باشد .

در تمام دوره نوزادی و شیرخوارگی از گرم نگهداشتن بیمار اطمینان حاصل کنید .

چارت شماره ۴- نحوه دادن جریان آزاد اکسیژن

مظهور از جریان آزاد اکسیژن این است که اکسیژن خیلی بیس بیدار بر قرار شود ، این کار با وسایل زیر امکان پذیر است :
 ماسک اکسیژن و لوله اکسیژن

ماسک اکسیژن :

- از لوله و ماسک اکسیژن متصل به هم که به جریان اکسیژن ۵ لیتر در دقیقه وصل باشد استفاده کنید .
 با چسباندن ماسک دومی صورت شیرخوار می توانید اکسیژن با خلقت بالا به او برسانید .



قرار دادن محکم ماسک

لوله اکسیژن :

- هنگامی که ماسک در دسترس نباشد برای برقراری اکسیژن ۱۰۰ در صد ، یک لوله را به منبع اکسیژن وصل کنید و کف دست را به صورت مقعر دومی صورت شیرخوار قرار دهید . در این حالت سرعت جریان اکسیژن حداقل ۵ لیتر در دقیقه ، تنظیم شود .



استفاده از لوله اکسیژن

چارت ۳- نحوه انجام تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV)

۱- ماسک را به درستی روی صورت بیمار بگذارید (به طوری که بینی و دهان را بپوشاند و کنار چانه در داخل حاشیه ماسک قرار بگیرد)
 ۲- یک را بشارد و حرکت قفسه سینه را مشاهده کنید .



تهویه را با سرعت ۴۰ تا ۶۰ بار در دقیقه و به مدت ۳۰ ثانیه انجام دهید .

تنفس (فشار)
 تنفس (فشار)
 تنفس (فشار)
 تنفس (فشار)



بلافاصله ضربان قلب را ارزیابی کنید .

(ضربان قلب را با گوشی یا لمسی شریان نامی یا براکیال در مدت ۶ ثانیه شمرده و در عدد ۱۰ ضرب کنید).

بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه	بین ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه	کمتر از ۶۰ بار در دقیقه
که در صورت نبودن نفس خود به خود PPV را تا زمان برقراری تنفس ادامه دهید و (به لزوم لوله گذاری و یا گذاشتن OGT توجه کنید) . ضربان قلب را نیز کنترل نمایید . که در صورت وجود تنفس خود به خودی و موزن پس از قطع تدبیرهای PPV و انجام حرکت پرستی برای مدتی جریان آزاد اکسیژن برقرار کنید و سپس به ارزیابی رنگ نوزاد بپردازید .	تهویه را ادامه دهید و کفایت تهویه را کنترل کنید . و به لزوم لوله گذاری توجه کنید .	تهویه را ادامه دهید و فشرده سازی را شروع کنید . و به لزوم لوله گذاری توجه کنید .

اگر با وجود تهویه کافی و فشرده قفسه سینه حداقل به مدت ۳۰ ثانیه ، تعداد ضربان قلب کمتر از ۶۰ باقی بماند و یا ضربان قلب صفر باشد در زمان دارویی را آغاز کنید (چارت شماره ۵)

* وجود حرکت در قفسه سینه آن است که بیدار به طور مناسب تهویه می شود در صورتیکه قفسه سینه حرکت نمی کند یا حرکت آن ضعیف است ، ابتدا اصلاح وضعیت سر ، سپس چک کردن محل قرارگیری ماسک و کنترل راه های هوایی از نظر انسداد و بعد افزایش فشار تهویه را انجام دهید . در صورت عدم حرکت قفسه سینه لازم است لوله گذاری داخل نای را در صورت داشتن مهارت لازم انجام دهید . در غیر این صورت تهویه با ماسک را ادامه دهید .

چارت ۷ - نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک

- ◀ برای بیمار رگ بگیرید (برای انجام آزمایش‌های اورژانس خون‌گیری کنید).
- ◀ سرم رینگر لاکتات یا نرمال سالین وصل کنید - مطمئن شوید که سرم به خوبی جریان دارد.
- ◀ جریان سریع سرم ۲۰ ml/kg

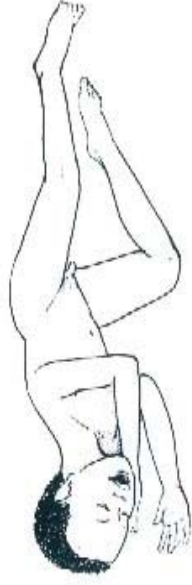
حجم رینگر لاکتات یا نرمال سالین (۲۰ ml/kg)	وزن (کیلوگرم)
۳۰ ml	تا ۱/۵
۴۰ ml	از ۱/۵ تا ۲/۵
۶۰ ml	از ۲/۵ تا ۳/۵
۸۰ ml	از ۳/۵ تا ۴/۵
۱۰۰ ml	از ۴/۵ تا ۵/۵

- پس از دریافت مایع فوق کودک را ارزیابی کنید.
 - ◀ اگر بهبودی حاصل نشد، تزریق مایع فوق را تکرار کنید.
 - ◀ اگر بهبودی حاصل نشد، مجدداً تزریق مایع فوق را تکرار کنید.
- پس از سومین تزریق کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.
- در صورت عدم امکان ارجاع دوباره ارزیابی کنید.
 - ◀ اگر بهبودی حاصل نشد در عرض ۶۰ دقیقه میزان FFP ۲۰ ml/kg یا خون بزنید.

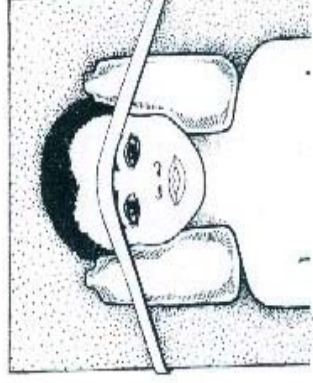
- ◀ پس از بهبودی در هر مرحله (کاهش تعداد بیض، بهتر پر شدن مویرگ‌ها) با سوچین تجویز سرم کودک را به بیمارستان ارجاع دهید و در بین راه (راه ۷۰ ml/kg) از محلول دکستروسالین (یا در صورت عدم دسترسی: سرم ۲/۳، ۱/۳ یا رینگر لاکتات یا نرمال سالین) را در عرض ۵ ساعت بدهید.
- ◀ مکرراً کودک را ارزیابی کنید. اگر بهبودی حاصل نشد، قطرات مایع را با سرعت بیشتری تجویز کنید.
- اگر نمی‌توانید مایعات وریدی تزریق کنید:
 - ◀ مقادیر مایعات فوق، از طریق لوله سده (N.G.T) یا داخل استخوان تا زمان رگ گیری داده شود.

چارت ۶ - نحوه وضعیت دادن به شیرخوار بیهوش

- مشکوک به ترومای گردن نیست:**
 - ◀ کودک را به پهلو قرار دهید تا خطر آسپیراسیون کاهش یابد.
 - ◀ گردن را کمی به حالت اکستنسیون در آورید و برای ثابت نگه داشتن یک دست او را زیر گونه قرار دهید.
 - ◀ برای ثابت ماندن وضعیت بدن یک پا را به جلو خم کنید.



- مشکوک به ترومای گردن است:**
 - ◀ کودک را به پشت بخوابانید و گردن او را ثابت کنید.*
 - ◀ پشانی کودک را به تخته محکمی با چسب بچسبانید تا در همین وضعیت باقی بماند.
 - ◀ برای جلوگیری از حرکت گردن، در طولین سر کودک، یک سرم قرار دهید.



* اگر کودک استفراغ می‌کند یا ننگه داشتن سر در امتداد بدن، کودک را به پهلو برگردانید.

چارت ۹- نحوه دادن کلسیم و فنوباریتال برای موارد تشنج

- دوز دارو را براساس وزن کودک تعیین کنید.
- در صورت داشتن IV Imc مطمئن قبل از دادن فنوباریتال. محلول گلوکز کلسیم ۲۰٪ به هم حجم خود رقیق شده باشد به آهستگی بز عرض ۱۵-۱۰ دقیقه با کنترل میزان قلب تزریق شود.
- اگر تشنج ادامه داشت فنوباریتال محلول در آب را می توان وریدی و به آهستگی در عرض ۱۰-۱۵ دقیقه تزریق کرد
- دوز لازم را از آمبول فنوباریتال به داخل سرنگ انسولین ۱ ml بکشید
- فنوباریتال را به صورت IV و یا در صورت عدم امکان IV عضلانی تزریق کنید.
- کودک را پس از کنترل تشنج سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید.

وزن (کیلوگرم)	فنوباریتال محلول ۲۰۰ mg/ml دوز ۰/۱ ml/kg = ۲۰ mg/kg
تا ۱/۵	۰/۱ ml
از ۱/۵ تا ۲/۵	۰/۲ ml
از ۲/۵ تا ۳/۵	۰/۳ ml
از ۳/۵ تا ۴/۵	۰/۴ ml
از ۴/۵ تا ۵/۵	۰/۵ ml

- اگر تشنج پس از ۲۰ دقیقه ادامه داشت ، دوز دوم فنوباریتال را با نصف مقدار پرستلا به صورت IV تزریق کنید.
- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه بندی نیز ادامه داشت ، دوز سوم فنوباریتال را با نصف مقدار بالا به صورت IV (IM) تزریق کنید .
- اگر تشنج هنوز پس از ۱۰ دقیقه بندی ادامه داشت فنی توئین ۲۰۰ mg/kg به صورت IV به آهستگی در عرض ۲۰ دقیقه تزریق کنید و در صورت عدم پاسخ ، دایازپام ۰/۳-۰/۱ mg/kg داخل وریدی در مدت ۵ دقیقه تزریق کنید و نوزاد را ارجاع دهید

تذکره :

- به منظور پیشگیری از آسیب رسوبن تا زمان کنترل تشنج نوزاد و NPO نگهدارید .
- دقت شود فنوباریتال محلول در چربی را نمی توان وریدی تجویز کرد .

چارت ۸- نحوه دادن گلوکز وریدی

- برای بیمار رگ * بگیری (پری تمام آزمایشات اورژانس خونگیری کنید) .
- ۴ ml/kg محلول گلوکز ۱۰٪ را با سرنگ به داخل ورید تزریق کنید .

حجم محلول گلوکز ۱۰٪ که باید به صورت پمولس (۴ ml/kg) داده شود	وزن (کیلوگرم)
۵ ml	تا ۱/۵
۱۰ ml	از ۱/۵ تا ۲/۵
۱۵ ml	از ۲/۵ تا ۳/۵
۲۰ ml	از ۳/۵ تا ۴/۵
۲۵ ml	از ۴/۵ تا ۵/۵

- درمان با محلول سرم قندی ۱۰٪ به میزان ۸ mg/kg/min برای ۵ ساعت تا زمان ارجاع ادامه یابد .
- به محض هویشداری کودک ، تغذیه او را شروع کنید . (حدوداً معادل ۱۰۰-۱۲۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم برای ۲۴ ساعت از سرم قندی ۱۰٪ این میزان را تأمین میکند .)

- در صورتیکه خطر آسیب رسوبن وجود دارد :
- سرم یا سرم قندی ۵٪ یا ۱۰٪ محلول قندی از طریق لوله معده دهید .

- * گرمی توانید برای بیمار رگ بگیری و کودک تشنج ندارد، شیر یا محلول قندی از طریق لوله معده (N.G.T) دهید .

- برای تهیه محلول قندی ، ۴ قاشق مرباخوری (۲۰ GI) شکر را در ۲۰۰ ml آب جوشیده خشک شده حل کنید .

چارت ۵- درمان دارویی

سرعیت تجویز / احتیاطها	دوز/ راه تجویز	آماده سازی	غلظت تجویز شده	دارو
به سرعت داده شود در صورت استفاده از ET باید به وسیله سرم فیزیولوژی غلظت آن میزان ۱ الی ۲ میلی لیتر رقیق گردد.	۰.۱-۰.۳ mg/kg ۰.۱-۰.۳ ml/kg ET یا IV	یک میلی لیتر	۱:۱۰۰۰۰	این نفرین
ظلی ۵ تا ۱۰ دقیقه داده شود به وسیله سرنگ یا انفوزیون از راه IV داده شود.	۱۰ mg/kg IV	۴۰ میلی لیتر	- فرمال سانس یا - ریگر لاکتات یا O ^۲ سی	انژاش دقت حجم
به آسانی حاصل در منزل ۲ دقیقه داده شود. قطره بر صورتیکه نوزاد تحت تهویه مزمن قرار دارد، داده شود.	۲ mg/kg IV (۴ ml/kg)	۲۰ میلی لیتر یا دو سرنگ از بیش بر شده ۱۰ میلی لیتری	۰.۵ mg/ml (۱:۲۰۰)	پکریات سدیم
به سرعت داده شود ET, IV ترجیح داده می شود. IM, SQ قبل قبول است.	۰.۱ mg/kg (۰.۱۵ ml/kg) ET, IV IM, SQ	۱ ml	۰.۴ mg/ml	تالوکسان میدروکلراید
	۰.۱ mg/kg (۰.۱ ml/kg) ET, IV IM, SQ	۱ ml	۱ mg/ml	

چارت ۵- درمان دارویی

رده های تجویز دارو عبارتند از : وریدهای محیطی و تزریق داخل نای

البته رایج ترین راه از طریق ورید نافی است .

این نفرین :

اولین دارویی است که در احیا تجویز می شود . این نفرین را زمانی تجویز کنید که :

• ضربان قلب صفر باشد یا

• با وجود تهویه کافی (با اکسیژن ۱۰۰ درصد) و فشردن قفسه سینه حداقل به مدت ۳۰ ثانیه تعداد ضربان

قلب کمتر از ۶۰ بار در دقیقه باقی بماند .

غلظت این نفرین باید ۱:۱۰۰۰۰۰ باشد (برای مثال برای تهیه ۱ سی سی از این غلظت باید ۱ سی سی از محلول

۱:۱۰۰۰۰ را با ۰.۹ سی سی سرم فیزیولوژی در یک سرنگ آماده کرد) .

در صورت نیاز به مقادیر بیشتر از این غلظت ، به همین روش عمل کنید .

دوزها :

۰.۱-۰.۳ میلی لیتر برای هر کیلوگرم از محلول ۱:۱۰۰۰۰۰ از طریق داخل وریدی (IV) یا داخل نای (E)

اگر روش داخل وریدی امکان پذیر نباشد و یا بسیار به دوزهای استاندارد پاسخ ندهد ، بسایه دوزهای بالاتر

این نفرین (۲ تا ۱۲ میلی لیتر برای هر کیلوگرم) به طریق داخل نای تجویز شود .

انتظار می رود ۳۰ ثانیه پس از تجویز دارو ، تعداد ضربان قلب به ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر برسد . اگر تعداد ضربان

قلب زیر ۶۰ باقی ماند :

• تزریق مجدد این نفرین (در صورت نیاز می توان هر ۳ تا ۵ دقیقه یکبار تکرار کرد)

• در صورتیکه شک به از دست دادن شدید خون همراه با علائم میپولسمی وجود داشته باشد ، افزایش دهنده

حجم (فرمال سانس ، ریگر لاکتات یا یک سل O^۲) تجویز کنید .

در صورتیکه نولف قلبی تنفسی طولانی مدت بوده و به سایر درمانها پاسخ ندهد بیکرنات سدیم تجویز کنید .

بیکرنات سدیم فقط پس از برقراری تهویه مناسب باید تجویز گردد و با غلظت ۰.۵ mg/ml (محلول ۴:۲ درصد)

و با دوز ۲ mg/kg از ۴ تا ۶ ml/kg (یعنی تزریق شود) .

حجم آب غلظت رقیق نباید (

• در صورتیکه سایته تزریق مخدر به مادر در ۴ ساعت قبل از زایمان نوزاد ، وجود داشته باشد و با شیو خوار علائم و

نشانه های مصرف مواد مخدر را داشته باشد ، باید تالوکسان میدروکلراید (تالوکسان) به میزان ۰.۱ mg/kg ترجیحا

از طریق IV یا ET تزریق گردد .

۳-۱۹ آنتی بیوتیک های داخل عضلانی برای شیرخواران کم سن بیمار (کمتر از ۲ ماه)

به چارت درمان شیرخوار مراجعه کنید. شیرخواران کم سن می توانند از سه نوع آنتی بیوتیک استفاده کنند: جنتامایسین، آمپی سیلین و پنی سیلین G. شیرخواران کم سن در طبقه بندی احتمال عفونت باکتریال شدید اغلب با دامنه وسیعتری از باکتریها نسبت به شیرخواران بزرگتر مبتلا می شوند. مصرف دو آنتی بیوتیک همراه با هم در برابر این باکتریها موثر است اولین آنتی بیوتیک انتخابی: جنتامایسین و آمپی سیلین و دومین آنتی بیوتیک انتخابی: جنتامایسین و پنی سیلین 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.

۴-۱۹ آنتی بیوتیک های داخل عضلانی برای کودک بیمار (۲ ماهه تا ۵ ساله)

در بسیاری از موارد بیماریهای شدید، باید یک دوز واحد کلرامفنیکل به صورت داخل عضلانی تزریق کنید. ORS یا سایر داروهای خوراکی مانند استامینوفن باید در محل ارجاع وقتی کودک توانایی خوردن را پیدا کرد، داد. سپس کودک را فوراً ارجاع دهید.

از جدول موجود در چارت درمان برای تعیین مقدار دارو استفاده کنید. (به مثال شماره ۲۴ توجه کنید). آمپول های کلرامفنیکل معمولاً به صورت پودر در ویال های ۱۰۰۰ میلی گرمی می باشد. ۵ میلی لیتر آب مقطر به ۱۰۰۰ میلی گرم ویال کلرامفنیکل اضافه کنید که غلظت ۶/۵ میلی لیتر کلرامفنیکل در ۱۸۰ mg/ml بدست خواهد آمد. مقدار دارو را از ردیف های جدول که بیشترین نزدیکی را با وزن کودک (یا سن در صورتی که وزن مشخص نیست) دارد انتخاب کنید.

مثال شماره ۲۴: جدول مربوط به مقدار و نحوه مصرف داروی مورد نیاز برای کلرامفنیکل عضلانی

سن یا وزن	کلرامفنیکل مقدار: ۴۰ میلیگرم بازای هر کیلوگرم وزن بدن یا ۵ میلی لیتر آب مقطر برای هر ویال $1000 \text{ mg} = 5/6 \text{ ml} * 180 \text{ mg/ml}$
۲ ماهه تا ۴ ماهه (۴ تا کمتر از ۶ کیلوگرم)	۱ میلی لیتر = ۱۸۰ میلی گرم
۴ ماهه تا ۹ ماهه (۶ تا کمتر از ۸ کیلوگرم)	۱/۵ میلی لیتر = ۲۷۰ میلی لیتر
۹ ماهه تا ۱۲ ماهه (۸ تا کمتر از ۱۰ کیلوگرم)	۲ میلی لیتر = ۳۶۰ میلی گرم
۱۲ ماهه تا ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴ کیلوگرم)	۲/۵ میلی لیتر = ۴۵۰ میلی گرم
۲ ساله تا ۵ ساله (۱۴ تا ۱۹ کیلوگرم)	۳/۵ میلی لیتر = ۶۳۰ میلی گرم

۱۹-۵ 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 بوجود می آید. از آنجا که این مسئله موجب اختلال مغزی می شود می تواند بسیار خطرناک باشد.

برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، شیرمادر، جانشین شونده های شیرمادر یا آب قند که تامین کننده گلوکز است به کودک بدهید. این اقدامات را یکبار، 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.

فصل ۲۰

ارجاع فوری

۴ مرحله را برای ارجاع کودک به نزدیکترین بیمارستان انجام دهید:

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

- او فکر می کند بیمارستان جایی است که اغلب مردم می میرند و می ترسد که کودک او هم در آنجا 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 دیگر 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 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 آنجا 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 پرسید 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 کند و برای آنها 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 برمی آید برای او انجام بدهید.

۳- فرم ارجاع بیماری را بنویسید و به مادر بدهید که با خودش به بیمارستان ببرد و به او بگوید که این فرم را به

پرسنل در آنجا 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 دستورهایی 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 بگوید در طول راه چگونه آن را به کودک بخوراند (طبق مقدار تعیین شده در چارت درمان). اگر فکر می کنید که مادر به بیمارستان نخواهد رفت آنتی بیوتیک برای یک دوره درمان به او بدهید و به او بگوید چگونه به کودکش بخوراند.
- به مادر بگوید 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.

فصل ۲۱

داروهای خوراکی مناسب

در بخش ۴ نحوه تشخیص نوع درمان لازم برای شیرخوار کم سن و کودک را یاد گرفته اید. چارت درمان کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله و درمان شیرخوار کمتر از ۲ ماهه نحوه دادن درمان های لازم را شرح داده است. از این چارت ها برای انتخاب داروی مناسب و تعیین مقدار مناسب دارو استفاده کنید.

موفقیت درمان در منزل بستگی به چگونگی برقراری ارتباط مناسب با مادر یا فرد مراقبت کننده دارد. او نیاز دارد که نحوه درمان را بداند. همچنین لازم است اهمیت درمان را بفهمد. بخش ۶ مهارت های لازم برای برقراری ارتباط مناسب را شرح داده اطلاعات لازم برای آموزش مادر یا فرد مراقبت کننده برای مراقبت از شیرخوار کم سن یا کودک در منزل را ارائه می دهد.

لازم به ذکر است که گاهی اوقات می توان یک آنتی بیوتیک را برای درمان بیماری یا بیماریهای کودک تجویز کرد ولی در بعضی کودکانی که بیش از یک بیماری دارند ممکن است نیازمند درمان با آنتی بیوتیک دیگری باشند. در صورت امکان، یک آنتی بیوتیک که تمام بیماری های کودک را درمان کند، انتخاب کنید. در اینجا نکات مهمی در مورد هر یک از داروهای خوراکی آمده است که آن ها را به خاطر بسپارید.

پنومونی:

کودک مبتلا به پنومونی را می توان به صورت سرپایی درمان کرد. برای درمان پنومونی:

- آموکسی سیلین (15 mg/kg/dose) سه بار در روز به مدت ۵ روز یا
 - کوتریموکسازول (4 mg/kg/dose) بر اساس تری متوپریم دو بار در روز به مدت ۵ روز بدهید.
- در صورت امکان دوز اول آنتی بیوتیک را در مرکز به مادر بدهید و به او آموزش دهید که چگونه ادامه درمان را در منزل انجام دهد

عفونت حاد گوش (اوتیت مدیا):

برای درمان اوتیت مدیای حاد می توانید از:

- آموکسی سیلین (30 mg/kg/dose) سه بار در روز به مدت ۱۰ روز یا
- کوتریموکسازول (4 mg/kg/dose) بر اساس تری متوپریم دو بار در روز به مدت ۱۰ روز بدهید

عفونت مزمن گوش:

اریترومایسین (15 mg/kg/dose) سه بار در روز به اضافه کوتریموکسازول (4 mg/kg/dose) براساس تریم متوپریم) دوبار در روز به مدت 14 روز استفاده کنید.
در صورتی که خروج چرک از گوش کودک بیش از 6 هفته ادامه دارد، باید به بیمارستان ارجاع شود.

سینوزیت:

انتخاب اول در درمان سینوزیت آموکسی سیلین (30 mg/kg/dose) سه بار در روز می باشد که تا 7 روز پس از برطرف شدن نشانه ها (معمولاً 14 تا 21 روز) ادامه دهید در صورت عدم پاسخ به این درمان، کوآموکسی کلاو (50 g/kg/dose) به اضافه آموکسی سیلین (25 mg/kg/dose) سه بار در روز انتخاب دوم می باشد.
همچنین شستشوی بینی با قطره کلرورسدیم توصیه می شود
سیاه سرفه

سیاه سرفه یک عفونت تنفسی مشخصه برونشیت است که به آهستگی بهبود می یابد و در کودکانی که تاکنون واکسینه نشده اند، شدیدتر می باشد. پس از دروه کمون 7-10 روزه، تب در کودک عارض می شود که معمولاً با سرفه و ترشحات بینی همراه و از نظر بالینی از سرماخوردگی ساده قابل افتراق نمی باشد. در طی هفته دوم، حملات سرفه آغاز می شود که قابل تشخیص برای سیاه سرفه می باشد. حملات سرفه ممکن است مدت 3 ماه یا بیشتر طول بکشد. 2 هفته تا حداکثر 3 ماه پس از بروز بیماری کودک عفونی باقی می ماند. اگر کودک بیش از دو هفته دارای سرفه شدید بود باید به سیاه سرفه شک کرد.

برای درمان کودک مبتلا به سیاه سرفه: (زیر 6 ماه به بیمارستان ارجاع دهید.)

- سن بالای 6 ماه/ همراهی با پنومونی / تشنج/ دهیدراتاسیون/ سوء تغذیه شدید/ آپنه طولانی یا سیانوز پس از سرفه در بیمارستان بستری گردد. درغیراینصورت درمان در منزل:

- اریترومایسین خوراکی (12/5 mg/kg) 4 بار در روز برای 14 روز این کار طول بیماری را کم نمی کند بلکه از زمان انتقال عفونت می کاهد.

- در صورت وجود تب، برای درمان پنومونی ثانویه احتمالی، از آموکسی سیلین (25 mg /kg) 3 بار در روز برای 5 روز استفاده کنید

- در صورتی که آموکسی سیلین در دسترس نبود. کوتریموکسازول- به همان ترتیب که در پنومونی گفته شد. استفاده کنید.

- در صورت امکان از هر گونه مداخله ای که باعث ایجاد سرفه می شود بپرهیزید. کارهایی از جمله ساکشن، معاینه گلو، گذاردن N.G.tube می تواند باعث ایجاد سرفه شود.

- از مصرف مهار کننده های سرفه، سداتیو، موکولتیک و آنتی هسیتامین بپرهیزید.

- دو صورت تب (درجه حرارت 39 و بالاتر)، استامینوفن بدهید.

- مادر را تشویق کنید تغذیه با شیرمادر یا مایعات خوراکی را ادامه دهد.

- واکسیناسیون DPT به کودکانی که قبلاً واکسینه شده اند تزریق کنید.

- برای 14 روز اریترومایسین (12/5 mg/kg) 4 بار در روز به تمام افرادخانواده که در تماس نزدیک بوده اند تجویز کنید (بدون توجه به سابقه واکسیناسیون)

- واکسیناسیون به کودکانی که قبلاً واکسینه نشده اند تزریق کنید.

- اگر سومین دوز واکسن، 6 ماه قبل یا چهارمین دوز، سه سال گذشته دریافت شده است باید یک دوز بوستر تزریق شود.

- تا 5 روز بعداز شروع درمان، کودک ایزوله باشد.

سل:

اکثر کودکانی که با میکروب میکوباکتریوم توبرکولوزیس عفونی شده اند، مبتلا به بیماری سل نمی شوند. تنها علامت عفونت ممکن است یک تست پوستی مثبت باشد. پیدایش بیماری بستگی به مقاومت سیستم ایمنی تکثیر میکوباکتریوم توبرکولوزیس دارد. این مقاومت بسته به سن متفاوت بوده و در شیرخواران کم سن کمترین مقدار را دارد. وجود عفونت HIV و سوء تغذیه دفاع بدن را کاهش داده و سرخک نیز موجب کاهش قدرت سیستم ایمنی می شود. در صورت وجود هر یک از این شرایط احتمال ابتلاء به بیماری سل افزایش می یابد.

وخامت سل زمانی که ریه یا مننژ را درگیر کند شدیدتر است. استخوان ها، مفاصل، شکم، غدد لنفاوی گردنی گوش، چشم و پوست نیز ممکن است درگیر شوند. برخی از کودکان فقط با اختلال رشد، کاهش وزن یا تب طولانی مدت مراجعه می کنند. سرفه بیش از ۳۰ روز نیز می تواند یکی از نشانه های موجود باشد ولی در بچه ها سل خلط مثبت به مدت تشخیص داده می شود.

برای درمان سل از دستورالعمل کشوری عمل نمایید.

- مرحله حمله ای (۶ ماه بعدی) ایزونیاژید + ریفامپین + اتامبوتول یا استرپتومايسين + پیرازین آمید
- مرحله نگهدارنده (۴ ماه بعدی) ایزونیاژید + ریفامپین
- در صورت امکان از تجویز استرپتومايسين در کودکان پرهیزید علاوه بر درد محل تزریق، ممن است باعث آسیب پایای عصب شنوایی شود

بروسلوز:

برای درمان بروسلوز در کودکان کوتریموکسازول (بر اساس تری متوپریم 10 mg /kg /24h) به اضافه ریفامپین ($15-20 \text{ mg /kg / 24h}$) بمدت ۴۵ روز تجویز کنید

آسم:

آسم یک بیماری التهابی مزمن است که موجب انسداد قابل برگشت راه های هوایی می شود. مشخصه اصلی آسم حملات عود کننده ویزینگ، اغلب همراه با سرفه است که به درمان با برونکودیلاتور ها و داروهای ضد التهابی پاسخ می دهد. تنها در شرایطی که علائم پنومونی وجود داشته باشد درمان آنتی بیوتیکی لازم است. جهت درمان آسم مطابق زیر عمل کنید:

در صورت اولین بروز علائم آسم (سرفه، خس خس، تنگی نفس) بدون دیسترس تنفسی، با اقدامات نگهدارنده درمان در منزل رانجام داده و نیازی به درمان دارویی ندارد.

- در صورت وجود دیسترس تنفسی یا ویزینگ عود کننده با توجه به سابقه آن مطابق زیر عمل و پس از ۳۰ دقیقه ارزیابی کنید. اگر دیسترس تنفسی یا سیانوز یا عدم توانایی صحبت یا نوشیدن باقی است فوری به بیمارستان ارجاع دهید.

۱. آسم متناوب: علائم آسم ۲ بار و یا کمتر از آن در هفته ومدت حمله کوتاه یا علائم آسم شبانه کمتر از ۲ بار در ماه - در صورت بروز حمله* از سالبوتامول (نبولایزر یا اسپری + آسم یار یا شربت) استفاده شود (نباید بیشتر از ۳ بار در هفته استفاده شود در صورت نیاز، درمان آسم مداوم خفیف اجرا شود)

۲. آسم خفیف مداوم: علائم آسم بیش از ۳ بار در هفته و نه هر روز بروزی کند یا علائم آسم شبانه بیش از ۲ بار در ماه

- بطور منظم و هر روز کرومولین و یا از استروئید استنشاقی* (بکلومتازون) استفاده شود

- در صورت بروز حمله از سالبوتامول (نبولایزر/ اسپری + آسم یار یا شربت) حداکثر ۳ بار در روز استفاده شود

۳. آسم متوسط مداوم: علائم آسم هر روز بروزی کند و شبها کمتر از یک بار در هفته است

- بطور منظم از استروئید استنشاقی* (بکلومتازون) با استفاده از آسم یار استفاده شود

- در صورت بروز حمله از سالبوتامول (نبولایزر/ اسپری + آسم یار یا شربت) استفاده شود

۴. **آسم شدید مداوم** : علائم آسم در طول شبانه روز وجود دارد.

- بطور منظم از استروئید استنشاقی (بکلر متازون) و سالبوتامول (بنولایزر/ اسپیری/ شربت) استفاده شود
- در صورت لزوم استروئید خوراکی استفاده شود

اکسیژن: به همه بیماران آسمی که مشکل تنفسی آنها به گونه ای است که با سخن گفتن یا خوردن تداخل دارد، داده می شود.

تبصره: در کلیه موارد فوق پس از درمان اولیه با اکسیژن و سالبوتامول، بیمار به متخصص ارجاع شود.
برونشیولیت:

- در صورت وجود علائم پنومونی یا بیماری خیلی شدید یا علایم دیسترس تنفسی فوری به بیمارستان ارجاع دهید و در باقی موارد درمان علامتی در منزل انجام دهید
- برای تب بالا یا مساوی ۳۸٫۵ استامینوفن بدهید.
- کودک را تشویق کنید که هر چه زودتر می تواند غذا بخورد.

کروپ ویروسی:

در کودکان با کروپ ویروسی خفیف، به مصرف فراوان مایعات، غذا و شیر تشویق کنید و در کروپ ویروسی شدید به بیمارستان ارجاع دهید

سوء تغذیه شدید

بررسی کودک دچار سوء تغذیه همیشه باید شامل یک شرح حال و معاینه دقیق باشد و اغلب همین کافی است. تست های تشخیصی آزمایشگاهی به ندرت مفید هستند. (۱،۲) چون شایعترین علت FTT علل غیر ارگانیک هستند که به صورت مشکلات اجتماعی اقتصادی و فرهنگی در تغذیه می باشند. در شرح حال نکات مهم عبارتند از: (۱،۵) سابقه پری ناتال: سابقه زایمانی، سقط مکرر، آیا حاملگی ناخواسته بوده، استفاده از دارو و مواد مخدر یا سیگار. سابقه زایمان و نوزادی: آسفیکسی نوزادی، معیار آپگار، نارس بودن، SGA ، وزن تولد، عفونت مادرزادی، مالفورماسیون، bonding با مادر، طول بستری، حمایت از تغذیه با شیر مادر، مشکلات تغذیه در نوزادی سابقه دوران کودکی: معاینه مکرر و منظم، واکسیناسیون، تکامل و معیارهای آن، بیماریهای طبی یا جراحی، عفونت مکرر

وضعیت رشد: منحنی رشد

وضعیت تغذیه: رفتارهای تغذیه ای کودک و خانواده، آزرژی غذایی، نوع و مقدار کمی هر وعده غذا (برای ۳ روز جزئیات تغذیه ۲۴ ساعته ثبت شود).

سابقه خانوادگی: وزن و قد پدر و مادر، رشد سایر کودکان خانواده، بیماریهای گوارشی و غیره.

وضعیت اجتماعی: سن و شغل والدین، چه کسی طفل را تغذیه می کند؟ استرسهای خانوادگی، حمایت های اجتماعی (بیمه و غیره) آیا درک سوء تغذیه به عنوان یک مشکل وجود دارد؟ سابقه خشونت یا نادیده گرفتن حقوق طفل.

مروری بر علائم و جستجو برای بیماری ارگانیک: بی اشتها، تغییر وضعیت تفکر، دیسفاژی، وضعیت و قوام مدفوع، استفراغ یا ریفلاکس، تب مکرر، سوزش و تکرر ادرار، میزان فعالیت و رقابت با هم سن و سالان.

تستهای آزمایشگاهی اغلب به تشخیص کمک نمی کنند. در ۱۸۵ کودک زیر ۳ سال که از نظر FTT بررسی می شدند. تنها ۳۶ آزمون آزمایشگاهی از ۲۶۰۷ آزمایش انجام شده (۱۴٪) در تشخیص مفید بودند. و در تمام موارد معاینه بالینی و شرح حال دقیق از قبل وجود آن بیماری را مطرح ساخته بود. لذا یک معاینه و شرح حال کامل Screen اولیه بیماری ارگانیک در FTT است و آزمونهای آزمایشگاهی باید به حداقل رسانده شود و حداکثر در بعضی بیماران CBC و ESR و BUN و آلومین، ALKP و آنالیز و کشت ادرار کافی است. اما نیاز نیست این آزمایشها در همه بیماران انجام

شود. (۱) تست توبرکولین در تمام موارد سوء تغذیه واجب است و اگر در ابتدا منفی بود به علت اثر ساپرس کننده ایمنی سلولی در سوء تغذیه میباشد و بعد از بهبودی باید تکرار شود. (۶)

در سوء تغذیه خفیف افزایش کالری دریافتی اولین قدم درمانی است (کالری دریافتی روزی ۱۵۰-۱۰۰ kcal/kg/day و پروتئین ۲-۳ gr/kg/day توصیه می شود. استفاده از غذاهای پرکالری مثل کره و پنیر توصیه می گردد. استفاده روتین از مولتی ویتامین حاوی آهن و روی در این موارد توصیه شده و چنانچه شواهد آزمایشگاهی به نفع فقر آهن است درمان با آهن با دوز و مدت کافی بکار می رود.

همچنین توصیه های خانوادگی و تغذیه ای انجام می گردد.

انديکاسيون بستری در بیمارستان شامل: (۱)

(۱) شواهد آنتروپومتریک دال بر سوء تغذیه شدید

(۲) شواهد سوء استفاده، خشونت یا غفلت از طفل

(۳) کم آبی شدید

(۴) بیماری روانی یا اعتیاد فرد مراقبت کننده از طفل

(۵) موفق نبودن درمان سرپایی در وزن گیری

اسهال خونی:

در درمان اسهال خونی نالیدیکسیک اسید (۵۵ mg/kg/day) هر ۶ ساعت برای ۵ روز به صورت خوراکی بدهید. درمان حمایتی شامل پیشگیری و اصلاح کم آبی و ادامه تغذیه می باشد. در مورد اسهال خونی به هیچ عنوان برای درد شکمی و رکتال یا کاهش دفعات مدفوع درمان سمپتوماتیک انجام ندهید چرا که ممکن است موجب تشدید بیماری شوند.

برای درمان کم آبی ابتدا کودک را از نظر شدت کم آبی ارزیابی کرده و سمپس براساس برنامه درمانی الف، ب یا ج او را درمان کنید.

بهبود وضعیت تغذیه: اطمینان از یک رژیم غذایی مناسب بسیار حایز اهمیت می باشد زیرا اسهال خونی دارای تاثیر منفی روی وضعیت تغذیه می باشد. ولی به دلیل کاهش اشتها تغذیه چنین کودکانی مشکل است. برگشت اشتها یک علامت خوب برای بهبودی حال کودک است.

• در طی مدت بیماری تغذیه با شیرمادر بیشتر از تعداد دفعات معمول باید ادامه یابد زیرا در هر وعده کودک مقدار کمتری نسبت به حالت همیشگی شیر می خورد.

• کودکان ۶-۴ ماهه و بزرگتر باید غذای همیشگی خود را دریافت نمایند کودک را به خوردن تشویق کرده و به او اجازه دهید غذای دلخواه خود را انتخاب کند.

اسهال خونی دارای عوارض نظیر افت سطح پتاسیم، تب بالا، پرولاپس رکتوم، تشنج و سندرم همولیتیک-اورمیک می باشد

اسهال و بایی:

اگر وبا در منطقه وجود دارد، در کودکان بالای ۲ سال مبتلا به اسهال آبکی با کم آبی شدید به وبا نیز مشکوک شوید. در درمان اسهال و بایی، مهمترین جزء درمان تامین آب و الکترولیت می باشد. و کوتریموکسازول خوراکی (10 mg/kg/ day) هر ۱۲ ساعت به مدت ۳ روز توصیه می شود.

عفونت ادراری:

عفونت دستگاه ادراری به خصوص در شیرخواران دختر شایع می باشد. در صورت وجود عفونت، کشت میکروبی ادرار مقادیر بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ باکتری در لیتیر در نمونه ادرار کودک دارای علامت نشان می دهد. از آنجا که در

بسیاری از مناطق کشت ادرار امکان پذیر نمی باشد، تشخیص معمولاً براساس علائم کلینیکی و آزمایش ساده ادرار داده می شود.

تشخیص:

در کودکان کم سن تر، عفونت ادراری اغلب با علائم غیر اختصاصی بروز می کند مثل استفراغ، تب، تحریک پذیری، تب، تحریک پذیری یا PTT، علائم در کودکان بزرگ تر اختصاصی تر می باشد مانند درد شکمی، سوزش ادرار، تکرر ادرار یا شب ادراری (در کودکی که قبلاً مشکل شب ادراری نداشته است).

یافته های آزمایشگاهی:

- نمونه ادرار تمیز یا تازه و غیر سانتیفرژ شده از نظر میکروسکوپی ادرار باید بررسی شود. موارد UTI معمولاً مقادیر بیشتر از 5 WBC را در درشت نمایی بالا نشان می دهند.
- در صورت امکان یک نمونه ادرار «تمیز گرفته شده» برای انجام کشت باید گرفته شود. در شیرخواران بیمار ممکن است آسپیراسیون سوپراپوبیک ضروری باشد. به عمق ۳ سانتیمتر در خط وسط در بالای خط عرض بالای ناحیه پوبیس در شرایط استریل با سوزن 23G آسپیره نمائید این کار را فقط در کودکی که مثانه پر دارد انجام دهید که با دق مشخص می شود. از کیسه ادرار برای گرفتن نمونه استفاده نکنید زیرا احتمال آلودگی آن زیاد است. درمان: (در صورت عدم امکان ارجاع)

در درمان کودک مبتلا به UTI اگر تب کودک بیشتر از $38/5$ درجه سانتیگراد بود، جنتامایسین

5 mg/kg/day (۴) به مدت ۷ روز بدهید. اگر تب کمتر از $38/5$ درجه سانتیگراد بود، بسته به سن کودک، در کودکان زیر دو سال جنتامایسین (5 mg/kg/day) به مدت ۷ روز و در کودکان بالای دو سال نیتروفورانئوئین (5 mg/kg) هر ۶ ساعت به مدت ۷ روز بدهید. در این دسته از کودکان باید توصیه شود که به طور منظم و مکرر به آنها مایعات و شیرمادر داده شود تا با دریافت کافی مایعات به پاک شدن عفونت و پیشگیری از دزهیدرتاسیون در آنها کمک شود.

مالاریا:

در مناطق مالاریا خیز، مالاریا معمولاً شایع ترین علت تب در کودکان است. بیماری ممکن است در تمام طول سال و یا به صورت فصلی اتفاق بیفتد. اولین قدم درمانی ضد مالاریا در تمام کشورها، کلروکین است ولی در حال حاضر مقاومت به کلروکین بسیار شایع می باشد بنابراین داشتن اطلاعات در مورد مقاومت پاتوژن های منطقه نست به دارو بسیار مهم است.

بیماری با تب و اغلب سرفه و استفراغ شروع می شود و در موارد مالاریای شدید ممکن است حال کودک در عرض ۱-۲ روز بدتر شده به سمت کما (مالاریای مغزی)، شوک، تشنج، آنمی شدید و اسیدوز پیش رود. هیپوگلیسمی نیز از دیگر علائم در مالاریا می باشد.

برای درمان مالاریا:

- کلروکین (25 mg/kg) برای ۳ روز روز اول 60% ، روز دوم و سوم 20% از مقدار فوق تجویز گردد و بر اساس دستورالعمل کشوری مبارزه با مالاریا درمان را ادامه دهید.
- در صورت $9/3 < \text{Hb} < 6$ درمان آنمی را در منزل انجام دهید.

آنمی:

در کودکان مبتلا به رنگ پریدگی کف دست، سطح هموگلوبولین را اندازه گیری نمائید. اگر میزان هموگلوبولین زیر ۶ گرم در دسی لیتر همراه علائم دیگری $\text{Hb} < 4 \text{g/dl}$ بتنهائی بود در این صورت کودک مبتلا به آنمی شدید است و باید فوراً جهت تزریق خون به بیمارستان ارجاع گردد در این دسته از کودکان رنگ پریدگی شدید کف

دست، نبض تند، مشکل تنفسی یا گیجی و بی قراری مشاهده می شود. علائمی دال بر نارسایی قلبی نظیر ریتم گالوپ یا بزرگی کبد و به ندرت ادم پولمونر (سمع کراکل های مختصر در قاعده ریه ها) ممکن است وجود داشته باشد. در صورتی که آنمی کودک شدید نباشد، درمان را آغاز کنید.

- ۱- برای ۱۴ روز قرص آهن/فولات یا شربت آهن بدهید. (اگر کودک برای مالاریا یا سولفادوکسین/پریمتامین می گیرد فولات را تا ۱۴ روز بعدی تجویز نکنید. فولات ممکن است با داروهای ضد مالاریا تداخل کند).
- ۲- کودک را روز چهاردهم دوباره معاینه کنید. در صورت امکان درمان را برای ۳ ماه ادامه دهید. (۲-۴ هفته برای اصلاح آنمی و ۱-۳ ماه برای پرشدن ذخایر آهن)
- ۳- آزمایش مدفوع از نظر انگل بدهید و براساس آن درمان کنید.
- ۴- به مادر درباره تغذیه خوب کودک توصیه های لازم را بکنید.
- ۱- از دادن آهن به کودکان با سوء تغذیه شدید در فاز حاد بپرهیزید

مننژیت:

مننژیت باکتریال حاد، عفونت میکروبی مننژ و مایع مغزی - نخاعی است که منجر به التهاب مننژیل و انسداد در گردش CSF به دلیل وجود آگزودای چرکی، ادم مغزی و نکروز موضعی فیبرهای عصبی و عروق مغزی می شود. جهت درمان موثر مننژیت، تشخیص سریع آن ضروری است.

در شیرخواران زیر ۲ ماه وجود علائم زیر شک به مننژیت را مطرح می کند:

- حال عمومی بد- تحریک پذیری، استفراغ هر چیزی، خواب آلودگی
- فونتانل سفت یا برجسته
- سفتی گردن (ممکن است یک علامت دیررس باشد)
- گریه جیغ مانند
- حملات آپنه
- تشنج

و در کودکان بالای ۲ ماه موارد زیر را بررسی کنید:

- استفراغ
- عدم توانایی در نوشیدن یا شیرخوردن
- سردرد یا درد در ناحیه پشت گردن
- وجود سابقه اخیر ضربه سر
- تشنج
- تحریک پذیری

و در معاینات در جستجوی موارد زیر باشید:

- سفتی گردن
- تشنج مکرر
- راش های پتشیال یا پورپورا
- خواب آلودگی
- تحریک پذیری
- وجود شواهدی مبنی بر ضربه به سر که احتمال وجود شکستگی جمجمه را مطرح می کند.
- برجستگی فونتانل

همچنین، بدنبال علائم افزایش فشار داخل مغزی بگردید:

- نامساوی بودن قطر مردمک ها
- وضعیت بدن به حالت سفت یا ایستوتونوس
- فلج موضعی در هر یک از اندام ها یا تنه
- تنفس نامنظم

یافته های آزمایشگاهی:

تایید تشخیص در مننژیت با انجام LP و بررسی CSF می باشد. میکروسکوپی مایع CSF به تنهایی در اکثر موارد با WBC (پلی مرف) بالای $100/mm$ نشاندهنده وجود مننژیت است. اطلاعات تکمیلی و کمک کننده از طریق میزان قند CSF (کاهش میزان قند: $1/5 mmol/Lit$ <)، پروتئین CSF (افزایش میزان پروتئین $0.4 gr/Lit$ >) و رنگ آمیزی گرم و کشت CSF بدست می آید. در صورت احتمال وجود افزایش داخل جمجمه و یا وجود عفونت موضعی در محل، نباید LP انجام شود.

در کودکان باید به احتمال وجود مننژیت سلولی، قارچی یا مثبت بودن HIV نیز توجه کرد. مننژیت سلولی معمولاً در کودکان مبتلا به سوء تغذیه شدید و یا آن دسته از کودکانی که با فرض مننژیت باکتریال پاسخ ضعیفی به درمان آنتی بیوتیکی می دهند، شایع تر است. درمان:

در صورت شک به مننژیت، اولین نوبت کلرامفنیکل تزریقی را مطابق با سن و وزن کودک طبق جدول در درمان مننژیت چارت بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید سپس کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.

سپتی سمی

در کودک با تب حاد که شدید بیمار است در صورت عدم شک به سایر علل، سپتی سمی را مد نظر داشته باشید. در جاهایی که بیماری های منگوککال شایع است، در صورت وجود تپشی یا بورپورا (لزیون های هموراژیک پوستی) می توان تشخیص بالینی سپتی سمی منگوککال را مطرح کرد. در معاینه، موارد زیر را بررسی کنید:

- تب بدون وجود علائم موضعی عفونت
- نبود سفتی گردن یا سایر علائم مننژیت
- وجود علائمی دال بر بروز سیستمیک (به عنوان مثال عدم توانایی در نوشیدن یا شیرخوردن، تشنج، خواب آلودگی یا استفراغ هر چیزی)
- ممکن است بورپورا وجود داشته باشد.

جهت مشاهده علائم موضعی باید به دقت کودک را معاینه نمود. در صورت تشخیص سپتی سمی کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.

تب تیفوئیدی

اگر کودک با تب به همراه هر کدام از علائم زیر مراجعه کرد به تب تیفوئیدی فکر کنید: اسهال یا یبوست، استفراغ، درد شکمی، سردرد یا سرفه، به خصوص اگر تب به مدت ۷ روز یا بیشتر طول بکشد و مالاریا رد شود. امروز در بسیاری از مناطق آسیا مقاومت دارویی یک مشکل اساسی به حساب می آید که منجر به افزایش مورتالیتی می شود. در معاینه بالینی علائم تشخیصی کلیدی، تیفوئید شامل موارد زیر می باشد:

- تب بدون وجود علائم موضعی

- نبود سفتی گردن یا سایر علائم مننژیت (توجه: کودک مبتلا به تب تیفوئیدی به ندرت ممکن است دچار سفتی گردن باشد)

- علائم سیستمیک مثل عدم توانایی در نوشیدن یا شیر خوردن، تشنج، خواب آلودگی، عدم هوشیاری و گیجی یا استفراغ هر چیزی

در شیرخواران کم سن تب تیفوئیدی ممکن است به صورت آتیپیک با بیماری تب دار حاد همراه شوک و هیپوترمی بروز کند. در مناطقی که تیفوس شایع است افتراق بین تب تیفوئیدی و تیفوس از طریق معاینه بالینی بسیار مشکل است. کودک مبتلا به تب تیفوئیدی را جهت درمان به بیمارستان ارجاع دهید.

ماستوئیدیت:

ماستوئیدیت عفونت باکتریال سلول های ماستوئید در پشت گوش می باشد. در صورت عدم درمان می تواند منتهی به مننژیت و یا آبسه مغزی گردد. یافته های تشخیصی کلیدی شامل:

- تب بالا

- تورم دردناک پشت گوش

جهت درمان موارد ماستوئیدیت ، کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.

آرتریت سپتیک و استئومیلیت:

استئومیلیت حاد عفونت استخوان است که معمولاً به دلیل انتشار خونی باکتری ایجاد می شود. ولی بعضی از موارد عفونت های استخوان یا مفصل از طریق یک کانون عفونی مجاور یا جراحی و زخم سوراخ کننده بوجود می آید. گاهی اوقات چند مفصل یا استخوان درگیر می شود.

تشخیص:

در موارد عفونت حاد استخوان یا مفصل، کودک بی حال و تب دار بوده و معمولاً از حرکت اندام یا مفصل درگیر امتناع می ورزد. در استئومیلیت حاد معمولاً تورم و تندرns بر روی استخوان وجود دارد. در آرتریت سپتیک مفصل درگیر گرم، متورم و تندر است.

این عفونت ها گاهی اوقات به صورت مزمن بروز می کنند که در این شرایط بی حالی کودک کمتر بوده و ممکن است تب وجود نداشته باشد و علائم موضعی کمتر مشاهده می شود.

در بین عفونت های باکتریال، استئومیلیت سلی را به خصوص در شرایط مزمن و ترشحات از سینوس ها مدنظر داشته باشید.

یافته های آزمایشگاهی:

در مراحل اولیه بیماری، عکس رادیوگرافی در تشخیص کمک کننده نمی باشد. در صورت شک به آرتریت سپتیک مایع مفصلی باید با سوزن استریل آسپیره شود. این مایع ممکن است کدر باشد. مایع مفصلی باید از نظر WBC و کشت مورد بررسی قرار گیرد.

در بچه های بالای ۳ سال استافیلوکوک آرئوس یک علت شایع می باشد. در کودکان کم سن تر هموفیلوس آنفولانزاتیب B، پنوموکک یا استرپتوکک پیوژن گروه A شایع ترین علل می باشند. در کودکان مبتلا به سیکل سل آنمی سالمونلا یک علت شایع می باشد.

درمان:

در مراقبت از کودک باید توصیه شود که اندام یا مفصل درگیر در استراحت باشد. اگر اندام درگیر پا است تا زمانی که درد وجود دارد نباید به کودک اجازه داده شود که وزن خود را بر روی آن قرار دهد. جهت درمان طبی کودک مبتلا به آرتریت سپتیک یا استئومیلیت او را به بیمارستان ارجاع دهید.

فصل ۲۲

سایر اقدامات درمانی

درمان های ضد تب :

در این مجموعه از درجه حرارت زیر بغل برای تشخیص تب استفاده شده است. صرف وجود تب اندیکاسیون درمان آنتی بیوتیکی نبوده و وجود آن به سیستم ایمنی برای دفاع علیه عفونت کمک می کند. ولی تب های بالا می تواند اثرات مضرى داشته باشد. مانند:

- کاهش اشتها
- ایجاد تحریک پذیری در کودک
- ایجاد تشنج در برخی کودکان در سنین ۶ ماه تا ۵ سال
- افزایش مصرف اکسیژن (این مسئله تنها در کودکان مبتلا به پنومونی خیلی شدید حایز اهمیت می باشد).
- اختلالات نورولوژیک در موارد تب های بالاتر از ۴۲ درجه سانتیگراد که بسیار نادر می باشد. تمامی کودکان تب دار باید از نظر علائم و نشانه هایی که مربوط به علل تب هستند حایز شده بر همان اساس تحت درمان قرار نگیرند.

درمان خوراکی استامینوفن را در کودکانی که تب ۳۸/۵ درجه یا بالاتر دارند، و یا بدلیل تب بالا در حالت دیسترس و تاراحتی می باشند استفاده شود. در کودکان هوشیار و فعال ممکن است استامینوفن فایده چندانی نداشته باشد. دوز استامینوفن ۱۰-۱۵ mg/kg هر ۶-۴ ساعت می باشد.

آسپیرین در کاهش میزان تب توصیه نمی شود زیرا احتمال بروز سندرم **Reye**، شرایط نادری که کبد و مغز را گرفتار می کند وجود دارد. در کودکان مبتلا به آبله مرغان، تب دانگ و یا سایر بیماری های هموراژیک از دادن آسپیرین امتناع کنید

سایر داروها بدلیل توکسیسیتی و غیر موثر بودن (مانند، دیپرون- فنیل بوتازون) و یا گران بودن (ایسوبروفن) توصیه نمی شوند.

اکسیژن درمانی

اندیکاسیون ها

در صورت محدودیت در منبع اکسیژن، اولویت را به کودکانی بدهید که پنومونی خیلی شدید، برونشیت یا آسم داشته و دارای:

- سیانوز مرکزی یا
 - عدم توانایی در نوشیدن (یکی از علائم دیسترس تنفسی) هستند.
- و در صورتی که اکسیژن به میزان کافی در مرکز موجود است به تمام کودکان زیر اکسیژن بدهید:
- توکشیده شدن شدید قفسه سینه
 - تعداد تنفس ۷۰ بار در دقیقه یا بیشتر
 - تنفس به همراه ناله (در شیرخواران کم سن)
 - head nodding (حرکت سر به جلو و عقب)

نحوه دادن اکسیژن

دو روش برای دادن اکسیژن توصیه می شود: Prong بینی و Catheter بینی. مزایا و معایب هر روش در جدول زیر آمده است. Prong بینی بهترین روش برای دادن اکسیژن به شیرخواران کم سن و کودکان مبتلا به کروب شدید یا سیاه سرفه می باشد. (در این کودکان از کاتتر بینی استفاده نکنید زیرا موجب تشدید حملات سرفه می شود). استفاده از ماسک های صورت توصیه نمی شود. کنترل سرعت جریان اکسیژن (۱ تا ۲ لیتر در دقیقه) حایز اهمیت می باشد.

Prong بینی: این وسیله شامل لوله های کوتاهی است که وارد سوراخ های بینی می شود. آنها را دقیقاً وارد سوراخ های بینی نموده و با چسب در ناحیه گونه ها نزدیک بینی محکم نمائید. باید توجه داشت که بینی فاقد ترشحات و موکوس باشد زیرا موجب قطع جریان اکسیژن می شود. سرعت جریان اکسیژن را ۱-۲ لیتر در دقیقه (۰/۵ لیتر در دقیقه برای شیرخواران کم سن) تنظیم کنید تا غلظت مناسب ۳۰-۳۵٪ اکسیژن داده شود. در موارد Prong بینی مرطوب سازی لازم نمی باشد.

Catheter بینی: این وسیله حاوی یک کاتتر شماره ۶ یا ۸ FG است به قسمت خلفی حفره بینی فرستاده می شود. کاتتر را به اندازه فاصله سوراخ بینی تا لبه داخلی ابرو، داخل بینی فرو کنید. نوک کاتتر از زیر Uvula قابل رویت نمی باشد.

سرعت جریان اکسیژن را ۱-۲ لیتر در دقیقه تنظیم نمائید. در موارد کاتتر بینی نیز مرطوب سازی لازم نمی باشد.

مقایسه روش های مختلف دادن اکسیژن

روش	غلظت اکسیژن (%) اکسیژن حاصل از ۱ لیتر در دقیقه در کودک (۵ Kg)	مرطوب سازی	تغییر غلظت اکسیژن در اثر تنفس دهانی	انسداد راه های هوایی توسط موکوس که موجب افزایش هیپوکسی می شود	تغییر غلظت اکسیژن در اثر جابجایی وسیله	احتمال اتساع معده در اثر وضعیت نادرست یا جریان بالای اکسیژن
Prong بینی	۳۰ - ۳۵	لازم نیست	+++	+	++	-
کاتتر بینی	۳۵-۴۰	لازم نیست	++	++	+	+
ماسک بینی (توصیه نمی شود)	متغییر	لازم نیست	-	-	+++	-

پایش :

قرار دادن و محکم کردن درست ابزار بسیار مهم است. به طور منظم آن را کنترل کنید تا از کارکرد درست آن اطمینان حاصل کنید. حداقل دوبار در روز Prong یا Catheter را در آورده و تمیز کنید.
هر ۴ ساعت یکبار باید کودک از نظر مشکلات احتمالی زیر پایش گردد:

- وضعیت قرار گیری Prong یا Catheter بینی
- نشست از منبع اکسیژن رسانی
- تغییر در سرعت جریان اکسیژن
- انسداد راه های هوایی توسط موکوس (بینی را توسط فتیله مرطوب یا ساکشن ملایم پاک کنید)
- اتساع معده (وضعیت قرار گیری کاتتر را کنترل و در صورت لزوم آن را تصحیح نمایید).

اگر علامت کودک بدتر شد مثلاً افزایش تعداد تنفس و یا تشدید تو کشیده شدن قفسه سینه، وسیله مورد نظر را کنترل کنید. اگر مشکل وجود نداشت سرعت جریان اکسیژن را افزایش داده و کودک را از نظر بروز سایر عوارض نظیر پنوموتوراکس بررسی و درمان کنید.

فصل ۲۳

دادن مایعات اضافی برای

اسهال و ادامه تغذیه

در فصل ۸ شما ارزیابی کودک مبتلا به اسهال، طبقه بندی کم آبی و انتخاب یکی از درمان های زیر را یاد گرفته اید:

برنامه درمانی الف --- درمان اسهال در منزل

برنامه درمانی ب --- درمان کم آبی نسبی با او-آر-اس

برنامه درمانی ج --- درمان کم آبی شدید

هر سه برنامه درمانی در چارت درمان کودک توضیح داده شده است. هر یک از این برنامه های درمانی به منظور تامین مایعات برای جایگزین کردن آب و نمک از دست رفته در اسهال است. بهترین راه برای جبران کم آبی و پیشگیری از کم آبی در یک کودک این است که به او محلولی که با ORS تهیه می شود بدهید. مایعات وریدی فقط در شرایط کم آبی شدید مورد استفاده قرار می گیرند.

آنتی بیوتیک ها در اکثریت موارد اسهال بی تاثیر 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 بیوتیک ها هزینه بر هستند. اغلب درمان های غیر موثر باعث اتلاف پول می شود. بنابراین به صورت روتین آنتی بیوتیک ندهید.

هرگز داروهای ضد اسهال و ضد استفراغ به شیرخواران و کودکان ندهید. این دسته داروها به ندرت در درمان اسهال کمک کننده هستند و بعضی از آن ها خطرناک نیز می باشند. داروهای خطرناک شامل داروهای کند کننده حرکت روده ها (مانند کدئین، ترکیبات مخدر، دیفنوکسیلات، لوپرامید) یا داروهای ضد استفراغ (مانند کلرپرومازین) هستند. بعضی از این داروهای مضر موجب فلج دستگاه گوارش شده و یا اختلال خواب در کودک به وجود می آورند. بعضی از آنها به خصوص در شیرخواران کشنده می باشند. سایر داروهای ضد اسهال با وجود اینکه خطرناک نیستند ولی در درمان

اسهال تاثیری ندارند. این دسته داروها شامل جذب کننده ها مانند کوکائین یا زغال فعال شده هستند. استفاده از داروهای ضد اسهال می تواند موجب تاخیر در درمان او-آر-اس شود.

۱-۲۳ برنامه درمانی الف- درمان اسهال در منزل

کودک مبتلا به اسهال بدون کم آبی را بر اساس برنامه درمانی الف، درمان کنید.

سه قانون درمان اسهال در منزل شامل:

۱- دادن مایعات اضافی (هر چقدر که کودک می خواهد)

۲- ادامه تغذیه

۳- مراجعه مجدد

کودکان مبتلا به اسهال که بدون داشتن علائمی از کم آبی نزد شما مراجعه می کنند باید روی برنامه درمانی الف گذاشته شوند. کودکان دارای کم آبی نسبی یا شدید برای جبران کم آبی نیاز به برنامه درمانی ب یا ج و سپس برنامه درمانی الف دارند. نهایتاً همه کودکان مبتلا به اسهال باید تحت برنامه درمانی الف قرار گیرند.

برنامه درمانی الف مربوط به مشاوره با مادر کودک درخصوص ۳ قانون درمان در منزل است. بنابراین آموزش و مهارت های مشاوره ای شما در مورد برنامه درمانی گروه الف بسیار اهمیت دارد. حال برنامه درمانی الف را مطالعه نمائید.

قانون اول: دادن مایعات اضافی

به مادر یا فرد مراقبت کننده بگوئید:

هر چقدر مایع که کودک میل دارد به او بدهد. هدف از دادن مایعات اضافی جایگزین نمودن آب از دست رفته ناشی از اسهال و همچنین پیشگیری از کم آبی بعدی است. کارحیاتی، دادن مایعات بیش از حد معمول به محض شروع اسهال می باشد.

به مادر بگوئید به دفعات بیشتر و طولانی تر در هر وعده، کودک خود را با شیر مادر تغذیه نماید. همچنین برای او شرح دهید که باید مایعات دیگر نیز به کودک خود بدهد. محلول او-آر-اس یکی از چند نوع مایعی است که درخانه برای پیشگیری از کم آبی توصیه می شود.

اگر کودکی به صورت انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود، در مورد چنین کودکی نکته مهم این است که بیشتر از حد معمول شیرمادر بخورد. علاوه بر آن محلول ORS یا آب سالم به کودک بدهید. کودکان شیرمادرخواری که زیر ۴ ماه هستند باید قبلاً از دادن محلول ORS با شیرمادر تغذیه شوند.

اگر کودک به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه نمی شود، یک یا چند مورد از موارد زیر را بدهید.

- محلول ORS

- غذاهای آبکی

- آب سالم

در بسیاری از موارد کودکی که دارای کم آبی نیست واقعاً نیاز به محلول ORS ندارد. به او مقدار اضافی غذاهای آبکی مانند سوپ، دوغ و آب سالم (ترجیحاً به همراه غذا) بدهید.

در برنامه درمانی الف دو حالت وجود دارد که مادر باید محلول ORS در خانه بدهد.

۱- در این مراجعه، کودک تحت درمان با برنامه درمانی ب یا ج قرار گرفته باشد. به عبارت دیگر، کودک

هم اکنون کم آبی او جبران شده است. برای چنین 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

زیاد است یا مادر شغلی دارد که امکان ترک کردن آن را ندارد.

نحوه درست کردن و دادن ORS را به مادر آموزش دهید. به مادر ۱ بسته پودر او. آر. اس برای استفاده در منزل بدهید.

هنگامی که به مادر او. آر. اس می دهید، نحوه درست کردن و دادن آن را به کودک نشان دهید. از مادر بخواهید این کار را در حالی که شما او را نگاه می کنید، انجام دهد.

مراحل درست کردن محلول ORS به شرح زیر است:

- دست های خود را با آب و صابون بشوئید.
 - مقدار یک لیتر آب سالم را اندازه بگیرید بهتر است آب را جوشانده و خنک کنید ولی اگر این کار امکان پذیر نیست، از سالم ترین آب نوشیدنی که در دسترس است استفاده کنید.
 - آب را داخل ظرف تمیز 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 او. آر. اس در یخچال نگهداری شود و به صورت خنک شده به کودک داده شود.
- برای مادر شرح دهید که او بایستی روزانه محلول تازه ORS در ظرفی تمیز تهیه و در ظرف را بپوشاند و محلول باقی مانده از روز قبل را دور بریزد.
- به مادر ۱ بسته ORS برای استفاده در منزل بدهید.

به مادر نشان دهید که چقدر مایع علاوه بر مقدار معمولی مایعات دریافتی باید به کودک بدهد:

برای مادر شرح دهید که کودکش باید روزانه مقدار مایعی که به صورت معمول مصرف می کرده به اضافه مایعات اضافی دریافت نماید. به مادر نشان دهید که چه مقدار مایع اضافی پس از هر بار مدفوع آبکی باید به کودک بدهد:

تا ۲ سال ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع آبکی

۲ سال و بالاتر ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع آبکی

به مادر توضیح دهید که اسهال کودک به زودی قطع خواهد شد. محلول ORS موجب قطع اسهال نمی شود. مزایای محلول او-آر-اس این است که جایگزین آب و نمک از دست رفته به علت اسهال شده و از ضعیف تر شدن کودک پیشگیری می کند. به مادر بگوئید:

- با استکان یا قاشق جرعه جرعه و مکرر بدهد. برای دادن مایعات به شیرخواران کوچکتر از قاشق استفاده کند.

- اگر کودک استفراغ می کند، قبل از آنکه مایع بیشتری بدهد، ۱۰ دقیقه صبر کرده. سپس دوبار دادن مایع را با سرعت کمتر و آهسته تر شروع کند.

- دادن مایعات اضافی را تا زمان قطع اسهال ادامه دهد.

از کارت مادر استفاده کنید و میزان درک مادر را کنترل کنید

بعضی از مراکز کارت مادر برای ارائه به مادر در دسترس دارند. کارت مادر به او کمک می کند تا اطلاعات مهم شامل انواع مایعات و غذاهایی را که باید به کودک خود بدهد به خاطر بسپارد. یک نمونه از کارت مادر در ضمیمه ب آورده شده است.

کودکانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر می شوند باید به دفعات بیشتری شیرمادر بخورند و می توانند آب سالم یا محلول ORS دریافت کنند. به این کودکان نباید غذاهای آبکی مانند سوپ، لعاب برنج یا دوغ داده شود. قبل از ترک مادر، کنترل کنید آیا مادر نحوه دادن مایعات اضافی را براساس برنامه درمانی الف فهمیده است یا نه. از سئوالاتی نظیر موارد زیر استفاده کنید:

- چه نوع مایعاتی به کودک خواهید داد؟
- چقدر مایع به کودک خواهید داد؟
- هر چند وقت یکبار به کودک خود محلول او-آر-اس خواهید داد؟
- به من نشان دهید که چقدر آب برای درست کردن محلول ORS استفاده خواهید کرد؟
- چگونه ORS را به کودک خود خواهید داد؟
- اگر کودک استفراغ کند چه کار خواهید کرد؟

از مادر بپرسید چه مشکلاتی در هنگام دادن مایعات به کودک خود به نظرش می رسد. برای مثال، اگر مادر می گوید که وقت ندارد، به او کمک کنید که چگونه به فرد دیگری برای دادن مایعات آموزش دهد. اگر می گوید که ظرف یک لیتری برای مخلوط کردن پودر ORS ندارد، به او نشان دهید که چگونه با استفاده از ظرف کوچکتر یک لیتر را اندازه بگیرد. یا نشان دهید که چگونه یک لیتر را در یک ظرف بزرگتر اندازه گرفته و با یک وسیله مناسب روی آن علامت بگذارد.

قانون دوم: ادامه تغذیه

در فصل ۲۹ چگونگی مشاوره با مادر در مورد تغذیه را خواهید آموخت. اگر کودکی در طبقه بندی اسهال پایدار قرار گیرد، شما باید یکسری توصیه های تغذیه ای خاصی را به او آموزش دهید.

قانون سوم: زمان مراجعه مجدد

به مادر هر کودک بیماری بگوئید که با مشاهده این علائم باید به مرکز بهداشتی یا خانه بهداشت برگردد:

- قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نبودن
 - بدتر شد حال کودک
 - تب کردن
- اگر کودک اسهال دارد، به مادر بگوئید در مواقع زیر هم برگردد:
- وجود خون در مدفوع

ضعیف نوشیدن

نوشیدن ضعیف به معنی کاهش توانایی در نوشیدن یا شیرخوردن است. این دو علامت جداگانه، لیست شده است ولی راحت تر است که ترکیب شوند. به سادگی می توانید به مادر بگوئید که اگر کودک نوشیدن یا شیرخوردنش ضعیف است به نزد شما برگردد. در فصل ۳۰ مطالب بیشتری را در خصوص مشاوره با مادر یا فرد مراقبت کننده درباره زمان مراجعه مجدد خواهید آموخت.

۳۲-۲ برنامه درمانی ب: درمان کم آبی نسبی با ORS

کودک مبتلا به اسهال با کم آبی نسبی را بر اساس برنامه درمانی ب، درمان کنید. برنامه درمانی ب شامل یک دوره درمانی اولیه به مدت ۴ ساعت در مرکز است. در طی این ۴ ساعت، مادر به آهستگی مقادیر توصیه شده ORS را با قاشق یا فنجان به کودک خود می دهد. کودکی که در یک طبقه بندی شدید همراه با کم آبی نسبی قرار داشته باشد نیازمند ارجاع فوری به بیمارستان است. قبل از ترک کودک برای جبران کم آبی او تلاش نکنید*. سریعاً مقداری محلول ORS به مادر بدهید. و به مادر نشان دهید که چگونه در راه رسیدن به بیمارستان جرعه جرعه از آن به کودک بدهد. در مواردی که نیاز 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 نیاز به درمان برای مشکلات دیگر دارد، شما بایستی ابتدا درمان کم آبی را شروع کنید و سپس درمان های دیگر را انجام دهید.

پس از ۴ ساعت، دوباره کودک را با استفاده از چارت ارزیابی و طبقه بندی از نظر کم آبی ارزیابی و طبقه بندی کنید. اگر علائم کم آبی برطرف شده بود، کودک باید روی برنامه درمانی الف گذاشته شود. اگر همچنان کم آبی نسبی وجود دارد برنامه درمانی ب را تکرار کنید و اگر کودک به مرحله کم آبی شدید رسید باید روی برنامه درمانی ج قرار داده شود.

مقدار او.آر.اس راکه باید در ۴ ساعت اول داده شود مشخص کنید

به چارت درمان کودک مراجعه کنید و از جدول برنامه درمانی ب برای تعیین مقدار او.آر.اس که باید داده شود استفاده کنید طیفی از مقادیر او.آر.اس آورده شده است. به وزن کودک (یا سن در صورتی که وزن مشخص نباشد) برای پیدا کردن مقدار ORS توصیه شده، دقت کنید. برای مثال، یک کودک ۵ کیلوگرمی معمولاً نیاز به ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی لیتر محلول ORS در ۴ ساعت اول دارد.

مقادیری که در داخل جدول آمده است به عنوان یک راهنما می باشد. سن یا وزن کودک، میزان کم آبی و تعداد دفعات دفع مدفوع در طول درمان، همگی بر روی مقدار ORS مورد نیاز تاثیر خواهند داشت. معمولاً کودک به همان اندازه که نیاز دارد، تمایل به نوشیدن از خود نشان می دهد. اگر کودک بیشتر یا کمتر از مقدار تخمین زده شده طلب می کند، هرچقدر که میل دارد به او بدهید.

روش دیگر برای تخمین مقدار محلول ORS مورد نیاز (برحسب میلی لیتر) در قسمت زیر جدول توضیح داده شده است. وزن کودک (برحسب کیلوگرم) را در عدد ۷۵ ضرب کنید برای مثال کودکی که ۸ کیلوگرم وزن دارد مقدار ORS مورد نیاز او:

$$\text{محلول ORS در ۴ ساعت} = 600 \text{ ml} = 75 \text{ ml} \times 8 \text{ Kg}$$

توجه داشته باشید که این مقدار با مقدار ی که در جدول آمده است، همخوانی دارد. جدول، شمارادر انجام این محاسبه کمک می کند.

دادن محلول او.آر.اس تداخلی با تغذیه معمولی کودک که شیرمادر می خورد ندارد و مادر بایستی هر وقت کودک تمایل دارد او را با شیرمادر تغذیه کند و سپس محلول ORS به او بدهد. برای شیرخواران زیر ۶ ماه که با شیر مادر تغذیه نمی شوند مادر باید در ۴ ساعت اول علاوه بر محلول ORS، ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر آب سالم نیز به کودک بدهد. دادن شیر مادر و آب به پیشگیری از هیپر ناتومی در کودک کمک می کند.

طرز دادن محلول او-آر-اس رابه مادر نشان دهید

در داخل مرکز محل راحت و مناسبی برای نشستن مادر و کودکش پیدا کنید. به او بگویید که در عرض ۴ ساعت آینده چقدر محلول ORS باید به کودکش بدهد. مقدار ORS را با استفاده از واحدی که در منطقه شما وجود دارد، به او نشان دهید. اگر کودک زیر ۲ سال است، به او نشان دهید که چگونه با قاشق و مکرراً به کودک ORS بدهد. و اگر کودک بزرگتر است، نحوه دادن ORS را با فنجان و جرعه جرعه به او نشان دهید. در کنار مادر بنشینید تا او اولین وعده ORS را با قاشق یا فنجان به کودک خود بدهد. از او بپرسید که آیا سوالی دارد یا نه.

اگر کودک استفراغ می کند مادر بایستی قبل از دادن مقادیر بیشتری ORS، حدود ۱۰ دقیقه صبر کند و سپس با سرعت کمتر دادن ORS را ادامه دهد.

مادر را تشویق کنید که در فواصل این کار هر زمان که کودک تمایل داشت به او شیر بدهد پس از پایان تغذیه با شیرمادر مجدداً دادن محلول ORS را شروع کند. مادر نباید در طی ۴ ساعت اول درمان با ORS به کودک غذا بدهد.

هر چند وقت یکبار به مادر سربزینید که آیا مشکلی دارد یا نه. اگر کودک به خوبی محلول ORS را نمی خورد از روش دیگری برای دادن محلول ORS استفاده کنید، می توانید از یک قطره چکان یا سرنگ بدون سوزن برای دادن محلول استفاده کنید.

. درمورد طرز تهیه و دادن ORS و برنامه درمانی الف به او آموزش بدهید و درمدت زمانی که مادر با کودک خود نشسته ، فرصت خوبی است تا اطلاعاتی را بصورت مکتوب در اختیار او قرار دهید تا مطالعه کند . همچنین برای انتقال اطلاعات می توانید از پوستره های دیواری استفاده کنید.

پس از ۴ ساعت

پس از ۴ ساعت درمان براساس برنامه درمانی ب ، با استفاده از چارت ارزیابی و طبقه بندی دوباره کودک را ارزیابی کنید . او را از نظر کم آبی طبقه بندی نمایید . برنامه درمانی مناسب را برای ادامه درمان انتخاب کنید.

توجه : اگر کودک از خوردن محلول ORS امتناع می کند و یابہ نظر می رسد که حالش بدتر شده است قبل از ۴ ساعت او را ارزیابی کنید.

اگر کودک بهتر شود و علائمی از کم آبی رانداشت ، برنامه درمانی الف را انتخاب کنید . اگر در عرض ۴ ساعت گذشته آموزشی به او نداده اید ، هم اکنون برنامه درمانی الف را به مادر آموزش دهید و قبل از ترک مادر از مرکز ، سوالات کنترل از او بپرسید . برای رفع هرگونه مشکلی در خصوص دادن مایعات اضافی به کودک در منزل ، او را کمک کنید.

توجه : اگر چشمهای کودک پف آلوده است ، این علامت نشان دهنده جبران زیاد از حد کم آبی است . این علامت خطرناک نبوده و نشانه هیپرناترمی نمی باشد . فقط نشانه آن است که کم آبی کودک جبران شده است و دیگر در این زمان نیازی به ORS بیشتر ندارد . باید به کودک آب سالم یا شیر مادر داد . هنگامی که پف آلودگی برطرف شد مادر بایستی براساس برنامه درمانی الف محلول ORS به کودک بدهد.

اگر کودک همچنان دارای کم آبی نسبی است ، برای باردیگر برنامه درمانی ب را انتخاب کنید . تغذیه کودک را در مرکز شروع کنید و غذا ، شیر یا آب میوه به او بدهید . پس از تغذیه کودک ، دوره ۴ ساعته درمان در برنامه درمانی ب را تکرار کنید . هر ۳ الی ۴ ساعت یکبار به او غذا ، شیر یا آب میوه بدهید . کودکانی که شیر مادر می خورند باید تغذیه با شیر مادر در آنان بطور مکرر ادامه داشته باشد . اگر قبل از پایان دوره درمان ، ساعت کار مرکز تمام می شود به مادر بگویید که ادامه درمان را در منزل انجام دهد.

اگر حال کودک بدتر شد و دچار کم آبی شدید بود باید برنامه درمانی ج را شروع کنید

اگر مادر باید قبل از اتمام برنامه درمانی ب مرکز را ترک کند.

گاهی اوقات زمانی که کودک هنوز بر روی برنامه درمانی ب قرار دارد یعنی قبل از اینکه کم آبی کودک جبران شده باشد ، مادر مجبور است مرکز بهداشتی یا مطب را ترک کند . در چنین شرایطی ، شما باید :

- طرز درست کردن ORS در منزل را به مادر نشان دهید ، از او بخواهید قبل از رفتن آن را تمرین کند .
- به او نشان دهید که برای تکمیل دوره درمان ۴ ساعته چه مقدار ORS باید در منزل به کودک بدهد .
- برای جبران کم آبی به طور کامل ، تعداد کافی پودر ORS به مادر بدهید . همچنین ۲ بسته اضافه تر نظیر آنچه در برنامه درمانی الف توصیه شده است ، به او بدهید .
- سه قانون درمان اسهال در منزل را برای او شرح دهید : ۱- دادن مایعات اضافی ۲- ادامه تغذیه ۳- زمان مراجعه مجدد (به آموزش های مربوط به برنامه درمانی الف مراجعه کنید)

۲۳-۳ برنامه درمانی ج : درمان کم آبی شدید

کودکان مبتلا به کم آبی شدید نیازمند رهیدراتاسیون سریع IV و بدنبال آن درمان خوراکی هستند . برای درمان کم آبی شدید ، بسته به امکانات موجود در مرکز و وضعیت کودک از نظر توانایی نوشیدن و میزان کم آبی ، برنامه درمانی ج را انجام دهید . اگر می توانید بی درنگ مایعات وریدی تزریق کنید براساس جدول موجود در برنامه درمانی ج اقدام کنید . (ضمیمه الف)

اگر در مرکز شما امکانات درمان وریدی وجود ندارد و فاصله نزدیک ترین بیمارستان حدود ۳۰ دقیقه است سریعاً کودک را ارجاع داده و در صورتی که قادر به نوشیدن باشد به مادر نشان دهید. چگونه در راه محلول او-آر-اس را به کودک بدهد.

در صورت عدم دسترسی به بیمارستان در ظرف ۳۰ دقیقه جهت استفاده از NG-TUBE اقدام نمایید. از جدول موجود در برنامه درمانی ج جهت روشن شدن نحوه دادن مایعات از طریق لوله معده استفاده کنید. و اگر امکان استفاده از لوله معده وجود ندارد همان مقدار مایع را از راه خوراکی به کودک بدهد.

در صورت عدم امکان انجام هیچکدام از اقدامات فوق فوراً کودک را برای درمان از راه ورید یا لوله معده ارجاع دهید. برای روشن شدن نحوه درمان کودکی که نیاز به برنامه درمانی ج دارد، به فلوجارت موجود در چارت درمان کودک مراجعه کنید.

۲۳-۴ درمان شیرخوار کم سن مبتلا به اسهال

در چارت درمان شیرخوار آموزش های لازم در مورد نحوه درمان اسهال آمده است. شما برنامه درمانی الف برای درمان اسهال در منزل و برنامه درمانی ب و ج برای جبران کم آبی در شیرخواران بزرگتر و کودکان را آموخته اید. اما نکات خاصی را باید برای استفاده از این دستورات جهت شیرخواران کم سن به یاد داشته باشید.

برنامه درمانی الف: اسهال را در منزل درمان کنید

تمام شیرخواران و کودکان مبتلا به اسهال نیاز به مایعات اضافی و تداوم تغذیه برای پیشگیری از کم آبی و تامین مواد مغذی لازم را دارند. بهترین راه دادن مایعات اضافی و تداوم تغذیه، تغذیه با شیر مادر به دفعات بیشتر و طولانی تر از پیش می باشد. مایعات اضافی که ممکن است به شیرخوار کم سن داده شود، محلول او-آر-اس و آب جوشیده خنک شده است. اگر شیرخوار بطور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود، بسیار مهم است که غذاهای آبکی به او داده نشود. اگر کودک شیرمادرخوار نیست علاوه بر شیر همیشگی اش باید او-آر-اس و آب جوشیده خنک شده هم به او بدهند. اگر شیرخوار بایستی محلول ORS در خانه دریافت نماید، شما باید طرز تهیه او-آر-اس و نحوه خوراندن آنرا به شیرخوار پس از هر بار دفع مدفوع به مادر نشان دهید. مادر باید ابتدا شیرخوار را با شیرخود تغذیه کند سپس محلول او-آر-اس بدهد. به مادر یادآوری کنید که تا زمان قطع اسهال دادن مایعات اضافی را ادامه دهد.

برنامه درمانی ب: کم آبی نسبی را درمان کنید

یک شیرخوار کم سن که کم آبی نسبی دارد، نیازمند به ارجاع فوری است. به مادر توصیه کنید در بین راه محلول او-آر-اس را مطابق برنامه درمانی ب به او بدهد. در صورت عدم امکان ارجاع و یا تا رسیدن به محل ارجاع به تناوب آب جوشیده خنک شده و او-آر-اس را هر یک ساعت تکرار کند. ظرف ۴ ساعت اول جبران کم آبی، مادر را به تغذیه شیرخوار با شیرمادر و دادن او-آر-اس تشویق کنید. به مادر نشان دهید که چگونه او-آر-اس را به کودک بدهد. بعد از ۴ ساعت کودک را ارزیابی مجدد و کم آبی او را طبقه بندی نمایید. برای ادامه درمان برنامه درمانی مناسب را انتخاب کنید.

۲۳-۵ درمان اسهال پایدار شدید

در درمان اسهال پایدار شدید کودک را از نظر کم آبی ارزیابی و مایعات مناسب براساس برنامه درمانی الف، ب یا ج به کودک بدهید. در اکثر کودکان مبتلا به اسهال پایدار محلول او-آر-اس موثر می باشد. ولی در معدودی از موارد، جذب گلوکز مختل شده و محلول او-آر-اس موثر نمی باشد. زمانی که محلول او-آر-اس به کودک می دهید ممکن است حجم مدفوع به طور قابل توجهی افزایش یافته، تشنگی کودک تشدید شده و مدفوع حاوی مقادیر زیادی گلوکز جذب نشده می شود. چنین کودکانی نیازمند رهیدراتاسیون وریدی می باشند. درمان روتین با آنتی بیوتیک

ضرورت ندارد اما بعضی از کودکان دارای عفونت های روده ای یا خارج روده ای هستند که نیاز به درمان با آنتی بیوتیک خاص دارند.

- کلیه کودکان مبتلا به اسهال پایدار را از نظر عفونت های خارج روده ای نظیر پنومونی، سپسیس، عفونت دستگاه ادراری، برفک دهان و اوتیت مدیا معاینه نموده و درمان مناسب را انجام دهید.
- اسهال پایدار به همراه خون در مدفوع را با آنتی بیوتیک مناسب برای شیگلوز درمان کنید.
- توجه کافی به تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار بسیار حایز اهمیت می باشد. تغذیه مناسب علاوه بر تامین انرژی و مواد مغذی به بهبود دستگاه گوارش کودک نیز کمک می کند. علاوه بر نقش درمانی دارای ارزش پیشگیری کننده نیز می باشد. تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار با غذای همیشگی او کافی نیست بنابراین آموزش به مادر در مورد نحوه بهبود بخشیدن به وضعیت تغذیه کودک باید به عنوان بخشی از درمان در نظر گرفته شود. تغذیه با شیرمادر باید به هر مقدار که کودک تمایل دارد ادامه یابد. به مادر توصیه کنید به طور موقت شیر دام را قطع و شیر فاقد لاکتوز (گالاکتومیل یا L ۱۱۰ - A) را جایگزین نماید. برای کودک بالای ۶ ماه غذای جامد و مناسب سن با کالری مناسب داده شود.
- مولتی ویتامین همراه با مینرال برای کودک تجویز نمائید. به عنوان مثال برای کودک یکساله رژیم روزانه زیر برای مدت ۲ هفته پیشنهاد می شود.

فولات ۵۰ mcg، روی ۱۰mg، ویتامین A ۴۰۰ mcg، آهن ۱۰mg، مس ۱mg، منیزیم ۸۰mg

درمان اسهال پایدار نیازمند تغذیه مخصوص می باشد. به مادر کودک مبتلا به اسهال پایدار، توصیه های لازم در مورد تغذیه کودکش را بکنید. در چارت مشاوره با مادر به قسمت **توصیه های تغذیه ای در کودک مبتلا به اسهال پایدار** مراجعه کنید. این توصیه هادر **بخش ۲۹** نیز آمده است.

فصل ۲۴

واکسیناسیون

کارت واکسیناسیون کودک را از مادر بخواهید و مشخص کنید آیا تمامی واکسن های توصیه شده مرتبط با سن را دریافت کرده است یا خیر. واکسن هایی را که لازم است تعیین کنید و آن را برای مادر توضیح دهید. اگر مادر کارت واکسیناسیون ندارد از مادر در مورد واکسیناسیون کودکش سوال کنید و اگر به گفته مادر شک دارید واکسیناسیون را انجام دهید.

واکسیناسیون کودکان مطابق آخرین برنامه کشوری واکسیناسیون انجام می شود که در بوکلت چارت آمده است. همه کودکان از جمله کودکان بیمار و دچار سوء تغذیه را واکسینه نمایید مگر مواردی که کنترااندیکاسیون وجود دارد.

۲۴-۱ کنترااندیکاسیون های واکسیناسیون:

- در اختلالات ایمنی اولیه اکتسابی. مانند لوسی (سرطان خون)، واکسن های ویروسی زنده و واکسن BCG منع استعمال دارد.
- اگر در تزریق واکسن سه گانه، تب بالای ۴۰ درجه (درجه رکتال) و یاتشنج عارض کودک شود، در نوبت های بعدی باید واکسن دوگانه خردسالان تزریق کرد.
- تزریق واکسن سه گانه در کودکان دارای ضایعات مغزی پیشرونده ممنوع است و باید به آنها واکسن دوگانه تزریق کرد.
- در کودکان دارای نقص سیستم ایمنی - تحت درمان با کورتیکواستروئیدها و اشعه و مبتلایان به لوسمی - لنفوم و سرطانهای ژنرالیزه، استفاده از واکسن پولیو زنده خوراکی ممنوع است و به جای آن باید از واکسن کشته تزریقی استفاده کرد.
- واکسیناسیون کودکان HIV مثبت فاقد علامت طبق معمول بایستی انجام شود ولی مصرف IPV به جای OPV توصیه می شود. همچنین BCG در کودکان مبتلا به ایدز دارای علامت منع مصرف دارد.

۲-۲ آنچه باید به مادر یا فرد مراقبت کننده بگویید.

به مادر بگویید که کودکش امروز چه واکسنی دریافت کرده است .

درمورد عوارض جانبی احتمالی برای او توضیح دهید. در زیر خلاصه ای از عوارض ناشی از هر واکسن ذکر شده است

- **BCG**: ابتدا یک تورم کوچک قرمز و دردناک در محل تزریق ایجاد شده و سپس حدود ۲ هفته بعد یک زخم ظاهر می شود. زخم خود بخود خوب شده و فقط یک علامت کوچکی باقی می ماند. به مادر بگویید که ممکن است یک زخم کوچک بوجود آید و نباید روی زخم را بپوشانند. در صورت لزوم فقط روی آن یک پارچه خشک و تمیز بگذارد.
- **واکسن فلج اطفال**: هیچ عارضه جانبی ندارد.
- **واکسن سه گانه**: تب، تحریک پذیری و زخم در محل از عوارض جانبی واکسن سه گانه می باشد. این عوارض معمولاً جدی نبوده و نیاز به درمان خاصی ندارند. تب نشانه آن است که واکسن تاثیر کرده است به مادر بگویید اگر کودک خیلی داغ به نظر رسید و یادرد داشت، به کودک استامینوفن بدهد. او نبایستی کودک را بیشتر از حد معمول بپوشانند.
- **سرخک**: تب و راش های سرخکی خفیف از عوارض احتمالی واکسن سرخک هستند. یک هفته پس از تزریق واکسن، کودک ممکن است به مدت ۳-۱ روز تب کند. تب نشانه آن است که واکسن تاثیر کرده است. به مادر بگویید اگر تب کودک بالا است، استامینوفن بدهد. به مادر بگویید که چه زمانی کودک را برای انجام واکسیناسیون بعدی به مرکز بیاورد.

بخش ۶

برقراری ارتباط مناسب
و مشاوره با مادر

فصل ۲۵

از مهارت‌های ارتباطی مناسب

استفاده کنید

این نکته بسیار حائز اهمیت است که با مادر یا فرد مراقبت کننده کودک از آغاز مراجعه، ارتباط مناسبی برقرار کنید. استفاده از ارتباط مناسب کمک می کند تا مادر یا مراقبت کننده اطمینان حاصل کند که کودک مراقبت مناسب دریافت خواهد کرد. موفقیت درمان در منزل بستگی به چگونگی برقراری یک ارتباط مناسب با مادر کودک دارد. لازم است او نحوه درمان کودک خود را بداند و همچنین اهمیت درمان را نیز درک نماید.

در هنگام مشاوره با مادر از مهارت های زیر استفاده کنید:

- برای پی بردن به مشکلات کودک و آنچه مادر قبلاً برای کودک خود انجام داده است، سوالاتی پرسید و گوش کنید.

- مادر را به خاطر کارهای خوبی که انجام داده است، تشویق کنید.

- به مادر در مورد اینکه چگونه کودک خود را در منزل درمان کند، توصیه کنید.

- میزان درک مادر از مطالب ذکر شده را کنترل کنید.

برای پی بردن به مشکلات کودک و آنچه مادر قبلاً برای کودک خود انجام داده است ، سوالاتی پرسید و گوش کنید

شما پیش از این در فصل ۵ ، اهمیت پرسش سوالاتی برای ارزیابی مشکلات کودک را آموخته اید. به دقت گوش کنید تا به مشکلات کودک و آنچه مادر قبلاً برای کودکش انجام داده است، پی ببرید. سپس خواهید دانست که مادر چه کارهایی را به درستی انجام داده و چه اقداماتی لازم است تغییر داده شود.

مادر را به خاطر کارهای خوبی که انجام داده است، تشویق کنید

این احتمال وجود دارد که مادر کارهای سودمندی برای کودک انجام بدهد، مثلاً او را با شیر خودش تغذیه کند. مادر را به خاطر انجام این اقدامات مفید، تحسین نمایید. تشویق مادر درخصوص این کار اعتماد به نفس او را در توانایی

مراقبت از کودک بیمارش افزایش خواهد داد. تشویق ها باید بسیار هوشمندانه و تنها در مواردی که عملکرد مادر واقعاً مستمرتر است انجام شود.

به مادر در مورد اینکه چگونه کودک خود را در منزل درمان کند، توصیه کنید

توصیه های خود را به موارد لازم و مرتبط در همان مقطع زمانی محدود کنید و با زبانی که برای مادر قابل فهم باشد صحبت کنید. در صورت امکان از تصاویر و وسایل واقعی برای تشریح توصیه ها به مادر استفاده کنید. برای مثال برای تفهیم مقدار مایعی که باید به کودک بدهد از فنجان و ظرفی که معمولاً مادر در خانه دارد استفاده کنید. توصیه های لازم را درخصوص کارهای مضر که مادر انجام می دهد، ارائه داده و برای او توضیح دهید که چرا مضر است. پس از اصلاح عملکرد مادر، طوری عمل کنید که مادر احساس گناه یا عدم توانایی نکند.

میزان درک مادر را در مورد مطالب ذکر شده کنترل کنید

سئوالاتی از مادر بکنید تا متوجه شوید مادر چه مواردی را درخصوص مراقبت از کودک در منزل فهمیده است و چه مواردی نیاز به توضیح بیشتر دارد. از پرسیدن سئوالاتی که جواب صحیح را القاء می کند و یا سئوالاتی که جواب آن بلی یا خیر است امتناع کنید. سئوالات کنترل خوب سئوالاتی هستند که در پاسخ به آن ها لازم باشد مادر در مورد «چرا»، «چگونه» و «چه وقت» درمان کودک به شما توضیح دهد. مثالهایی از سئوالات کنترل خوب شامل:

- چه غذاهایی به کودک خود خواهید داد؟
- هر چند وقت یکبار آن ها را خواهید داد؟

اگر مادر پاسخ واضح و روشنی به شما نداد، سئوالات کنترل دیگری از مادر بپرسید. اگر سئوال شما را درست درک کرد او را تشویق کنید و در صورت ضرورت توصیه های خود را با وضوح بیشتری تکرار کنید. پس از اینکه سئوالی را مطرح کردید، مکث کنید. به مادر این فرصت را بدهید که کمی فکر کند و سپس پاسخ دهد. پاسخ سئوالات را به او نگوئید. در ضمن بلافاصله سوال دیگر را مطرح نکنید.

طرح سئوالات کنترل احتیاج به صبر و حوصله دارد. ممکن است مادر پاسخ سوال را بداند ولی سرعت حرف زدن او کم باشد. و یا ممکن است از اینکه شما انتظار پاسخ از او دارید متعجب شود. او ممکن است از اینکه پاسخ غلطی به شما بدهد، بترسد و یا از حرف زدن احساس خجالت نماید. صبر کنید تا او پاسخ دهد. و او را تشویق کنید.

سئوالات نامناسب	سئوالات کنترل خوب
آیا به خاطر دارید که محلول ORS را چگونه درست کنید؟	محلول ORS را چگونه درست می کنید؟
آیا باید به کودک خود شیرمادر بدهید؟	هر چند وقت یکبار به کودک خود شیرمادر می دهید؟
آیا می دانید چگونه مایعات اضافی به کودک خود بدهید؟	چقدر مایع اضافی پس از هر بار دفع مدفوع آبکی به کودک خود خواهید داد؟
آیا به خاطرخواهید داشت که دست های خود را بشویید؟	چرا شستن دست ها برای شما اهمیت دارد؟
آیا شما پیش از این پماد چشمی برای کودکان استفاده کرده اید؟	روی چه قسمتی از چشم، پماد چشمی را مالیده است؟

کارت مادر

یک کارت ساده و مصور کلیه آموزش‌ها را درخصوص مراقبت در منزل، زمان مناسب بازگشت به مرکز برای پیگیری بیمای کودک، و علائم نشان‌دهنده برگشت فوری به مرکز را به مادر یادآور می‌شود. این کارت به مادر کمک می‌کند که غذاها و مایعات مناسب و زمان مناسب بازگشت به مرکز را به خاطر بیاورد. کارت مادر به عنوان بخشی از مراحل آموزش به مادر در استراتژی مانا محسوب می‌شود. کارت مادر به دلایل زیر مفید می‌باشد:

- یادآوری پرسنل در مورد نکات مهم مشاوره با مادر از جمله غذا، مایعات و زمان مراجعه مجدد
- یادآوری مادر در مورد مواردی که باید در خانه انجام دهد.
- نشان دادن به سایر اعضای خانواده و همسایه‌ها و در نتیجه آموزش دیگران درخصوص پیام‌های موجود در کارت
- دادن چیری به دست مادر که معمولاً برای او خوشایند می‌باشد. هنگامی که کارت مادر را با او مرور می‌کنید:
- کارت را طوری بگیرید که او بتواند به خوبی تصاویر آن را ببیند و اجازه دهید که خودش آن را در دست بگیرد.
- ضمن صحبت به تصاویر اشاره کرده و هر یک را توضیح دهید. این کار به مادر کمک می‌کند که تصاویر را به خاطر بسپارد.
- اطلاعات مرتبط با مادر را علامت‌بزنید. به عنوان مثال، دور توصیه‌های تغذیه‌مربوط به سن کودک را دایره بکشید و علائم مراجعه فوری را مشخص‌نمائید. اگر کودک مبتلا به اسهال است کنار مایعات مناسب برای او علامت‌بزنید.
- اگر مادر نگران یا گیج به نظر می‌رسد، او را تشویق کنید که هر سئوالی دارد بپرسد.
- از مادر بخواهید که با زبان خودش برای شما توضیح دهد که در خانه باید چه کاری انجام دهد او را تشویق کنید که از کارت برای به خاطر آوردن مطالب استفاده نماید.
- کارت را به او بدهید تا به خانه ببرد. به او پیشنهاد کنید که آن را به سایر اعضای خانواده نیز نشان دهد. (اگر کارت به مقدار کافی ندارید که به هر مادری یک عدد بدهید، فقط آن را به مادر نشان دهید).

فصل ۲۶

به مادر در مورد دادن داروهای خوراکی

در منزل آموزش دهید

در این فصل شما مراحل اساسی آموزش به مادران در مورد دادن داروهای خوراکی در منزل را یاد خواهید گرفت. اگر مادری نحوه دادن دارو به کودک را به درستی یاد بگیرد، در این صورت کودک نیز به طور کامل درمان خواهد شد. آموزش های زیر را در مورد هر داروی خوراکی که به مادر می دهید، دنبال کنید.

داروهای مناسب و مقدار مصرف آن را برحسب سن یا وزن کودک مشخص کنید

از چارت درمان کودک برای تعیین داروی مناسب و مقدار آن استفاده کنید و از سن کودک زمانی استفاده کنید که وزن کودک رانمی دانید.

به مادر دلیل دادن دارو به کودک را بگویید، اینکه:

- چرا داروی خوراکی به کودک داده اید، و
- این دارو چه مشکلی را در کودک درمان می کند.

نحوه اندازه گیری مقدار دارو را در هر نوبت، به مادر توضیح دهید

اگر به مادر قرص می دهید:

تعدادی را که در هر بار باید به کودک بدهد، به او توضیح بدهید. اگر قرص قبل از مصرف لازم است له شود، چند قطره آب تمیز به آن اضافه کرده و چند دقیقه صبر کنید. آب موجب نرم شدن قرص می شود و له کردن آن را آسان می کند.

اگر به مادر شربت می دهید:

به مادر توضیح دهید که چگونه مقدار مورد نیاز برای هر نوبت را از طریق پیمانه یا قاشق در منزل اندازه بگیرد.

یک قاشق مربا خوری* مساوی ۲/۵ میلی لیتر می باشد. (به جدول ذیل نگاه کنید.)

فاشق مرباخوری	میلی لیتر (سی سی)
نصف قاشق	۱/۲۵ ml
یک قاشق	۲/۵ ml
دو قاشق	۵ ml
سه قاشق	۷/۵ ml

* (میزان حجم قاشق مرباخوری که در منطقه به طور شایع توسط اکثر خانوارها استفاده می شود را با سرنگ اندازه گیری نمایید.)

برای مادر شرح دهید که حتی اگر حال کودک بهتر شد، باید قرص ها یا شربت های خوراکی تا پایان دوره درمان مصرف شوند

برای مادر شرح دهید که حتی اگر حال کودک بهتر شد، درمان او را ادامه دهید. این مسئله حایز اهمیت می باشد چرا که ممکن است علیرغم برطرف شدن علائم، باکتری همچنان در بدن وجود داشته باشد. به مادر توصیه کنید داروها را دور از دسترس کودکان قرار دهید. همچنین به او بگویید که داروها را در محل خشک و تاریک و دور از موش و سایر حشرات نگهداری نماید.

قبل از اینکه مادر مرکز را ترک کند، میزان درک او را کنترل کنید

از مادر سوالات کنترل پرسید، مانند: « هر بار چقدر دارو خواهی داد؟ » « چه وقت دارو را می دهی؟ » « برای چند روز می دهی؟ » « این قرص را چگونه آماده خواهید کرد؟ » « کدام دارو را باید ۳ بار در روز بدهی؟ » در بعضی از مراکز مسئول دارویی وظیفه آموزش مادر و کنترل میزان یادگیری مادر را بر عهده دارد، در این صورت مهارت های لازم را به او نیز آموزش دهید.

فصل ۲۷

نحوه درمان نشانه های موضعی را

در منزل به مادر آموزش دهید

این بخش از مجموعه راهنما چگونگی درمان نشانه های موضعی را به شما آموزش می دهد. نشانه های موضعی شامل سرفه، گلودرد، خروج چرک از گوش و ... می باشند.

بعضی از انواع درمان ها برای نشانه های موضعی ایجاد ناراحتی در کودک می کند. کودکان معمولاً برای انجام اقدامات درمانی در ناحیه چشم، گوش و دهان مقاومت نشان می دهند. بنابراین، آرام نگه داشتن کودک (بلافاصله قبل از درمان) مهم است. این امر مانع تداخل کودک در درمان می شود.

تصویر روبرو وضعیت خوبی از نگه داشتن کودک را نشان می دهد. برای فتیله گذاری در گوش سر کودک را به یک طرف بچرخانید.

۲-۲۷ گوش را با فتیله گذاری خشک کنید

به چارت درمان کودک مراجعه کنید. برای اینکه به مادر آموزش دهید که چگونه گوش 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 را تا وقتی که خیس شود، در داخل گوش کودک قرار دهد.
- یک فتیله خشک را جایگزین فتیله خیس کند.
- این عمل را تا وقتی که فتیله، خشک باقی بماند تکرار کند.
- گوش را سه بار در روز فتیله گذاری نمایید.
- 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 دهید.
- در فواصل فتیله گذاری هیچ چیزی (نظیر روغن، مایعات یا سایر موارد) در گوش **نریزید**. اجازه شنا کردن به کودک ندهید. آب نباید وارد گوش شود.

سوالات کنترل از مادر پرسید، نظیر:

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

« چند بار در روز برای خشک کردن گوش 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.

۴-۲۷ برای تسکین گلودرد و کاهش سرفه از داروهای بی ضرر خانگی استفاده کنید.

برای تسکین گلودرد یا کاهش سرفه، از یک داروی بی ضرر خانگی استفاده کنید. این گونه داروها ممکن است در خانه تهیه شوند، از مرکز دریافت شوند و یا از داروخانه خریداری گردند. آنچه حایز اهمیت است این است که **بی ضرر** باشند. داروهای تهیه شده در خانه به اندازه داروهایی که خریداری می شوند موثر می باشند.

در چارت درمان استفاده از داروهای بی ضرر خانگی برای تسکین گلودرد و سرفه ذکر شده است. اگر کودک به صورت انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود هیچگونه نوشیدنی یا ماده دیگری به او **ندهید**. شیرمادر بهترین تسکین دهنده خانگی برای بچه هایی است که تغذیه انحصاری با شیرمادر دارند.

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 می کنند. قطره های بینی (قطره هایی که هرچیز دیگری به جز نمک دارا هستند) نباید استفاده شوند.

لازم بذکر است که دادن مقدار معین و دقیق در این موارد اهمیتی ندارد.

فصل ۲۸

مشاوره با مادر در مورد

مشکلات نحوه تغذیه شیرخوار

در فصل ۱۵ کنترل کردن مشکلات تغذیه ای شیرخوار کم سن (کمتر از ۲ ماهه) را آموخته اید. چنانچه شیرخوار با شیرمادر تغذیه می شود و در طبقه بندی مشکل تغذیه ای قرار دارد، لازم است در مورد مشکلات نحوه تغذیه شیرخوار که در طول ارزیابی به آنها پی بردید با مادر مشاوره کنید.

- اگر مادر کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت به فرزندش شیر می دهد، افزایش دفعات تغذیه با شیر مادر را به او توصیه کنید. او باید فرزندش را بطور مکرر و هر مدتی که شیرخوار می خواهد در روز و شب با شیر خود تغذیه کند.
- اگر به شیرخوار سایر مایعات و غذاها را می دهد، با مادر در مورد افزایش تغذیه با مادر و کاهش مقدار سایر غذاها و مایعات مشاوره کنید و توصیه کنید غذاهای دیگر را بطور کامل قطع و از استکان یا قاشق استفاده کند و هرگز بطری بکار نبرد.
- اگر مادر اصلاً به فرزندش شیر خود را نمی دهد و علاقمند باشد او را به مشاور شیردهی برای برقراری مجدد شیردهی ارجاع دهید. مشاور شیردهی ممکن است بتواند بر مشکلات و شروع دوباره شیردهی به او کمک نماید.

مادری را که علاقمند به شیردهی نیست، برای شیر مصنوعی و طرز تهیه صحیح آن کمک و راهنمایی کنید. (به فصل ۲۹ در مجموعه مشاوره با مادر در مورد غذا و نحوه تغذیه و مایعات مراجعه کنید). تمام شیرخواران کم سنی را که دارای مشکلات نحوه تغذیه هستند، ظرف روز بعد پیگیری کنید. این امر بسیار مهم است بویژه وقتی شما یک تغییر قابل توجه را در روش تغذیه شیرخوار به مادر توصیه کرده اید.

۲۸-۱ وضعیت صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار را به مادر آموزش دهید

در فصل ۱۵ آموختید تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنید چنانچه کودک نیازمند ارجاع فوری به بیمارستان نیست و:

- هر گونه مشکل شیر خوردن دارد، یا
- تغذیه با شیرمادر کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت انجام می شود، یا
- کودک سایر غذاها یا مایعات را دریافت می کند، یا

▪ وزن گیری ناکافی دارد

چنانچه شما در طول شیردهی مشکلی در ارتباط با به پستان گذاشتن یا مکیدن مشاهده کردید لازم است به مادر وضعیت صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن شیرخوار را آموزش دهید.

۱-۲۸ دلایل درست پستان نگرفتن و مکیدن ضعیف

دلایل متعددی برای درست پستان نگرفتن و مکیدن نادرست شیرخوار وجود دارد. شیرخوار ممکن است از شیشه شیر بویژه در چند روز اول تولد استفاده کرده باشد. مادر ممکن است تجربه نداشته، یا مشکلاتی دارد و یا کسی را برای کمک و راهنمایی نداشته باشد. برای مثال شاید شیرخوار، کوچک و ضعیف است یا نوک پستان مادر صاف است یا شروع تغذیه با شیرمادر با تاخیر صورت گرفته است. شیرخوار ممکن است وضعیت بغل گرفتن و شیردادن او نادرست باشد.

۲-۲۸ اصلاح وضعیت بغل کردن و پستان گرفتن شیر خوار

وضعیت بغل کردن شیرخوار بسیار مهم است زیرا وضعیت نادرست، اغلب منجر به پستان گرفتن نامطلوب بویژه در شیرخواران کم سن می شود. اگر شیرخوار بخوبی بغل شود، احتمال اینکه پستان را بخوبی بگیرد، بیشتر است. چگونه به مادر کمک کنید تا به درستی کودک خود را در آغوش بگیرد:

- نحوه صحیح در آغوش گرفتن کودک را برای او توضیح دهید و در صورت لزوم به او نشان دهید.
- برای مادر توضیح دهید که چه کمکی می خواهید به او بکنید و آیا او تمایل دارد که شما نحوه صحیح شیردادن را به او نشان دهید.
- مطمئن شوید که او راحت و آرام است.
- خودتان نیز در وضعیت راحتی بنشینید.

چهار نکته اصلی شامل:

- سر و بدن کودک در امتداد هم باشد و سر چرخیده نباشد.
 - صورت کودک روبروی پستان مادر باشد.
 - بدن کودک چسبیده به بدن مادر باشد.
 - تمامی بدن کودک توسط مادر حمایت شود.
 - به او نشان دهید که چگونه پستان خود را در دست بگیرد:
 - چهار انگشتان در زیر پستان قرار داشته باشد
 - انگشتان شست در قسمت بالای پستان قرار گیرد.
 - انگشتان مادر نباید در زیر نوک پستان باشد.
 - برای او شرح یا نشان دهید که چگونه به کودک در گرفتن نوک پستان کمک کند:
 - لب های کودک با نوک پستان تماس پیدا کند.
 - منتظر باشد تا کودک دهان خود را کاملاً باز کند. (مشابه خمیازه کشیدن نوزاد)
 - بانزدیک کردن شیرخوار پستان را وارد دهان کودک کند به طوری که لب تحتانی کودک به خوبی در زیر نوک پستان قرار گیرد.
 - نگاه کنید آیا وضعیت پستان گرفتن اصلاح شد؟ از مادر بخواهید که بطور عملی آنچه را شرح دادید انجام دهد، آیا موفق به انجام این عمل شده است؟ و نظر وی را در مورد مکیدن کودک سوال کنید.
- اگر همچنان وضعیت پستان گرفتن اشتباه است انگشت کوچک شسته شده دستش را از کنار دهان شیرخوار وارد کند و به آرواره پایین فشار وارد کند تا پستان خارج شود و دوباره نحوه صحیح پستان گرفتن را تکرار کند.

بدن شیرخوار دور از بدن مادر و
گردن او چرخیده است

بدن شیرخوار نزدیک بدن مادر و صورت
او مقابل پستان مادر قرار گرفته است

حل مشکلات شیردهی:

۱- کافی نبودن میزان شیر

تقریباً تمامی مادران قادرند شیر کافی برای یک و یا حتی دو کودک تولید کنند. معمولاً حتی در مواقعی که مادر تصور می کند شیر کافی ندارد، کودکش حجم کافی دریافت می کند. اما باید توجه داشت که گاهی اوقات واقعاً کودک مقدار کافی شیر دریافت نمی کند. علائم آن به شرح زیر است:

• وزن گیری ناکافی (کمتر از ۵۰۰ گرم در ماه یا کمتر از ۲۰۰ گرم در ۱۰ روز و یا وزن کمتر از وزن هنگام تولد دو هفته پس از زایمان).

• دفع مقدار کمی ادرار غلیظ (کمتر از ۶ بار در روز به رنگ زرد و بوی تند)

دلایل اصلی که ممکن است کودک مقدار کافی شیر دریافت نکند شامل:

• نحوه شیردهی نادرست: درست پستان نگرفتن، تاخیر در شروع شیردهی در بدو تولد، عدم هم اتاقی مادر و کودک، شیردهی براساس زمانبندی، عدم تغذیه شبانه، تغذیه کوتاه مدت در هر وعده شیردهی، استفاده از شیشه شیر و پستانک و یا سایر غذاها و مایعات.

• شرایط جسمانی مادر: دیورتیک ها، حاملگی، سوء تغذیه شدید، الکل، سیگار، باقیماندن تکه هایی از جفت (نادر)، تکامل ناکافی پستان (نادر)، استفاده از قرصهای ضد بارداری حاوی استروژن.

• شرایط غیر جسمانی مادر: عدم اعتماد به نفس، فشارهای روحی، اضطراب، خستگی، عدم علاقه به شیردهی، طرد کودک

• **شرایط کودک:** نارسایی (کم وزنی)، بیماری وی یا آنومالی های مادر زادی که تداخل در شیر خوردن او ایجاد می کنند.

مادری که تولید شیر در او کاهش یافته است، باید سعی کند که مقدار آن را زیاد کند در حالیکه مادری که شیر دهی را قطع کرده است نیازمند برقراری مجدد شیردهی است. روش هایی برای افزایش میزان شیر و برقراری مجدد شیر دهی وجود دارد. ولی باید توجه داشت که برقراری مجدد شیردهی مشکل تر بوده و نیاز به زمان طولانی تر دارد. در چنین شرایطی مادر باید انگیزه بالایی داشته و به خوبی تحت حمایت قرار داشته باشد، تا بتواند موفق گردد. از طرق زیر به مادر کمک کنید تا دوباره کودک خود را با شیر مادر تغذیه کند.

- کودک را در کنار مادر قرار دهید تا دوباره کودک خود را با شیر مادر تغذیه کند.

- در تمام مدت تماس پوست به پوست بین مادر و کودک برقرار کند.

- در هر زمانی که کودک تمایل به مکیدن دارد پستان مادر را در دهان او بگذارد.

- با مقداری دوشیدن پستان مادر به کودک کمک کند تا بتواند شیر بخورد و وضعیت کودک را به گونه ای تصحیح کند که در تماس نزدیک با پستان مادر باشد.

- استفاده از شیشه شیر و پستانک امتناع کند. اگر تا زمان برقراری مقدار کافی شیر در پستان مادر به استفاده از شیر مصنوعی مجبور می باشد، از استکان یا قاشق استفاده کند.

۲- چگونه تولید شیر را افزایش دهید

بهترین روش افزایش یا تولید مجدد شیر مادر این است کودک به طور مرتب و صحیح پستان مادر را بمکد تا تولید شیر تحریک گردد. اگر مادر اعتقاد دارد که خوردن غذا یا مایع خاصی موجب افزایش شیر او می شود در صورتیکه از مضر نبودن آن مطمئن هستید مادر را تشویق به خوردن آن بکنید تا موجب افزایش اعتماد به نفس او گردد.

- به کودک اجازه دهید که حداقل ده بار و یا در صورت تمایل کودک به دفعات بیشتر زیر پستان قرار گیرد .

مادر باید هر زمان که کودک میل داشت او را به پستان بگذارد و تا هر زمانی که او خواست به او اجازه دهد که پستان را بمکد. باید کودک را در تماس پوست با پوست قرار داده و شبها نیز به او شیر بدهد.

- در مدتی که جریان شیر برقرار نشده است، سایر شیرها را با فنجان یا استکان به کودک بدهید از شیشه شیر و یا پستانک استفاده نکنید. به محض افزایش میزان حجم شیر مادر، حجم سایر شیرها را روزانه به میزان ۳۰ تا ۶۰ سی سی کم کنید. افزایش وزن کودک را پایش نمایید.

- اگر کودک از مکیدن پستان خالی امتناع می ورزد راهی پیدا کنید که کودک در حین مکیدن پستان بتواند شیر بخورد. به عنوان مثال از یک قطره چکان یا لوله موئینه که یک انتهای آن به نوک پستان و انتهای دیگر به ظرف حاوی شیر متصل است ، استفاده کنید
- لازم به ذکر است که حمایت روانی - تغذیه ای (مایعات و غذای او بیشتر از دوره بارداری باشد) و افزایش خواب مادر از مهمترین فاکتورهای افزایش تولید شیر می باشد.

زمان مورد نیاز برای آنکه میزان شیر تولید شده افزایش یابد از یک مادر به مادر دیگر تفاوت دارد و ممکن است از چند روز تا چند هفته متغیر باشد. اگر تولید شیر در عرض دو هفته افزایش نیافت، تجویز متوکلوپرامید (10 mg هر ۸ ساعت) یا کلروپرومازین (25 mg هر ۸ ساعت) به مادر به مدت یک هفته جهت تحریک تولید شیر ممکن است کمک کننده باشد. ولی باید به این نکته توجه داشت که اگر سایر اقدامات انجام نشده و کودک مرتباً پستان مادر را نمی مکد، فقط مصرف این داروها کمک کننده نخواهد بود.

برای شیرخواران نارس و کم وزن که مکیدن مناسب دارند ولی چون زودخسته می شوند برای چندروز اول شیر دوشیده شده مادر علاوه بر تغذیه شیر از طریق پستان توصیه می شود.

۳-امتناع از مکیدن پستان

امتناع شیر خوار کم سن از مکیدن پستان یک علت شایع برای توقف شیر است. که در اغلب مواقع می توان بر این مشکل فائق آمد. مهمترین دلایلی که کودک از شیر خوردن امتناع می ورزد شامل:

- کودک بیمار است، درد دارد و یا خواب آلوده است.
- بیماری کودک را درمان کنید.
- اگر کودک قادر به مکیدن نیست، مادر باید شیر خود را دوشیده و تا زمانی که کودک بتواند مستقیماً از پستان مادر شیر بخورد، آن را با استکان، قاشق یا سرنگ به کودک بدهد.
- اگر کودک در بیمارستان بستری می باشد، ترتیبی اتخاذ نمایید که مادر در تمام مدت در کنار کودک بماند و به او شیر بدهد.
- به مادر کمک کنید که کودک خود را به گونه ای در آغوش بگیرد که به محل دردناک کودک فشاری وارد نیاید.
- برای مادر شرح دهید که چگونه گرفتگی بینی کودک را برطرف کند. به مدت چند روز باید دفعات تغذیه را بیشتر و طول مدت هر وعده را کاهش دهد.
- زخم دهان ممکن است مربوط به عفونت کاندیدیا (برفک دهان) یا درآوردن دندان باشد. برفک را با مالیدن پنبه آغشته به ۱٪ محلول نیستاتین (۱۰۰۰۰۰ واحد در میلی لیتر) روی مخاط های مبتلا (گونه ها)، ۴ بار در روز به مدت ۱۰ روز درمان کنید. همچنین دارو رابه نوک وهاله پستان مادربعداز هر بار شیر دادن مالیده شود در صورت عدم دسترسی از محلول ویوله دوژانسین ۰/۲۵٪ استفاده کنید اگر کودک در حال دندان درآوردن است از مادر بخواهید که صبور بوده و مرتباً کودک را زیر پستان خود بگذارد.
- اگر مادر تحت درمان با یک داروی سداتیو است دوز دارو را کم کرده یا آن را متوقف کنید و یا از یک داروی جایگزین با سداتیو کمتر استفاده کنید.

• مشکلی با تکنیک شیردهی وجود دارد.

علت های احتمالی شامل:

- تغذیه با شیشه شیر یا دادن پستانک موجب اختلال در مکیدن پستان می شود.
- به دلیل درست پستان نگرفتن و یا احتقان پستان شیر کافی به کودک نمی رسد.
- به دلیل تکنیک نادرست در آغوش گرفتن کودک، فشار به ناحیه پشت سر کودک وارد می شود.
- جابجایی مادر موجب تغییر وضعیت پستان می شود که تداخل در attachment ایجاد می کند.
- شیردهی زمان بندی شده موجب کاهش شیر مادر می شود.
- رگ کردن پستان موجب می شود که سرعت تخلیه شیر خیلی سریع بوده و کودک در بلعیدن دچار مشکل میشود
- اشکال در آموزش نحوه صحیح به پستان گذاشتن برای مادر وجود دارد.
- به مادر در مورد تکنیک های صحیح شیردهی کمک کنید: مطمئن شوید که کودک در وضعیت درست قرار گرفته و بدون آنکه به سر او فشاری بیاید پستان مادر را گرفته است.
- به مادر توصیه کنید که از شیشه شیر یا پستانک استفاده نکنند در صورت لزوم از قاشق یا استکان استفاده کند.
- احتقان پستان را با کمک تخلیه شیر از پستان درمان کنید: اگر کودک قادر به مکیدن نیست به مادر کمک کنید تا شیر خود را بدوشد. کمپرس گرم بر روی پستان و یا ماساژ ملایم پستان می تواند کمک به تغذیه از پستان یا دوشیدن آن را تسهیل کند. پس از پایان تغذیه یا دوشیدن، کمپرس سرد بر روی پستان قرار دهید.
- جهت پیشگیری از رگ کردن پستان، قبل از شروع شیردهی کمی از شیر خود را بدوشد و یا پستان خود را به صورت قیچی بگیرد تا جریان شیر کمی آهسته تر شود.

• وجود تغییراتی در شرایط کودک که موجب ناراحتی وی شده است.

تغییراتی نظیر جدایی از مادر، مراقب جدید، بیماری مادر، عادات خانواده و یا حتی تغییر بوی مادر (به دلیل تعویض صابون، غذا و یا قاعدگی) می تواند موجب ناراحتی کودک و امتناع او از شیر خوردن شود. به مادر توضیح دهید که سعی کند ایجاد چنین تغییراتی را به حداقل رسانده و مرتب به کودک خود شیر دهد. اگر شیرخوار به هردلیلی در روز پستان رانمی گیرد مادر سعی کند که در شب ها و یادر هنگام خواب یا در محیطی آرام به او شیر بدهد و مرتب هر سه ساعت شیر خود را بدوشد و با استکان یا قاشق به او شیر بدهد. گاهی اوقات کودکان رفتارهایی از خود نشان می دهند که مادر تصور میکند او از شیر خوردن امتناع می ورزد در صورتیکه چنین نیست. یک نوزاد تازه به دنیا آمده به دنبال پستان می گردد و سر خود را از یک طرف به طرف دیگر برمی گرداند. بین ۴ تا ۸ ماهگی کودکان ممکن است به طور ناگهانی مکیدن را متوقف کنند. این یک علامتی است که نشان می دهد کودک هوشیار شده است. پس از یک سالگی کودک ممکن است خود را از شیر بگیرد. به مادر اطمینان دهید که این رفتارها همگی طبیعی هستند.

وزن کم هنگام تولد و کودکان بیمار

شیرخواران با وزن کم هنگام تولد (کمتر از ۲/۵ کیلو گرم در هنگام تولد) بیش از شیرخواران با وزن بالاتر نیاز به تغذیه با شیر مادر دارند ولی ممکن است همه این شیرخواران قادر به تغذیه با شیر مادر بلافاصله بعد از تولد نباشند. در چند روز اول، ممکن است کودک توان تغذیه از راه دهان را نداشته و نیازمند تغذیه وریدی باشد. به محض آنکه کودک بتواند تغذیه از راه دهان را تحمل کند، تغذیه از راه دهان را برای او آغاز کنید. *نوزادان ۳۲-۳۰ هفته (یا کمتر) معمولاً نیاز دارند که به کمک لوله نازوگاستریک تغذیه شوند.* شیر دوشیده شده مادر را از طریق لوله به او بدهید. در هنگام تغذیه بالوله نازوگاستریک، مادر می تواند به کودک خود اجازه دهد تا پستان تخلیه شده مادر را بمکد. این امر موجب تحریک دستگاه گوارش کودک شده و به افزایش وزن کودک کمک می کند.

نوزادان ۳۲ هفته (یا بیشتر) قادر به مکیدن پستان مادر می باشند، به مادر اجازه دهید که به محض اینکه حال عمومی نوزاد اجازه داد او را زیر پستان خود بگذارد. با وجود این تغذیه با شیر دوشیده شده مادر را با فنجان و یا لوله نازوگاستریک ادامه دهید تا اطمینان حاصل شود که نوزاد تمامی نیازهای تغذیه ای خود را دریافت کرده است.

نوزادان ۳۶-۳۴ هفته (یا بیشتر) معمولاً قادرند تمامی نیازهای تغذیه ای خود را مستقیماً از پستان مادر دریافت نمایند.

در مواردی که تعیین سن داخل رحمی مقدور نیست از معیار وزن هنگام تولد و قدرت مکیدن و بلعیدن نوزاد و خسته شدن زودرس، برای تصمیم گیری در مورد تغذیه با شیر مادر بهره گرفته شود.

شیرخوارانی که قادر به تغذیه از پستان مادر نیستند.

شیرخوارانی که از پستان تغذیه نمی شوند می توانند هر یک از موارد زیر را دریافت نمایند:

- شیر دوشیده شده پستان (ترجیحاً مادر خودشان).
 - شیر مصنوعی تهیه شده با آب سالم و تمیز با غلظت مناسب
- شیر دوشیده شده بهترین انتخاب است که باید به مقادیر زیر داده شود:
نوزادان مساوی یا بیشتر از ۲/۵ کیلوگرم:

به میزان 150 ml / kg وزن بدن روزانه با فواصل ۳

ساعت در ۸ وعده غذایی به او بدهید.

نوزادان زیر ۲/۵ کیلوگرم:

در روز اول 60 ml / kg وزن بدن به او داده و سپس روزانه

20 ml / kg اضافه کنید تا حجم کل دریافتی به ml / kg

۲۰۰ روزانه برسد که این مقدار را در ۱۲-۸ وعده غذایی هر ۳-۲

ساعت یکبار بدهید.

برای مادر شرح دهید که دوشیدن شیر به مقدار کافی ۳۰-۲۰ دقیقه زمان می برد. برای تحریک تولید

شیر در کودکی که قادر به مکیدن پستان نیست به دفعاتی که کودک شیر می خورد، پستان را بدوشید.

اگر مادر فقط ۲ یا ۳ بار در روز شیر خود را بدوشد، تولید شیر در او کاهش خواهد یافت.

آموزش به مادر در مورد نحوه دوشیدن شیرو تحریک و فلکس اکس توسین:

سعی نکنید خودتان شیرپستان مادر را بدوشید. فقط نحوه انجام کار را به مادر نشان دهید و این کار را به آرامی انجام دهید. به او آموزش دهید:

- دست هایش را به خوبی بشوید
 - معمولاً بغل کردن شیرخوار یا شنیدن صدایش و اگر شیرخوار در دسترس نیست نگاه کردن به عکس او و یا بویدن لباس یا پتوی او به جاری شدن شیر مادر کمک می کند.
 - نوشیدن مایعات گرم (بجز قهوه)، دوش گرفتن و یا کمپرس گرم پستان ها نیز مفید است
 - ماساژ دادن پستان ها از بالا به طرف نوک پستان، لمس کردن ملایم نوک پستان و هاله با نوک انگشت و یا غاطانندن ملایم مشت بسته روی پستان هانیز موثر است
 - در صورت امکان مالش دادن پشت مادر نیز توصیه می شود مطابق تصویر مقابل باید چندین بار و بطور محکم برای یک تا دو دقیقه پشت مادر مالش داده شود.
 - ظرفی را برای جمع آوری شیر دوشیده شده آماده نماید.
 - از یک فنجان یا ظرف دهان گشاد استفاده کند.
 - ظرف را با آب و صابون شسته و به مدت چند دقیقه آب جوش داخل آن بریزد و وقتی برای دوشیدن پستان آماده شد آب جوش را از ظرف خالی کند
 - در محل راحتی نشسته و ظرف را نزدیک پستان خود نگه دارد.
 - شست و انگشت اشاره خود را در دو طرف هاله پستان قرار دهد
 - انگشت شست و اشاره به سمت عقب به طرف دیواره قفسه سینه فشار دهد.
 - پستان را بین انگشتان خود فشار داده و رها کند.
 - این کار را در تمام جهات در هاله پستان انجام دهد تا مطمئن شود که شیر از تمام لوب ها خارج شده است.
 - حداقل ۴-۲ دقیقه یک پستان را بدوشد تا جریان شیر آهسته شود سپس پستان سمت مقابل را بدوشد و پس از آن دوباره دوطرف را تکرار کند. این کار را تا زمان توقف جریان شیر ادامه دهد.
- برای مادر شرح دهید که برای دوشیدن به میزان کافی، به خصوص در روزهای اول که مقادیر کمی کلستروم یا شیر تولید می شود، ۳۰-۲۰ دقیقه زمان لازم است. باید دقت کرد که مادر نباید سعی کند که در مدت کوتاهی شیر خود را بدوشد. مادر باید حداقل هر سه ساعت، حتی در شب شیر خود را بدوشد

فصل ۲۹

در مورد غذا و نحوه تغذیه

و مایعات با مادر مشاوره کنید

در مورد بسیاری از کودکان بیمار لازم است غذا و نحوه تغذیه کودک را ارزیابی نموده و در این مورد با مادر مشاوره نمائید. توصیه های مربوط به غذا، مایعات و اینکه چه موقع برگردد در چارت مشاوره با مادر آمده است.

۲۹-۱ غذا و نحوه تغذیه کودک را ارزیابی کنید

ارزیابی غذا و نحوه تغذیه را برای کودکانی انجام خواهید داد که:

- در گروه اختلال رشد دارد یا رشد نامعلوم طبقه بندی شده اند. یا
- کمتر از ۲ سال سن دارند

به هر حال، چنانچه مادر تاکنون دستورات درمانی زیادی را دریافت کرده و ذهن او مغشوش است، ارزیابی نحوه تغذیه را به تاخیر انداخته و تا ملاقات بعدی درباره غذا و نحوه تغذیه کودک با او مشاوره کنید.

حتی اگر شما عجله داشته باشید بسیار اهمیت دارد که به منظور مشاوره دقیق و کامل با مادر، وقت کافی به این کار اختصاص دهید هنگام مشاوره با مادر در مورد غذا و نحوه تغذیه از بعضی از همان مهارتهای ارتباطی که در فصل ۲۵ شرح داده شد استفاده خواهید کرد.

به منظور ارزیابی غذا و نحوه تغذیه سئوالات زیر را از مادر پرسید. این سئوالات در قسمت ابتدای چارت مشاوره بلمادر نیز آمده است. و پرسیدن آنها به شما کمک خواهد کرد تا از غذای معمول کودک و نحوه تغذیه او در طی این بیماری مطلع شوید:

- آیا کودک شیر خودتان را می خورد؟

اگر بلی: چند بار در روز؟

آیا در طول شب نیز شیر می دهید؟

- آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟

اگر بلی: چه نوع غذا یا مایعاتی؟

چندبار در روز؟

اگر خیلی کم وزن است، چه مقدار غذا برای هر وعده به او می دهید؟ و چه

کسی و چگونه او را تغذیه می کنید؟

▪ بتازگی تغذیه کودک فرق کرده است؟

اگر بلی، چگونه؟

به اقدامات صحیح انجام شده در مورد نحوه تغذیه کودک به خوبی اقداماتی که نیاز به تغییر دارد گوش کنید. بایستی ضمن گوش کردن به مادر به توصیه های تغذیه ای مخصوص سن کودک بروی چارت مشاوره نگاه کنید.

۲۹-۲ توصیه های تغذیه ای

توصیه های تغذیه ای در طی سلامت و بیماری در چارت مشاوره آمده است.

این توصیه ها برای ۵ گروه سنی در ستونهای جداگانه فهرست شده است. در ابتدا به منظور آگاهی از اینکه مادر پیش از این چگونه کودکش را تغذیه کرده است از او سئوالاتی خواهید پرسید. سپس تنها در مواردی که لازم باشد، برحسب سن و وضعیت کودک توصیه های لازم را ارائه دهید.

این توصیه ها متناسب با هر دو وضعیت کودک یعنی دوران سلامت و بیماری وی تنظیم شده است. ممکنست کودکان در طی بیماری تمایل به خوردن بیشتر نداشته باشند. اگرچه همان طور که توصیه شده است حتی اگر کودک در هر وعده، از خوردن به مقدار بیشتر امتناع کرد بایستی برحسب سنش انواع غذاهای توصیه شده را به او پیشنهاد کنید. پس از بیماری، تغذیه مناسب به جبران وزن از دست رفته و پیشگیری از سوء تغذیه و در شرایط سلامت، به پیشگیری از ابتلا به بیماری کمک می کند. مراجعات کودک بیمار فرصت مناسبی است تا در مورد غذا و نحوه تغذیه اش چه در زمان بیماری و چه در زمان سلامت او با مادر مشاوره کنید.

۲۹-۲-۱ توصیه های تغذیه ای برای سنین بدو تولد تا ۴ ماهگی

بهترین راه تغذیه کودک از بدو تولد تا سن حداقل ۴ ماهگی تغذیه انحصاری با شیرمادر است. تغذیه انحصاری به معنی آنست که کودک فقط شیرمادر می خورد و هیچ غذای اضافی، آب یا مایعات دیگر (بجز ویتامین ها و یا داروها در صورت نیاز) دریافت نمی کند. در این سن کودکان را برحسب میل و تقاضا، روز و شب، حداقل ۸ بار در شبانه روز با شیرمادر تغذیه کنید.

مزایای تغذیه با شیرمادر در ذیل آمده است:

شیرمادر حاوی مواد مغذی مورد نیاز شیرخوار است. از جمله:

پروتئین، چربی، لاکتوز (نوعی قند شیر مخصوص)، ویتامینهای A و C، آهن

جذب این مواد مغذی از طریق شیرمادر به مراتب راحتتر از جذب آنها از طریق سایر شیرها می باشد. همچنین شیرمادر حاوی اسیدهای چرب ضروری مورد نیاز برای رشد مغزی، چشمها و عروقی خونی شیرخوار می باشد. این اسیدهای چرب در سایر انواع شیر وجود ندارد.

شیرمادر تمام آب مورد نیاز شیرخوار را حتی در شرایط آب و هوایی خشک و گرم، تامین می کند.

شیرمادر، شیرخوار را در برابر عفونتها محافظت می کند. شیرخواران نمی توانند به خوبی کودکان بزرگتر و یا افراد بالغ، با عفونت مقابله نمایند. شیرخوار از طریق تغذیه با شیرمادر می تواند در توانایی مادرش در مقابله با عفونتها سهیم شود. در مورد شیرخوارانی که به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شوند، احتمال ابتلا به اسهال و یا مرگ ناشی از اسهال و یا سایر عفونتها در آنها کمتر است. در کودکان شیرمادر خوار، احتمال ابتلا به پنومونی، مننژیت و عفونت گوش کمتر از کودکانی است که شیرمادر نخورده اند.

تغذیه با شیرمادر به مادر و کودک کمک می کند تا ارتباطی نزدیک تر و عاطفی تر برقرار کنند.

شیردهی سلامت مادر را تضمین می کند. پس از زایمان شیردهی کمک می کند تا رحم به اندازه قبلی خود برگردد. این مسئله به کاهش خونریزی و پیشگیری از کم خونی کمک می کند. همچنین شیردهی خطر ابتلاء مادر به سرطان پستان و تخمدان را کاهش می دهد.

بهترین کار اینست که به کودک زیر ۴ ماه هیچ نوع شیر یا غذای دیگری بجز شیرمادر ندهید: برای مثال، به کودک شیرگاو، شیر بز، شیرمصنوعی، حبوبات یا نوشیدنی های اضافی نظیرچای، آب میوه یا آب ندهید زیرا:

- دادن هر نوع غذا یا مایعات، از میزان دریافت شیرمادر می کاهد.
- سایر غذاها یا مایعات ممکنست از طریق آب یا تغذیه با بطری یا ظروف آشپزخانه آلوده به میکروب شوند که این عوامل بیماریزا می تواند سبب عفونت شود.
- غذا یا مایعات دیگر ممکن است به مقدار کافی ویتامین A نداشته باشد.
- سایر غذاها یا مایعات ممکن است آنقدر رقیق باشند که کودک دچار سوء تغذیه شود.
- جذب آهن از طریق شیرگاو و بز ناچیز است.
- کودک ممکنست دچار حساسیت شود.
- ممکنست کودک در هضم شیرحیوان مشکل داشته و بنابراین مصرف این شیر باعث بروز اسهال، کهیریا دیگر علائم در او شود. اسهال ممکنست پایدار شود.

تغذیه انحصاری با شیرمادر بهترین فرصت را برای رشد و تداوم سلامتی کودک فراهم می نماید.

۲۹-۲-۲ توصیه برای سنین ۴ تا ۶ ماهگی

بیشتر کودکان قبل از سن ۶ ماهگی نیاز به تغذیه تکمیلی ندارند. شیرمادر همچنان برای کودک مهمترین غذاست اما گاهی اوقات در فاصله سن ۶-۴ ماه، بعضی کودکان علاوه بر شیرمادر نیاز به شروع تغذیه تکمیلی دارند. این غذاها، اغلب تکمیلی یا کمکی نامیده می شوند زیرا مکمل شیرمادر هستند.

مادر فقط بایستی در موردی اقدام به شروع زودرس تغذیه تکمیلی نماید که کودک به اندازه کافی وزن گیری نداشته باشد.

از سن ۶ ماهگی همه کودکان بایستی غذای تکمیلی مغذی و غلیظ دریافت کنند. این نکته حائز اهمیت است که تغذیه با شیرمادر بایستی برحسب میل و تقاضای کودک و به طور شبانه روزی تداوم یابد. به منظور اجتناب از جایگزینی غذای تکمیلی به جای شیرمادر بایستی روزانه پس از آنکه کودک با شیرمادر تغذیه شد ۲-۱ بار غذای کمکی به او داده شود یا بعد از تغذیه با شیرمادر، غذای کمکی به میزان یک یا دو قاشق مرباخوری به او داده شود

۲۹-۲-۳ توصیه برای سنین ۶ تا ۱۲ ماهگی

مادر بایستی به تغذیه کودک با شیرمادر برحسب میل و تقاضای او، ادامه دهد. اگر چه پس از ۶ ماهگی شیرمادر به تنهایی تمام نیازهای انرژی کودک را تامین نمی کند. در این محدوده سنی علاوه بر تغذیه با شیر مادر بر حسب میل و تقاضای شیر خوار، دادن غذای کمکی قابل دسترسی و غنی از انرژی و مواد مغذی (به عنوان مثال حداقل 100 Kcal / 100g) توصیه می شود. از سن ۶ تا ۱۲ ماهگی به تدریج بر میزان غذای تکمیلی داده شده به کودک افزوده می شود.. چنانچه کودک با شیرمادر تغذیه می شود سه بار در روز و اگر با شیر مادر تغذیه نمی شود، ۵ بار در روز به او غذای کمکی بدهید.

این مسئله مهم است که کودک را به طور فعال تغذیه نمائید. تغذیه فعال به معنی تشویق کودک به خوردن است. کودک بایستی مجبور شود برای غذا خوردن از یک ظرف مشترک با خواهر و برادر بزرگترش رقابت کند. او بایستی سهم مخصوص به خود داشته باشد. تا زمانی که کودک بتواند خودش غذا بخورد، مادر یا فرد مراقبت دهنده دیگر (مثل خواهر یا برادر بزرگتر یا پدر یا مادر بزرگ) بایستی در طول وعده غذایی در کنار کودک بنشیند و به او کمک کند تا قاشق غذا را در دهان بگذارد.

یک سهم کافی بدین معنی است که کودک پس از آنکه فعالانه تغذیه شد میل به خوردن غذای بیشتری نداشته باشد

غذاهای تکمیلی مناسب

غذاهای تکمیلی مناسب به غذاهایی گفته می شود که غنی از انرژی و مواد مغذی بوده و استطاعت تهیه آن در منطقه وجود داشته باشد. نمونه هایی از این غذاها در بعضی نواحی شامل پوره غلیظ غلات (برنج یا گندم) که روغن و یا شیر به آن اضافه شده است، میوه ها، سبزیجات، حبوبات، گوشت، مرغ، تخم مرغ، ماهی و فرآورده های شیر می باشد. اگر کودک علاوه بر شیرمادر شیرمصنوعی دریافت کند در این صورت باید شیرمصنوعی و یا هر نوشیدنی دیگری بوسیله استکان (نه بطری) به کودک داده شود.

۲-۲۹ توصیه برای سنین ۱۲ ماه تا ۲ سالگی

طی این دوران مادر بایستی به تغذیه کودک با شیرمادر برحسب میل و تقاضای او ادامه داده و همچنین غذاهای تکمیلی مغذی نیز به کودک بدهد. گوناگونی و کمیت غذا بایستی افزایش یابد. غذاهای خانواده در این سن بخش مهمی از رژیم غذایی کودک را در برمی گیرد. غذاهای خانواده بایستی به تکه های ریز تبدیل شود، تا خوردن آن برای کودک آسان شود.

غذاهای تکمیلی مغذی و یا غذای خانواده را ۵ بار در روز به کودک بدهید. ادامه تغذیه فعال (تشویق کودک به خوردن) و دادن سهم غذایی کافی به کودک بسیار حائز اهمیت است.

۲-۲۹-۵ توصیه برای سنین ۲ سالگی و بالاتر

در این سن بایستی روزانه در ۳ وعده اصلی انواع مختلفی از غذاهای خانواده به کودک داده شود. همچنین دوبار در روز نیز به او میان وعده غذایی بدهید که این غذا ممکن است شامل غذای خانواده و یا سایر غذاهای مغذی باشد که دادن آنها در بین وعده های اصلی غذا به کودک مناسب است. نمونه ها در روی چارت مشاوره فهرست شده است.

۲۹-۳ توصیه های خاص برای کودک مبتلا به اسهال پایدار

در چارت مشاوره بعضی توصیه های خاص برای کودک مبتلا به اسهال پایدار آمده است. ممکن است کودکان مبتلا به اسهال پایدار در هضم سایر شیرها بیشتر از شیرمادر مشکل داشته باشند. لازم است که موقتاً مقدار سایر شیرها در رژیم غذایی آنها کاهش یابد. آنها بایستی شیرمادر یا سایر غذاها را بیشتر دریافت کنند تا این کمبود جبران شود. به مادر بگویید:

▪ اگر کودک هنوز شیرمادر خوار است در طول شبانه روز مقدار بیشتری شیر به او بدهید،

▪ اگر کودک از سایر شیرها استفاده می کند:

- افزایش شیرمادر را جایگزین آن نمائید یا
 - فرآورده های تخمیری شیر نظیر ماست را جایگزین آن نمائید یا
 - نیمی از شیرمصرفی را با غذای نیمه جامد مغذی جایگزین نمائید.
- برای غذاهای دیگر، توصیه های تغذیه ای برای گروههای سنی را دنبال کنید.
- کودک مبتلا به اسهال پایدار بایستی مجدداً ظرف ۵ روز آینده پیگیری شود.

۴-۲۹ مشکلات تغذیه ای را شناسایی کنید

این نکته حائز اهمیت است که ارزیابی غذا و نحوه تغذیه و شناسایی همه مشکلات تغذیه ای قبل از انجام توصیه صورت گیرد. براساس پاسخهای مادر به سئوالات تغذیه، هرگونه تفاوتی را بین نحوه تغذیه فعلی کودک و توصیه های موجود در چارت مشاوره شناسایی کنید. همین تفاوتها هستند که مشکل محسوب می شوند. بعضی نمونه های مشکلات تغذیه ای در زیر فهرست شده است.

مثالهایی از مشکلات تغذیه ای

نحوه تغذیه فعلی کودک	توصیه های تغذیه ای
به یک کودک سه ماهه به اندازه شیرمادر، آب قند نیز داده می شود.	به یک کودک سه ماهه فقط بایستی شیرمادر داده شود و هیچ نوع غذا یا مایعات دیگری به او داده نشود.
یک کودک ۲ ساله فقط ۳ بار در روز تغذیه می شود.	یک کودک ۲ ساله بایستی در بین وعده های اصلی، ۲ بار غذای اضافی به همان میزان وعده های اصلی، دریافت کند.
یک کودک ۸ ماهه هنوز به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه می شود	یک کودک ۸ ماهه همچنین بایستی به مقدار کافی از غذاهای تکمیلی مغذی سه بار در روز دریافت کند.

علاوه بر تفاوتهای موجود باتوصیه های تغذیه ای، بعضی مشکلات دیگر از طریق پاسخهای مادر مشخص می شود. مشکلات رایج در بخش مشاوره با مادر در چارت مشاوره فهرست شده است. نمونه های چنین مشکلاتی عبارتند از:

اشکال در تغذیه با شیرمادر

مادر ممکن است عنوان کند که شیردهی برای اونا راحت کننده است یا اینکه به نظر می رسد کودکش مشکل شیرخوردن دارد. در این صورت، شما لازم است براساس توضیحات موجود در چارت شیرخوار کمتر از ۲ ماه تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنید. ممکن است پی ببرید که وضعیت بغل کردن و پستان گرفتن کودک بایستی اصلاح شود.

استفاده از بطری برای تغذیه شیرخوار

برای تغذیه نباید از بطری استفاده شود. بطریها اغلب آلوده اند و میکروبها به آسانی در آنها رشد می کنند. به مایعات درون آنها توجه نشده و به زودی فاسد یا ترش می شوند. کودک ممکن است مایع فاسد شده را بنوشد و بیمار شود. همچنین مکیدن بطری ممکن است در تمایل کودک به تغذیه از پستان مادر اختلال ایجاد کند.

فقدان تغذیه فعال

کودکان کم سن اغلب نیاز دارند به خوردن تشویق شوند و در این کار به آنها کمک شود. این مطلب بویژه در مورد یک کودک خیلی کم وزن صادق است. چنانچه کودک کم سن تنها گذاشته شود تا خودش غذا بخورد و یا چنانچه باخواهر یا برادرش برای غذا خوردن رقابت کند، در این صورت ممکن است نتواند به اندازه کافی غذا بخورد. با مطرح کردن این سؤال که «چه کسی و چگونه کودک را تغذیه می کند؟» قادر خواهید بود پی ببرید که آیا کودک بطور فعال به خوردن تشویق می شود.

خوب غذا نخوردن طی بیماری

بیماری ممکن است وضعیتی تغذیه ای کودک را از طریق کاهش اشتهای آنان، افزایش نیاز به انرژی و مواد مغذی خاص، افزایش دفع مدفوعی مواد مغذی و یا کاهش دریافت غذایی به دلیل زخم خای دردناک دهانی یا تهوع و استفراغ تحت تاثیر قرار دهد.

اصول تغذیه در شیرخواران و کودکان بیمار شامل:

- ادامه تغذیه با شیرمادر
- عدم قطع غذا
- تغذیه کودک به دفعات مکرر با حجم کمتر، هر ۲-۳ ساعت
- تشویق کودک و صبور بودن
- تغذیه از طریق لوله نازوگاستریک در صورت آنورکسی شدید در کودک
- تقویت تغذیه جهت وزن ازدست رفته پس از بازگشت اشتها

غذایی که تهیه می شود باید:

- مورد علاقه و لذیذ (برای کودک) باشد.
- به راحتی خورده شود (نرم و قوام مایع داشته باشد).
- به راحتی هضم شود.
- مغذی و غنی از انرژی و مواد مغذی باشد.

اساس درمان تغذیه ای فراهم نمودن رژیم غذایی با غذاهای انرژی زا و حاوی پروتئین هایی با کیفیت بالا می باشد. غذاهای حاوی روغن یا چربی بیشتر نیز توصیه می شود. ۴۰-۳۰٪ کل انرژی را می توان به کمک چربی ها تامین کرد. به علاوه جهت دریافت انرژی کافی باید کودک را به طور مکرر تغذیه کرد.

ماهیت اصلی رژیم غذایی بستگی به میزان دسترسی و مزه غذاهای محلی دارد اما این ترکیب می تواند شامل ترکیب غلات و حبوبات محلی یا غلات و گوشت یا ماهی باشد. در تمامی موارد روغن باید به غذا افزوده شود. باید کودک را تشویق کرد که غذا را با مقادیر کم و دفعات مکرر بخورد. اگر کودک به حال خود رها شود تا غذا بخورد یا برای غذا خوردن با کودک دیگری مسابقه بگذارد. ممکن است غذای کافی نخورد.

گرفتن بینی، با ترشحات خشک و ضخیم موجب اختلال در تغذیه کودک می شود. چند قطره آب نمک یا محلول نرمال سالین به کمک فتیله مرطوبی در بینی کودک قرار دهید تا به نرم شدن ترشحات کمک کند.

کودکان مبتلا به پنومونی شدید (یا خیلی شدید)، برونشیت یا آسم به دلیل تنفس تند یا مشکل ممکن است دچار اشکال در تغذیه باشند. در ضمن امکان آسپیراسیون نیز وجود دارد. کودک را وادار به خوردن نکنید زیرا این امر احتمال آسپیراسیون را افزایش می دهد. اگر حجم کم غذا به دفعات متناوب داده شود احتمال آسپیراسیون را کاهش خواهد داد. اگر کودک تب بالا دارد. کاهش درجه حرارت بدن می تواند موجب بهتر شدن اشتهای کودک شود.

در دوران نقاهت کودک باید حجم غذای بیشتری دریافت کند تا کاهش وزن او جبران گردد. این نکته حایز اهمیت است که مادر یا فرد مراتب پس از بهتر شدن اشتهای کودک، بیشتر از حد معمول غذا به کودک بدهد (حداقل یک وعده اضافه تر در روز)

۲۹-۵ در مورد مشکلات تغذیه ای با مادر مشاوره کنید

▪ در صورتی که مشکلات تغذیه ای را تشخیص داده اید، خواهید توانست توصیه خود را به آنچه که در حال حاضر لازم است به مادر گفته شود محدود کنید. هنگام مشاوره با مادر بسیار مهم است که از مهارتهای ارتباطی مناسب استفاده کنید (فصل ۲۵ را ببینید)

چنانچه مادر توصیه های تغذیه ای را انجام داده و مشکلی وجود ندارد، او را به خاطر اقدامات تغذیه ای صحیحش تحسین کنید. او را تشویق کنید که برنامه غذایی کودک را در زمان بیماری و سلامت، به طور یکسان ادامه دهد.

چنانچه کودک در حال ورود به گروه سنی جدید است که در این صورت توصیه های غذایی متفاوتی نیاز دارد، این توصیه های جدید را برای مادر توضیح دهید. برای مثال چنانچه شیرخوار تقریباً ۶ ماهه است در مورد غذاهای تکمیلی مناسب و زمان شروع آنها برای مادر توضیح دهید.

چنانچه توصیه های تغذیه ای برحسب سن کودک اجرا نشده، توصیه ها را توضیح دهید. بعلاوه چنانچه متوجه وجود مشکلی شدید که در چارت مشاوره در قسمت مشاوره با مادر در مورد مشکلات تغذیه ای فهرست شده است راه حل مناسب را به مادر ارائه دهید.

◀ اگر مشکل تغذیه با شیر مادر وجود دارد تغذیه با شیرمادر را ارزیابی کنید. (به چارت شیرخوار کمتر از ۲ ماه و فصل ۲۸ نگاه کنید). در صورت نیاز، وضعیت صحیح بغل کردن و به پستان گذاشتن کودک را به مادر نشان دهید.

◀ چنانچه کودک کمتر از ۴ ماه سن دارد و شیر یا غذای دیگری می خورد:

چنانچه کودک زیر ۴ ماه سن دارد و بیشتر به او غذا و سایر مایعات داده می شود تا شیرمادر، هدف تبدیل تدریجی آن مواد به تغذیه بیشتر یا انحصاری با شیرمادر است. به مادر پیشنهاد کنید که مرتب، روز و شب و با دفعات طولانی کودک را شیر بدهد. چنانچه تغذیه با شیرمادر افزایش یابد، مادر بایستی به تدریج از میزان غذا یا سایر انواع شیر بکاهد. از آنجایی که تغییر در نحوه تغذیه مسئله بسیار مهمی است، از مادر بخواهید ظرف ۵ روز آینده برای پیگیری مراجعه نماید.

در بعضی موارد ممکن است امکان تغییر در شیردهی، افزایش تغذیه با شیر مادر یا تغذیه انحصاری وجود نداشته باشد (برای مثال چنانچه مادر هرگز به کودک شیرخود را نداده است و یا برای مدت طولانی لازم است از کودک دور باشد و یابه دلایل شخصی کودک را شیر نخواهد داد) در چنین مواردی بایستی اطمینان حاصل کنید که مادر طرز صحیح آماده کردن شیر گاو یا دیگر جانشین شونده های شیر مادر را می داند و به منظور پیشگیری از فاسد شدن شیر آماده شده را ظرف یک ساعت از زمان تهیه مصرف می کند. این نکته بسیار حائز اهمیت است که برای رقیق کردن این شیرها از مقدار صحیح آب جوشیده شده و تمیز استفاده شود.

برای آماده کردن شیرگاو برای شیرخواران با سن کمتر از ۳ ماه، یک دوم استکان شیر کامل گاو که جوشیده شده را با یک چهارم استکان آب جوشیده و ۲ قاشق مرباخوری * شکر مخلوط کنید.

◀ اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند:

استکان بهتر از بطری است. تمیز نگه داشتن استکان آسان تر است و همچنین استفاده از آن، در تغذیه از پستان مادر تداخل ایجاد نمی کند. به منظور تغذیه با استکان:

- شیرخوار را بطور نشسته یا نیمه نشسته در آغوش بگیرید.
- استکان کوچکی را مقابل لبهای کودک نگه دارید. استکان را کج کنید به طوری که مایع درون آن با لب شیرخوار تماس پیدا کند.
- شیرخوار هوشیار شده، دهان و چشمهایش را می گشاید.
- کودک LBW (کم وزن برای سن تولد) با زبانش شیر را به دهان می برد.
- کودک رسیده یا بزرگتر شیر را می مکد و کمی از آنرا می ریزد.
- شیر را داخل دهان شیرخوار نریزید. استکان را در تماس با لبهای او نگه دارید و اجازه بدهید خودش بخورد.
- هنگامی که کودک به اندازه کافی مصرف نموده دهانش را جمع می کند و بیشتر مصرف نخواهد کرد.

◀ اگر کودک خوب غذا نمی خورد با مادر مشاوره کنید:

به مادر توصیه کنید در کنار کودک بنشیند و او را به خوردن تشویق کند. به او بگویید به کودک مقدار کافی و در بشقاب یا کاسه جداگانه غذا بدهد.

◀ اگر کودک در خلال بیماری خوب غذا نمی خورد :

هر چند که کودکان اغلب در خلال بیماری اشتهای خود را از دست می دهند، بایستی آنها را تشویق کرد که از انواع غذا که مناسب سن آنهاست هر چه بیشتر بخورند. به کودک غذاهای مورد دلخواهش را بدهید تا به خوردن تشویق شود. غذا را کم کم و مکرر به کودک بدهید. بعد از بیماری، تعذیه مناسب به جبران کاهش وزن کمک کرده و از سوء تغذیه پیشگیری می کند.

۲۹-۵ به مادر توصیه کنید در دوران بیماری مایعات را برای کودک خود افزایش بدهد

کودک در دوران بیماری، بدلیل تب، تنفس تند یا اسهال، مایعات از دست می دهد. چنانچه کودک به منظور پیشگیری از کم آبی مایع بیشتری بنوشد بهتر شده، قویتر خواهد ماند.

در صورت ابتلاء کودک به تب باید مقادیر بیشتری مایع به کودک داد. (افزایش ۱۰٪ در مایعات دریافتی به ازای هر ۱ درجه سانتیگراد تب)، بسته به شرایط بالینی کودک مقدار و نوع مایع را تعدیل نمایید.

مایع اضافی خصوصاً برای کودک مبتلا به اسهال حائز اهمیت است این کودکان بایستی برحسب برنامه های درمانی الف یا ب همچنان که در چارت درمان مربوط به آنها توضیح داده شده، مایعات دریافت کنند. مادرانی که فرزندشان را با شیر خود تغذیه می کنند باید مکرراً آنها را شیر بدهند.

توصیه های مربوط به مایعات بطور خلاصه در چارت مشاوره با مادر آمده است. این توصیه ها را برای هر مادری که فرزندش را به خانه می برد داشته باشید، مگر اینکه تاکنون دستورات زیادی دریافت کرده باشد که ممکنست با توصیه های بیشتر گیج شود و نتواند همه مطالب را در خاطر نگه دارد و یا اینکه برنامه درمانی الف را برایش توضیح داده باشید.

پایش دریافت مقدار مایع وریدی

در کودک مبتلا به بیماری شدید که برای مدتی دریافت مایع از راه دهان نداشته است، دقت زیادی در برقراری هیدراتاسیون کافی به خرج دهید. مایعات باید ترجیحاً به صورت خوراکی (از راه دهان و یا توسط لوله معده) به کودک داده شود.

اگر مایعات باید به صورت وریدی داده شود، پایش دقیق مایع انفوزیون شده در کودک حایز اهمیت بسیار است زیرا ریسک **Overload** مایع و در نتیجه نارسایی قلبی وجود دارد.

در صورتی که پایش دقیق مایع **IV** امکان پذیر نباشد در این صورت فقط در موارد ضروری نظیر درمان کم آبی شدید، شوک سپتیک، و کودگانی که دادن مایعات خوراکی در آنها کمتر اندیکه است مانند پرفوراسیون روده و سایر مشکلات جراحی در شکم مایعات وریدی تجویز کنید.

فصل ۳۰

با مادر در مورد اینکه چه موقع

نزد پزشک مراجعه نماید و همچنین

در مورد سلامت خودش مشاوره کنید

لازم است به هر مادری که کودکش را به منزل می برد درخصوص زمان مراجعه مجدد به پزشک توصیه هایی انجام شود شما باید او را در مورد اینکه چه وقت برای پیگیری برگردد و همچنین علایمی 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 نیاز است که بهبود در اثر یک آنتی بیوتیک کنترل شود)،

۲- فوری، چنانچه علائمی ظاهر شود که دال بر بدتر شدن بیماری است، یا

۳- برای نوبت بعدی واکسیناسیون (مراجعه بعدی کودک سالم)

۳۰-۱ توصیه کنید چه موقع برای پیگیری برگردد

کودکان پس از بررسی و درمان به دلایل زیر نیاز به پیگیری دارند:

- کنترل اینکه آیا درمان در منزل ادامه یافته است.
- کنترل اینکه آیا بهبود بیماری کودک رضایتبخش بوده است.
- کنترل عوارض تاخیری یا پنهان بیماری که ممکن است پس از بهبودی کودک بروز نماید (مثلاً اختلال شنوایی یا ناتوانی به دنبال ابتلا به مننژیت).
- کنترل وضعیت تغذیه کودک

مشکلات خاصی نیازمند پیگیری در زمانهای معینی می باشد. برای مثال، پنومونی، اسهال خونی و عفونت حاد گوش نیازمند پیگیری است تا اطمینان حاصل شود که آنتی بیوتیک تجویز شده موثر بوده است اسهال پایدار نیازمند پیگیری است تا اطمینان حاصل شود که تغییرات تغذیه ای موثر واقع شده است. در مورد بعضی مشکلات دیگر مانند تب یا خروج چرک از گوش فقط در صورتی که مشکل پایدار بوده و طول بکشد، پیگیری لازم است.

در پایان مراجعه کودک بیمار، به مادر بگوئید چه زمانی برای پیگیری برگردد. گاهی اوقات کودک ممکن است نیازمند پیگیری برای چندین مشکل باشد. در چنین مواردی به مادر بگوئید در **زودترین زمان تعیین شده** برگردد. چنانچه یک مشکل مانند تب طول بکشد ممکن است نیاز باشد به مادر بگوئید زودتر از زمان مقرر برای پیگیری مراجعه نماید. چارت مشاوره با مادر و چارت شیرخوار کم سن دارای خلاصه ای از زمانهای پیگیری برای مشکلات مختلف می باشد.

دقت کنید که زمانهای مختلفی برای پیگیری مربوط به تغذیه وجود دارد:

- چنانچه کودک مشکل تغذیه ای دارد و شما در مورد انجام تغییراتی در تغذیه کودک پیشنهاداتی داده اید بعد از ۵ روز پیگیری کنید که آیا مادر تغییرات را انجام داده است. در صورت نیاز بیشتر مشاوره کنید.
 - چنانچه شیرخوار کم سن مشکل شیرخوردن دارد بعد از یک روز پیگیری کنید و چنانچه وزن گیری ناکافی یا رشد نامعلوم دارد بعد از ۱۰ روز او را پیگیری کنید. این پیگیری شامل اندازه گیری وزن کودک و انجام توصیه های مربوط در این زمینه است.
 - چنانچه کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله اختلال رشد/ رشد نامعلوم دارد بعد از ۱۵ یا ۳۰ روز پیگیری بیشتری نیاز است. این پیگیری شامل اندازه گیری وزن کودک، ارزیابی مجدد وضعیت غذا و نحوه خورانش و دادن هر نوع توصیه بیشتری در صورت نیاز بر اساس آنچه در چارت مشاوره آمده است.
- ملاقات خاصی برای یک مشاوره تغذیه ای در زمانی که شما برای بحث با مادر در مورد غذا و نحوه تغذیه کودک در دسترس باشد را ترتیب دهید.

۲-۳۰ به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً مراجعه کند

شما برای همه شیرخواران و کودکانی که به منزل برده می شوند در مورد اینکه چه موقع فوراً مراجعه نمایند توصیه خواهید کرد. این بدان معنی است که علایمی که به معنی مراجعه فوری برای مراقبت بیشتر می باشد را به مادر آموزش دهید. این علایم در بخش چه وقت فوری برگردد در چارتهای مشاوره با مادر آمده است :

به مادر توصیه کنید اگر کودک هر کدام از نشانه های زیر را داشت باید فوراً برگردد.	
هر کودک بیمار اگر:	- قادر به نوشیدن نبودن - مریض تر شدن - تب کردن
اگر کودک پنومونی ندارد: و دچار سرفه یا سرماخوردگی است باید برگردد اگر:	- تنفس تند - تنفس مشکل
کودک اسهالی باید برگردد اگر	- خون در مدفوع - کم بنوشد

علائمی که در بالا ذکر شده بویژه بسیار حائز اهمیت هستند که به آنها 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 کنید. کارت مادر علائم را هم با توضیح و هم با تصویر شرح می دهد دور علائمی که مادر باید به خاطر داشته باشد، دایره بکشید.

۳-۳۰ به مادر توصیه کنید چه وقت برای ملاقات بعدی کودک سالم مراجعه نماید
مراجعه بعدی کودک برای واکسیناسیون را به مادر یادآوری کنید مگر اینکه او تاکنون موارد زیادی را به خاطر سپرده و به هر ترتیب به زودی مراجعه خواهد کرد. به عنوان مثال چنانچه مادر بایستی جدول برای دادن آنتی بیوتیک، دستورات مراقبت در منزل برای هر مشکل دیگری و پیگیری ۲ روز بعد را به خاطر بسپارد نیاز نیست مراجعه یک ماه بعد را برای مراقبت کودک سالم به او یادآوری کنید هر چند که تاریخ واکسیناسیون بعدی را روی کارت مادر ثبت می کنید.

۴-۳۰ با مادر در مورد سلامت خودش، مشاوره کنید
در طی مراجعه کودک بیمار، به هر مشکلی که مادر ممکن است داشته باشد، گوش کنید. مادر ممکن است به دلیل مشکلات مربوط به سلامت خودش نیاز به درمان و یا ارجاع داشته. وضعیت تغذیه مادر را کنترل و مشاوره لازم را انجام دهید. وضعیت واکسیناسیون او را بررسی و در صورت نیاز توکسویید کزاز به او تزریق کنید. اطمینان حاصل کنید که مادر دسترسی به وسایل تنظیم خانواده و مشاوره جهت پیشگیری از بیماریهای منتقله از راه جنسی و HIV دارد.

بخش ۷
پیگیری
کودک بیمار

فصل ۳۲

پیگیری کودک بیمار

تعدادی از کودکان بیمار برای پیگیری نیاز دارند دوباره به پزشک مراجعه کنند. به مادر گفته می شود چه وقت برای پیگیری بیاید. (پس از ۱۵، ۱۰، ۵، ۲، یا ۳۰ روز) در پیگیری پزشک می تواند ببیند آیا کودک با دارو یا درمانهای دیگری که داده شده بهبود پیدا کرده یا خیر، بعضی از کودکان ممکن است به یک آنتی بیوتیک بخصوص جواب ندهند و ممکن است نیاز داشته باشند که داروی دیگری به آنها داده شود. پیگیری به خصوص برای کودکی که مشکل تغذیه دارد خیلی مهم است که مطمئن شویم آنها به میزان کافی تغذیه می شوند و اضافه وزن پیدا کرده اند.

با توجه به اهمیت زیاد پیگیری، مرکز شما بایستی ترتیبی بدهد که زمان پیگیری برای مادر مناسب باشد. در صورت امکان مادر نبایستی برای پیگیری منتظر بماند.

در پیگیری مراحل که بایستی شما در پیگیری انجام دهید نسبت به اولین معاینه کودک تفاوتی دارد درمانی که شما در پیگیری می دهید اغلب با درمانی که در اولین معاینه می دهید تفاوت دارد.

در کدام قسمت از بوکت چارت «پیگیری» توضیح داده شده؟

در ستون «تشخیص نوع درمان» از چارت ارزیابی و طبقه بندی، در بعضی از طبقه بندیها توصیه هایی دارد که به مادر گفته می شود چه زمانی برای پیگیری مراجعه کند.

در قسمت چه موقع مراجعه کند در چارت مشاوره برای ملاقاتهای پیگیری بطور خلاصه برنامه ریزی شده است.

جدول پیگیری در چارت مشاوره با مادر

شیرخوار ۷ روز تا ۲ ماهه

کودک ۲ ماهه تا ۵ ساله

برای پیگیری برگردد:	اگر کودک مبتلا به:	برای پیگیری برگردد:	اگر کودک مبتلا به:
۱ روز	اسهال هرمشکل شیرخوردن	۲ روز	پنومونی اسهال خونی عفونت گوش تب
۵ روز	عفونت خفیف چشم عفونت خفیف ناف عفونت خفیف پوست	۵ روز	اسهال / اسهال پایدار مشکلات غذا و نحوه تغذیه سایر بیماریها، اگر بهبود نیافت
۱۰ روز	برفک وزن گیری ناکافی یا شیرخوردن	۳۰ روز (بالای یکسال) ۱۵ روز (زیر یکسال)	اختلال رشد / رشد نامعلوم سو، تغذیه شدید

۳۲-۱ با کودکی که برای پیگیری آمده چگونه برخورد کنید

مثل همیشه از مادر در مورد مشکل کودک سوال کنید. شما باید بدانید این مراجعه اول کودک برای مشکلش به این مرکز است یا برای پیگیری آمده است.

به محض اینکه متوجه شدید که کودک برای پیگیری بیماری آمده است، از مادر سوال کنید آیا مشکل جدیدی پیدا شده است؟ برای مثال، آیا کودک برای پیگیری پنومونی آمده ولی حالا اسهال هم دارد، او یک مشکل جدید دارد. این کودک به ارزیابی کامل نیاز دارد. نشانه های خطر را کنترل کنید و تمام نشانه های اصلی و همچنین وضعیت تغذیه کودک را ارزیابی نمایید. کودک را از نظر اسهال (مشکل جدید) به عنوان اولین مراجعه او طبقه بندی و درمان کنید و پنومونی را مطابق جدول پیگیری، ارزیابی مجدد و درمان کنید.

- کودک را طبق دستورات در جدول پیگیری ارزیابی کنید.
- از اطلاعات بدست آمده در مورد نشانه های کودک جهت انتخاب درمان مناسب استفاده کنید.
- درمان کنید

۳۲-۲ دستورالعمل پیگیری پنومونی

وقتی کودکی برای پنومونی آنتی بیوتیک دریافت می کند بعد از ۲ روز برای پیگیری به مرکز برمی گردد، که این دستورها را انجام دهید:

در جدول ابتدا چگونگی ارزیابی کودک را شرح می دهد، که کودک را از نظر نشانه های خطر بررسی و از نظر سرفه و تنفس مشکل ارزیابی کنید برای وجود سرفه، سرفه را دقیقاً همانطوریکه در چارت ارزیابی و طبقه بندی آمده ارزیابی کنید و سپس بعضی از مطالب اضافی هم لیست شده است.

سوال کنید:

- آیا شمارش تنفس بهتر شده است؟
- آیا تب کمتر شده است؟
- آیا اشتهای کودک بهتر شده است؟

هنگامی که کودک را ارزیابی کردید، از اطلاعات بدست آمده در مورد نشانه های کودک جهت انتخاب صحیح درمان استفاده کنید.

◀ اگر کودک **توکشیده شدن قفسه سینه یا نشانه های خطر** را داشت (قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نباشد، هر چه می خورد استفراغ می کرد، تشنج در جریان بیماری، بی حالی و خواب آلودگی غیر عادی یا کاهش سطح هوشیاری) کودک در حال بدتر شدن می باشد. این کودک نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد.

◀ اگر **شمارش تنفس، تب و اشتهای کودک تغییری 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 و اشتهای او کم است). از مادر سوال کنید آیا کودک در دو روز گذشته آنتی بیوتیک گرفته است.

الف) ممکن است مشکلی وجود داشته باشد که کودک آنتی بیوتیک نخورده باشد یا خیلی کم و بندرت خورده باشد در این صورت کودک می تواند دوباره با همان آنتی بیوتیک درمان شود. و کنترل کنید که آیا مادر نحوه دادن دارو را می داند. به مادر کمک کنید

ب) اگر کودک آنتی بیوتیک را به طور مناسب دریافت کرده بود، درمان را با آنتی بیوتیک مناسب تعویض کنید و ۲ روز دیگر مراجعه کند و در صورت عدم امکان تشخیص به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

◀ اگر تنفس کودک کندتر و تب کمتر و بهتر غذا می خورد، کودک در حال بهبودی است. کودک ممکن است سرفه کند، ولی بیشتر کودکان که در حال بهبودی هستند تنفس تند ندارند، به مادر بگویید که کودک باید تا ۵ روز آنتی بیوتیک بخورد. اهمیت دوره ۵ روزه تکمیل آنتی بیوتیک را به مادر تاکید کنید.

۳۲-۳ دستور العمل پیگیری اسهال و اسهال پایدار

هنگامی که کودکی برای پیگیری اسهال یا اسهال پایدار بعد از ۵ روز برمی گردد، دستورات زیر را عمل کنید.
سوال کنید :

آیا اسهال او قطع شده؟

چندبار 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 دهید. این ارزیابی باید کاملاً مانند چارت ارزیابی و طبقه بندی انجام شود هر مشکلی که به توجه فوری نیاز دارد مانند کم آبی را مشخص کنید. در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بیمار را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
◀ اگر اسهال کودک قطع شده است (یا کودک کمتر از ۳ بار مدفوع شل در روز داشته) به مادر در مورد توصیه های تغذیه ای کودک نسبت به سن او آموزش بدهید. اگر کودک معمولاً به این شکل تغذیه نمی شود، نیاز به آموزش توصیه های تغذیه ای در چارت مشاوره دارد.

۳۲-۴ دستور العمل پیگیری تب :

هنگامیکه کودکی با وجود تب بعد از ۲ روز بر می گردد، دستورات زیر را عمل کنید:
کودک را کاملاً طبق چارت ارزیابی و طبقه بندی ارزیابی کند هر مشکلی که به توجه فوری نیاز دارد به بیمارستان ارجاع دهید در غیر این صورت :

◀ اگر تب هنوز وجود دارد و در طبقه بندی دیگری قرار می گیرد درمان را مطابق با دستورات همان طبقه بندی انجام دهید.

◀ اگر تب به تنهایی باقی ماند، و در طبقه بندی دیگری قرار ندارد ارزیابی بیشتر کنید (فصل صفحه) و در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بیمار را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

۳۲-۵ دستور العمل پیگیری اسهال خونی

هنگامی که کودکی برای پیگیری اسهال خونی بعد از ۲ روز برمی گردد، دستورات زیر را عمل کنید. کودک را برای کم آبی ارزیابی کنید و سپس سوال کنید:
آیا دفعات دفع مدفوع کمتر شده است ؟
آیا خون در مدفوع کمتر شده است ؟
آیا تب کمتر شده است ؟
آیا درد شکم کمتر شده است ؟
آیا اشتهای کودک بهتر شده است ؟

◀ اگر کودک دچار کم آبی شده است کم آبی را درمان را درمان کنید.

◀ 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 براساس آن اقدامات مناسب را انجام دهید.

◀ اگر تعداد دفعات دفع مدفوع، تب، درد شکم، و اشتهای کودک بهتر شده است به مادر توصیه کنید درمان ۵ روزه آنتی بیوتیک را کامل کند و در مورد توصیه های تغذیه ای کودک نسبت به سن او آموزش بدهید.

۳۲-۶ دستورالعمل جهت پیگیری عفونت گوش

هنگامیکه کودکی برای پیگیری با عفونت گوش بعد از ۲ روز برمی گردد، دستورهای زیر را انجام بدهید. کودک را مجدداً برای مشکل گوش ارزیابی کنید و درجه حرارت او را اندازه گیری کنید. و سپس براساس نشانه های کودک درمان او را انتخاب کنید.

اگر تورم دردناک در پشت گوش یا تب بالای ۳۸/۵ درجه وجود دارد کودک را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.
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 بوسیله فتیله گذاری خشک کنید. در غیر این صورت، درمان را با تعویض آنتی بیوتیک ادامه دهید و بیمار ۲ روز دیگر مراجعه کند و برای بار دوم در صورت عدم بهبودی به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

عفونت مزمن گوش: کنترل کنید که آیا مادر بدرستی خشک کردن گوش را انجام می دهد. برای این منظور از مادر بخواهید برای شما شرح بدهد یا به شما خشک کردن گوش را نشان بدهد. از او پرسید برای چه مدتی فتیله گذاری را انجام داده است. و مشکل او برای فتیله گذاری چیست و با او در این مورد بحث کنید تا مشکلتش حل شود. او را تشویق به خشک کردن گوش کنید. و برای او توضیح بدهید که موثرترین درمان عفونت مزمن گوش خشک کردن می باشد. اگر گوش کودک را خشک نکنید شنوایی او کم خواهد شد. و بعد از ۱۰ روز درمان، اگر کودک بهبود پیدا نکرد به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
اگر ترشحات چرکی یا تب کمتر شده است. مادر را برای درمان خوب او ستایش کنید. و چنانچه درمان با آنتی بیوتیک کامل نشده است به مادر توصیه کنید دوره ۱۰ روزه درمان را کامل کنید.

۳۲-۷ دستورالعمل پیگیری مشکلات غذا و نحوه تغذیه کودک

به مشکل تغذیه در بخش پیگیری از چارت درمان کودک مراجعه کنید. وقتی کودک مشکل غذا و نحوه تغذیه دارد. مادر باید پس از ۵ روز مراجعه کند. و از دستورهای زیر پیروی کنید:
با پرسیدن سئوالات قسمت بالای چارت مشاوره با مادر، وضعیت غذا و نحوه تغذیه کودک را بررسی کنید. برای پیگیری مشکلات نحوه تغذیه کودک در اولین مراجعه و توصیه های قبلی، به توضیحات مربوطه در چارت کودک نگاه کنید. از مادر پرسید که چگونه توصیه ها را انجام داده است. برای مثال اگر در آخرین مراجعه، توصیه تغذیه ای جدیدی کرده اید، از مادر بخواهید تا شرح دهد که چگونه و به وسیله چه کسی کودک در هر وعده تغذیه شده است.
با مادر در مورد هر نوع مشکلات تغذیه ای که جدیداً یا از قبل وجود داشته مشاوره کنید. اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده اید. از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید.
اگر مادر به دلیل محدودیت زمانی مشکلاتی در تغذیه کودک دارد برای روش هایی که بتواند زمان غذا خوردن او را تنظیم کند، توضیح دهید.

اگر کودک اختلال رشد دارد (بالای ۳- انحراف معیار نزولی و افقی یا شیب کند) و زیر یکسال می باشد از مادر بخواهید تا ۱۵ روز پس از اولین مراجعه برای توزین کودک خود مراجعه کند و اگر کودک بالای یکسال است ۳۰ روز پس از اولین مراجعه بیاید. در آن هنگام کودک را وزن کنید و تصمیم بگیرید که آیا تغییرات غذا و نحوه تغذیه کودک، به بهبود او کمک کرده است.

مثال:

در اولین مراجعه، مادر یک شیرخوار ۲ ماهه می گوید که او را ۲ یا ۳ بار در روز با بطوری و چندین بار با شیرمادر تغذیه می کند. پزشک به مادر توصیه می کند تغذیه شیرخوار را با شیرمادر به دفعات بیشتر و طولانی تر ادامه داده و بتدریج از دادن شیرمصنوعی یا غذاخودداری کند.

در مراجعه مجدد، پزشک از مادر می پرسد که چندبار به شیرخوار، شیرمصنوعی و غذا داده و چند بار و چه مدت او را با شیرمادر تغذیه کرده است. مادر می گوید که ۶ بار یا بیشتر در روز شیرخودم را به او می دهم "پزشک به مادر می گوید که او کار خوبی کرده است و از او می خواهد تا سایر شیرها غیرازشیر مادر را کاملاً متوقف کرده و ۸ بار یا بیشتر در ۲۴ ساعت به کودکش شیرمادربدهد. چون این توصیه تغییر قابل توجهی در تغذیه شیرخوار است، پزشک از مادر می خواهد که دوباره مراجعه کند. در آن هنگام پزشک کنترل می کند که آیا شیرخوار بطور مکرر و کافی تغذیه می شود، و مادر را برای آن تشویق می کند.

۸-۳۲ دستورالعمل پیگیری کودکان دارای اختلال رشد / رشد نامعلوم

کودکان که اختلال رشد دارند (بالای منحنی قرمز و نزولی یا افقی یا شیب کند) و یا مشکوک به اختلال رشد هستند (بالتر از منحنی ۳ انحراف) چنانچه زیریکسال باشند ۱۵ روز پس از اولین مراجعه، و اگر بالای یکسال باشند ۳۰ روز بعد مراجعه می کنند. برای مراجعه پیگیری به دستورهای زیر عمل کنید:

برای ارزیابی کودک، او را وزن کرده، تعیین کنید که آیا هنوز اختلال رشد دارد. همچنین غذا و نحوه تغذیه او را مجدداً با استفاده از سئوالات قسمت بالای چارت مشاوره با مادر دوباره ارزیابی کنید.

اگر کودک دیگر اختلال رشد ندارد، مادر را تشویق کنید. توصیه ها برای تغییر غذا و نحوه تغذیه کودک

موثر بوده است. مادر را برای ادامه تغذیه کودک براساس توصیه های همان سن تشویق کنید.

اگر کودک هنوز اختلال رشد دارد، براساس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یا درصد آن (ضمیمه)

ارزیابی و درمان مناسب همانند سوءتغذیه شدید (صفحه ۱۲۷) را انجام دهید.

۹-۳۲ دستورالعمل پیگیری کودکان دارای سوءتغذیه شدید

کودکان که درطبقه بندی سوءتغذیه شدید قرار دارند چنانچه زیریکسال باشند ۱۵ روز پس از اولین مراجعه، و اگر بالای یکسال باشند ۳۰ روز بعد مراجعه می کنند. برای مراجعه پیگیری به دستورهای زیر عمل کنید:

برای ارزیابی کودک، وزن و قد کودک را اندازه گیری کنید و سپس مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد یا درصد آن را مقایسه کنید.

اگر نسبت وزن به قد کودک بدتر شده است جهت ارزیابی بیشتر به بیمارستان ارجاع دهید.

اگر نسبت وزن به قد کودک فرقی نکرده است ارزیابی و درمان مناسب (فصل صفحه) را تکمیل کنید

و کودک را مکرر پیگیری کنید.

اگر نسبت وزن به قد کودک بهتر شده است مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کنید.

فصل ۳۳

دستورالعمل پیگیری

جهت شیرخواران کم سن بیمار

دستورهای لازم برای پیگیری شیرخواران بیمار کمتر از ۲ ماه در چارت شیرخواران کم سن آمده است . همانند کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله ای که برای پیگیری می آید برای شیرخوار کم سن ارزیابی درمراجعه پیگیری بامراجعه اول فرق می کند. همانطور که می دانید اگر شیر خوار کم سن را برای پیگیری به نزد شما آورده شده . از مادر درمورد هر مشکل جدید سوال می کنید. شیرخوار کم سن که مشکل جدید دارد بایستی مانند مراجعه اول ارزیابی کامل شود.

اگر شیرخوار کم سن مشکل جدید نداشت ، قسمتی از چارت شیرخوار کم سن باتیتر « پیگیری کنید» استفاده کنید که با طبقه بندی قبلی یکسان باشد.

دستورها در چارت پیگیری (برای طبقه بندی قبل) به شما می گوید که چگونه شیرخوار کم سن را ارزیابی کنید و همچنین بشما می گوید چه درمان مناسبی بکاربرید.

از جدا اول طبقه بندی برای طبقه بندی نشانه ها یا مشخص کردن نوع درمان شیرخوار کم سن استفاده نکنید. یک استثنا وجود دارد، اگر شیرخوار کم سن اسهال دارد مانند اولین مراجعه کم آبی او را طبقه بندی و درمان کنید.

۳۳-۱ اسهال :

هنگامیکه شیر خوار کم سنی با اسهال بعد از ۱ روز برای پیگیری برمی گردد دستورات زیر را عمل کنید.

شیرخوار کم سن را برای کم آبی مجدداً ارزیابی کنید. سپس سوال کنید

آیا دفعات دفع مدفوع کمتر شده است ؟

آیا خون در مدفوع دیده شده است؟

آیا 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 یا اشتهای او فرقی نکرده یا بدتر 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.

۲- ۳۳ مشکلات شیرخوردن:

هنگامیکه شیرخواری مشکل شیرخوردن دارد بعد از ۱ روز برای پیگیری برمی گردد و به دستورهای زیر عمل کنید: با پرسیدن سوالاتی تغذیه شیرخوار کم سن را ارزیابی مجدد کنید سپس مشکلات شیرخوردن و اختلال رشد را کنترل کنید.

بامادر درمورد مشکلات جدید یا قبلی شیردهی مشاوره کنید. به توصیه هایی درچارت مشاوره بامادر درمورد مشکلات تغذیه ای و چارت مشاوره بامادر شیرخوار کم سن درمورد طرز درآغوش گرفتن و زیر سینه قرار دادن مراجعه کنید. تغذیه با شیرمادر را آموزش بدهید.

برای مثال، شما ممکن است از مادربخواهید دادن مایعات و آب میوه را با بطری قطع کند و به طور مکرر و طولانی به شیرخوار کم سن شیرمادر بدهد. شما تعداد دفعات که او در ۲۴ ساعت شیر می خورد ارزیابی کنید. سپس توصیه های لازم را به مادر بکنید.

اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده اید. از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید.

اگر شیرخوار کم سن وزن گیری ناکافی داشته از مادربخواهید بعد از ۱۰ روز از اولین مراجعه کودک را برای تعیین وزن بیاورد.

۳- ۳۳ وزن گیری ناکافی یا رشد نا معلوم:

وقتی شیرخواری که دچار وزن گیری ناکافی یا رشد نامعلوم می باشد بعد از ۱۰ روز برای پیگیری برمی گردد دستورهای زیر را عمل کنید:

شیرخوار را وزن کنید. سپس ارزیابی کنید.

اگر شیرخوار بیش از ۲۰۰ گرم در روز وزن اضافه کرده است مادر را برای تغذیه خوب شیرخوار ستایش کنید و او را تشویق به ادامه تغذیه کنید.

اگر شیرخوار کمتر از ۲۰۰ گرم در روز وزن اضافه کرده است او را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

۴- ۳۳ پیگیری عفونت های موضعی

وقتی شیرخوار کمتر از ۲ ماه، با عفونت موضعی پس از ۵ روز برای پیگیری مراجعه می کند از دستورهای زیر پیروی کنید. برای عفونت های موضعی (چشم، پستان، ناف یا گوش های چرکی پوست) شیر خوار را ارزیابی کنید.

◀ اگر عفونت موضعی شیرخوار فرقی نکرده یا بدتر شده است او را به بیمارستان ارجاع دهید.

◀ اگر عفونت موضعی شیرخوار بهتر شده است، مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کنید.

۵- ۳۳ برفک

هنگامیکه شیرخوار با برفک بعد از ۱۰ روز برای پیگیری می آید، از دستورهای زیر پیروی کنید.

برفک و وضعیت تغذیه او را مجدداً ارزیابی کنید.

◀ اگر برفک بدتر شده یا اگر کودک در پستان گرفتن یا مکیدن مشکل دارد:

- پنبه تمیز را به سر یک چوب کبریت پیچیده (و با گوش پاک کن را) با ۱ سی سی محلول و یوله دوژانسین آغشته کند و روی لکه های سفید (برفک) داخل دهان شیرخوار بمالد و این عمل را هر ۴ ساعت یک بار تکرار کند.

- در صورت عدم بهبودی بعد از ۱۰ روز به مرکز تخصصی ارجاع دهید

- دارو به نوک و هاله پستان مادر هم مالیده شود.

◀ اگر برفک بهتر شده یا فرقی نکرده و مشکل تغذیه ندارد برای مدت ۵ روز دیگر درمان را ادامه دهید.

ضمیمه ب: تکنیک های عملی

بهترین روش یادگیری تکنیک های عملی آموزش و تکرار آن تحت نظارت دقیق در حین درمان کودک بیمار می باشد این تکنیک ها ابتدا باید برای والدین کودک توضیح داده شده و خطرات احتمالی آنها یاد آور شوند. در موارد اقدامات ساده تر والدین می توانند در آرام نگه داشتن کودک کمک کننده باشند. ولی در موارد اقدامات مهمتر و بزرگ تر نمی توانند نقش فعالی را ایفاء کنند و در صورت نیاز باید از پرسنل دیگری برای کمک، یاری جست. در شیرخواران کم سن تمامی اقدامات باید در محیطی گرم انجام شود. نور مناسب لازم می باشد. و در موارد لزوم بایستی از آرام بخش ها استفاده نمود.

۱- انجام تزریقات

در ابتدا مشخص کنید آیا کودک قبلاً نسبت به آن دارو واکنش نشان داده است یا خیر. از سرنگ و سوزن یکبار مصرف استفاده کنید: انجام تزریق را برای مادر شرح داده و از او بخواهید که کودک خود را آرام نماید. در صورت لزوم مطمئن شوید که مادر در کنار کودک بوده و به آرامی کودک را ننگه می‌دارد. محل تزریق را با یک محلول آنتی‌سپتیک تمیز کنید. به دقت مقدار داروی لازم را کنترل و آن را داخل سرنگ بکشید. قبل از تزریق هوای داخل سرنگ را تخلیه نمایید. برای هر نوع تزریق از راهنمای موجود استفاده کنید. همیشه نام و مقدار داروی تجویز شده را ثبت کنید. سرنگ‌ها را داخل ظرف‌های مطمئنی دور بیندازید و ۲۰ دقیقه پس از تزریق کودک را کنترل کنید.

۱-۱- تزریق داخل عضلانی

در کودکان بالای ۲ سال، تزریق را در یک چهارم فوقانی خارجی باسن انجام دهید. محل را به دقت تعیین کرده و مطمئن شوید که با محل عبور عصب سیاتیک فاصله دارید. در بچه‌های کوچک تر یا مبتلا به سوء تغذیه شدید از قسمت خارجی ران در خط وسط مابین مفصل هیپ و زانو و یا از عضله دلتوئید در بازو برای تزریق استفاده کنید. عضله محل تزریق را بین انگشت شست و انگشت اشاره گرفته و سوزن (شماره ۲۳ یا ۲۵) را با زاویه ۹۰ درجه (۴۵ درجه در ناحیه ران) داخل عضله فرو کنید. سرنگ را آسپیره کنید تا مطمئن شود فاقد خون است (در این صورت سوزن را به آرامی خارج و دوباره تلاش کنید). دارو را با فشار دادن پیستون سرنگ به آهستگی تزریق کنید. سوزن را خارج و محل تزریق را با یک پنبه تمیز یا پارچه کتان محکم فشار دهید.

۱-۲- تزریق زیرجلدی

محل تزریق را همانند آنچه در تزریق عضلانی ذکر شد، انتخاب کنید. پوست و بافت زیرجلدی را بین انگشت شست و اشاره نیشگون بگیرید. سوزن شماره ۲۵-۲۳ را زیر پوست با زاویه ۴۵ درجه وارد بافت چربی زیر جلد کنید. سوزن را عمیق و به داخل عضلات زیرین فرو نکنید. سرنگ را آسپیره کنید تا مطمئن شوید فاقد خون است (در این صورت، سوزن را به آهستگی خارج و دوباره تلاش کنید). دارو را با فشار دادن پیستون سرنگ به آهستگی تزریق کنید. سوزن را خارج و محل تزریق را با پنبه تمیز محکم فشار دهید.

۱-۳ تزریق اینترادرمال

محلی از پوست که فاقد هر گونه عفونت یا خراشیدگی است (مثلاً بر روی عضله دلتوئید بازو) را برای تزریق انتخاب کنید. با انگشت شست و اشاره یک دست، پوست آن ناحیه را بکشید و با دست دیگر به آهستگی سوزن (شماره ۲۵) را به صورت مایل ۲ میلی متر زیر پوست و تقریباً موازی با سطح پوست وارد کنید. در زمان تزریق اینترادرمال مقاومت نسبتاً قابل توجهی مشاهده می شود. برآمدگی و ایجاد توده در سطح فولیکول های مو نشانه ای از تزریق صحیح می باشد.

۲- دادن مایعات وریدی

۲-۱ وارد کردن IV Cannula در یک ورید محیطی

یک ورید مناسب را برای وارد کردن Cannula یا سوزن پروانه ای شماره ۲۱ یا ۲۳ انتخاب کنید.

ورید محیطی

- یک ورید محیطی در دسترس را مشخص کنید. در کودکان بالای ۲ ماه معمولاً از ورید سفالیک در حفره آنتی کوبیتال یا چهارمین ورید اینتردیژیتال در پشت دست استفاده می شود.
- یک فرد کمک کننده باید اندام کودک را ثابت نگه دارد و با انگشتان خود دور اندام را با ملایمت بگیرد تا مانند یک توریتکه مانع از بازگشت وریدی گردد.

- پوست اطراف محل را با یک محلول آنتی سپتیک تمیز کنید (مانند یدین، ایزوپروپیل الکل یا محلول الکل ۷۰٪)، سپس کانول را وارد ورید کرده و اکثر طول آن را وارد کنید. کانول را با چسب، در محل محکم کنید. اندام را به کمک Splint در وضعیت مناسب قرار دهید (مثلاً آرنج در حالت اکستانسیون و مچ دست کمی به حالت فلکسیون).
- اگر از این IV- line برای تزریق گاه به گاه داروهای وریدی استفاده می شود؛ ۰/۵ میلی لیتر محلول هپارین (۱۰-۱۰۰ واحد هپارین سدیم در میلی لیتر) را تزریق کنید تا خون در مسیر تزریق شسته شود. اگر هپارین در دسترس نیست. می توان از نرمال سالین یا محلول گلوکز ۵٪ استفاده کرده اما خطر تشکیل لخته در کانول بالاتر خواهد رفت.

وریدهای سر

- از این وریدها اغلب در کودکان زیر ۲ سال استفاده می شود ولی بیشتر موارد استفاده ؛ در شیرخواران کم سن می باشد. می توان از وریدهای فرونتال سطحی، تمپورال خلفی، اوریکولار، سوپرااوربیتال و فاسیال خلفی استفاده کرد. انفوزیون از طریق این ورید این حسن را دارد که محدودیتی در حرکت کودک ایجاد نمی کند.
- یک ورید مناسب در پوست سر پیدا کنید (معمولاً در خط وسط پیشانی، ناحیه تمپورال یا قسمت بالا یا پشت گوش)
 - موی آن ناحیه را تراشیده و پوست آن را با محلول آنتی سپتیک تمیز کنید. فرد کمک کننده می تواند قسمت پروگزیمال ورید را با فشار دادن مسدود نماید. یک سرنگ را با نرمال سالین پر کرده و از ست پروانه ای استفاده کنید. سرنگ را جدا کرده و انتهای لوله را باز رها کنید. سوزن را فرو کنید. برگشت خون به آهستگی در داخل لوله نشاندهنده ورود سوزن به داخل ورید می باشد.

- از چسب و گاز در زیر سوزن استفاده کنید تا سوزن با یک زاویه ای نسبت به پوست سر محکم شود. مراقب باشید که کانون وارد شریان که دارای نبض است نشود. اگر پس از ورود سوزن خون با فشار و به صورت جهشی خارج شد، سوزن را خارج نموده و روی محل را فشار دهید تا جریان خون متوقف شود سپس به دنبال یک ورید بگردید.

مراقبت از Cannula

پس از وارد کردن کانون آن را محکم کنید. برای این کار ممکن است لازم به بی حرکت نمودن مفصل مجاور به منظور ایجاد محدودیت در حرکت کاتتر شود. پوست آن محل را تمیز و خشک نگه دارید. روزانه آن را با یک محلول آنتی سپتیک تمیز کنید. همانطوریکه توضیح داده شد؛ بلافاصله پس از وارد نمودن کانون و سپس پس از هر بار تزریق، کانون را با محلول هپارین پر کنید. به منظور کاهش ریسک عفونت، نباید کانون را بیشتر از زمان مورد نیاز در محل نگه داشت و در صورت مشاهده هر گونه عارضه ای باید آن را خارج کرد.

عوارض شایع

شایعترین عارضه؛ عفونت سطحی پوست در محل ورود کانون است. با مراقبت صحیح از محل کانون همچنان که توضیح داده شده است، این عارضه معمولاً بر طرف می شود. ولی عفونت ممکن است منجر به ترومبوفلیت گردد که موجب انسداد ورید و به دنبال آن تب می گردد. پوست اطراف قرمز و دردناک بوده و با مرور زمان ممکن است به دلیل تشکیل ترومبوز سفت شود. به منظور کاهش خطر انتشار وسیع تر عفونت **Cannula** را خارج کنید. اگر تب بیش از ۲۴ ساعت ادامه پیدا کرد، درمان آنتی بیوتیکی (مؤثر علیه استافیلوکوک) مثل کلوکساسیلین باید داده شود. در صورت خروج کانون عفونت موضعی سریعاً برطرف خواهد شد. کانون جدیدی را داخل ورید مناسب دیگر وارد کنید.

گاهی حین انجام تزریق **IV** از طریق کانون با یک مشکل مواجه خواهیم شد. برای مثال کانون در داخل ورید قرار نداشته باشد (در چنین مواردی در هنگام انجام تزریق پوست نواحی اطراف متورم خواهد شد) و یا ترومبوز داخل ورید تشکیل شود. در هر دو حالت باید کانون را خارج و کانون جدیدی را در محل دیگر وارد کرد.

تزریق داروهای وریدی از طریق یک Cannula

سرنگ حاوی دارو را به بخش ورودی کانون وصل و دارو را تزریق کنید. به محض تزریق تمامی دارو ۰/۵ میلی لیتر محلول هپارین (۱۰۰-۱۰ واحد در هر میلی لیتر) را به داخل کانون تزریق کنید تا خون خارج شده و کاتتر با محلول هپارین پر شود.

۲-۲ عدم دسترسی به وریدهای محیطی

اگر انفوزیون از طریق ورید محیطی یا وریدهای پوست سر امکان پذیر نبوده و از طرفی دادن مایعات **IV** برای نجات زندگی کودک حیاتی است:

- از یک ورید مرکزی استفاده کنید.
 - **Cut-down** وریدی انجام دهید.
 - و یا انفوزیون داخل استخوانی انجام دهید.
- انتخاب هر یک از این موارد بستگی به آموزش و مهارت در آن کار دارد. در صورتیکه پرسنل ماهر باشند هر سه این روش ها موفقیت آمیز است. در موارد اورژانس در صورت شکست یک روش بلافاصله روش دیگر را تلاش کنید.

وریدهای مرکزی

به جز در مواردی که دسترسی به ورید اورژانس است، معمولاً به طور روتین نباید استفاده شود. هر چه سریعتر کانول را از ورید مرکزی خارج کنید (مثلاً وقتی دیگر نیاز به دادن مایعات IV نیست و یا زمانی که می توان از یک ورید محیطی استفاده کرد)

ورید جوگولار خارجی

- کودک را محکم گرفته، سر او را به یک سمت دور از محل تزریق و کمی پایینتر از سطح بدن بچرخانید (حدود ۳۰-۱۵ درجه پایینتر). (ورید در این وضعیت پر خواهد بود و بایستی در مسیر خود به سمت کلاویکولا در حفره سوپراکلاویکولا مشاهده شود) در صورت لزوم کودک را در این وضعیت ثابت نگه دارید.

- پس از تمیز کردن پوست با یک محلول آنتی سپتیک، ورید جوگولار خارجی را در مسیر عبور آن از روی عضله استرنوکلیدوماستوئید در محل اتصال یک سوم میانی و تحتانی مشخص کنید. یک فرد کمک کننده باید ورید را مسدود نگه دارد تا ضمن متسع ماندن ورید، وضعیت آن با فشار روی انتهای تحتانی ورید درست بالای کلاویکولا؛ ثابت باقی بماند. پوست روی ورید را کشیده و مسیر ورید به سمت کلاویکولا را مشخص کنید، کانولی را همانند آنچه در مورد وریدهای محیطی گفته شد، وارد نمایید.

ورید فمورال

- یک فرد کمک کننده باید کودک را نگه دارد. توجه داشته باشید که برای افراد راست دست رگ گیری از سمت راست راحت تر می باشد. در شیرخواران کم سن از این رگ استفاده نکنید.
- کودک باید به حالت به پشت خوابیده قرار گیرد. سپس با قرار دادن یک حوله لوله شده در ناحیه باسن حدود ۵ سانتیمتر بالاتر قرار گیرد به طوری که مفصل هیپ کمی به حالت اکستانسیون قرار گیرد. مفصل هیپ را به حالت ابداکسیون و روتاسیون خارجی و زانو را به حالت فلکسیون در آورید. فرد دیگری باید پارا در این حالت نگه دارد و پای دیگر آزاد است.
- همانگونه که ذکر شد محل را با محلول آنتی سپتیک تمیز کنید. شریان فمورال را لمس نمایید (زیر لیگامان اینگوینال در وسط مثلث فمورال). عصب فمورال در قسمت خارجی و ورید فمورال در قسمت داخلی شریان قرار دارد.
- پوست را با آنتی سپتیک تمیز کنید. سوزن را با زاویه ۲۰-۱۰ درجه نسبت به پوست، ۲-۱ سانتیمتر در قسمت دیستال لیگامان اینگوینال و ۱-۰/۵ سانتیمتر در داخل شریان فمورال وارد کنید
- وقتی سوزن در داخل ورید فمورال قرار گرفت خون وریدی به داخل سرنگ جریان می یابد.

- با همان زاویه ۱۰ درجه نسبت به پوست سوزن را بیشتر فرو نمایید. گاهی اوقات لازم است که خون را هنگام وارد کردن به داخل سرنگ آسپیره کرده و سپس وقتی کانول به مقدار کافی وارد ورید شد، جهت باز شدن ورید خون را انفوزیون کنید.
- کانول را در محل محکم کنید و یک پارچه استریل در زیر و روی کانول قرار دهید و با چسب آن را به پوست محکم کنید. لازم است پا را با آتل ثابت نگه دارید تا مانع از فلکسیون مفصل هیپ و شل شدن کانول شود.
- محل رگ گیری را مرتب بررسی کنید و مواظب باشید که در حین انفوزیون پا بی حرکت باشد. با مراقبت دقیق رگ ناحیه فموران را تا ۵ روز می توان نگه داشت.
- پس از انفوزیون IV کانول را خارج کنید و مدت ۳-۲ دقیقه روی محل فشار دهید.

cut down وریدی

- در شرایطی که سرعت عمل مهم است این روش مناسبی نمی باشد و روش داخل استخوانی دسترسی سریعتری را به IV فراهم خواهد کرد.
- ساق پای کودک را بی حرکت کرده و سطح پوست آن را همان طور که توضیح داده شده تمیز کنید. ورید صافن بلند را پیدا کنید. محل آن در شیرخواران نصف بند انگشت در قسمت فوقانی و داخلی مالتوس داخلی و در بچه های بزرگ تر یک بند انگشت در قسمت فوقانی و داخلی آن است.
 - بی حسی موضعی در محل داده و و سپس انسیزین روی پوست عمود بر ورید ایجاد کنید. با استفاده از فورسپس هموستات برشی در ناحیه زیرجلدی ایجاد کنید.
 - ورید را پیدا کرده و ۲-۱ سانتیمتر از طول آن را آزاد کنید. در قسمت دیستال و پروگزیمال آن یک لیگاتور قرار دهید.
 - بخش دیستال ورید را باز کنید و نخ آن را نگه دارید.
 - در قسمت فوقانی ورید سوراخ کوچکی تعبیه کرده و کانول را از این نقطه وارد کنید. نخ ناحیه دیستال را بکشید تا وضعیت ورید ثابت بماند.
 - به کمک لیگاتور فوقانی کانول را در محل محکم کنید.
 - یک سرنگ پر شده از نرمال سالین را وصل کرده و مطمئن شوید که مایع به راحتی در ورید جریان دارد در غیر این صورت، بررسی کنید که آیا کانول در داخل ورید جا گرفته است یا خیر و یا مختصری آن را به سمت خارج بکشید تا جریان بهبود یابد.
 - لیگاتور ناحیه دیستال را به دور کاتتر ببندید، سپس انسیزین پوستی را سوچور بزنید. کانول را به پوست محکم کرده و روی آن را با یک گاز استریل بپوشانید.

انفوزیون داخل استخوانی

این روش اگر توسط یک فرد آموزش دیده و با تجربه انجام شود. روشی مطمئن، ساده و قابل اعتماد برای دادن مایعات و داروها در مورد اورژانس می باشد. تقریباً تمامی مایعات و داروهای وریدی که در این مجموعه راهنما توصیه شده اند را می توان با این روش داد.

در موارد اورژانس اگر دسترسی به وریدهای محیطی به نظر غیر ممکن می‌رسد، انفوزیون داخل استخوانی انتخاب اول محسوب می‌شود. دسترسی داخل استخوانی حدود ۲-۱ دقیقه وقت می‌گیرد. این روش دردناک است ولی از آنجا که بایستی فقط در موارد اورژانس (مثلاً وقتی کودک درحالت شوک است) استفاده شود، لذا نیازی به بی‌حسی نمی‌باشد.

کنترا اندیکاسیون ها

- وجود عفونت در محل تزریق
- شکستگی استخوان

محل تزریق

- انتخاب اول از نظر محل تزریق قسمت پروگزیمال استخوان تیبیا است. محل ورود سوزن قسمت میانی سطح قدامی داخلی تیبیا، ۲-۱ سانتیمتر در زیر توبروزتیه تیبیا می‌باشد. محل دیگر برای ورود سوزن ناحیه دیستال فمور، ۲ سانتیمتر بالای کوندیل خارجی است.
- وسایل مورد نیاز را آماده کنید، یعنی:
 - سوزن های اسپیراسیون مغز استخوان یا داخل استخوانی (شماره ۱۸-۱۵، در صورت عدم دسترسی شماره ۲۱، اگر هیچ سوزن خاصی در دسترس نبود از سوزن های پروانه ای نیز می‌توان در کودکان کم سن تر استفاده کرد).
 - محلول آنتی‌سپتیک و گاز استریل برای تمیز کردن محل
 - سرنگ استریل ۵ سی‌سی حاوی نرمال سالین
 - تجهیزات انفوزیون IV
 - دستکش استریل
 - یک Pad زیر زانوی کودک قرار دهید به گونه ای که زانو از حالت مستقیم (۱۸۰)، ۳۰ خم شود و پاشنه پا بر روی میز قرار داشته باشد.
 - محل دقیق ورود کانول را انتخاب کنید
 - ابتدا، توبروزتیه تیبیا را لمس کنید.
 - سپس، یک بند انگشت زیر و داخل توبروزتیه را مشخص کنید (در زیر پوست این قسمت استخوان قابل لمس می‌باشد).

- دستان خود را شسته و دستکش استریل بپوشید
 - رو و اطراف محل را با یک محلول آنتی سپتیک تمیز کنید.
 - قسمت پروگزیمال استخوان تیبیا را با دست چپ (این دست دیگر استریل نمی باشد) با گرفتن ران و زانو در قسمت بالا و خارج محل کانول با انگشت شست و بقیه انگشتان دور زانو (نه مستقیماً در زیر محل تزریق) ثابت نگه دارید.
 - محل تعیین شده را دوباره با دستکش استریل (دست راست) لمس کنید.
 - سوزن را با زاویه ۹۰ درجه با اریب به سمت کف پا وارد کنید. سوزن را با حرکت چرخشی و محکم اما به آرامی وارد کنید.
 - هنگامی که با یک افزایش مقاومت ناگهانی مواجه شدید، فرو بردن سوزن را متوقف کنید سوزن باید در محل محکم شود.
 - **Stylet** را خارج کنید.
 - اسی سی از محتویات مغز استخوان را با یک سرنگ ۵ سی سی آسپیره کنید (شبیه خون به نظر می رسد) بدین وسیله تأیید کنید که سوزن در داخل حفره استخوان است.
 - سرنگ ۵ سی سی دیگری را که پر از نرمال سالین است متصل کنید. سوزن را ثابت کرده و در عین اینکه محل مورد نظر را از نظر هر گونه نشت زیر پوستی لمس می کنید، ۳ سی سی از محلول را به آهستگی تزریق کنید. اگر انقلتراسیونی مشاهده نشد، شروع به انفوزیون نمائید.
 - سوزن را در محل خود محکم کنید.
- توجه: زمانی که مایع در حال انفوزیون است، مقاومت اندکس احساس می شود و انقلتراسیون قابل لمس یا قابل مشاهده ای در محل انفوزیون وجود ندارد. عدم آسپیره شدن محتویات مغز استخوان بدین معنا نیست که سوزن در محل درست خود قرار نگرفته است. انفوزیون مایع را می توان آغاز کرد.
- انفوزیون را با دیدن عبور جریان مایع و از طریق پاسخ کلینیکی بیمار پایش کنید.
 - مواظب باشید که در زمان انفوزیون محل دچار تورم نشود.
- به محض دسترسی به یک ورید، انفوزیون داخل استخوانی را متوقف کنید. در هیچ موردی این روش نباید بیش از ۸ ساعت ادامه داشته باشد.

عوارض شامل:

- نفوذ ناکامل به کورتکس استخوانی
- نشانه: سوزن به خوبی محکم نشده و انقلتراسیون در زیر پوست اتفاق می افتد.
- اقدام: سوزن باید به مقدار بیشتری به داخل فشار داده شود.
- نفوذ به داخل کورتکس خلفی استخوان (شایع تر است)
- نشانه: علیرغم اینکه سوزن به خوبی محکم شده، انقلتراسیون اتفاق می افتد. (کاف سفت می شود)
- اقدام: سوزن را خارج کرده و از محل دیگری تکرار کنید. برای پیشگیری از وقوع مجدد این مشکل انگشت اشاره راروی پوست فشار دهید تا مانع از فرو رفتن خیلی عمیق سوزن شود.
- انسداد سوزن توسط مغز استخوان (ناشایع)

نشانه: انفوزیون متوقف می شود.

اقدام: ۵ سی سی نرمال سالین در داخل کانول تزریق شود.

● عفونت

نشانه: ایجاد سلولیت در محل انفوزیون (اگر مدت انفوزیون کمتر از ۲۴ ساعت باشد این عارضه نادر است. ایجاد استئومیلیت نیز خیلی نادر است).

اقدام: سوزن داخل استخوانی را مگر در شرایطی که بسیار ضروری است، خارج کنید، مراقبت های موضعی پوست و درمان آنتی بیوتیکی تجویز کنید.

● نکروز پوستی در محل انفوزیون (این عارضه به خصوص در

مواردی که داروهای نظیر آدرنالین، کلسیم کلراید یا بیکربنات سدیم به داخل بافت عبور می کنند، اتفاق می افتد).

اقدام: انفوزیون را به ملایمت و آرامی انجام دهید نه با فشار

۳- ترانسفوزیون خون

خون اغلب به صورت خون کامل (یعنی به همراه تمام اجزاء آن به همراه آنتی کو آگلوان اضافه شده) داده می شود. ولی کودکان مبتلا به نارسایی قلبی یا خطر ابتلاء به نارسایی قلبی (مربوط به آنمی شدید یا سوء تغذیه شدید) باید Packed cell (یعنی خونی که قسمت اعظم پلاسما آن خارج شده است) دریافت نمایند. این خون باعث افزایش میزان هماتوکریت بدون افزایش بیش از حد حجم خون با مایعات اضافی می شود.

۳-۱ ذخیره سازی خون

از خون تازه و مطمئن استفاده کنید از خونی که بیش از ۳۵ روز در ۶-۲ درجه سانتیگراد قبل از ترانسفوزیون ذخیره شده است و یا آنچه که شاخص بانک خون است، استفاده نکنید. ترانسفوزیون را با خونی که بیش از ۲ ساعت خارج از یخچال نگهداری شده است، آغاز نکنید هرگز از کیسه خونی که قبلاً باز شده دوباره استفاده نکنید. ترانسفوزیون مقادیر زیاد خون ذخیره شده در ۴ درجه سانتیگراد بخصوص در بچه های کوچک ممکن است ایجاد هیپوترمی کند. اگر زمان دارید، بگذارید خون به آرامی و در عرض ۳۰ دقیقه در دمای اتاق گرم شود. اس

۳-۲ مشکلات مربوط به ترانسفوزیون خون

خون در عین حال می تواند وسیله ای برای انتقال عوامل عفونی (مثلاً مالاریا، سیفلیس، هپاتیت B و C و HIV) نیز باشد. بنابراین دهنده های خون را تا حد امکان از این نظر غربال نمایید. خون همچنین ممکن است با سایر ارگانیزم های باکتریال (نظیر استافیلوکوک) نیز آلوده گردد. به منظور به حداقل رساندن خطر انتقال عفونت، فقط در شرایط ضروری ترانسفوزیون خون انجام دهید.

۳-۳ اندیکاسیون های ترانسفوزیون خون

چهار اندیکاسیون کلی برای ترانسفوزیون خون وجود دارد:

- خونریزی حاد، هنگامی که ۳۰-۲۰ درصد از کل حجم خون از دست رفته و خونریزی همچنان ادامه دارد.
- آنمی شدید
- شوک سپتیک (اگر مایعات IV برای برقراری جریان مناسب علاوه بر درمان آنتی بیوتیکی کافی نباشد)
- برای تامین فاکتورهای انعقادی موجود در پلاسما و پلاکت

۳-۴ انجام ترا نسفوزیون خون

قبل از ترانسفوزیون : موارد زیر را کنترل کنید:

- خون دارای گروه خونی صحیح باشد و نام و شماره بیمار هم بر روی برچسب و هم فرم نوشته شده است (در موارد اورژانس به منظور کاهش ریسک ناسازگاری خونی و واکنش های تزریق خون از - Cross matching سریع یا تزریق خون O منفی استفاده کنید).
 - کیسه خون باز نشده باشد و نشت نداشته باشد.
 - کیسه خون بیش از ۲ ساعت خارج از یخچال نمانده باشد. پلاسما به رنگ صورتی و گلبول های قرمز به رنگ بنفش یا سیاه در نیامده باشند.
 - IV- Line باز بوده و از سوزنی که با شماره مناسب (شماره ۲۲ در بچه ها) استفاده شده باشد به طوری که خون در هنگام ترانسفوزیون در داخل سوزن لخته نشود.
 - وجود هرگونه علائم نارسایی قلب، در صورت وجود این علائم در شروع ترانسفوزیون ۱mg/kg فوروسماید وریدی در کودکانی که حجم خون در گردش نرمال دارند، تزریق کنید. آن را به داخل کیسه خون تزریق نکنید.
- یک اندازه گیری اولیه از دمای بدن کودک، تعداد تنفس و تعداد نبض ثبت کنید. حجم خون تجویز شده در ابتدا بایستی ۲۰mg/ kg وزن بدن از خون کامل در طی مدت ۳-۴ ساعت باشد. این مقدار باید غلظت هموگلوبین را حدود ۶-۴ گرم در دسی لیتر بالا ببرد مگر اینکه همولیز یا خونریزی ادامه داشته باشد. هیچ واحد خونی نباید بیش از ۴ ساعت آویزان باقی بماند.

در حین ترانسفوزیون :

- در صورت امکان، از یک **iu/usion device** برای کنترل سرعت ترانسفوزیون استفاده کنید.
- کنترل نمایید تا خون با سرعت درست جریان داشته باشد.
- به دنبال علائم ناشی از واکنش های انتقال خون یا نارسایی قلب باشید. به خصوص در ۱۵ دقیقه اول ترانسفوزیون با دقت این علائم را پایش کنید تا بتوانید علائم و نشانه های اولیه عوارض جانبی را مشخص کنید.
- حال عمومی، درجه حرارت بدن، نبض و تعداد تنفس کودک را هر ۳۰ دقیقه یکبار ثبت کنید
- زمان شروع و خاتمه ترانسفوزیون، حجم خون و بروز هرگونه واکنشی را ثبت کنید.

پس از ترانسفوزیون :

- کودک را دوباره ارزیابی کنید. اگر نیاز به خون بیشتری می باشد خونی با کیفیت مشابه باید ترانسفوزیون شده و همان دوز فوروسماید (اگر قبلاً داده شده) تکرار شود.
- ۴ ساعت پس از تکمیل ترانسفوزیون کودک را دوباره ارزیابی کنید.

۳-۵ واکنش های حاد انتقال خون

احتمال بروز واکنش های انتقال خون زمانی که **cross – match** اورژانس انجام می شود بیشتر از زمانی است **cross – match** کامل انجام می پذیرد. از طبقه بندی زیر برای کنترل و ثبت شدت واکنش های انتقال خون و تصمیم گیری درمانی آن استفاده کنید.

واکنش های خفیف (مربوط به افزایش حساسیت خفیف)

تشخیص

- راش های خارش دار

درمان

- سرعت ترانسفوزیون را کاهش دهید
- ۲۰۰mg هیدروکورتیزون IV یا ۰/۱ mg /kg کلرفنیرامین IM ، در صورت امکان بدهید.
- اگر پس از ۳۰ دقیقه علائم هیچگونه پیشرفتی نکرد؛ ترانسفوزیون را با سرعت معمول خود ادامه دهید.
- اگر علائم همچنان باقی ماند، به عنوان واکنش متوسط درمان کنید.

واکنش های متوسط شدید (مربوط به افزایش حساسیت متوسط ، واکنش های غیر همولیتیک، آلودگی های باکتریال یا پیروژنیک)

تشخیص (علائم معمولاً ۶۰-۳۰ دقیقه پس از شروع ترانسفوزیون ایجاد می شود)

- راش های خارش دار شدید (کهیر)
- فلاشینگ
- تب بیشتر از ۳۸ درجه سانتیگراد (توجه داشته باشید که تب ممکن است قبل از ترانسفوزیون هم وجود داشته باشد)
- ریگور
- بی قراری
- افزایش ضربان قلب

درمان

- ترانسفوزیون را متوقف کرده؛ ست خون را تعویض و IV – Line را با نرمال سالین باز نگه دارید.
- در صورت امکان، ۲۰۰mg هیدروکورتیزون IV یا ۰/۱ mg/kg کلرفنیرامین IM دهید.
- در صورت وجود ویزینگ، برونکو دیلاتور بدهید.
- در صورت بهبودی، ترانسفوزیون را به آهستگی با خون تازه دوباره شروع کنید و با دقت نظارت نمایید.
- اگر در عرض ۱۵ دقیقه، هیچ بهبودی حاصل نشد، به عنوان واکنش های خطرناک درمان کنید.
- به بانک خون گزارش دهید.
- موارد زیر را برای بانک خون بفرستید: ست خونی که استفاده شده است، نمونه خون از محل دیگر، و نمونه ادرار ۲۴ ساعته

واکنش های تهدید کننده حیات (مربوط به همولیز، آلودگی باکتریال و شوک سپتیک، افزایش بیش از حد حجم مایعات، یا آنافیلاکسیک)

تشخیص

- تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد (توجه داشته باشید که تب ممکن است قبل از انجام ترانسفوزیون نیز وجود داشته باشد)
 - ریگور (rigors)
 - بی قراری
 - افزایش ضربان قلب
 - تنفس تند
 - ادرار سیاه یا قرمز تیره (هموگلوبینوری)
 - خونریزی غیر قابل توجه
 - گیجی
 - کلاپسی
- توجه داشته باشید که در یک کودک مبتلا به عدم هوشیاری، ممکن است خونریزی غیرقابل کنترل یا شوک تنها علائم یک واکنش تهدید کننده حیات باشند.

درمان

- ترانسفوزیون را متوقف کرده، ست خون را تعویض و IV- line را با فرمال سالین باز نگه دارید.
- راه هوایی را باز و اکسیژن بدهید.
- اپی نفرین (آدرنالین) ۱ mg/kg وزن بدن بدهید
- شوک را درمان کنید
- در صورت امکان ۲۰۰mg هیدروکورتیزون IV یا ۰/۱ mg/kg کلرفنیرامین بدهید
- در صورت وجود ویزینگ، برونکودیلاتور بدهید.
- هر چه سریعتر به آزمایشگاه خون گزارش دهید.
- جریان خون کلیه را با ۱ mg/kg فوروسماید IV برقرار کنید.
- درمان آنتی بیوتیکی برای سپتی سمی انجام دهید.

۴- وار کردن لوله نازوگاستریک

ممکن است به منظور تغذیه کودکانی که سوء تغذیه شدید داشته و آنورکسیک هستند و یا دادن مایعات به کودک عدم هوشیاری، مجبور باشید لوله نازوگاستریک (سایر ۸ برای کودکان) را وارد معده کودک نمائید.

- نوک لوله را روی بینی کودک قرار دهید، فاصله بین بینی تا لاله گوش و سپس از آنجا تا زائده گزینویید استخوان استرلوم (ابی گاستریوم) را اندازه بگیرید. لوله را در این قسمت علامت بزنید.
- کودک را محکم نگه دارید. نوک کاتتر را با آب نرم کنید و آن را مستقیم وارد یکی از سوراخ های بینی کرده و به آرامی به داخل فشار دهید. لوله باید به راحتی بدون هیچگونه مقاومتی به داخل معده وارد شود. وقتی به محل علامت زده شده رسیدید، لوله را با چسب به ناحیه بینی محکم کنید.
- مقدار کمی محتوای معده را به داخل یک سرنگ آسپیره کنید تا مطمئن شوید لوله در محل مناسب قرار دارد. (می توانید آن را از طریق تغییر رنگ کاغذ لیتموس از صورتی به آبی بررسی کنید) اگر هیچ ماده ای آسپیره نشد، موقعیت لوله را با گرفتن عکس رادیوگرافی از شکم یا تزریق هوا به داخل لوله و سمع شکم توسط استتوسکوپ چک کنید. (ولی به این نکته توجه داشته باشید که این روش آخر اگر با دقت انجام نشود می تواند منجر به اشتباه شود.)

اگر لوله داخل معده قرار گرفته باشد، صدای ورود هوا به داخل معده را می توان با گوشی شنید.

اگر لوله در داخل معده جای نگرفته باشد، محتویات آسپیره شده قادر به تغییر رنگ کاغذ لیتموس نبوده و هوای تزریق شده از روی شکم سمع نمی شود. اگر شکی در زمینه محل لوله وجود دارد آن را بیرون کشیده و دوباره تلاش کنید. مهمترین عارضه هنگامی است که لوله به اشتباه وارد تراشه شده باشد. این امر ایجاد دیسترس در کودک، گریه غیر طبیعی در شیرخواران یا سیانوز می کند. در صورت بروز چنین اتفاقی بلافاصله لوله را خارج کرده و پس از بهبودی حال کودک دوباره تلاش کنید تا آن را وارد معده نمایید.

- وقتی لوله در محل مناسب خود قرار گرفت، یک سرنگ ۲۰CC (بدون پیستون) را به انتهای لوله وصل کرده و غذا یا مایع را بداخل سرنگ بریزید تا به کمک نیروی جاذبه وارد معده شود. لوله نازوگاستریک را می توان تا چند روز نگه داشت. اگر در مورد موقعیت لوله تردید دارید، قبل از تغذیه محل صحیح آن را کنترل کنید. انسداد مسیر تنفسی بینی در برخی از شیرخواران کم سن ایجاد دیسترس می کند. اگر به طور همزمان اکسیژن درمانی از طریق کاتتر نازوفارنژیال در حال انجام است، هر دو لوله را از طریق یک سوراخ بینی وارد کرده و سعی کنید تا سوراخ دیگر جهت پاک کردن ترشحات و دلمه ها باز باقی بماند.

۵- (Lumbar Puncture) LP

گرفتن مایع نخاعی معمولاً برای تشخیص مننژیت در یک کودک بیمار انجام می پذیرد.

وجود علائم زیر از کتترا اندیکاسیون های انجام این کار است:

- نشانه های افزایش فشار داخل جمجمه (مردمک های نامساوی، وضعیت سفت بدن یا فلج در هر یک از اندام ها یا تنه، تنفس نامنظم)
- وجود عفونت پوستی در محلی که باید سوزن از آنجا وارد شود.

اگر کتترا اندیکاسیونی وجود دارد، باید مزایای حاصل از اطلاعات بدست آمده از LP را با خطرات ناشی از انجام LP بسنجید. در صورت وجود هر گونه شک، بهتر است که درمان احتمالی مننژیت آغاز و انجام LP به تاخیر بیفتد.

- وضعیت دادن به کودک

وضعیت درست کودک در موفقیت انجام کار بسیار مهم است. نگه داشتن صحیح کودک توسط یک فرد کمک کننده با تجربه باعث می شود که انجام LP هر چه راحت تر صورت گیرد.

به دو صورت می توان کودک را نگه داشت:

-کودک به پهلو چپ دراز بکشد (به خصوص در شیرخواران کم سن) یا

-در وضعیت نشسته (به خصوص در کودکان بزرگتر)

انجام LP وقتی کودک به پهلو خوابیده است.

- باید از یک سطح سفتی استفاده شود. کودک را به پهلو طوری قرار دهید که ستون مهره ها موازی با سطح و زواید عرضی مهره ها عمود بر سطح باشد. (به خطوط نقطه چین عکس توجه کنید)
- فرد کمک کننده باید گردن کودک را خم کند به طوری که چانه در تماس با قفسه سینه قرار گیرد، زانوها را نیز به سمت قفسه سینه خم کنید و کودک را از ناحیه باسن نگه دارید به طوری که پشت کودک خم شود. کودک را محکم در این موقعیت نگه دارید. مطمئن شوید که کودک به طور طبیعی نفس می کشد.
- نشانه های آناتومیک را کنترل کنید.
- فضای بین سومین و چهارمین یا بین چهارمین و پنجمین مهره کمری را مشخص کنید. (سومین مهره کمری در محل اتصال خط بین خارهای ایلیاک و ستون مهره قرار دارد)
- محل را آماده کنید
- از روش آسپتیک استفاده کنید. دست ها را شسته و دستکش استریل بپوشید
- پوست اطراف محل را محلول آنتی سپتیک آماده کنید
- از حوله استریل استفاده کنید
- در کودکان بزرگ تر که هوشیار هستند، بی حسی موضعی (لیگوکائین ۱٪) با تزریق در پوست محل بدهید.

• انجام LP

- از یک سوزن LP همراه Stylet (شماره ۲۲ برای شیرخواران کم سن، و شماره ۲۰ برای شیرخواران بزرگتر و کودکان) استفاده کنید. سوزن را در وسط فضای بین مهره ای وارد کنید. نوک سوزن را به سمت ناف نشانه بگیرید.
 - سوزن را به آهستگی داخل کنید. سوزن به راحتی عبور خواهد کرد مگر اینکه با لیگامان های بین زواید مهره ای برخورد کند. مختصری فشار بیشتر برای نفوذ به داخل لیگامان لازم است. پس از عبور از دورا کاهشی در مقاومت مسیر احساس خواهد شد،
 - Stylet را خارج نمائید و مایع مغزی نخاعی از سوزن خارج خواهد شد.
 - اگر مایع CSg خارج نشد Stylet را دوباره وارد کرده و سوزن را کمی بیشتر فرو ببرید.
 - ۱-۰/۵ میلی لیتر نمونه CSf را گرفته و در ظرف استریل قرار دهید.
 - سوزن را به طور کامل خارج کرده و به مدت چند ثانیه روی محل را فشار دهید. یک گاز استریل در محل LP قرار دهید.
- اگر سوزن بیش از حد فرو رود وارد ورید کمری شده و در این صورت Tap تروماتیک خواهیم داشت و مایع نخاعی خونی می شود. در چنین شرایطی سوزن باید خارج شده و در فضای بین مهره ای دیگری تکرار شود.

LP در وضعیت نشسته کودک

- روش دیگر انجام LP در وضعیت نشسته است. فرد کمک کننده باید کودک را از سمت جلو محکم نگه دارد. تعیین محل LP و انجام آن نظیر آنچه است که توضیح آن داده شده است.

۶- وارد کردن Chest drain

کودکانی که دارای پنومونی شدید یا خیلی شدید هستند ممکن است دچار عارضه پلورال افیوژن یا آمپیم شوند. در این کودکان دق قفسه سینه ماتیده و صداهای تنفسی از بین رفته یا کاهش می یابد. اگر در تشخیص تردید دارید یک عکس رادیوگرافی قفسه سینه بگیرید که مایع یا چرک را در یک سمت یا هر دو سمت قفسه سینه نشان می دهد و این امر تایید کننده وجود افیوژن یا آمپیم است. پلورال افیوژن مگر در مواردی که خیلی اندک باشد باید درناژ شود. گاهی اوقات لازم است هر دو سمت قفسه سینه درناژ شود. اگر مایع دوباره جایگزین شود ممکن است نیاز به ۲-۳ بار درناژ باشد.

پونکسیون تشخیصی

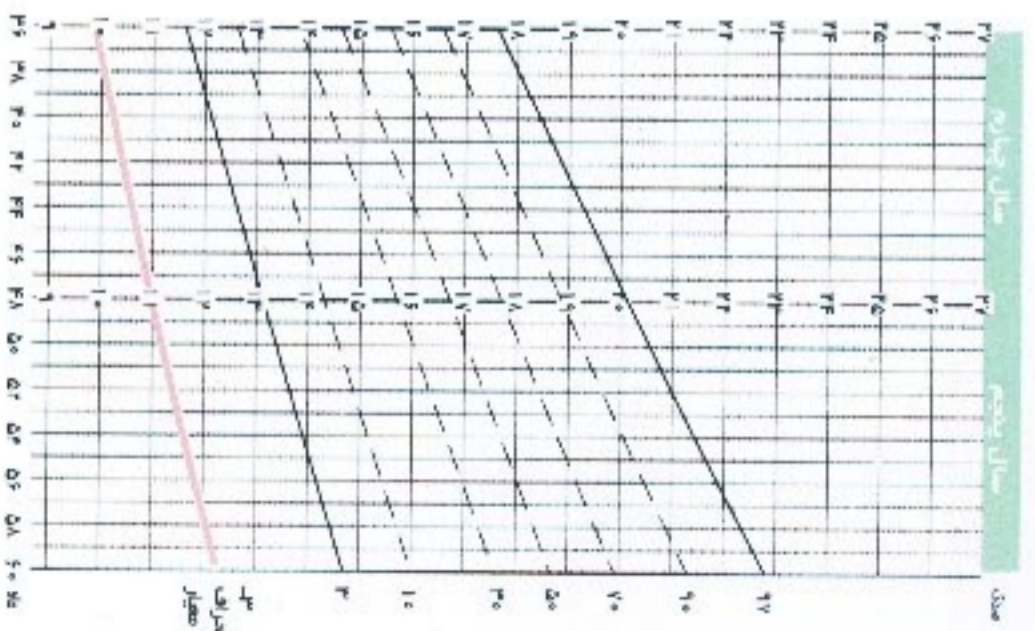
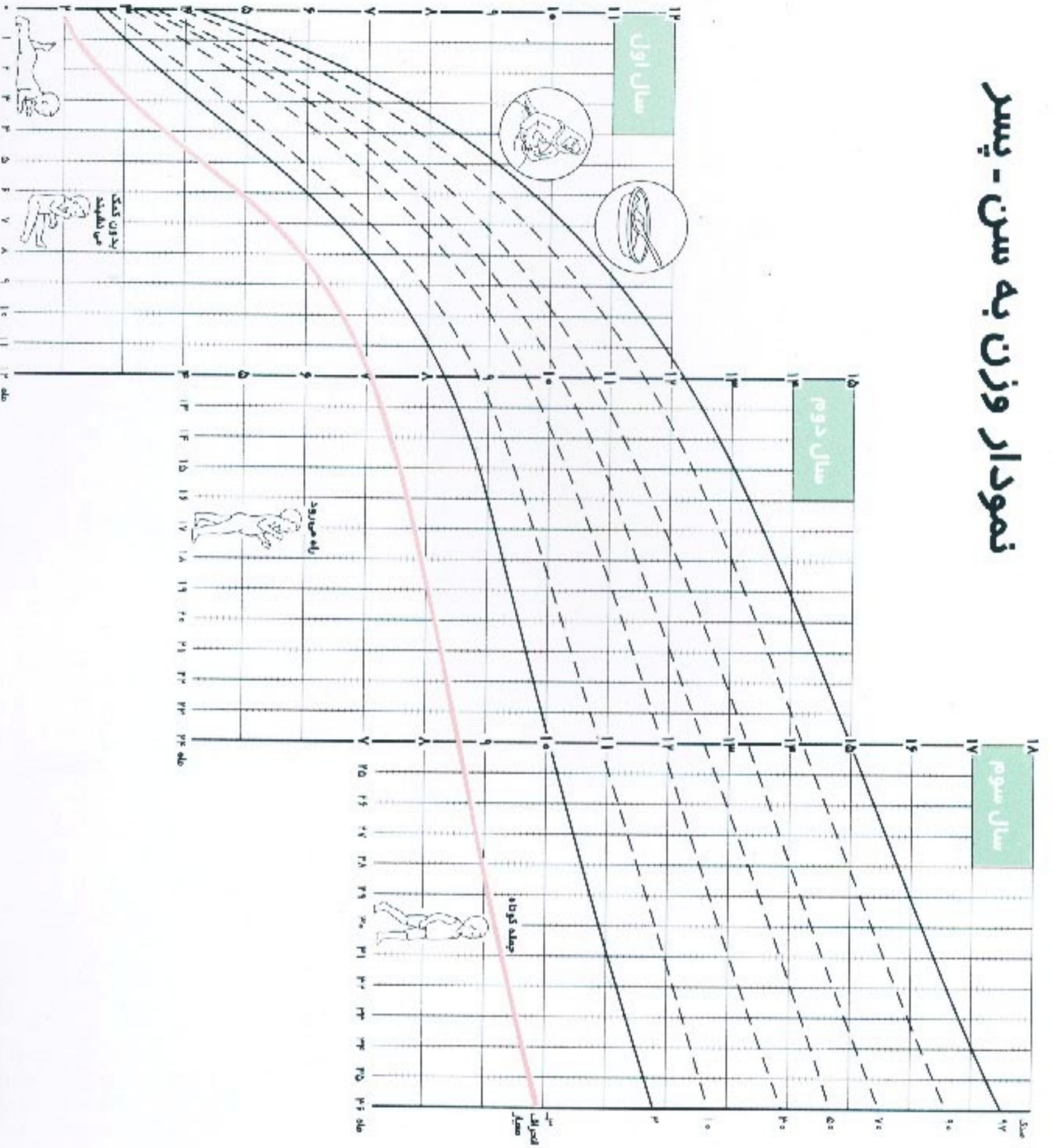
- دست ها را شسته و دستکش استریل بپوشید
- کودک را به پست بخوابانید
- پوست روی قفسه سینه را حداقل به مدت ۲ دقیقه با یک محلول آنتی سپتیک (مثلاً الکل ۷۰٪) تمیز کنید
- نقطه ای را در خط میداگزیلاری (در قسمت پهلو قفسه سینه) دقیقاً در زیر سطح نوک پستان (پنجمین فضای بین دنده ای) انتخاب کنید.
- حدود ۱ ml لیگنوکائین ۱٪ به داخل پوست و بافت زیر جلدی در اولین نقطه تزریق کنید
- یک سوزن یا کاتتر را به داخل پوست و پلور وارد کرده و آسپیره کنید تا از حضور مایع پلور مطمئن شوید.
- یک نمونه برای آزمایش میکروسکوپی و سایر تست های لازم برداشته و در ظرف بریزید.
- اگر مایع شفاف است (قهوه ای یا کاهی رنگ)، پس از خارج کردن مقادیر کافی مایع جهت بهبود دیسترس، سوزن یا کاتتر را خارج کرده و پوشش استریل بر روی سوراخ روی قفسه سینه قرار دهید به تشخیص افتراقی سل توجه کرده و سایر علائم سل را بررسی کنید.
- اگر مایع چرکی یا کدر است (شیری رنگ)، کاتتر را در محل نگه دارید، به طوری که بتوانید چندین بار در روز چرک را تخلیه کنید. مطمئن شوید که انتهای کاتتر را محکم کرده اید تا هوا وارد قفسه سینه نشود یک chest tube برای درناژ دائمی تهیه نمائید.
- اگر مایع چرکی غلیظ است که به راحتی از سوزن یا کاتتر عبود نمی کند یک chest tube وارد کنید. یا به جایی که بتوانند این کار را انجام دهند ارجاع دهید.

وارد کردن Chest Tube

- محل را همانطور که قبلاً گفته شد انتخاب و آماده کنید.
- ۲-۳ سانتیمتر انسیزیون پوستی در مسیر فضای بین دنده ای درست در بالای دنده تحتانی (جهت جلوگیری از صدمه عروقی که در لبه تحتانی هر دنده قرار دارند) ایجاد کنید.
- از فورسپس استریل استفاده و آن را به داخل بافت زیر جلدی درست بالای لبه فوقانی دنده فشار داده و پلور را پونکسیون کنید.
- یک انگشت خود را وارد انسیزیون کرده و مسیر پلور را مشخص کنید (این کار در شیرخواران عملی نمی باشد).
- از فورسپس برای گرفتن کاتتر درناژ (شماره ۱۶) و ورود آن به قفسه سینه برای چند سانتی متر به سمت بالا، استفاده کنید. مطمئن شوید که تمام سوراخ های درناژ کاتتر در داخل قفسه سینه قرار گرفته است.
- کاتتر را به ظرف جمع آوری حاوی آب وصل کنید.
- کاتتر را در محل سوچور بزنید و با چسب محکم کنید سپس یک گاز استریل روی آن قرار دهید. / ق

نمودار وزن به سن - پسر

۴۳



نمودار وزن به سن - دختر

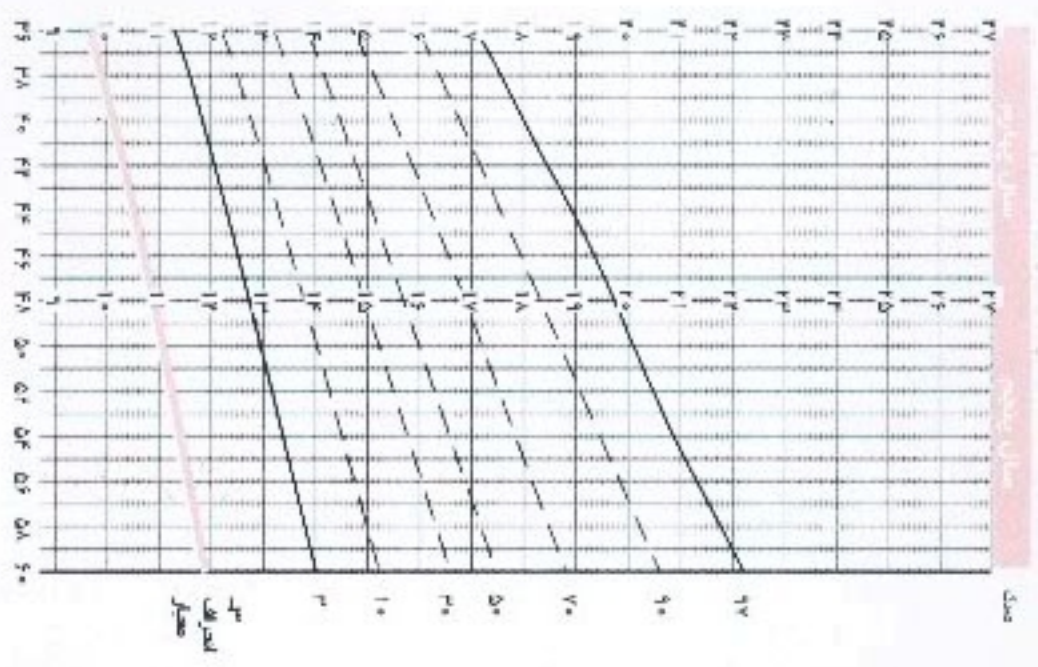
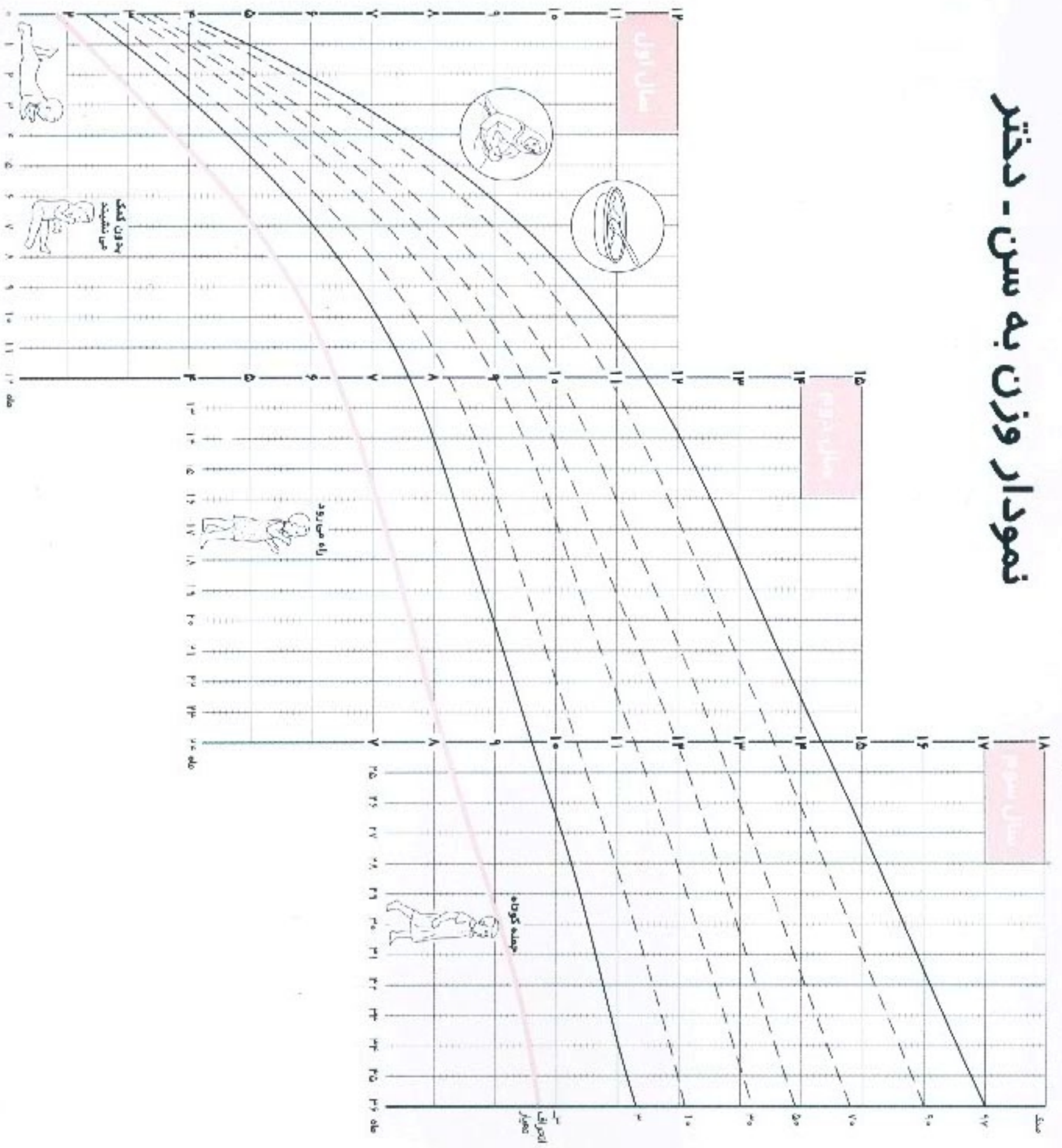


TABLE 26 - WHO/NCHS normalized reference weight-for-length (49-84 cm) and weight-for-height (85-110 cm), by sex

Boy's weight (kg)					Length (cm)	Girl's weight (kg)				
-4SD 60%	-3SD 70%	-2SD 80%	-1SD 90%	Median		Median	-1SD 90%	-2SD 80%	-3SD 70%	-4SD 60%
1.8	2.1	2.5	2.8	3.1	49	3.3	2.9	2.6	2.2	1.8
1.8	2.2	2.5	2.9	3.3	50	3.4	3	2.6	2.3	1.9
1.8	2.2	2.6	3.1	3.5	51	3.5	3.1	2.7	2.3	1.9
1.9	2.3	2.8	3.2	3.7	52	3.7	3.3	2.8	2.4	2
1.9	2.4	2.9	3.4	3.9	53	3.9	3.4	3	2.5	2.1
2	2.6	3.1	3.6	4.1	54	4.1	3.6	3.1	2.7	2.2
2.2	2.7	3.3	3.8	4.3	55	4.3	3.8	3.3	2.8	2.3
2.3	2.9	3.5	4	4.6	56	4.5	4	3.5	3	2.4
2.5	3.1	3.7	4.3	4.8	57	4.8	4.2	3.7	3.1	2.6
2.7	3.3	3.9	4.5	5.1	58	5	4.4	3.9	3.3	2.7
2.9	3.5	4.1	4.8	5.4	59	5.3	4.7	4.1	3.5	2.9
3.1	3.7	4.4	5	5.7	60	5.5	4.9	4.3	3.7	3.1
3.3	4	4.6	5.3	5.9	61	5.8	5.2	4.6	3.9	3.3
3.5	4.2	4.9	5.6	6.2	62	6.1	5.4	4.8	4.1	3.5
3.8	4.5	5.2	5.8	6.5	63	6.4	5.7	5	4.4	3.7
4	4.7	5.4	6.1	6.8	64	6.7	6	5.3	4.6	3.9
4.3	5	5.7	6.4	7.1	65	7	6.3	5.5	4.8	4.1
4.5	5.3	6	6.7	7.4	66	7.3	6.5	5.8	5.1	4.3
4.8	5.5	6.2	7	7.7	67	7.5	6.8	6	5.3	4.5
5.1	5.8	6.5	7.3	8	68	7.8	7.1	6.3	5.5	4.8
5.3	6	6.8	7.5	8.3	69	8.1	7.3	6.5	5.8	5
5.5	6.3	7	7.8	8.5	70	8.4	7.6	6.8	6	5.2
5.8	6.5	7.3	8.1	8.8	71	8.6	7.8	7	6.2	5.4
6	6.8	7.5	8.3	9.1	72	8.9	8.1	7.2	6.4	5.6
6.2	7	7.8	8.6	9.3	73	9.1	8.3	7.5	6.6	5.8
6.4	7.2	8	8.8	9.6	74	9.4	8.5	7.7	6.8	6
6.6	7.4	8.2	9	9.8	75	9.6	8.7	7.9	7	6.2
9.8	7.6	8.4	9.2	10	76	9.8	8.9	8.1	7.2	6.4
7	7.8	8.6	9.4	10.3	77	10	9.1	8.3	7.4	6.6
7.1	8	8.8	9.7	10.5	78	10.2	9.3	8.5	7.6	6.7
7.3	8.2	9	9.9	10.7	79	10.4	9.5	8.7	7.8	6.9
7.5	8.3	9.2	10.1	10.9	80	10.6	9.7	8.8	8	7.1
7.6	8.5	9.4	10.2	11.1	81	10.8	9.9	9	8.1	7.2
7.8	8.7	9.6	10.4	11.3	82	11	10.1	9.2	8.3	7.4
7.9	8.8	9.7	10.6	11.5	83	11.2	10.3	9.4	8.5	7.6
8.1	9	9.9	10.8	11.7	84	11.4	10.5	9.6	8.7	7.7

TABLE 26 - (continued)

Boy's weight (kg)					Height (cm)	Girl's weight (kg)				
-4SD 60%	-3SD 70%	-2SD 80%	-1SD 90%	Median		Median	-1SD 90%	-2SD 80%	-3SD 70%	-4SD 60%
7.8	8.9	9.9	11	12.1	85	11.8	10.8	9.7	8.6	7.6
7.9	9	10.1	11.2	12.3	86	12	11	9.9	8.8	7.7
8.1	9.2	10.3	11.5	12.6	87	12.3	11.2	10.1	9	7.9
8.3	9.4	10.5	11.7	12.8	88	12.5	11.4	10.3	9.2	8.1
8.4	9.6	10.7	11.9	13	89	12.7	11.6	10.5	9.3	8.2
8.6	9.8	10.9	12.1	13.3	90	12.9	11.8	10.7	9.5	8.4
8.8	9.9	11.1	12.3	13.5	91	13.2	12	10.8	9	8.5
8.9	1.1	11.3	12.5	13.7	92	13.4	12.2	11	9.9	8.7
9.1	10.3	11.5	12.8	14	93	13.6	12.4	11.2	10	8.8
9.2	10.5	11.7	13	14.2	94	13.9	12.6	11.4	10.2	9
9.4	10.7	11.9	13.2	14.5	95	14.1	12.9	11.6	10.4	9.1
9.6	10.9	12.1	13.4	14.7	96	14.3	13.1	11.8	10.6	9.3
9.7	11	12.4	13.7	15	97	14.6	13.3	12	10.7	9.5
9.9	11.2	12.6	13.9	15.2	98	14.9	13.5	12.2	10.9	9.6
10.1	11.4	12.8	14.1	15.5	99	15.1	13.8	12.4	11.1	9.8
10.3	11.6	13	14.4	15.7	100	15.4	14	12.7	11.3	9.9
10.4	11.8	13.2	14.6	16	101	15.6	14.3	12.9	11.5	10.1
10.6	12	13.4	14.9	16.3	102	15.9	14.5	13.1	11.7	10.3
10.8	12.2	13.7	15.1	16.6	103	16.2	14.7	13.3	11.9	10.5
11	12.4	13.9	15.4	16.9	104	16.5	15	13.5	12.1	10.6
11.2	12.7	14.2	15.6	17.1	105	16.7	15.3	13.8	12.3	10.8
11.4	12.9	14.4	15.9	17.4	106	17	15.5	14	12.5	11
11.6	13.1	14.7	16.2	17.7	107	17.3	15.8	14.3	12.7	11.2
11.8	13.4	14.9	16.5	18	108	17.6	16.1	14.5	13	11.4
12	13.6	15.2	16.8	18.3	109	17.9	16.4	14.8	13.2	11.6
12.2	13.8	15.4	17.1	18.7	110	18.2	16.6	15	13.4	11.9

تشخیص مقدار انحراف معیار (SD)

وزن به قد یا درصد آن :

- ستون مرکزی نشان دهنده قد کودک است ، ردیف مربوط به کودک را انتخاب کنید .
- وزن‌های ثبت شده سمت چپ (پسر) یا سمت راست (دختر) ستون مرکزی را نگاه کنید .
- نزدیک‌ترین وزن ثبت شده به وزن کودک را انتخاب کنید .
- تیر ستون وزن انتخاب شده ، نشان دهنده درصد یا مقدار انحراف معیار (SD) وزن به قد کودک می‌باشد .