



بسم الله الرحمن الرحيم

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال «مانا»

ویژه پزشک

۱۳۹۹



مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال «مانا» ویژه پزشک

مؤلفین:

ناشر:

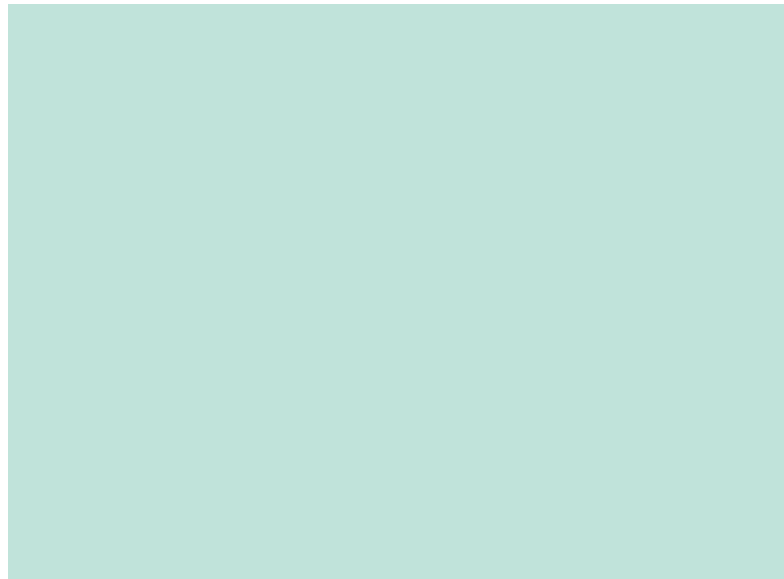
شابک:

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۹

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

فهرست

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک بیمار- ۲ ماهه تا ۵ ساله	۵
تشخیص های افتراقی- ۲ ماهه تا ۵ ساله	۱۴
درمان- ۲ ماهه تا ۵ ساله	۲۰
پیگیری- ۲ ماهه تا ۵ ساله	۳۴
مشاوره با مادر- ۲ ماهه تا ۵ ساله	۳۷
ارزیابی، طبقه بندی و درمان - شیرخوار کمتر از ۲ ماه	۴۳
درمان - شیرخوار کمتر از ۲ ماه	۴۸
مشاوره با مادر/ پیگیری - شیرخوار کمتر از ۲ ماه	۵۵



محتوای این بوکلت برای ویزیت و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سطح پزشک می باشد.

در استفاده از این بوکلت، در نظر داشته باشید در شرایطی که کودک بیمار به خانه بهداشت / پایگاه / مرکز مراجعه نموده است:

۱. اگر بیمار برای ویزیت مستقیماً به پزشک مراجعه نماید لازم است براساس این بوکلت ویزیت شده و مشاوره‌ها، توصیه‌ها و پیگیری‌های لازم انجام شود.
۲. مطالعه دقیق راهنمای بوکلت برای اجرای صحیح آن لازم است.

اصول و مفاهیم کلی

- **انتقال دهید (رنگ قرمز):** همزمان با انجام اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۵) و تثبیت علائم حیاتی بلافاصله با اورژانس تماس گرفته و برای انتقال کودک به بیمارستان اقدام نمایید و در صورت عدم امکان انتقال، اقدامات (ص ۲۹) را انجام داده و ضمن دریافت دستورات تلفنی از پزشک متخصص کودکان در اولین فرصت ممکن، کودک را انتقال دهید.
- **فورا ارجاع دهید (رنگ قرمز):** پس از انجام اقدامات و توصیه‌های لازم، اقدامات قبل از ارجاع فوری / انتقال (ص ۲۹) از همراه کودک بخواهید که او را بلافاصله با سریع‌ترین و مطمئن‌ترین وسیله نقلیه به نزدیک‌ترین مرکز درمانی با امکانات لازم (متخصص کودکان) برساند و از ارجاع کودک اطمینان پیدا کنید.
- **ارجاع دهید (رنگ زرد):** پس از انجام اقدامات لازم، از همراه کودک بخواهید تا در اولین زمان ممکن به مرکز تخصصی مراجعه کند.
- **اقدام کنید (رنگ سبز):** انجام اقدامات لازم درمانی و توصیه‌های بهداشتی تغذیه‌ای در منزل و مراجعه مجدد در زمان مقرر.
- **مرکز تخصصی:** مراکز دارای پزشک متخصص کودکان یا هر نوع تخصص دیگری که لازم است.
- علائم خطر در هر یک از وضعیت‌های بیماری براساس جداول «فورا مراجعه کند» باید به مادر، پدر یا همراه کودک آموزش داده شود.
- پسخوراندهای دریافت شده از سطوح بالاتر، حتماً باید در پرونده الکترونیک بیمار ثبت گردد.

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک بیمار

۲ ماهه تا ۵ ساله - پزشک

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

• در اولین اقدام کودک را از نظر ضربه یا آسیب به سر و گردن کنترل کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی، گردن کودک را حرکت ندهید. با قرار دادن در وضعیت مناسب (چارت ۴ ص ۲۳) و انجام اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۹) بیمار را انتقال دهید.

• در صورت امکان، پالس اکسی متری کنید و در صورت اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد، کودک را انتقال دهید.

۱. راه هوایی تنفسی

- فقدان تنفس
- سیانوز مرکزی
- دیسترس تنفسی شدید
- تنفس منقطع و غیرموثر (Gaspng)

در صورت وجود هریک از علائم

۲. قلب و جریان خون

- عدم وجود نبض مرکزی^۲
- رنگ پریدگی و انتهایهای سرد
- همراه با هریک از موارد زیر:
 - * پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه
 - * نبض ضعیف و تند (filiform)
 - * لکه لکه شدن پوست (mottling)

در صورت وجود هریک از علائم^۱

۳. هوشیاری

- کما^۳
- در حال تشنج

در صورت وجود هریک از علائم^۱

شرح حال آسپیراسیون خفیف جسم خارجی وجود دارد.	• خفیف: کودک سرفه دارد و صداهای تنفسی شنیده می شود، مداخله نکنید و اجازه دهید کودک سرفه کند. پس از تثبیت علائم حیاتی کودک را انتقال دهید. در آسپیراسیون جسم خارجی تزریق آنتی بیوتیک عضلانی و سایر اقدامات درمانی قبل از انتقال شامل درمان قند خون پایین، دادن مایعات وریدی نیاز نیست.
شرح حال آسپیراسیون شدید جسم خارجی وجود دارد.	• کودک سرفه نمی کند، صداهای تنفسی شنیده نمی شود و قادر به تنفس مؤثر نیست. سیانوز و کاهش هوشیاری دارد طبق (چارت ۲ ص ۲۱) احیا کنید. پس از تثبیت علائم حیاتی کودک را انتقال دهید. در آسپیراسیون جسم خارجی، تزریق آنتی بیوتیک عضلانی و سایر اقدامات درمانی قبل از انتقال شامل درمان قند خون پایین، دادن مایعات وریدی نیاز نیست.
شرح حال آسپیراسیون جسم خارجی وجود ندارد.	• در صورت فقدان تنفس یا تنفس منقطع، به الگوریتم احیاء ص ۴۱ و ۴۲ مراجعه کنید. • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ ص ۲۱) • اکسیژن بدهید. (چارت ۳ ص ۲۲) در صورت فقدان تنفس مؤثر، تهویه با بگ و ماسک (چارت ۳ ص ۲۲) را آغاز کنید. • پس از تثبیت علائم حیاتی و تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی، کودک را انتقال دهید.

• هرگونه خونریزی را متوقف کنید. • اکسیژن بدهید. (چارت ۳ ص ۲۲) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید. • برای کودک رگ گرفته، تجویز مایعات وریدی را سریعاً آغاز کنید. ^۴ (چارت ۵ ص ۲۳) • در صورتی که تزریق داخل وریدی ممکن نیست، او را اس را از طریق لوله معده (NGT) بدهید. (چارت ۵ ص ۲۳)
--

• از باز بودن راه هوایی (چارت ۱ ص ۲۱) اطمینان حاصل کنید. • اکسیژن بدهید. (چارت ۳ ص ۲۲) • کودک در حالت کما را در وضعیت مناسب قرار دهید (چارت ۴ ص ۲۳) (ابتدا اطمینان حاصل کنید که کودک ترومای گردن نداشته است). • اگر کودک در حال تشنج است، کودک را به پهلو چپ بخوابانید (چارت شماره ۴ ص ۲۳)، دیازپام به صورت رکتال یا وریدی بدهید. (چارت ۶ صفحه ۲۶) • گلوکز وریدی بدهید. (چارت ۷ ص ۲۴) • با بررسی مردمکها در صورت وجود میوزیس دو طرفه، به احتمال مسمومیت به ویژه با مواد مخدر توجه داشته باشید. در صورت مسمومیت با مواد مخدر، نالوکسان با دوز ۱mg/kg /dose، حداکثر ۲mg در هر بار تزریق و در صورت نیاز هر ۲ تا ۳ دقیقه قابل تکرار به صورت تزریق IV یا IM یا زیرجلدی می باشد.

۱. در صورت مشاهده هریک از علائم فوق، بعد از انجام اقدامات بالا و تثبیت علائم حیاتی و تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی، اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۹) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.

۲. به الگوریتم احیا، صفحه ۴۱ و ۴۲ مراجعه شود. در الگوریتم احیا اقدام درمانی به صورت CAB خواهد بود.

۳. طبقه بندی اختلال هوشیاری بر مبنای AVPU می باشد (به راهنما مراجعه شود).

۴. اگر کودک سوء تغذیه شدید دارد، اکسیژن بدهید و ۵ میلی لیتر ۱۰٪ D/W به ازای هر کیلوگرم در عرض نیم ساعت و سپس ۱۵ میلی لیتر از محلول (۱۰۰۰ سی سی رینگر لاکتات به علاوه ۱۰۰ سی سی دکستروز ۵٪ درصد) به ازای هر کیلوگرم در عرض یک ساعت انفوزیون شود (به راهنما مراجعه کنید)

علائم و نشانه های خطر را ارزیابی کنید.

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
• اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۵) • انجام داده و پس از تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی، کودک را انتقال دهید.	بیماری خیلی شدید	در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر • قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست. • تشنج در جریان این بیماری • استفراغ های مکرر • خواب آلودگی غیرعادی یا بی قراری شدید یا اختلال هوشیاری دارد.

طبقه بندی کنید

معاینه و بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک قادر به شیرخوردن یا نوشیدن می باشد؟ • آیا کودک در جریان این بیماری تشنج کرده است؟ • آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟ • آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا بی قراری شدید یا اختلال هوشیاری دارد؟

• چنانچه کودک بیمار، ابتلاء قطعی به ایدز دارد یا از مادر مبتلا به ایدز متولد شده است، جهت اطلاع از چگونگی درمان، پیگیری و مشاوره به راهنمای بوکلت مراجعه کنید.
• در صورتی که کودک دچار بیماری زمینه ای مهم از جمله نقص سیستم ایمنی، اختلال متابولیک یا اپی لپسی می باشد و یا از داروهای نظیر داروهای مهارکننده سیستم ایمنی یا داروهای ضد تشنج استفاده می کند، پس از انجام اقدامات درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

سرفه یا تنفس مشکل را ارزیابی کنید.

• در صورت امکان، پالس اکسی متری کنید.

معاینه و بررسی کنید: (کودک باید آرام باشد)		
در کودک با سرفه یا تنفس مشکل سؤال کنید؟		
• برای چه مدتی؟		
• شمارش تعداد تنفس در یک دقیقه (۲ بار شمارش کنید)		
• تو کشیده شدن قفسه سینه		
• ناله (Grunting)		
• پرش پره های بینی (nasal flaring)		
• شنیدن استریدور		
• شنیدن ویزینگ		
• در صورت وجود ویزینگ به همراه یکی از علائم تنفس تند یا تو کشیده شدن قفسه سینه:		
از داروی گشاد کننده برونش استنشاقی (سالبوتامول) سریع الاثر تا سه نوبت به فاصله ۲۰-۱۵ دقیقه استفاده کنید. سپس کودک را مجدداً ارزیابی کرده و بیماری او را طبقه بندی کنید.		
کودک:	تنفس تند:	تنفس خیلی تند
۲ ماهه تا ۱۲ ماهه:	۵۰ تا ۷۰ بار در دقیقه	بیش از ۷۰
۱۲ ماهه تا ۵ سال:	۴۰ تا ۷۰ بار در دقیقه	بیش از ۷۰

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<p>در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر یا وجود هر یک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد (پالس اکسی متری) • تنفس خیلی تند (بیش از ۷۰ در دقیقه) • پرش پره های بینی • ناله (Grunting) 	<p>پنومونی شدید یا بیماری شدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید. • در صورت وجود استریدور به ص ۳۰ مراجعه کنید.
<p>در صورت وجود هر یک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تنفس تند • تو کشیده شدن قفسه سینه 	<p>پنومونی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. (ص ۲۹) • در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی استنشاقی گشادکننده برونش (سالبوتامول) به مدت ۵ روز بدهید (ص ۲۹) • سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید. (ص ۲۹) • در صورت ادامه سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را از نظر احتمال ابتلا به سایر بیماری ها مثل آسم، سل و آسپیراسیون جسم خارجی (جدول ۲ و ۳ و ص ۱۶) بیشتر ارزیابی نمایید. • در صورت سرفه بیشتر از ۱۴ روز و وجود همزمان هر کدام از یافته های کمکی ایدز (جدول ۵ ص ۱۷)، جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. • توصیه های تغذیه ای (ص ۳۹)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (ص ۴۰) • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری شدید ندارد. 	<p>سرفه یا سرماخوردگی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی استنشاقی گشادکننده برونش (سالبوتامول) به مدت ۵ روز بدهید. • سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیر دارویی تسکین دهید. (ص ۲۹) • در صورت ادامه سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را از نظر احتمال ابتلا به سایر بیماری ها مثل آسم، سل و آسپیراسیون جسم خارجی (جدول ۲ و ۳ و ص ۱۶) بیشتر ارزیابی نمایید. • در صورت سرفه بیشتر از ۱۴ روز و وجود همزمان هر کدام از یافته های کمکی ایدز (جدول ۵ ص ۱۷)، جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. • توصیه های تغذیه ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (ص ۴۰) • در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.

اسهال و کم آبی را ارزیابی کنید.

مشاهده و بررسی کنید:
سوال کنید:
• برای چه مدتی و چند بار دفع مدفوع داشته است؟
• آیا خون در مدفوع وجود دارد.
• خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری
• بی قراری و تحریک پذیری
• فرورفتگی چشم‌ها
به کودک مایعات بدهید:
• عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن
• تشنه است و با ولع می نوشد.
پوست شکم را بین دو انگشت بفشارید:
• خیلی آهسته به حالت طبیعی برمی‌گردد (بیش از ۲ ثانیه)
• آهسته به حالت طبیعی برمی‌گردد.
در صورت وجود خون در مدفوع و درد اپیزودیک شکم، به احتمال وجود انواژیناسیون توجه کنید.

طبقه بندی کنید

اسهال حاد کمتر از ۱۴ روز (کم آبی)

اسهال پایدار ۱۴ روز یا بیشتر

وجود خون در مدفوع

علائم و نشانه‌ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد: • خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری • فرورفتگی چشم‌ها • عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن • در نیشگون پوستی، پوست خیلی آهسته به حال طبیعی برمی‌گردد.	کم آبی شدید	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری نیز قرار می‌گیرد، کودک را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او، آ.ا.س. جرعه جرعه به او بخورانید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار نمی‌گیرد، برای درمان کم آبی، غذا و مایعات را طبق برنامه درمانی (ج) (ص ۲۸) بدهید. • توصیه های تغذیه ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • اگر سن کودک ۲ سال یا بیشتر است و وبا شیوع دارد، آنتی بیوتیک مناسب برای وبا بدهید. (ص ۲۳)
۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد: • بی قراری و تحریک پذیری • فرورفتگی چشم‌ها • تشنه است و با ولع می نوشد. • در نیشگون پوستی، پوست آهسته به حال طبیعی برمی‌گردد.	کم آبی نسبی	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد، کودک را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او، آ.ا.س. جرعه جرعه به او بخورانید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • برای درمان کم آبی، مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی (ب) بدهید. (ص ۲۷) • توصیه های تغذیه ای (صفحه ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (ص ۴۰) • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
• نشانه‌های کافی برای طبقه بندی کم آبی شدید یا نسبی وجود ندارد.	کم آبی ندارد	• برای درمان اسهال در منزل مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی الف (ص ۲۶) انجام دهید. • توصیه های تغذیه ای (صفحه ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (ص ۴۰) • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
در صورت وجود هر یک از علائم زیر: • کم آبی دارد • سن ۲ تا ۴ ماه • سوء تغذیه شدید	اسهال پایدار شدید	اقدامات درمانی را طبق طبقه بندی کم آبی (ص ۲۷ و ۲۸) شروع کنید. • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد انتقال، در غیر این صورت کودک را فوراً ارجاع دهید.
• نشانه‌های کم آبی ندارد.	اسهال پایدار	• به مادر در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار (ص ۳۹) توصیه کنید. • مولتی ویتامین و مینرال شامل روی به مدت ۱۴ روز تجویز کنید. • توصیه های تغذیه ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (صفحه ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (ص ۴۰) • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.
• در صورت درد اپیزودیک شکم به همراه خون در مدفوع	انواژیناسیون	اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید
• خون در مدفوع ^۲	اسهال خونی	• کم آبی را طبقه بندی و درمان کنید. (ص ۲۷ و ۲۸) • برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. (ص ۳۳) • توصیه های تغذیه ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (ص ۴۰) • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه نماید.

۱. در موارد اسهال پایدار مقاوم به درمان، جهت بررسی بیشتر از نظر نقص ایمنی (نقص ایمنی اولیه، ایدز و...) به صفحه ویژه ارزیابی HIV (ص ۱۲) و راهنمای بولکت مراجعه شود.
 ۲. در اغلب موارد، خون واضح در مدفوع همراه با تب، استفراغ و درد شکم می باشد.

تب^۱ را ارزیابی کنید.

سؤال کنید آیا کودک تب دارد؟
اگر بله:
 • برای چه مدتی؟
 • در صورت تب بیشتر از ۷ روز، هر روز تب داشته است؟
 • آیا در منطقه مالاریا خیز زندگی می‌کند؟

معاینه کنید:

• درجه حرارت بیمار را اندازه‌گیری کنید.
 • سفتی گردن
 • علائم و نشانه‌های موضعی^۲
 • پتشی، پورپورا
 • فونتانل برآمده

طبقه بندی کنید

تب کمتر
یا مساوی
۷ روز

تب
بیشتر
از ۷ روز

علائم و نشانه‌ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه‌های خطر یا هر یک از علائم زیر: • سفتی گردن • پتشی، پورپورا • فونتانل برآمده	بیماری تب دار خفلی شدید	• اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۵) را انجام داده و پس از تزریق اولین نوبت آنتی بیوتیک، کودک را انتقال دهید. • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، یک نوبت استامینوفن بدهید. • در مناطق با خطر بالای مالاریا به (ص ۳۲) مراجعه کنید.
• داشتن علائم و نشانه‌های موضعی یا • بثورات پوستی	بیماری تب دار با علائم موضعی	• در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. (ص ۳۱) • در صورت داشتن علائم موضعی، طبق (جدول ۷ ص ۱۷) بیشتر ارزیابی کنید. • در صورت داشتن بثورات پوستی، طبق (جدول ۸ ص ۱۹) بیشتر ارزیابی کنید. • توصیه‌های تغذیه‌ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (ص ۴۰) • ۲ روز بعد پیگیری کنید.
• هیچ یک از علائم و نشانه‌های فوق را ندارد.	بیماری تب دار بدون علائم موضعی	• در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. (ص ۳۱) • در صورت وجود ریسک فاکتور عفونت ادراری ^۳ آزمایش کامل و کشت ادرار درخواست بر اساس جواب، درمان کنید (ص ۳۱) • اگر ریسک فاکتور عفونت ادراری ندارد ارجاع دهید. • توصیه‌های تغذیه‌ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (ص ۴۰) • ۲ روز بعد پیگیری کنید.
• تب بیشتر از هفت روز	تب طول کشیده	• در صورت تب طولانی، مداوم یا متناوب و بیشتر از ۷ روز جهت بررسی بیشتر به مرکز تخصصی ارجاع شود. (اطلاعات بیشتر در راهنما) • توصیه‌های تغذیه‌ای (ص ۳۸)، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی (ص ۱۳) انجام شود. • ۲ روز بعد پیگیری کنید.

۱. از طریق تاریخچه، احساس داغی یا درجه حرارت مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی
 ۲. علائم و نشانه‌های موضعی در معاینه: حساسیت موضعی، زخم دهانی، امتناع از حرکت اندام، درد استخوان، درد، تورم و قرمزی در مفاصل و اندام‌ها، درد در سینوس‌ها، گرمی و تورم پوستی، درد زیر شکم یا درد هنگام ادرار کردن در کودکان بزرگتر
 ۳. پسر: ختنه نشده یا تب مساوی یا بالاتر از ۳۹/۵ یا تب به مدت بیشتر از ۱ روز دختر: سن زیر ۱ سال یا تب مساوی یا بالاتر از ۳۹/۵ یا تب به مدت ۲ روز یا بیشتر

مشکل گوش را ارزیابی کنید.

اگر کودک مشکل گوش دارد سؤال کنید:

- آیا درد گوش وجود دارد؟
- اگر بله برای چه مدتی؟
- آیا از گوش ترشح خارج می شود؟
- اگر بله برای چه مدتی؟

معاینه و بررسی کنید:

- وجود تورم دردناک پشت گوش (ماستوئید)
- خروج چرک از مجرای گوش
- دمای بدن کودک را اندازه گیری کنید.

طبقه بندی
کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
• تورم دردناک استخوان ماستوئید همراه با یا بدون جابجایی لاله گوش و تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی)	ماستوئیدیت حاد	• اقدامات قبل از انتقال (ص ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن (ص ۳۱) بدهید.
در صورت وجود هر یک از علائم زیر • ترشح چرکی از گوش به مدت کمتر از ۱۴ روز • درد حاد گوش (کمتر از ۴۸ ساعت)	عفونت حاد گوش میانی	• برای مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک مناسب (ص ۲۹) تجویز کنید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن (ص ۳۱) بدهید. • در صورت وجود ترشح، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
• خروج چرک از گوش برای مدت ۱۴ روز یا بیشتر وجود دارد.	عفونت مزمن گوش	• به مادر آموزش دهید مراقب عدم ورود آب به گوش کودک باشد. • در صورت وجود ترشح، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید. (ص ۲۹) • درمان با قطره سپروفلوکساسین برای ۱۴ روز (ص ۲۹) • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند. • در صورت عدم پاسخ به درمان کودک را به مرکز تخصصی ارجاع دهید. • پس از بهبودی، جهت ویزیت مجدد دو هفته بعد از اتمام درمان مراجعه نماید.
• ترشح چرکی یا درد گوش وجود ندارد.	عفونت گوش وجود ندارد	• هیچ درمانی نیاز نیست.

در کودک بالای دو سال، گلودرد را ارزیابی کنید.

اگر کودک (۲ سال به بالا) گلودرد دارد.
(کودک در زمان غذا خوردن مشکل دارد؟)

سؤال کنید:

- آیا کودک تب دارد؟
- آیا کودک آبریزش بینی دارد؟
- آیا کودک سرفه می کند؟
- آیا قرمزی چشم دارد؟
- آیا عطسه می کند؟
- آیا خشونت صدا دارد؟
- آیا آفت دهانی دارد؟

معاینه و بررسی کنید:

- حلق را از نظر قرمزی، التهاب و آگزودا نگاه کنید.
- پوست را از نظر بثورات جلدی بررسی کنید.
- گردن را از نظر لنفادنوپاتی لمس کنید.
- دمای بدن کودک را اندازه گیری کنید.

طبقه بندی
کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
• در صورت وجود تب و التهاب حلق و کمتر از ۲ نشانه عفونت ویروسی* با یا بدون یکی از نشانه های زیر • آگزودای حلق • لنفادنوپاتی گردنی • بثورات سنباده ای (مخملک)	گلودرد استرپتوکوکی دارد	• یک نوبت بنزائین پنی سیلین G عضلانی تزریق کنید: ۶۰۰۰۰۰ واحد (۶،۳،۳) در صورتی که کودک کمتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. • ۱۲۰۰۰۰۰ واحد (۱،۲،۰): در صورتی که کودک ۲۷ کیلوگرم یا بیشتر باشد. • در تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید (ص ۳۱). • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. (ص ۴۰) • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
دو یا بیشتر از نشانه های عفونت ویروسی زیر را داشته باشد: • آب ریزش بینی یا عطسه • قرمزی چشم • سرفه • خشونت صدا • آفت دهانی	گلودرد استرپتوکوکی ندارد	• اگر در طبقه بندی دیگری قرار دارد اقدامات آن طبقه بندی را انجام دهید در غیر این صورت هیچ درمانی لازم نیست. • از اقدامات بی ضرر خانگی یا اقدامات غیر دارویی استفاده کنید (ص ۲۹). • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. (ص ۲۹) • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.

۱. نشانه های عفونت ویروسی: آب ریزش بینی یا عطسه، قرمزی چشم، سرفه، خشونت صدا، آفت دهانی

ارزیابی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (HIV/AIDS) ویژه مناطق پرخطر

کودک را از نظر احتمال ابتلا به سندرم نقص سیستم ایمنی (HIV/AIDS) ارزیابی کنید.

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<p>با رعایت دستورالعمل مربوطه تست سریع (HIV) انجام دهید.</p> <p>در صورتی که پاسخ تست مثبت (reactive) باشد فرم های مربوطه را تکمیل و کودک برای انجام سایر اقدامات تشخیصی به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید.</p> <p>• یک هفته بعد جهت اطمینان از مراجعه پیگیری کنید.</p>	<p>احتمال ابتلا به HIV</p>	<p>در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر</p> <ul style="list-style-type: none"> • احتمالی ابتلا به سندرم نقص ایمنی • زندگی در شرایط پرخطر
<p>آموزش ها و مشاوره های لازم برای والدین جهت پیشگیری از ابتلا به HIV را انجام دهید.</p>	<p>ابتلا به HIV غیرمحمّل</p>	<ul style="list-style-type: none"> • هیچ یک از شرایط یا سوابق پرخطر را ندارد

وجود علائم و نشانه های احتمالی ابتلا به نقص ایمنی را بررسی کنید:	در مورد زندگی در شرایط پرخطر سوال کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • کودک از مادر مبتلا به HIV متولد شده است. • سابقه ابتلا به برفک دهانی در سن بالای دو ماه • سابقه ابتلا به کاندیدیاز طولانی مدت و مقاوم به درمان در دهان یا مری • اسهال پایدار مقاوم به درمان (بیش از ۱۴ روز) • تب طول کشیده یا متناوب (بیش از یک ماه) • سوء تغذیه متوسط که به درمان پاسخ نداده است • پنومونی های مکرر • لکوپلاکی های مویی زبانی • عفونت های هرپس دهانی یا پوستی طولانی مدت (بیش از یک ماه) 	<ul style="list-style-type: none"> • آیا یکی یا هر دو والدین کودک به عفونت HIV مبتلا بوده است؟ • آیا یکی یا هر دو والدین اعتیاد تزریقی دارد؟ • آیا کودک سابقه زندگی در مراکز نگهداری یا شیرخوارگاه داشته است؟ • آیا کودک سابقه تماس نزدیک با فرد تحت درمان سل داشته است؟

ارزیابی و طبقه بندی رشد

به طور معمول در قالب برنامه کودک سالم انجام می شود و در صورت وجود اختلال رشد، کودک بیمار به پزشک ارجاع خواهد شد. در صورتی که کودک بیمار به هر دلیلی خارج از چرخه ارجاع ویزیت می شود، لازم است تا کلیه مراحل ارزیابی، طبقه بندی، مشاوره و اقدامات لازم برای درمان اختلال رشد توسط پزشک و براساس جداول و نمودارهای موجود در بوکت و راهنمای کودک سالم (پزشک) انجام شده و اقدامات لازم انجام شود.

توجه: در کلیه موارد اختلال رشد و سوء تغذیه مقاوم به اقدامات تغذیه ای و درمانی، جهت بررسی بیشتر از نظر نقص ایمنی (نقص ایمنی اولیه، ایدز و...) به راهنمای مانا مراجعه شود.

ارزیابی و طبقه بندی وضعیت تغذیه

در هر شیرخوار/ کودک بیمار باید وضعیت تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی و کیفیت تغذیه طی مشاوره های لازم، ارزیابی گردد و به این منظور لازم است از جداول مرتبط و فرایند خدمت (مندرج در بوکت کودک سالم) بخش ارزیابی وضعیت تغذیه استفاده شود.

ارزیابی وضعیت ایمن سازی و مصرف مکمل ها

در هر کودک بیمار وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل ها باید طبق جدول واکسیناسیون کشوری و دستورالعمل مکمل یاری کودکان (مولتی ویتامین، آ+د و آهن) ارزیابی شود و در صورت وجود مشکل طبق دستورالعمل ها اقدام شود.

ارزیابی سایر مشکلات

در صورتی که مشکل یا شکایتی در کودک بیمار مطرح می شود که براساس بوکت مانا قابل ارزیابی و طبقه بندی نیست با استفاده از جداول تشخیص افتراقی و سایر فرانس ها ارزیابی، طبقه بندی و اقدام کنید.

توجه: در موارد احتمال ابتلا به نقص ایمنی با مراجعه به صفحه اختصاصی ارزیابی HIV/AIDS (صفحه ۱۲) احتمال ابتلا به ایدز را ارزیابی کنید و اقدامات لازم را انجام دهید.

تشخیص های افتراقی

۲ ماهه تا ۵ ساله - پزشک

جدول ۱ - تشخیص های افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری، تشنج

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
مننژیت	<ul style="list-style-type: none"> • سردرد / استفراغ • فتوفوبی • سفتی گردن یا برآمدگی فونتال • راش های پوستی به صورت پتشی (در مننژیت مننگوککی شایع تر است) 	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
تشنج ناشی از تب (Convulsion Febrile)	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه قبلی تشنج بدنبال تب • سن ۶ ماه تا ۵ سال • وجود تب قبل از بروز تشنج یا بلافاصله پس از بروز آن • برگشت هوشیاری پس از اتمام تشنج و سپری شدن دوره post ictal • گسترش لام خون محیطی منفی از نظر مالاریا 	تشنج را درمان کنید(چارت ۶ صفحه ۲۴) اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
هیپوگلیسمی (همیشه باید به دنبال علت آن گشت)	<ul style="list-style-type: none"> • پوست رنگ پریده / تعریق • تاکیکاردی • لرز • پایین بودن قند خون که به درمان با گلوکز پاسخ می دهد. 	گلوکز وریدی بدهید (چارت ۷، صفحه ۲۴)، اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
اختلالات کلیوی (گلوومرونفریت حاد، نارسایی کلیه و...)	<ul style="list-style-type: none"> • فشار خون بالا • ادم پری اربیتال یا محیطی • وجود خون، پروتئین یا cast گلبول قرمز در آزمایش ادرار 	در صورت نیاز، درمان اورژانسی فشارخون بالا را انجام دهید. اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
کتواسیدوز دیابتی	<ul style="list-style-type: none"> • قند خون بالا • سابقه پرنوشی و پراداری و پرخوری • تنفس های اسیدوتیک (عمیق و سخت) بوی استن 	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
ترومای سر	<ul style="list-style-type: none"> • وجود شرح حال یا شواهد ضربه به سر در معاینه 	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
مسمومیت ها	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه مصرف یا تماس با داروها، مواد مخدر، سموم و یا مواد شیمیایی 	برحسب نوع مسمومیت، اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را مسمومیت ها انجام داده و کودک را انتقال دهید. در مسمومیت با تریاک و مشتقات آن نالوکسان تزریق کنید.
شوک (شوک می تواند ایجاد خواب آلودگی یا عدم هوشیاری کند و معمولا موجب تشنج نمی شود)	<ul style="list-style-type: none"> • علائم شوک • راش های پوستی به صورت پتشی • علائم دهیدراتاسیون شدید 	برای کودک رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید. (چارت شماره ۴، صفحه ۳) اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۳) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
پنومونی	• سرفه همراه با تنفس تند • رال های نرم در سمع ریه • توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه، پرش پره های بینی	به صفحه ۲۹ مراجعه کنید.
مالاریا	• تنفس تند در کودک تب دار • پارازیتمی بالا در آسمیر خون محیطی • زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز • توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه • در مورد مالاریای شدید تنفس عمیق (اسیدوتیک) • پاک بودن ریه در سمع • شرح حال دوره های تب متناوب با فواصل بدون تب (تکرار تب به فاصله هر ۲۴ تا ۷۲ ساعت)	به صفحه ۳۲ مراجعه کنید.
آنمی شدید	• رنگ پریدگی شدید کف دست • هموگلوبین زیر ۶ گرم در دسی لیتر	به صفحه ۳۲ مراجعه کنید.
نارسایی قلبی	• سوفل قلبی - ریتم گالوپ • برجستگی ورید جوگولار / رال در قاعده ریه ها • تغییر محل ضربه apex • کبد بزرگ قابل لمس	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۱) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
سل	• سابقه تماس با فرد مبتلا یا مشکوک به سل قطعی یا سالمند مبتلا به سرفه مزمن	طبق دستورالعمل کشوری سل اقدام کنید
سیاه سرفه	• حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند و فقدان علامت در بین حملات • استفراغ به دنبال حملات سرفه • سیانوز و آینه به دنبال حملات سرفه • فقدان تب یا تب پایین • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی • فقدان نشانه بالینی (symptom) یا علامت در معاینه (sign) در فواصل میان حملات • حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند	به صفحه ۳۰ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• وجود سابقه حالت خفگی ناگهانی • بروز ناگهانی استریدور یا دیسترس تنفسی • وجود مناطق ویزینگ موضعی یا کاهش صداهای تنفسی • وجود شرح حال بروز ناگهانی سرفه یا تنگی نفس بویژه هنگام خوردن	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
آمپیم	• Dullness در دق ریه • کاهش صدای ریه در طرف مبتلا	ارجاع دهید.
پنوموتوراکس	• بروز ناگهانی • صدایی با رزونانس بالا در دق یک طرف ریه • شیفت مدیاستن	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
آسم	• تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی • پرهوایی ریه در CXR • بازدم طولانی و کاهش ورود هوا در انسداد شدید هوایی • پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش	به صفحه ۳۳ مراجعه کنید.
برونشیت	• اولین حمله ویز در کودک زیر ۱ سال • وجود ویز در زمان حداکثر شیوع برونشیت (فصول سرد سال) • همراهی با تب • پرهوایی ریه در رادیوگرافی • بازدم طولانی	به صفحه ۳۰ مراجعه کنید.
ویزینگ همراه سرفه یا سرماخوردگی	• ویزینگ همیشه مرتبط با سرفه و سرماخوردگی • فقدان تاریخچه فردی یا فامیلی آسم، اگرما یا تب یونجه • بازدم طولانی • کاهش ورود هوا و در موارد شدید انسداد راه های هوایی • پاسخ خوب به گشادکننده های برونش • دارای شدت کمتر نسبت به ویزینگ همراه آسم	درمان علامتی انجام دهید. (مصرف اسپری سالبوتامول هنگام سرماخوردگی برای ۳ تا ۵ روز)
آسپیراسیون جسم خارجی	• تاریخچه حالت خفگی یا ویزینگ ناگهانی • trapping Air و شیفت مدیاستن در رادیوگرافی و رزونانس بالا • علائم کلاپس ریه (کاهش ورود هوا و ماتیتنه در دق) • فقدان پاسخ به گشادکننده های برونش	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
رفلاکس معده به مری (GER) و آنومالی های مادرزادی از جمله TEF و بیماری مادرزادی قلبی	• استفراغ هنگام یا بعد از غذا • وزن گیری نامناسب / FTT • علائم تنفسی (برونکواسپاسم، استریدور، آینه، پنومونی مکرر) • سابقه بیماری شناخته شده قلبی	ارجاع دهید.
فیبروز کیستیک (CF)	• وزن گیری نامناسب / FTT • خلط چرکی، تنفس بدبو • کلایینگ انگشتان / پرولاپس رکتوم • عفونت های مکرر ریوی	ارجاع دهید.

جدول ۴ - تشخیص های افتراقی استریدور

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
کروپ ویروسی	<ul style="list-style-type: none"> • کروپ خفیف - استریدور در حالت فعالیت (به عنوان مثال حین گریه کردن) - فقدان تاکی پنه - فقدان رترکسیون دنده ای و سایر علائم دیسترس تنفسی • کروپ متوسط تا شدید - استریدور در حال استراحت - تاکی پنه - رترکسیون دنده ای و سایر علائم دیسترس تنفسی - بی قراری شدید / کاهش هوشیاری 	<p>به صفحه ۳۰ مراجعه کنید.</p>
ابی گلویتیت	<ul style="list-style-type: none"> • تب / بی قراری • دیس پنه • آبریزش از دهان (Drooling) • گرفتگی صدا (صدای تو دماغی) <p>تمایل به حفظ وضعیت نشسته و جلو قرار دادن گردن، تشدید دیسترس تنفسی در وضعیت دراز کشیده</p>	<p>از معاینه گلو و دستکاری کودک بپرهیزید و اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.</p>
دیفتری	<ul style="list-style-type: none"> • نمای گردن گاوی: (به علت بزرگی غدد لنفاوی و ادم گردن) • قرمزی در گلو • غشای خاکستری در فارینکس / محدود نبودن غشا به لوزه ها • ترشحات خونی بینی • فقدان تاریخچه تلقیح واکسن • تو دماغی صحبت کردن 	<p>اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.</p>
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> • تاریخچه حالت خفگی ناگهانی • دیسترس تنفسی • وجود شرح حال بروز ناگهانی سرفه یا تنگی نفس بویژه هنگام خوردن 	<p>اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.</p>
آنومالی های مادرزادی	<ul style="list-style-type: none"> • وجود استریدور از زمان تولد 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>

جدول ۵ - تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
سل PPD مثبت	<ul style="list-style-type: none"> • بزرگی کبد و طحال • تب مزمن یا متناوب، تب شبانه • سابقه تماس با فرد مبتلایا مشکوک به سل قطعی یا سالمند مبتلا به سرفه مزمن • علائم دال بوجود مایع در پلور (ماتیته در دق - کاهش صداهای تنفسی) 	<p>به دستورالعمل کشوری سل مراجعه کنید.</p>
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 	<p>به صفحه ۳۳ مراجعه کنید.</p>
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> • وجود سابقه خفگی ناگهانی یا بروز ناگهانی استریدور و دیسترس تنفسی • وجود مناطق ویزینگ موضعی یا کاهش صداهای تنفسی 	<p>ارجاع دهید.</p>
سیاه سرفه	<ul style="list-style-type: none"> • حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند، استفراغ، سیانوز یا آپنه • خونریزی زیر ملتحمه • فقدان تاریخچه تلقیح واکسیناسیون سیاه سرفه • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی • فقدان نشانه بالینی (symptom) یا علامت در معاینه (sign) در فواصل میان حملات 	<p>به صفحه ۳۰ مراجعه کنید.</p>
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 	<p>توصیه به پرهیز از مواد آلرژن و دود.</p>
اختلال ایمنی (HIV)	<ul style="list-style-type: none"> • وجود عفونت یا احتمال وجود آن در مادر و یا سایر خواهران و برادران • تاریخچه دریافت خون یا فراورده های خونی • سوء تغذیه مقاوم به درمان • برفک دهان طول کشیده یا تکرار شونده و یا مقاوم به درمان، پاروتیدیت مزمن، لوکوپلاکیای مویی زبان • عفونت با ویروس تبخال (دهانی یا جلدی) بیش از یک ماه • لنفادنوپاتی ژنرالیزه یا مزمن • اسهال پایدار • پنومونی های مکرر و شدید 	<p>طبق راهنما</p>
برونشکتازی (CF و ...)	<ul style="list-style-type: none"> • تاریخچه ابتلا به سل یا اسپیراسیون جسم خارجی • خلط چرکی، تنفس بدبو 	<p>ارجاع دهید.</p>
آنومی های مادرزادی (GFR)	<ul style="list-style-type: none"> • استفراغ هنگام یا بعد از غذا • علائم تنفسی (برونکواسپام، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر) 	<p>ارجاع دهید.</p>
سینوزیت	<ul style="list-style-type: none"> • حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • ترشح بینی همراه با تب و بی حالی واضح بیش از ۳ روز • ترشح بینی یا ترشح پشت حلق بیش از ۱۰ تا ۱۴ روز یا بدون سرفه روزانه • ترشحات چرکی از بینی همراه تب برای ۳ تا ۴ روز 	<p>به صفحه ۲۹ مراجعه کنید.</p>
آپسه ریه	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش صداهای تنفسی در محل آپسه • تب، عدم قطع تب پس از درمان مناسب عفونت ریوی • نمای تیپیک در رادیوگرافی قفسه سینه (وجود سطح مایع هوا در ضایعه ریوی) 	<p>ارجاع دهید.</p>

جدول ۶ - تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
عفونت ویروسی غیرویژه (بیماری تب دار خفیف)	• سن بیش از ۳۶ ماه است.	توصیه شود در صورت بروز علائم خطر (صفحه ۶) فوراً مراجعه نماید.
عفونت ادراری	• انجام آزمایش آنالیز ادرار و کشت در موارد زیر انجام شود: تب مساوی یا بیشتر از ۳۹ درجه تب بیشتر از یک روز در پسرها تب مساوی یا بیشتر از ۲ روز در دخترها تب در دختر زیر ۱ سال تب در پسر ختنه نشده • در آزمایش ادرار، پیوری (گلبول سفید بیش از ۵ عدد در بزرگنمایی بالا) یا نیتريت مثبت یا لکوسیت استراز مثبت مشاهده شود.	درمان طبق صفحه ۳۱ انجام شود.
باکتری نهان	• سن بین ۲ ماه تا ۳۶ ماه است. • با کنترل تب کودک مشغول بازی می شود و بی قرار یا بی حال نیست. • کم آب نیست. • وضعیت خواب و بیداری طبیعی است. • سیانوز یا رنگ پریده نیست.	• شیرخوار ۲ ماهه فوری ارجاع شود. • برای بیماران ۳ تا ۳۶ ماه با درجه حرارت کمتر از ۳۸/۵ درجه سانتی گراد زیر بغل مانند «عفونت ویروسی غیرویژه» اقدام گردد. • برای بیماران ۳ تا ۳۶ ماه با درجه حرارت ۳۸/۵ درجه سانتی گراد زیر بغل و بیشتر، عوامل خطر عفونت ادراری ارزیابی شود و در صورت لزوم آزمایش ادرار ارسال شود. • در صورتی که عوامل خطر عفونت ادراری را ندارد و یا آزمایش ادرار طبیعی است، در صورت ادامه تب بیش از ۳ روز کشت خون ارسال گردد و آنتی بیوتیک وسیع طیف مانند کواموکسی کلاو (طبق دوز درمان سینوزیت در صفحه ۲۹) شروع شود. • بیمار روزانه از نظر بروز علائم خطر فوری (صفحه ۶) پیگیری شود. • بعد از ۴۸ ساعت در صورت منفی بودن جواب کشت خون آنتی بیوتیک قطع گردد. در صورت کشت خون مثبت ارجاع گردد.
تب حصبه (تیفوئید)	• تب با منشأ نامعلوم بیشتر یا مساوی ۷ روز • بی اشتهايي • شکم درد و استفراغ • بزرگی کبد یا طحال • اسپهال یا پیوست	• در صورت بزرگی کبد یا طحال ارجاع شود. • کشت خون و آزمایش سرولوزی (ویدال) ارسال گردد. • سفکسیم به میزان ۲۰ - ۱۵ میلی گرم به از هر کیلوگرم وزن دو بار در روز برای ۷-۱۰ روز تجویز شود. • بیمار روزانه از نظر بروز علائم خطر (صفحه ۴) پیگیری شود. • در صورت مثبت شدن کشت خون با سرولوزی (تیتراکافل یک به ۱۶) ارجاع شود. • در صورت منفی بودن کشت و برطرف شدن کلیه علائم بعد از ۲ روز آنتی بیوتیک قطع شود.
مالاریا	• گسترش لام خون محیطی مثبت • کم خونی شدید • بزرگی طحال • زردی • زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز • شرح حال دوره های تب متناوب با فواصل بدون تب (تکرار تب به فاصله هر ۲۴ تا ۷۲ ساعت)	طبق دستورالعمل کشوری اقدام شود.
کاوازاکی	سایر علائم، غیر از بثورات جلدی طبق جدول شماره ۸ وجود دارد.	ارجاع دهید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
مننژیت	به جدول ۱ صفحه ۱۵ مراجعه شود.	
اوتیت مدیا	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۸ مراجعه شود.	به صفحه ۲۹ مراجعه شود.
ماستوئیدیت	• تورم دردناک استخوان ماستوئید همراه با یا بدون جایجایی لاله گوش • تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی)	اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
استئومیلیت	• حساسیت موضعی اندام یا مفصل • امتناع از حرکت دادن اندام درگیر • عدم تحمل وزن بر روی اندام درگیر	ارجاع دهید.
آرتریت سپتیک	• مفصل گرم، حساس و متورم، درد در هنگام حرکت مفصل	ارجاع دهید.
عفونت پوست و بافت نرم	• سلولیت و پیومیوزیت (عفونت چرکی عضلات) • قرمزی، گرمی و تورم، درد هنگام لمس یا تاول پوستی	ارجاع دهید.
لنفادنیت	• بزرگی همراه با قرمزی، گرمی و حساسیت غده لنفاوی با یا بدون تجموع	ارجاع دهید.
پنومونی	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۸ مراجعه شود.	به صفحه ۸ و ۲۹ مراجعه کنید
عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۱۱ مراجعه شود.	توصیه های صفحه ۲۹ در خصوص درمان های بی ضرر خانگی در سرفه و سرماخوردگی انجام شود.
آبسه حلق	• تریسموس • بزرگی غیر قرینه لوزه ها • مشکل بلع و قورت دادن بزاق • حساسیت غدد لنفاوی گردن	• انحراف اپی گلوت • ارجاع دهید.
سینوزیت	به جدول شماره مراجعه شود.	به صفحه ۲۹ مراجعه کنید.
عفونت دستگاه ادراری	• حساسیت سوپراپوبیک یا زاویه دنده ای - مهره ای • درد یا گریه هنگام دفع ادرار • تکرر ادرار • بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلا کنترل ادرار داشته است) • در آزمایش ادرار، پیوری (گلبول سفید بیش از ۵ عدد در بزرگنمایی بالا) یا نیتريت مثبت یا لکوسیت استراز مثبت مشاهده شود.	درمان طبق صفحه ۳۱ انجام شود.

جدول ۸- تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
سرخک	<ul style="list-style-type: none"> • راش تپیبیک سرخک • سرفه، آبریزش بینی، قرمزی چشم • دانه های سفید رنگ با هاله قرمز در اطراف آن بویژه در سطح داخلی لپها (نقاط کوپلیک) • کدورت قرنیه • تماس اخیر با فرد مبتلا به سرخک • عدم واکنش با آنتی بیوتیک سرخک 	<ul style="list-style-type: none"> • درمان علامتی کنید. • به مادر بگویید چه موقع فوراً برگردد. • طبق دستورالعمل کشوری • گزارش داده شود.
عفونت های ویروسی	<ul style="list-style-type: none"> • علائم سیستمیک خفیف • راش های غیراختصاصی گذرا 	درمان علامتی کنید
عفونت مننژوکوکی	<ul style="list-style-type: none"> • راش های پتشی یا پورپورا (با فشار محو نمی شوند) • سیر سریع پیش رونده • کبودی (Bruising) • شوک • سفتی گردن (در صورت وجود مننژیت) 	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۵) را انجام داده و کودک را انتقال دهید. • اقدامات پیشگیری از سرایت این عفونت را انجام دهید.
آبله مرغان	<ul style="list-style-type: none"> • مشاهده ضایعات ماکول، پاپول، وزیکول و پاسچول و برجسته (crusted) به صورت همزمان بروی ضایعات پوست ناحیه سرو تنه بیش از اندام ها توسط ضایعات درگیر هستند. • در مخاط دهان و گاه ملتحمه هم ضایعه مشاهده می شود. • خارش • سابقه تماس با فرد مبتلا به آبله مرغان 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود نقص ایمنی یا بدخیمی در کودک یا اعضای خانواده ارجاع شود. • حمام روزانه (بدون استفاده از لیف توصیه شود). • لوسیون های ضد التهابی مانند کالامین سه بار در روز در محل ضایعات پوست توصیه شود. • شربت هیدروکسی زین (۱۰ میلی گرم در هر ۵ میلی لیتر) به میزان ۵/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت در صورت خارش در کودکان با سن بیش از دو سال توصیه شود.
تب عودکننده (بورلیوزیس)	<ul style="list-style-type: none"> • راش پتشی، خونریزی های پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا 	ارجاع دهید.
مخملک	<ul style="list-style-type: none"> • راش اریتماتو منتشر با افزایش آن در چین های پوستی • پوست زبر و سمباده ای • قرمزی حلقی اکثراً همراه با انگزودا، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی • خطوط پاستیا (Lines Pastia) 	<ul style="list-style-type: none"> • یک نوبت بنزاتین بنی سیلین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید. • برای تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵°C استامینوفن بدهید.
کاوازاکی	<ul style="list-style-type: none"> • تب ۵ روز و طولانی تر به همراه ۴ مورد از موارد زیر: • راش پلئ مورف شبیه سرخک، مخملک • پر خونی دو طرفه بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) • لنفاد نوباتی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه و غیر چرکی) • تغییرات در اندام های محیطی (ادم، ارتیم، پوسته ریزی) 	ارجاع دهید.
واکنش های دارویی (serum sickness)	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه مصرف اخیر دارو، همراهی علائم سیستمیک و یا درگیری مفصلی 	ارجاع دهید.
بیماری های کلاژن واسکولار	<ul style="list-style-type: none"> • همراهی علائم و سیستمیک، درگیری مفصلی، گرفتاری کلیه 	ارجاع دهید.

جدول ۹- تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
آبسه	<ul style="list-style-type: none"> • تب بدون محل مشخص عفونت (آبسه عمقی) • توده های حساس یا متموج • حساسیت موضعی یا درد • علائم خاص مربوط به محل درگیر (ساب فرنیخ، پسواس، زئروپیتونئال ریه، کلیه و غیره) 	ارجاع دهید.
عفونت سالمونلا	<ul style="list-style-type: none"> • کودک با بیماری سلول داسی شکل (اوستئومیلیت یا آرتریت شیرخوار) 	ارجاع دهید.
اندوکاردیت عفونی	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش وزن • کم خونی • پتشی • کلابینگ انگشتان • بزرگی طحال • سوفل قلبی • خونریزی های خطی در بستر ناخن • سابقه بیماری قلبی یا تعویض دریچه 	ارجاع دهید.
تب روماتیسمی	<ul style="list-style-type: none"> • سوفل قلبی جدید یا تغییر سوفل قلبی قدیمی • نارسایی قلبی • نبض تند نامتناسب با درجه حرارت • پریکارد Friction rub • کره • عفونت اخیر شناخته شده استرپتوکوکی • آرتریت (مونوآرتریت یا پلی آرتریت مهاجر) • آرترالژی جنرالیزه 	ارجاع دهید.
بیماری های التهابی و روماتولوژیک	<ul style="list-style-type: none"> • بزرگی غدد لنفاوی، کبد یا طحال • وجود توده در لمس یا در روش های تصویر برداری • آزمایش شمارش خون محیطی غیرطبیعی (لکوپنی، کم خونی یا ترمبوسیتوپنی) • درد یا ورم در یک مفصل و به خصوص دو یا چند مفصل • راش پوستی 	ارجاع دهید.
سل	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه تماس با فرد مسلول • بی اشتهايي، عرق شبانه • بزرگی کبد یا طحال • کاهش وزن • علائم سیستمیک • سرفه 	طبق دستورالعمل کشوری اقدام کنید.
تب مالت (بروسلوز) (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	<ul style="list-style-type: none"> • تب مداوم یا مزمع عود کننده • درد عضلانی اسکلتی • درد قسمت تحتانی کمر یا درد مفصل هیپ • کم خونی • سابقه مصرف شیر نجوشیده و لبنیات غیر پاستوریزه 	به دستورالعمل کشوری مراجعه شود.
کالاآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	<ul style="list-style-type: none"> • سائیتوپنی • اسپلنومگالی شدید • هپاتومگالی • ضعف، لاغری 	ارجاع دهید.
ایدز	<ul style="list-style-type: none"> • علائم عفونت HIV 	طبق دستورالعمل کشوری اقدام کنید.

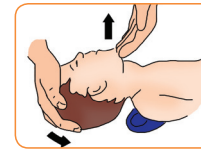
درمان

۲ ماهه تا ۵ ساله - پزشک

چارت ۱- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک با تنفس منقطع (Gaspig) یا وقفه تنفسی

«مشکوک به ترومای گردن نیست.»

- سر را به صورتی که در شکل نشان داده شده است کمی به عقب متمایل کنید. (Head Tilt)
- چانه کودک را بالا بکشید. (Chin Lift)
- داخل دهان کودک را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی، آن را خارج نمایید.
- ترشحات 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.



برای بررسی تنفسی: نگاه کنید، گوش کنید، احساس کنید. وضعیت خم کردن سر برای بازکردن راه هوایی در کودکان بزرگ تر

«مشکوک به ترومای گردن (احتمال صدمه به مهره های گردنی)»

- گردن را همانند آن چه که در چارت شماره ۴ صفحه ۴۰۰۰ نشان داده شده است، ثابت کنید.
- داخل دهان را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی آن را خارج نمایید.
- ترشحات 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.
- بدون خم کردن سر، فک را به طرف جلو بیاورید. (Jaw Thrust) به این ترتیب فک به سمت جلو می آید و با بدن زاویه ۹۰ درجه می سازد.



در دو حالت فوق:

اگر علیرغم انجام اقدامات بالا، کودک تنفس نداشت، تنفس دهان به دهان یا تهویه مصنوعی با بگ و ماسک را شروع کنید.
در صورتی که کودک دچار وقفه قلبی تنفسی است و نیاز به احیا دارد، به چارت شماره ۳ صفحه ۲۲ و دستورالعمل کشوری احیای پایه کودکان و الگوریتم احیای کودک برای کارکنان بخش سلامت (صفحه ۴۱ و ۴۲) مراجعه نمایید.

چارت ۲- نحوه بازکردن راه هوایی در کودک دچار آسپیراسیون جسم خارجی (Choking) با تنفس غیر مؤثر یا دیسترس تنفسی پیش رونده

«(آسپیراسیون جسم خارجی همراه با دیسترس تنفسی پیش رونده)»

• به کودک اجازه دهید در راحت ترین وضعیت قرار گیرد.
• ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.

- داخل دهان را نگاه کنید در صورت رویت جسم خارجی (نه به صورت کورکورانه) از سمتی که جسم خارجی در آن قرار ندارد، انگشت نشانه را وارد دهان کرده به حالت قلاب درآورید و پشت جسم خارجی قرار دهید و جسم را خارج کنید.



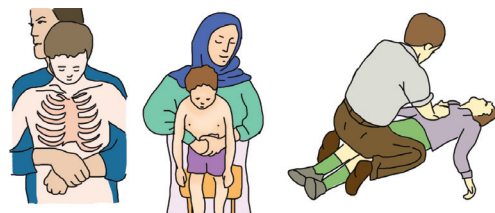
در شیرخواران زیر یک سال (Back Blow Chest Thrust)

- شیرخوار را روی بازو یا ران خود به گونه ای بخوابانید که سر او به طرف پایین قرار بگیرد.
- با برجستگی کف دست ۵ ضربه به پشت شیرخوار (بین دو کتف) بزنید.
- اگر انسداد همچنان باقی است، شیرخوار را برگردانید و ۵ بار با ۲ انگشت، فشردن قفسه سینه را انجام دهید. (از یک انگشت پایین تر از وسط خط فرضی که نوک دو پستان را به هم وصل می کند.)

در کودکان بالای یک سال

- در حالی که کودک نشسته یا زانو زده 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. (مطابق شکل).
• اگر کودک در حالت خوابیده قرار دارد تنها زیر استخوان جناغ سینه را فشار دهید.



نکات:

۱. پس از هر نوبت مانور، مشاهده داخل دهان از نظر وجود جسم خارجی الزامی است. در صورت رویت جسم خارجی، بدون دستکاری زیاد و با احتیاط انگشت نشانه را وارد دهان کرده به حالت قلاب درآورید و پشت جسم خارجی قرار دهید و جسم را خارج کنید.
۲. مانورهای فوق تا زمانی ادامه می یابد که جسم خارجی از دهان کودک خارج و یا کودک دچار عدم هوشیاری یا قطع کامل تنفس شود.
۳. در صورتی که کودک دچار آسپیراسیون جسم خارجی است و توان تولید صدا داشته ولی سیانوتیک نباشد، به وی اجازه سرفه می دهیم و مداخله نمی کنید.
اگر علیرغم انجام اقدامات فوق، بیمار تنفس نداشت یا هوشیار نبود و یا در صورتی که کودک دچار وقفه قلبی تنفسی است و نیاز به احیا دارد، عملیات احیا را شروع کنید. کودک را به پشت بخوابانید و ۳۰ ماساژ قلبی و ۲ تنفس دهان به دهان را شروع کنید (چارت ۳ ص ۲۲) طبق الگوریتم عملیات احیاء پایه (ص ۴۱ و ۴۲) ادامه دهید.

چارت ۳- تنفس کمکی / ماساژ قلبی / نحوه دادن اکسیژن

« تنفس کمکی

تنفس دهان به دهان: برای تنفس دادن به یک شیرخوار تا یک سال از تکنیک دهان به دهان و بینی و در کودکان از تکنیک دهان به دهان استفاده نمایید. مطمئن شوید که تنفس‌ها مؤثرند (قفسه سینه همزمان با تنفس کمکی بالا نیاید). هر تنفس بایستی حدود یک ثانیه طول بکشد. در صورتی که قفسه سینه بالا نیاید، دوباره به سر وضعیت داده، مراقب نشت هوا باشید و دوباره تلاش کنید. از عدم صدمه به نخاع گردنی اطمینان حاصل کنید.

تهویه با بگ و ماسک: با یک دست راه هوایی را باز کرده و ماسک را روی بینی و دهان کودک محکم نگه دارید. (مانور C-E) و با دست دیگر تهویه را انجام دهید. در حین تهویه از بالآمدن قفسه سینه اطمینان حاصل کنید. هر تنفسی باید حدود یک ثانیه طول بکشد. در صورتی که قفسه سینه بالا نیاید، دوباره به سر، وضعیت مناسب دهید و مراقب نشت هوا از اطراف ماسک باشید (شکل ۱). در صورتی که با وجود تصحیح وضعیت سر، حین تهویه، قفسه سینه بالا نمی‌آید از احیاگر دوم جهت محکم نگه داشتن ماسک روی صورت کمک بگیرید (شکل ۲). تهویه به تعداد ۲۰-۱۲ بار در دقیقه کافی است. از تهویه زیاده از حد اجتناب کنید.



شکل (۲)

شکل (۱)

بالای یک سال: نیمه تحتانی جناغ را با پاشنه یک یا هر دو دست حداقل به اندازه یک سوم قطر قدمی خلفی قفسه سینه یا تقریباً ۵ سانتیمتر فشار دهید. بر روی گزیفویید و یا دنده‌ها فشار نیاورید.

در کودکان زیر یک سال و بالای یک سال: در صورت وجود یک احیاگر نسبت ماساژ قلبی به تنفس ۳۰ به ۲ و در صورت وجود دو احیاگر ۱۵ به ۲ خواهد بود.



« نحوه دادن اکسیژن

از طریق لوله بینی (prong) یا ماسک، اکسیژن بدهید: لوله بینی (nasal prong)

- شاخه‌ها را درست در داخل سوراخ بینی قرار داده و با چسب آن را محکم کنید.
- سرعت جریان اکسیژن را ۲-۱ لیتر در دقیقه قرار دهید.
- سرعت جریان اکسیژن از طریق لوله بینی را تا ۴ لیتر در دقیقه هم می‌توان افزایش داد.



از طریق ماسک (mask)

ماسک مناسب را روی صورت کودک به نحوی قرار دهید که بینی و دهان او را بپوشاند.

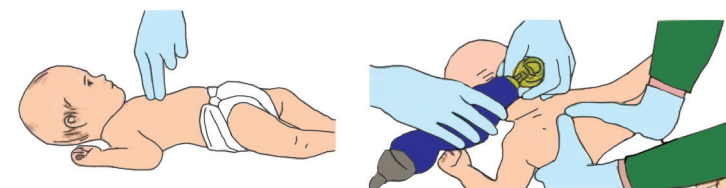
- ماسک را با استفاده از نواری کش در پشت سر ثابت کنید.
- سرعت جریان اکسیژن را ۱۰-۵ لیتر در دقیقه قرار دهید.



ماسک با Reservoir

• در صورت نیاز به غلظت اکسیژن بالاتر، از ماسک با Reservoir می‌توان استفاده کرد.

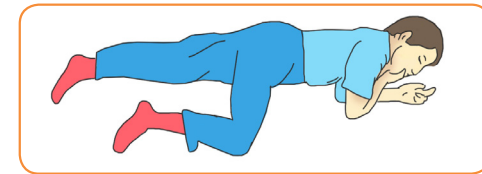
- سرعت جریان اکسیژن را ۱۵-۱۰ لیتر در دقیقه قرار دهید.



چارت ۴- نحوه وضعیت دادن به کودک دچار عدم هوشیاری با تنفس مؤثر

«اگر مشکوک به ترومای گردنی نیست:

- کودک را به پهلو چپ قرار دهید تا خطر آسپیراسیون کاهش یابد.
- گردن را کمی به حالت اکستانسیون در آورید و برای ثابت نگه داشتن، دست راست او را زیر گونه قرار دهید.
- برای ثابت ماندن وضعیت بدن، پای راست را به جلو خم کنید.



«اگر مشکوک به ترومای گردنی است:

- کودک را به پشت بخوابانید و گردن او را ثابت کنید.
- پیشانی کودک را از دو طرف به تخته، با چسب محکم کنید تا در همین وضعیت باقی بماند.
- برای جلوگیری از حرکت گردن، دو طرف سر کودک را با سرم ۵۰۰ cc ثابت نگه دارید.
- در صورت وجود استفراغ، در حالی که سر را در امتداد بدن نگه داشته‌اید، کودک را به پهلو چپ بخوابانید.

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

- در صورت امکان به سرعت IV line برقرار کنید و در غیراین صورت بی درنگ، ORS را به میزان ۲۰ ml/kg از طریق لوله معده (NGT) به مدت ۶ ساعت ۱۲۰ ml/kg بدهید.
- در صورت امکان برای انجام آزمایش‌های اورژانس، خون‌گیری کنید.
- سرم رینگر لاکتات یا نرمال سالین وصل کنید. ۲۰ ml/kg را با حداکثر سرعت انفوزیون کنید و مطمئن شوید که انفوزیون به خوبی جریان دارد.

جدول انفوزیون مایعات وریدی

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

- پس از اولین انفوزیون ارزیابی کنید. ← اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریع تر دادن ۲۰ mg/kg را تکرار کنید.
- پس از دومین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید. ← اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریع تر دادن ۲۰ mg/kg را تکرار کنید.
- در صورت شک به آنمی شدید یا FTT شدید یا مالاریا در خصوص تجویز دوز مایع درمانی اولیه بیشتر احتیاط کنید (به راهنما مراجعه کنید)
- پس از بهبودی در هر مرحله (بهبودی سطح هوشیاری، کاهش تعداد نبض و تنفس، قوی تر شدن نبض، برقرار شدن جریان ادرار) یا پس از سومین انفوزیون، کودک را به بیمارستان انتقال دهید و در بین راه حداقل ۴ ml/kg/h (معادل مایع نگهدارنده) از سرم دکستروز سالین وریدی تجویز کنید.

در صورت عدم امکان انتقال

- سرم دکستروز سالین معادل مایع نگهدارنده تجویز شود.

اگر حال کودک در طول مدت سرم درمانی فوق بدتر شد.

- تعداد تنفس ۵ بار در دقیقه یا نبض ۲۵ ضربه در دقیقه افزایش یافت یا رال ریوی سمع گردید یا هپاتومگالی ایجاد شد، نارسایی قلبی را در نظر داشته باشید. انفوزیون وریدی را متوقف کنید، زیرا دادن مایعات وریدی می‌تواند موجب بدتر شدن وضعیت کودک شود. کودک را سریعاً انتقال دهید

چارت ۶- نحوه درمان تشنج

۱. اکسیژن بدهید (چارت ۳ ص ۲۲)
۲. دیازپام رکتال بدهید: (آمیول دیازپام: ۱۰mg/۲ ml)
۳. گلوکز وریدی بدهید. به چارت شماره ۷ صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
۴. اگر کودک تب بالا دارد (مساوی یا بالاتراز ۳۸/۵ °C زیربغلی) به صفحه ۳۱ مراجعه کنید.
دوز دیازپام رکتال در کودکان ۲ ماه تا ۵ سال بر اساس وزن: (۰/۵mg/kg - ۰/۱ml/kg)

- دوز لازم را از آمپول دیازپام به داخل سرنگ انسولین (۱ml) بکشید. سپس سوزن را در آورید.
- سرنگ را به آهستگی ۴ تا ۵ سانتیمتر داخل مقعد کودک فرو برده و محلول دیازپام را داخل آن تخلیه کنید.
- برای جلوگیری از برگشت دارو به خارج، چند دقیقه هر دو باسن کودک را با هم نگه دارید.
- اگر تشنج پس از ۵ دقیقه ادامه داشت، دوز دوم دیازپام رکتال را بدهید.
- **یا اگر برای بیمارگ گرفته اید، دیازپام وریدی ۰/۲mg/kg - ۰/۱۵ به آهستگی در عرض ۳ دقیقه بدهید.**
- اگر تشنج پس از ۵ دقیقه بعدی نیز ادامه داشت، فنوباریتال را به میزان ۱۵mg/kg به صورت وریدی (ظرف ۱۵ دقیقه) یا عضلانی تزریق نمایید.
- چنانچه ناگزیر از تجویز وریدی دوزهای متعدد داروهای ضد تشنج هستید، به دقت وضعیت تنفس کودک را تحت نظر داشته باشید.
- **توجه: در شیرخواران زیر ۲ ماه تجویز دیازپام ممنوع است.**

چارت ۷- نحوه دادن گلوکز وریدی/پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- در صورت امکان به سرعت IV line برقرار کنید و در غیر این صورت اگر کودک تشنج ندارد، سرم قندی ۱۰٪ یا شیر مادر را از طریق لوله معده (NGT) بدهید.
- در صورت امکان قند خون را با گلوکومتر کنترل کنید (قند خون کمتر از ۶۰mg/dl : هیپوگلیسمی)
- در صورت امکان برای انجام آزمایش های اورژانس، خون گیری کنید.
- در بیمار هیپوگلیسمی ۵ ml/kg از محلول گلوکز ۱۰٪ را با سرنگ، آهسته داخل ورید تزریق کنید.

سن/وزن	حجم محلول گلوکز ۱۰٪ که باید به صورت بولوس (۵mg/kg) داده شود.
۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶kg)	۲۵ ml
۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰kg)	۴۰ ml
۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴kg)	۶۰ ml
۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹kg)	۸۰ ml

- پس از ۳۰ دقیقه دوباره قند خون را کنترل کنید. چنانچه با گلوکومتري کمتر از ۶۰mg/dl بود، تزریق ۵ml/kg محلول گلوکز ۱۰٪ را تکرار کنید. سپس برای بیمار سرم معادل مایع نگهدارنده از دکستروز سالین با غلظت قندی ۱۰-۵٪ تجویز کنید. تا زمان انتقال و در مسیر بیمارستان و یا در صورت عدم امکان انتقال، همین میزان مایع ادامه یابد.
- در هر صورت، هر یک ساعت قند خون را با گلوکومتر کنترل کنید، هرگاه قند خون کمتر از ۶۰mg/dl بود، حجم یا غلظت قند سرم را افزایش دهید.
- پس از اطمینان از هوشیاری کامل کودک یا حداقل ۶ ساعت پس از اتمام تشنج، تغذیه او را شروع کنید.

در صورت تغذیه، اگر امکان خطر آسپیراسیون از راه دهان وجود دارد:

- ترجیحاً سرم قندی ۱۰٪ یا شیر مادر از طریق لوله معده (NGT) بدهید.

اقدامات لازم تا قبل از انتقال یا ارجاع فوری

« قبل از انتقال کودک به بیمارستان

- پیش از آنکه کودک را انتقال دهید تا حد امکان وضعیت او را از نظر علائم حیاتی، پرفیوژن بافتی و دمای بدن پایدار کنید؛ زیرا به صورت چشمگیر در پیش آگهی بیماری، تأثیرگذار می باشد.
- کودک را به پهلو چپ قرار دهید تا خطر آسپیراسیون کاهش یابد.
- گردن را کمی به حالت اکستانسیون در آورید و برای ثابت نگه داشتن، دست راست او را زیر گونه قرار دهید.
- برای ثابت ماندن وضعیت بدن، پای راست را به جلو خم کنید.

اگر طبق بولکت نیاز به تزریق اولین نوبت آنتی بیوتیک دارد:

- (در کلیه موارد انتقال، آنتی بیوتیک عضلانی مناسب باید فوراً تزریق گردد، به استثناء مواردی که از آسپیراسیون جسم خارجی اطمینان دارید.)
- آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تزریق کنید: سفتریاکسون به میزان 50mg/kg (در صورت عدم وجود موارد منع مصرف سفتریاکسون)
 - برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید (چارت ۷ صفحه ۲۴).
 - از گرم نگه داشتن کودک، اطمینان حاصل کنید.

اگر به هر دلیلی انتقال امکان ندارد:

- توجه: در این موارد حتما شرایط بیمار را تلفنی به یک پزشک متخصص اطلاع دهید و به محض اینکه امکان انتقال وجود داشت؛ کودک را انتقال دهید.
- آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تزریق کنید:
 - اولین نوبت سفتریاکسون را به میزان 50mg/kg عضلانی تزریق کنید.
 - تزریق سفتریاکسون را به میزان 100mg/kg/day در یک یا ۲ دوز منقسم به مدت ۵ تا ۱۰ روز ادامه دهید. جهت ادامه درمان، به راهنما مراجعه شود.
 - برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، اقدام کنید (چارت ۷ ص ۲۴).
 - شرایط را برای مادر (همراه) بیمار توضیح دهید
 - در کلیه موارد انتقال، آنتی بیوتیک عضلانی مناسب باید فوراً تزریق گردد، به استثناء مواردی که از آسپیراسیون جسم خارجی اطمینان دارید.

« قبل از ارجاع فوری بیمار به مراکز تخصصی

- برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید (چارت ۷ صفحه ۲۴).
- از گرم نگه داشتن کودک، اطمینان حاصل کنید.

درمان کم‌آبی / برنامه درمانی الف: درمان اسهال در منزل

مشاوره با مادر درباره ۴ قانون درمان اسهال در منزل

(دادن مایعات اضافی، مکمل روی روزانه، ادامه تغذیه، چه موقع برگردد)

۱. مایعات اضافی بدهید: (هر قدر که کودک بخواهد)

- شیرخوار را مکرراً با دفعات بیشتر از قبل و طولانی‌تر در هر نوبت با شیر خود تغذیه کند.
- اگر شیرخوار انحصاراً شیر مادر می‌خورد، علاوه بر شیر مادر به او، او.آر.اس (هیپواسمولار) بدهد.
- اگر کودک شیر مادرخوار نیست، علاوه بر شیر مصنوعی به او آب جوشیده خنک یا او.آر.اس (هیپواسمولار) هم بدهد.
- در صورت شروع تغذیه کمکی برای کودک، غذاهای آبکی (مانند: سوپ، ماست و دوغ) داده شود.
- از مایعات خیلی شیرین مثل نوشابه و آب میوه‌های صنعتی استفاده نشود.
- برحسب سن کودک هر مقدار مایعی که کودک بخواهد تا زمانی که اسهال متوقف گردد، به او بدهد.
- به مادر نشان بدهید که او.آر.اس را چگونه و با چه مقدار آب مخلوط کند.
- به مادر نشان بدهید چه مقدار او.آر.اس را پس از هر بار دفع آبکی به او بدهد؛
 - در شیرخوار زیر ۶ ماه، ۱۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن به ازاء هر بار اجابت مزاج آبکی
 - در کودک کمتر از ۲ سال ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع
 - در کودک ۲ سال یا بیشتر ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع
- او.آر.اس برای مصرف ۲ روز به مادر بدهید.
- محلول او.آر.اس را با فنجان یا قاشق مرتباً جرعه جرعه بدهد.
- اگر کودک استفراغ کرد ۱۰ دقیقه صبر کنند، سپس محلول را آهسته‌تر ادامه دهد.
- تا زمان قطع اسهال دادن مایعات اضافه را ادامه دهد.

۲. مکمل روی را روزانه (۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی‌گرم در سنین بالاتر) به مدت ۱۴-۱۰ روز تجویز کنید.

۳. بر تداوم تغذیه تأکید کنید. به توصیه‌های تغذیه‌ای (ص ۳۸) مراجعه شود. در سن کمتر از ۶ ماه، به تغذیه انحصاری با شیر مادر تأکید شود.

۴. به مادر بگویید چه موقع برگردد. چارت مشاوره با مادر (ص) را ببینید.

درمان کم آبی / برنامه درمانی ب: درمان کم آبی نسبی

برای ۴ ساعت در مرکز بهداشتی درمان او.آر.اس (هیپواسمولار) به کودک خورانده شود. تعیین مقدار تقریبی محلول او.آر.اس که باید در ۴ ساعت اول داده شود.

سن *	کمتر از ۴ ماه	۴ تا ۱۲ ماه	۱۲ تا ۲۴ ماه	۲ تا ۵ سال
وزن	کمتر از ۶kg	۶-۱۰Kg	۱۰-۱۲Kg	۱۲-۱۹Kg
میلی لیتر	۲۰۰ تا ۴۵۰	۸۰۰ تا ۴۵۰	۹۶۰ تا ۸۰۰	۱۶۰۰ تا ۹۶۰

- از سن کودک زمانی استفاده کنید که وزن او را نمی دانید. برای محاسبه مقدار تقریبی او.آر.اس می توانید وزن کودک (برحسب kg) را در ۷۵ ضرب کنید.
- هر چقدر کودک میل دارد، او.آر.اس به او بدهید.
- برای شیرخواران زیر ۶ ماه که تغذیه انحصاری با شیر مادر ندارند، در طول این مدت ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر آب تمیز هم بدهید.

به مادر نشان دهید که چگونه او.آر.اس به کودک بدهد:

- مرتباً با فنجان یا قاشق و جرعه جرعه بدهد.
- اگر کودک استفراغ کرد ۱۰ دقیقه صبر کند و پس از آن دادن او.آر.اس را کم کم ادامه دهد.
- هر مقدار که کودک میل دارد با شیر مادر تغذیه کند.

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.
- تغذیه کودک را در مرکز بهداشتی درمانی شروع کنید.

اگر مادر باید قبل از اتمام برنامه درمان (ب) مرکز بهداشتی درمانی را ترک کند

- به مادر طرز تهیه او.آر.اس را نشان بدهید.
- به مادر نشان بدهید که برای تکمیل دوره درمان ۴ ساعته چه مقدار او.آر.اس باید در منزل به کودک بدهد.
- برای جبران کم آبی به طور کامل، تعداد کافی پودرا او.آر.اس به اندازه مصرف دو روز به مادر بدهید.

چهار قانون درمان اسهال در منزل را برای او شرح دهید

۱. مایعات اضافی بدهید: (هر قدر که کودک بخواهد)
۲. مکمل روی را روزانه (۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی گرم در سنین بالاتر) به مدت ۱۴-۱۰ روز تجویز کنید.
۳. بر تداوم تغذیه تأکید کنید (در سن کمتر از ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر و در بقیه سنین شیرخوارگی، هر مقدار که کودک میل دارد با شیر مادر تغذیه کند).
۴. چه موقع برگردد. چارت مشاوره با مادر را ببینید.

درمان کم آبی / برنامه درمانی ج: درمان سریع کم آبی شدید

اگر کودک قادر به نوشیدن است در حین استفاده از مایعات وریدی به او از راه دهان او آر.اس بدهید. 100 ml/kg محلول رینگرلاکتات (یا اگر قابل دسترس نیست، نرمال سالین) طبق جدول زیر تزریق کنید:

سن	ابتدا 30 ml/kg در	سپس 70 ml/kg در
شیرخواران زیر ۱۲ ماه	۱ ساعت	۵ ساعت
کودکان ۱۲ ماه تا ۵ سال	۳۰ دقیقه	۲/۵ ساعت

اگر می‌توانید بی‌درنگ مایعات وریدی تزریق کنید

بله

خیر

• کودک را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید.

- اگر وضع آب بدن کودک بهتر نشده است سرعت تزریق وریدی را افزایش دهید.
- به محض این که کودک بتواند بنوشد (معمولاً بعد از ۳-۴ ساعت در شیرخواران یا ۲-۱ ساعت در کودکان بزرگتر) به او محلول او آر.اس (حدود 5 ml/kg/h) هم بدهید.

اگر بیش از دست بیمار هنوز خیلی ضعیف یا غیرقابل لمس باشد. یک بار دیگر تکرار کنید.

بله

خیر

• کودک را بی‌درنگ برای درمان وریدی انتقال دهید.

- اگر کودک قادر به نوشیدن است به مادر نشان دهید، چگونه در راه، محلول او آر.اس را به کودک بدهد.
- بعد از ۶ ساعت مجدداً کودک را ارزیابی کرده و برنامه درمانی مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید.

اگر نمی‌توانید بی‌درنگ مایعات وریدی تزریق کنید.

بله

خیر

• درمان کم آبی را با دادن محلول او آر.اس از طریق خوراکی یا لوله معده (NGT) شروع کنید.

- در هر ساعت 20 ml/kg محلول او آر.اس برای مدت ۶ ساعت بدهید (مجموعاً 120 ml/kg).

اگر نمی‌توانید برای درمان کم آبی از لوله معده N.G.T استفاده کنید یا اگر کودک قادر به نوشیدن است.

بله

خیر

- اگر کودک استفراغ مکرر داشته باشد یا نفخ شکم زیادتر شود، مایعات را با سرعت کمتری به او بدهید.
- اگر کم آبی بعد از ۳ ساعت بهتر نشد، کودک را برای تزریق وریدی انتقال دهید.
- بعد از ۶ ساعت مجدداً کودک را ارزیابی کرده و برنامه درمانی مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید.

• اگر نمی‌توانید برای درمان کم آبی از لوله معده N.G.T استفاده کنید و کودک قادر به نوشیدن نیست، کودک را برای درمان وریدی انتقال دهید.

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

کودک را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید.

بله

خیر

پنومونی

- در صورت تو کشیده شدن قفسه سینه و تنفس تند، آموکسی سیلین خوراکی به میزان 80 mg/kg/day به مدت ۵ روز در سه دوز منقسم تجویز شود.
- در صورت امکان، دوز اول آنتی بیوتیک را در مرکز، توسط مادر به کودک بدهید و به او آموزش دهید که چگونه ادامه درمان را در منزل انجام دهد.
- در صورت داشتن ویزینگ حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد، یک داروی استنشاقی گشادکننده برونش (سالبوتامول) به مدت ۵ روز، هر ۶ ساعت ۲ پاف بدهید.

عفونت حاد گوش (اوتیت مدیا)

- آموکسی سیلین $80-90 \text{ mg/kg/day}$ منقسم در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز

در صورت عدم پاسخ به درمان

- کوآموکسی کلاو $80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$ با نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱) در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز

عفونت مزمن گوش

- قطره سیپروفلوکساسین سه بار در روز به مدت ۱۴ روز

سینوزیت

- انتخاب اول: آموکسی سیلین $80-90 \text{ mg/kg/day}$ منقسم در دو یا سه نوبت که تا ۷ روز پس از برطرف شدن نشانه‌ها (معمولاً ۱۰ تا ۱۴ روز) ادامه می‌یابد.
- در صورت عدم پاسخ به این درمان: کوآموکسی کلاو $80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$ با نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱) دو بار در روز به مدت ۱۴ روز در صورت گرفتگی مجرای بینی، استفاده از قطره یا افشانه کلرور سدیم توصیه می‌شود.

درمان‌های بی‌ضرر خانگی در سرفه و سرماخوردگی

- دادن شیر مادر به دفعات بیشتر
- مصرف مایعات بیشتر
- قطره کلرور سدیم بینی
- آلبیمو با عسل (بالای یک سال)
- تمیز کردن بینی
- قطع تماس با محرک‌های تنفسی از جمله دود سیگار، قلیان و ...

داروهای زیان‌باری که توصیه نمی‌شود:

- استفاده از شربت‌های ضد سرفه یا ضد حساسیت در کودکان زیر ۲ سال
- استفاده از هرگونه داروی گیاهی یا سنتی به شکل خوراکی یا بخور

در صورت خروج چرک، گوش را با فتیله‌گذاری خشک کنید

- از پارچه کتان تمیز و جاذب رطوبت و یا گاز یا باند برای تهیه فتیله استفاده کنید. از دستمال یا کاغذ نازک که ممکن است بخشی از آن در داخل گوش باقی بماند، استفاده نکنید.
- فتیله تا وقتی که خیس شود، در داخل گوش کودک باقی بماند.
- یک فتیله خشک را جایگزین فتیله خیس کنید.
- کار فتیله‌گذاری را سه بار در روز و تا زمانی که دیگر ترشح چرکی وجود ندارد، ادامه دهید.
- این کار درمانی را تا هر چند روز که لازم است یعنی تا زمانی که چرکی از گوش خارج نمی‌شود و فتیله‌های قرار داده شده در گوش دیگر خیس نمی‌شوند، ادامه بدهید.
- بعد از فتیله‌گذاری، قطره سیپروفلوکساسین را سه بار در روز به مدت ۲ هفته در گوش بچکانید.
- در فواصل فتیله‌گذاری هیچ چیزی (نظیر روغن، مایعات یا سایر مواد) در گوش نریزید. اجازه شنا کردن به کودک ندهید. آب نباید وارد گوش شود.

سیاه سرفه

(شیرخوار زیر ۶ ماه را به بیمارستان ارجاع دهید)

- آنتی بیوتیک‌ها اگر در مرحله کاتارال تجویز گردند، می‌توانند شدت علائم را کاهش دهند؛ ولی شروع آنها بعد از استقرار سرفه، تأثیری روی سیربیماری ندارد؛ هر چند انتشار بیماری به دیگران را کاهش می‌دهد.
- ماکرولیدها از جمله اریترومایسین درمان استاندارد محسوب می‌گردند. دوز اریترومایسین $40-50 \text{ mg/kg}$ در ۴ دوز منقسم برای ۱۴ روز می‌باشد. اریترومایسین در شیرخواران با سن کمتر از ۶ هفته، ۱۰ برابر خطر استنوز هیپرتروفیک پیلور (تنگی ناشی از افزایش بافت پیلور) را افزایش می‌دهد.
- درمان‌های جایگزین عبارتند از: کلاریترومایسین $15-20 \text{ mg/kg/day}$ (حداکثر یک گرم روزانه) در دو دوز منقسم به مدت ۷ روز. آزیترومایسین برای شیرخواران کمتر از ۶ ماه 10 mg/kg/day یک بار در روز به مدت ۵ روز و برای بالای ۶ ماه 10 mg/kg/day یک بار در روز در روز اول و 5 mg/kg/day یک بار در روز، در روز دوم تا پنجم.
- شیرخواران تا ۵ روز به بعد از شروع درمان باید در ایزوله تنفسی قرار گیرند. در صورتی که درمان مناسب شروع نشود تا سه هفته بعد از شروع حملات نیز، ایزوله تنفسی باید ادامه یابد.
- در صورت شک به سیاه سرفه در شیرخوار زیر ۶ ماه، شیرخوار را به بیمارستان ارجاع دهید. کودک با سن بالای ۶ ماه، همراه با پنومونی، تشنج، دهیدراتاسیون، سوء تغذیه شدید، آپنه طولانی یا سیانوز پس از سرفه، در بیمارستان بستری گردد. در غیر این صورت درمان در منزل انجام شود.
- در صورت وجود تب برای درمان پنومونی ثانویه احتمالی، از آموکسی سیلین به میزان 80 mg/kg/day در دو دوز منقسم به مدت ۵ روز استفاده کنید. در صورتی که آموکسی سیلین در دسترس نبود، از کوتریموکسازول به همان ترتیب که در پنومونی گفته شد، استفاده کنید.
- در صورت امکان از هرگونه مداخله ای که باعث ایجاد سرفه می‌شود، بپرهیزید. کارهایی از جمله ساکشن، معاینه گلو، گذاردن N.G.T می‌تواند باعث ایجاد سرفه شود.
- از مصرف مهارکننده‌های سرفه، سداتیو، موکولتیک و آنتی هیستامین بپرهیزید.
- مادر را تشویق کنید تغذیه با شیرمادری یا خوردن مایعات را ادامه دهد. بهترین زمان برای تغذیه با شیرمادر بعد از حمله سیاه سرفه است.

سل

برای درمان سل طبق دستورالعمل کشوری عمل نمایید.

تب مالت (بروسلوز)

برای درمان بروسلوز برابر دستورالعمل کشوری عمل نمایید.

برونشیت

- در صورت وجود علایم پنومونی یا بیماری خیلی شدید یا علائم دیسترس تنفسی، کودک را سریعاً به بیمارستان انتقال دهید و در باقی موارد درمان علامتی در منزل انجام دهید.
- برای تب مساوی یا بالاتر از $38/5$ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید.
- کودک را تشویق کنید که هر چه زودتر می‌تواند، غذا بخورد.

کروپ ویروسی

بر اساس شدت استریدور و حال عمومی بیمار درمان کنید:

استریدور خفیف

- دگزامتازون خوراکی یا عضلانی یک نوبت به میزان $0/15 \text{ mg/kg}$
- تشویق به مصرف مایعات، شیر و غذا و بخور (در صورت امکان بخور سرد)

استریدور متوسط و شدید

- دگزامتازون عضلانی یک نوبت به میزان $0/6 \text{ mg/kg}$
- دادن اکسیژن کمکی، پرهیز از تغییر وضعیت یا هر عامل دیگری که سبب تشدید استرس بیمار شود، در موارد شدید کودک را فوراً ارجاع دهید.

عفونت ادراری (UTI)

توجه: در بیمار مشکوک به عفونت ادراری قبل از شروع آنتی بیوتیک برای عفونت ادراری نمونه کشت ادرار به آزمایشگاه ارسال شود.

اگر کودک تب دارد (۳۷/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی یا بالاتر)

- جنتامایسین تزریقی عضلانی (۵mg/kg) یک بار در روز که براساس حساسیت آنتی بیوتیکی در کشت ادرار به آنتی بیوتیک خوراکی مناسب تغییر یابد.
- نسل سوم سفالوسپورین ها به صورت خوراکی سفیکسیم ۱۰-۸ mg/kg/day در ۱ یا ۲ دوز منقسم در موارد زیر جهت درمان به بیمارستان ارجاع گردد:

- دهیدراتاسیون، استفراغ، عدم توانایی در آشامیدن، ادامه تب در صورت مصرف آنتی بیوتیک مناسب، سابقه اختلالات آناتومیک ادراری و یا هیدرو نروز مادرزادی و علائم دال بر سپتسمی

اگر کودک تب ندارد (مشروط به این که تب بر استفاده نکرده و یا اقدامی برای کاهش تب انجام نداده است)

- سفیکسیم ۱۰-۸ mg/kg/day در ۱ یا ۲ دوز منقسم
- یا نیتروفوران توئین خوراکی ۵mg/kg/day در ۴ دوز منقسم در صورتی که مبتلا به کمبود آنزیم G6PD نباشد.

توصیه می شود به کودکان مبتلا به عفونت ادراری به طور منظم و مکرر مایعات و شیر مادر داده شود تا به بهبودی عفونت و پیشگیری از دهیدراتاسیون کمک شود.

- مدت درمان معمول در موارد تب دار ۱۴-۷ روز و در موارد بدون تب ۵-۳ روز می باشد.
- پیگیری پاسخ به درمان بعد از ۴۸ ساعت از شروع آنتی بیوتیک بایستی انجام گیرد.
- کلیه کودکان دارای عفونت ادراری تب دار، در اولین فرصت برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع شوند.

تب**کودک تب بالا دارد (مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵°C زیر بغلی)**

- استامینوفن ۱۵-۱۰ mg/kg/dose هر ۴ تا ۶ ساعت
- ایبوپروفن ۱۰-۵ mg/kg/dose هر ۶ تا ۸ ساعت (تجویز ایبوپروفن در سن کمتر از ۶ ماه ممنوع است)
- درمان های فوق تا قطع تب، ادامه یابد.
- جهت توصیه های تغذیه ای در کودک تب دار به صفحه ... مراجعه نمایید.
- سایر داروها نظیر دیکلوفناک، دکزامتازون و... در درمان تب به هیچ وجه توصیه نمی شود.
- برای سایر بیماری های تب دار یا گوش درد نیز مطابق با مطلب فوق اقدام کنید.

اسهال پایدار

- در صورت وجود عفونت اختصاصی (مانند پنومونی، سیسیس، عفونت ادراری، برفک و عفونت گوش میانی و...) درمان بیماری اولیه طبق استراتژی مانا صورت گیرد.
- در صورت وجود عفونت روده ای (مانند شیگلوز) درمان عفونت روده انجام شود.
- مقادیر مناسب مایعات جهت پیشگیری از کم آبی

تغذیه

- بر تداوم تغذیه تأکید کنید.
- در سن کمتر از ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر
- برای کودک بالای ۶ ماه غذای جامد و مناسب سن با کالری مناسب (صفحه ۳۹) داده شود.
- رژیم مغذی و مقوی که باعث تشدید اسهال نگردد.
- مکمل روی را روزانه (۱۰ میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و ۲۰ میلی گرم در سنین بالاتر) به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز تجویز کنید.
- مولتی ویتامین + مینرال دو برابر جیره توصیه شده، روزانه به مدت ۱۴ روز
- به مادر توصیه شود ۵ روز بعد جهت پیگیری مراجعه نماید.

اسهال پایدار شدید

- اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشت و همچنین دچار کم آبی نسبی یا شدید بود، بیماری کودک را به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی کنید. همچنین در هر کودک کمتر از ۴ ماه که ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته باشد، اسهال وی به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی می شود. اسهال پایدار شدید معمولاً همراه با علائم سوء تغذیه و اغلب، عفونت های جدی 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.

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

اسهال خونی

- سفیکسیم 8 mg/kg/day در دو دوز منقسم برای مدت ۵ روز
- در صورت عدم پاسخ به درمان، سیپرافلوکساسین خوراکی 15 mg/kg/dose دو نوبت در روز برای ۳ روز تجویز شود.
- درمان حمایتی شامل پیشگیری و اصلاح کم آبی و ادامه تغذیه می باشد.

اسهال وبایی

- تأمین آب و الکترولیت، مهم ترین جزء درمان است.
- به کودک برابر دستورالعمل کشوری آنتی بیوتیک مناسب بدهید.
- براساس آخرین دستورالعمل کشوری، درمان بیماری وبا و با ملاحظه الگوهای مقاومت میکروبی، آنتی بیوتیک توصیه شده برای کودکان عبارت است از:
- آزیترومایسین ($20 \text{ mg/kg/single dose}$) و یا سیپروفلوکساسین (15 mg/kg/dose) برای ۲ نوبت در روز برای ۳ روز می باشد.

مالاریا

- براساس آخرین دستورالعمل کشوری مالاریا

آنمی

- در صورت آنمی شدید ($\text{Hb} < 6 \text{ g/dl}$) همراه علایم دیگر یا ($\text{Hb} < 4 \text{ g/dl}$ به تنهایی) فوراً به بیمارستان برای بررسی های بیشتر و تزریق خون ارجاع دهید،

در غیر این صورت درمان در منزل:

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

توجه: مقدار آهن المنتال توصیه شده $3-6 \text{ mg/kg/day}$ و مقدار اسید فولیک 1 mg/day

مشکلات تغذیه و رشد کودک

براساس بوکلت و راهنمای کودک سالم، وضعیت تغذیه و رشد را بررسی و در صورت نیاز درمان کنید و با استفاده از صفحات ۳۸ و ۳۹ در رابطه با توصیه های تغذیه ای در بیماری با مادر مشاوره کنید.

در کودکان زیر ۶ سال که با سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به ویژه به دنبال عفونت‌های ویروسی مراجعه می‌کنند ابتدا باید ارزیابی بالینی از شواهد، صورت گیرد و سپس با توجه به تشخیص‌های افتراقی، احتمال تشخیص آسم در کودک را ارزیابی نمود.

الگوی تعیین احتمال آسم در کودکان زیر ۶ سال براساس علائم بالینی

احتمال کم		احتمال متوسط		احتمال زیاد
بروز علائم سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به دنبال عفونت تنفسی فوقانی کمتر از ۱۰ روز		بروز علائم سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به دنبال عفونت تنفسی فوقانی بیشتر از ۱۰ روز		بروز علائم سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به دنبال عفونت تنفسی فوقانی بیشتر از ۱۰ روز
دو تا سه حمله در سال	→	بیش از سه حمله در سال یا حملات شدید و یا تشدید شبانه علائم	→	بیش از سه حمله در سال یا حملات شدید و یا تشدید شبانه علائم
در فواصل حملات بدون علائم	←	بروز علائم سرفه، خس خس سینه یا تنگی نفس بعضی اوقات در فواصل حملات	←	کودک در فواصل حملات، طی بازی یا خنده دچار سرفه، خس خس سینه یا تنگی نفس می‌شود.
				وجود حساسیت یا سابقه خانوادگی آسم

- در صورت عدم وجود علائم خطر فوری و تنفس مشکل، نیاز به درمان دارویی ندارند. اقدامات نگهدارنده را انجام دهید.
- در دیسترس تنفسی یا علائم آسم شدید با توجه به شدت آسم، درمان پلکانی را انجام دهید (توضیحات بیشتر در راهنما).

درمان آزمایشی (Trial) در کودکان زیر ۶ سال

در این گروه سنی برای درمان آزمایشی (Trial) کورتیکواستروئید استنشاقی به مدت یک ماه و با دوز کم بکلومتازون یا معادل آن از فلوتیکازون تجویز می‌گردد. (توضیحات بیشتر در راهنما)

اصول استفاده از داروهای استنشاقی در کودکان

- استفاده از محفظه مخصوص در کودکان ضروری است و پزشک یا مراقب بهداشتی باید نحوه استفاده صحیح از آن را به شکل زیر به بیمار آموزش دهد.
۱. افشانه را از طریق برداشتن در پوش آن، تکان دادن و قراردادن آن در وضعیت عمودی به نحوی که به مدخل محفظه مخصوص متصل باشد، آماده کنید.
 ۲. قسمت دهانه محفظه را در دهان کودک بگذاریم.
 ۳. مخزن افشانه را به پایین فشار دهید و یک پاف از دارو را به داخل محفظه وارد کنید. قسمت دهانی محفظه مخصوص را حدود ۱۰ ثانیه داخل دهان کودک نگه دارید تا کودک ۵ بار به طور عادی دم و بازدم انجام دهد.
 ۴. اگر نیاز به بیش از یک پاف دارو است، حداقل ۳۰ ثانیه صبر کنید، بعد مراحل ۲ و ۳ را تکرار کنید. به خاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.
 ۵. برای کودکان زیر ۴ سال که مستقیماً نمی‌توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص داری ماسک استفاده می‌گردد.

جدول دوزاژ تقریبی روزانه استروئیدهای استنشاقی در کودکان

دارو	دوز کم (میکروگرم)	دوز متوسط (میکروگرم)	دوز زیاد (میکروگرم)
	کمتر از ۵ سال	کمتر از ۵ سال	کمتر از ۵ سال
بکلومتازون HFA	۱ پاف بکلومتازون ۵۰ هر ۱۲ ساعت	۱ پاف بکلومتازون ۱۰۰ هر ۱۲ ساعت
فلوتیکازون	۱-۲ پاف فلوتیکازون ۵۰ هر ۱۲ ساعت	۱ پاف فلوتیکازون ۱۲۵ هر ۱۲ ساعت	۲ پاف فلوتیکازون ۱۲۵ هر ۱۲ ساعت

پیگیری

۲ ماهه تا ۵ ساله - پزشک

- در هر مورد که کودک بیمار انتقال یا ارجاع فوری یا ارجاع داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری صورت گیرد.
- در صورت عدم مراجعه کودک در زمان مقرر برای پیگیری بیماری، ظرف ۲۴ ساعت آینده پیگیری نمایید.

پنومونی/بعد از ۲ روز

- علائم و نشانه‌های خطر را در کودک بررسی کنید.
- کودک را از نظر سرفه یا تنفس مشکل ارزیابی نموده و سؤال کنید:
 - آیا تنفس کودک بهتر شده است؟
 - آیا تب کمتر شده است؟
 - آیا تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد؟

درمان

- در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه‌های خطر یا استریدور، سریعاً به بیمارستان انتقال دهید.
- اگر تو کشیده شدن قفسه سینه، تعداد تنفس و تب فرقی نکرده، یا بدتر شده است سریعاً به بیمارستان ارجاع دهید.
- اگر تعداد تنفس کودک، کمتر شده است، تو کشیده شدن قفسه سینه وجود ندارد، تب کمتر شده و بهتر غذا می‌خورد، کودک در حال بهبودی است. به مادر بگویید که کودک باید تا ۵ روز آنتی بیوتیک مصرف کند. اهمیت دوره ۵ روزه آنتی بیوتیک را به مادر تأکید کنید.

اسهال خونی / بعد از ۲ روز

- کودک را از نظر کم آبی طبق چارت ارزیابی و طبقه بندی اسهال ارزیابی نموده و سؤال 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؟

درمان

- اگر کودک دچار کم آبی شده است کم آبی او را درمان کنید.
- اگر تعداد دفعات دفع مدفوع، خون در مدفوع، تب یا درد شکم فرقی نکرده یا بدتر شده است، به متخصص کودکان ارجاع دهید.
- اگر تعداد دفعات مدفوع، تب و درد شکم بهتر شده است، به مادر توصیه کنید درمان ۵ روزه

- آنتی بیوتیک را کامل کند و در مورد توصیه‌های تغذیه ای کودک نسبت به سن او، آموزش دهید.
- استثناً: در صورت عدم مشاهده بهبودی در شیرخوار کمتر از یک سال و سابقه ابتلا به سرخک (در ۳ ماه قبل از اولین مراجعه) ارجاع دهید.

عفونت گوش/ عفونت حاد گوش، در صورت عدم بهبود علائم بعد از ۲ روز

- در صورت عدم بهبود علائم (تب، درد، بی‌قراری) پس از ۲ روز ارزیابی مجدد کودک برای مشکل گوش صورت گیرد.

درمان

- اگر تورم دردناک در پشت گوش با تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی) وجود دارد کودک را فوراً انتقال دهید.
- در صورت وجود ترشح چرکی، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. درمان را با آنتی بیوتیک مناسب ادامه دهید. در صورت عدم بهبودی پس از درمان دوم، ارجاع دهید.
- مادر را تشویق کنید که درمان را ادامه دهد و دو هفته پس از اتمام درمان، جهت معاینه مجدد مراجعه کند. چنانچه در معاینه مجدد، هرگونه یافته غیرطبیعی در پرده گوش رویت شد، ارجاع دهید.

عفونت مزمن گوش، بعد از ۵ روز

- طرز صحیح خشک کردن گوش را (به وسیله فتیله گذاری) توسط مادر، کنترل کرده و برای او توضیح دهید که مؤثرترین درمان عفونت مزمن گوش، خشک کردن آن می‌باشد و اگر گوش کودک را خشک نکند شنوایی او کم خواهد شد. بعد از ۱۴ روز درمان، اگر کودک بهبود پیدا نکرد ارجاع دهید.
- اگر ترشحات چرکی یا تب کمتر شده است، مادر را برای درمان خوب او تحسین کنید و چنانچه درمان با آنتی بیوتیک کامل نشده است به مادر توصیه کنید دوره ۱۴ روز درمان را کامل کند.

اسهال

- اسهال حاد (کم آبی نسبی) / در صورت عدم بهبودی، بعد از ۵ روز
- اسهال حاد (کم آبی ندارد) / در صورت عدم بهبودی، بعد از ۵ روز
- اسهال پایدار / بعد از ۵ روز
- کودک را از نظر کم آبی ارزیابی نموده و سؤال کنید:
- آیا اسهال قطع شده است؟
- چند بار در روز دفع مدفوع شل داشته است؟

درمان

اگر اسهال هنوز متوقف نشده است (هنوز ۳ بار و بیشتر در روز مدفوع شل دارد) کودک را کامل ارزیابی کنید. در صورت وجود کم آبی آن را درمان کنید. مطابق توصیه های تغذیه ای صفحه ۳۹ اقدام کنید. برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.

- در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، پس از ۵ روز رعایت توصیه های تغذیه ای و عدم بهبودی اسهال، در صورت وجود علائم کمبود لاکتاز (وجود اسهال حجیم و آبکی، نفخ، تهوع و استفراغ و سوختگی ناحیه کهنه کودک) شیر فاقد لاکتوز تجویز و ۲ روز بعد مجدداً پیگیری شود. در صورت عدم بهبودی ارجاع شود و در صورت بهبودی ۲ هفته دیگر شیر فاقد لاکتوز ادامه یابد.
- اگر اسهال متوقف شده است (کمتر از ۳ بار اسهال در روز دارد) به مادر بگویید توصیه های تغذیه ای معمول برای سن کودک را ادامه بدهد.

تب/در صورت مداوم تب، بعد از ۲ روز

- کودک را از نظر تب ارزیابی و طبقه بندی کنید.
- اگر هنوز تب دارد و در طبقه بندی دیگری قرار می گیرد، درمان را مطابق با دستورات همان طبقه بندی انجام دهید. اگر تب به تنهایی باقی مانده و در طبقه بندی دیگری قرار نمی گیرد ارزیابی بیشتر کنید (جدول ۶ صفحه ۱۸) و در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بیمار را برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.

گلودرد/در صورت عدم بهبودی علائم بعد از ۲ روز

- در صورتی که گلودرد و تب پس از ۲ روز بهتر نشده است یا تشدید شده است جهت بررسی بیشتر ارجاع دهید.

مشکلات تغذیه و رشد کودک

- طبق بولکت و راهنمای کودک سالم، پیگیری های وضعیت تغذیه و ارزیابی رشد کودک را انجام دهید.

سرفه یا سرماخوردگی

- در صورت عدم بهبودی علائم، ۵ روز بعد مراجعه کند.

مشاوره با مادر

۲ ماهه تا ۵ ساله - پزشک

غذا و نحوه تغذیه در کودک

• در کلیه کودکان بیمار لازم است با مراجعه به بوکلت کودک سالم (قسمت ارزیابی وضعیت تغذیه) و راهنمای مشاوره با مادر برای سلامت و تغذیه کودک و مشاوره های لازم را انجام دهید.

اگر کودک خوب رشد نمی کند:**اگر شیرخوار کمتر از ۶ ماه سن دارد:**

• اهمیت تغذیه منظم کودک در فواصل ۲ یا ۳ ساعت یک بار و به ویژه در هنگام شب را یادآور شوید که حتی اگر شیرخوار در سر ساعت مشخص خوابیده باشد، باید او را بیدار نموده و تغذیه کند.
• تأکید کنید که مکیدن صحیح و مکرر پستان و تخلیه مرتب آن توسط شیرخوار و همچنین تغذیه متعادل مادر بهترین راه جبران عقب ماندگی رشد شیرخوار است.
• دفعات و مدت زمان شیردهی افزایش یابد و در فواصل تغذیه شیرخوار برای افزایش شیر، مادر شیر خود را بدوشد.
• در صورتی که شیرخوار با شیر مصنوعی تغذیه می شود، نحوه تهیه و ارائه آن بررسی و آموزش داده شود.

اگر کودک بالای ۶ ماه سن دارد:

• نوع غذاهای کمکی مورد استفاده، نحوه تهیه آنها، زمان و دفعات معمول ارائه آن را با توجه به توصیه های تغذیه ای این کودکان آموزش دهید.
• استفاده از میان وعده های مقوی و مغذی مانند فرنی، حریره بادام، پوره سیب زمینی، نان و پنیر و... متناسب با سن کودک تأکید شود.
• مادر را با نحوه مقوی و مغذی کردن غذای کودک آشنا کنید.
• تأکید کنید که ساعات صرف غذای کودک نباید محدود به ساعات صرف غذای خانوار شود.

اگر کودک در طول بیماری خوب غذا نمی خورد با مادر مشاوره کنید

• قبل از دادن غذا به کودک دست ها و صورت او شسته شود تا کودک احساس آرامش بیشتری کند.
• در حالتی که کودک خواب آلود است به او غذا داده نشود.
• تداوم شیردهی در کودکان شیرخوار تأکید می شود.
• غذا به دفعات بیشتر و با حجم کمتر به کودک داده شود و از غذاهایی که کودک بیشتر دوست دارد

استفاده بیشتری شود.

• در صورت گرفتگی بینی ابتدا بینی را تمیز کرده و بعد غذا داده شود.

تب

تب با کاهش اشتها و افزایش متابولیسم بدن در روند تغذیه کودک اختلال ایجاد می کند. در این مواقع توصیه های زیر مفید است:

- در شیرخواران کمتر از ۶ ماه، تداوم تغذیه با شیر مادر و یا شیر مصنوعی (در شیرخواران محروم از شیر مادر)
- تداوم تغذیه با شیر مادر همراه با غذاهای مایع در کودکان بالای ۶ ماه
- افزایش تعداد دفعات تغذیه حتی با حجم کم جهت جبران کاهش اشتها کودک
- سعی شود غذادادن به کودک در زمانی انجام شود که تب کودک به واسطه داروهای تب بر کاهش نسبی یافته است.
- توجه به تغذیه بعد از بیماری جهت جبران عقب افتادگی های احتمالی رشد

اسهال حاد

- در تغذیه انحصاری با شیر مادر، تغذیه با شیر مادر به دفعات بیشتر و مدت طولانی تر در هر نوبت ادامه یابد.
- در شیرخواران کمتر از ۶ ماه که تغذیه انحصاری ندارند، دفعات تغذیه با شیر مادر افزایش یابد و ترجیحاً شیرخوار به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شود.
- اگر کودک شیر مادر خوار نیست، علاوه بر شیر مصنوعی به او آب جوشیده خنک یا او.آر.اس هم بدهد.
- در صورت شروع تغذیه کمکی برای کودک، غذاهای آبکی (مانند سوپ و دوغ) داده شود.
- از مایعات خیلی شیرین مثل نوشابه و آب میوه های صنعتی استفاده نشود.
- برحسب سن کودک هر مقدار مایعی که کودک بخواهد تا زمانی که اسهال متوقف گردد، به او بدهد.
- به کودک بیش از معمول مایعات (علاوه بر او.آر.اس مایعاتی نظیر سوپ ساده، دوغ و آب) داده شود.
- در کودکان بالاتر از ۶ ماه مصرف غذاهایی مانند ماست، تخم مرغ، غلات و گوشت و مرغ و همچنین میوه ها و سبزی ها به خصوص آب میوه های طبیعی توصیه می شود.
- در صورت مشاهده استفراغ بعد از خوردن او.آر.اس و یا غذاهای مایع، باید به کودک آهسته تر و در حجم کمتر و دفعات بیشتر غذا داد.

اسهال پایدار

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

اگر کودک غیر از شیر مادر، شیر دیگری استفاده می کند:**الف- سن کمتر از ۶ ماه**

تغذیه انحصاری با شیر مادر و قطع شیر دام

ب- سن بیشتر از ۶ ماه

- جایگزین کردن با شیر مادر و قطع شیر دام
- جایگزین کردن با فرآورده های شیر مانند ماست (در صورت عدم امکان، حداکثر ۵۰۰ml/day شیر حیوانی داده شود) یا جایگزین کردن نصف شیر با غذاهای نیمه جامد و غلات غنی شده.
- در صورت استفاده از شیر مصنوعی، شیر با غلظت همیشگی تهیه شود و آب جوشیده خنک یا او.آر. اس هم بدهد. پس از ۵ روز رعایت توصیه های تغذیه ای در صورت وجود علائم کمبود لاکتاز (وجود اسهال حجیم و آبکی، نفخ، تهوع و استفراغ و سوختگی ناحیه کهنه کودک) شیر فاقد لاکتوز تجویز و ۲ روز بعد پیگیری شود. در صورت عدم بهبودی به بیمارستان ارجاع و در صورت بهبودی ۲ هفته دیگر شیر فاقد لاکتوز ادامه یابد.

سرفه، سرماخوردگی، عفونت حاد تنفسی

- دفعات تغذیه با شیر مادر بیشتر شود.
- به کودکان بزرگتر از ۶ ماه غذاهایی داده شود که نسبت به حجم آن از بالاترین میزان کالری و مواد غذایی برخوردار باشد.
- مایعات غذایی گرم نظیر سوپ به کودکان مبتلا به سرماخوردگی و سرفه داده شود.
- از منابع غذایی حاوی ویتامین C (میوه ها و سبزی های تازه) جهت تقویت سیستم ایمنی کودک استفاده شود.
- در کودکان بالای یک سال، دادن مقداری عسل با چای ولرم به بهبود کودک دچار سرفه، سرماخوردگی یا عفونت تنفسی کمک می کند.

به مادر توصیه کنید اگر کودک هر یک از نشانه های زیر را داشت برای پیگیری برگردد.

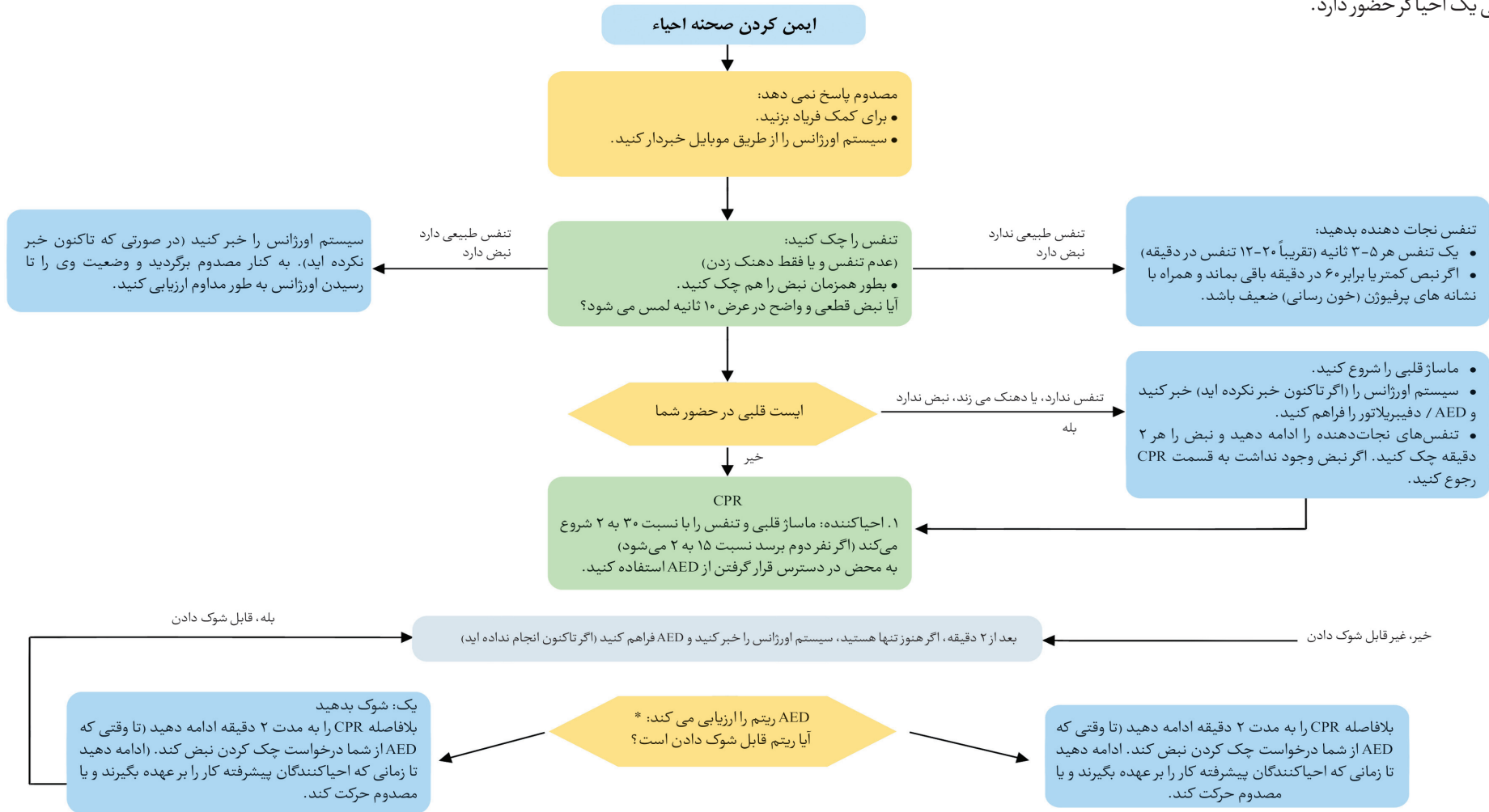
گلودرد	در صورت عدم بهبودی ۲ روز بعد
تب پنومونی اسهال خونی	۲ روز بعد
اسهال پایدار عفونت حاد و مزمن گوش میانی	۵ روز بعد
اسهال حاد (کم آبی نسبی) اسهال حاد (کم آبی ندارد) سرفه یا سرماخوردگی	در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد
کم وزنی و احتمال مشکل وزن	۱۰ روز بعد (زیر ۲ ماه) ۱۵ روز بعد (۲ ماه تا یک سال) ۳۰ روز بعد (بالای یک سال)

به مادر توصیه کنید اگر کودک هر یک از نشانه های زیر را داشت، برای پیگیری برگردد:

<ul style="list-style-type: none"> • قادر به نوشیدن یا خوردن شیر مادر نیست. • بیماری او شدیدتر شده است. • تب کند. 	کودکی که مبتلا به هر بیماری است باید فوراً برگردد اگر:
<ul style="list-style-type: none"> • تنفس تند دارد. • تنفس مشکل دارد. 	کودکی که پنومونی ندارد و دچار سرفه یا سرماخوردگی است، باید فوراً برگردد اگر:
<ul style="list-style-type: none"> • دچار بی حالی، خواب آلودگی، بی قراری یا تحریک پذیری شود. • اسهال کودک شدیدتر شود. • قادر به نوشیدن مایعات و یا خوردن غذا نباشد. • تب کند. • خون در مدفوع دیده شود. • استفراغ مکرر داشته باشد. • تشنگی زیاد داشته باشد. 	هر کودک مبتلا به اسهال، باید فوراً برگردد اگر:

احیاء پایه کودک برای کارکنان بخش سلامت

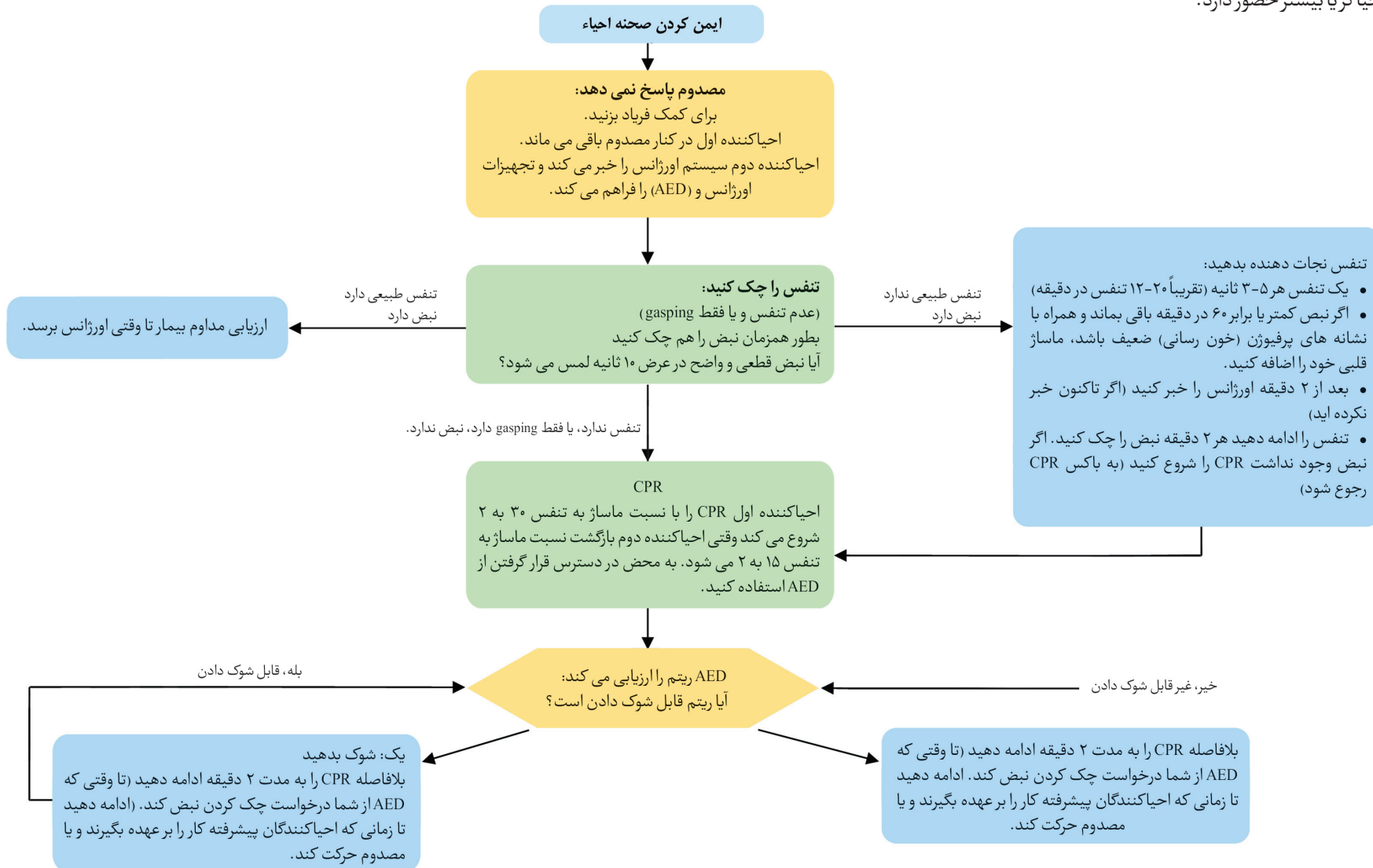
وقتی یک احیاگر حضور دارد.



* در صورت عدم وجود AED (عدم امکان ارزیابی ریتیم) CPR را تا رسیدن اورژانس ادامه دهید.

احیاء پایه کودک برای کارکنان بخش سلامت

وقتی ۲ احیاگریا بیشتر حضور دارد.



ارزیابی، طبقه بندی و درمان

شیرخوار کمتر از ۲ ماه - پزشک

شیرخوار را از نظر ابتلا به عفونت باکتریال شدید، بیماری خیلی شدید یا عفونت های باکتریال موضعی ارزیابی کنید.

ارزیابی کنید
<p>سوال کنید :</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا کاهش قدرت مکیدن دارد؟ • آیا تشنج داشته است؟ <p>مشاهده و بررسی کنید :</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد تنفس شیرخوار را در یک دقیقه بشمارید (شیرخوار باید آرام باشد، اگر بیش از ۶۰ بود، مجدداً بشمارید) • تنفس تند: ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر • توکشیده شدن شدید قفسه سینه • درجه حرارت زیر بغلی را اندازه بگیرید. • به حرکات شیرخوار توجه کنید. <p>اگر شیرخوار خوابیده است از مادر بخواهید به آرامی او را بیدار کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا شیرخوار حرکت خود بخودی ندارد؟ به آرامی او را تحریک کنید. • تحرک کمتر از معمول و بی حالی • آیا شیرخوار کاملاً بی حرکت است؟ • آیا ناف قرمز است و ترشح دارد؟ • آیا جوش پوستی دارد؟ • آیا شیرخوار ترشحات چرکی از چشم یا تورم پلک دارد؟

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<p>در صورت داشتن هریک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تنفس ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر • خوب شیرنخوردن • تشنج • توکشیده شدن شدید قفسه سینه • تب (مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵ درجه سانتیگراد) • پایین بودن درجه حرارت بدن (کمتر از ۳۵/۵ درجه سانتیگراد) • تحرک کمتر از معمول و بی حالی • داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود و یا نداشتن هیچگونه حرکتی 	<p>احتمال عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی را بدهید و اقدامات قبل از انتقال (ص ...) را انجام داده شیرخوار را انتقال دهید. • از پایین افتادن قند خون پیشگیری کنید. (چارت ۴ ص) • از اتلاف حرارت شیرخوار پیشگیری کنید. (چارت ۲ ص) • اگر انتقال امکان پذیر نیست به (ص) مراجعه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • ترشحات چرکی ناف همراه با قرمزی و انتشار آن به اطراف 	<p>عفونت باکتریال موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از ارجاع فوری (ص ...) را انجام داده شیرخوار را به بیمارستان فوراً ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • جوش چرکی منتشر در پوست بیشتر از ۱۰ تا • خروج ترشحات چرکی همراه با تورم پلک ها 	<p>عفونت باکتریال موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • آموکسی سیلین برای ۵ روز • به مادر آموزش دهید در منزل از شیرخوار مراقبت کند. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • پس از ۲ روز پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • جوش چرکی در پوست کمتر از ۱۰ تا 	<p>عفونت باکتریال موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تجویز مویروسین پوستی و استحمام روزانه با آب و صابون • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • پس از ۲ روز پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • خروج ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها 	<p>عفونت خفیف چشم</p>	<ul style="list-style-type: none"> • از قطره سولفاستامید چشمی ۱۰٪ به میزان یک قطره هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز استفاده کنید. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۵ روز بعد مراجعه کند. • در صورت عدم بهبودی، به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

زردی در شیرخوار زیر ۲ ماه

شیرخوار را از نظر زردی ارزیابی کنید.

سوال کنید:

• زردی از چه زمانی پس از تولد شروع شده است؟

مشاهده و بررسی کنید:

- اسکلرا چشم را از نظر زردی بررسی کنید.
- کف دست ها و پاها و بدن شیرخوار را از نظر وجود زردی بررسی کنید.

طبقه بندی کنید

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون (چارت ۴ ص) و پیشگیری از اتلاف حرارت شیرخوار (چارت ۲ ص) را انجام دهید. • اقدامات قبل از ارجاع فوری (ص...۰۰) را انجام داده شیرخوار را به مرکز تخصصی فوراً ارجاع دهید. 	زردی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود هر یک از علائم زیر: • زردی در ۲۴ ساعت اول تولد • زردی کف دست و پا
<ul style="list-style-type: none"> • به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را با دفعات بیشتر ادامه دهد. • در صورت امکان اندازه گیری میزان سرمی بیلی روبین و تصمیم گیری بر اساس نمودار شماره ۱ (ص...۰۰) • در صورت عدم امکان اندازه گیری بیلی روبین، شیرخوار ارجاع داده شود. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • یک روز بعد پیگیری کنید. 	زردی متوسط	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود هر یک از علائم زیر: • زردی پس از ۲۴ ساعت اول تولد • زردی بدن بدون انتشار به دست و پا
<ul style="list-style-type: none"> • شیرخوار را برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع دهید. 	زردی طول کشیده	<ul style="list-style-type: none"> • ادامه زردی بیشتر از ۲ هفته
<ul style="list-style-type: none"> • به مادر توصیه کنید تغذیه با شیرمادر را با دفعات بیشتر ادامه دهد و در صورتی که مشکلی در شیرخوردن دارد مشاوره شیردهی را انجام دهید. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۲ روز بعد پیگیری کنید. 	زردی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> • زردی محدود به چشم یا صورت و شیرخوار با حال عمومی خوب

۱. نمودار شماره ۱ - محدوده های خطر هیپر بیلی روبینمی پاتولوژیک بر اساس سن و مقدار بیلی روبین

شیرخوار را از نظر اسهال^۱ و کم آبی^۲ ارزیابی کنید.

معاینه و بررسی کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • وضعیت عمومی شیرخوار را بررسی کنید. • آیا شیرخوار بی قرار و تحریک پذیر است؟ • آیا شیرخوار فقط در صورت تحریک، حرکت می کند؟ • آیا شیرخوار اصلا حرکت نمی کند؟ • شیرخوار را از نظر فرورفتگی چشم ها بررسی کنید. • در نیشگون پوستی برگشت پوست را بررسی کنید. • آیا برگشت پوستی خیلی آهسته است؟ (بیش از ۲ ثانیه) • آیا برگشت پوستی آهسته است؟ • وزن نوزاد را اندازه گیری کنید: • در صورتی که شیرخوار سن کمتر از ۷ روز دارد، سرعت کاهش وزن نوزاد را محاسبه کنید.

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود دو نشانه از نشانه های زیر: • شیرخوار فقط در صورت تحریک حرکت می کند یا کاملا بی حرکت است. • فرورفتگی چشم ها • برگشت پوستی خیلی آهسته • کاهش وزن بیشتر از ۷ درصد در شیرخوار کمتر از ۷ روز 	کم آبی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال (ص...) را انجام داده و شیرخوار را به بیمارستان انتقال دهید • به مادر توصیه کنید در مسیر انتقال اگر شیرخوار توانایی بلع دارد شیردهی را ادامه دهد. • تا زمان انتقال، برنامه درمانی ج (ص) را انجام دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • دو نشانه از نشانه های زیر را داشته باشد: • بی قراری و تحریک پذیری • برگشت پوستی آهسته • تعداد دفعات ادرار شیرخوار کمتر از ۶ بار در روز 	کم آبی نسبی	<ul style="list-style-type: none"> • شیرخوار را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید. • تا زمان ارجاع فوری، برنامه درمانی ب را انجام دهید. • دو روز بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های کافی برای کم آبی وجود ندارد 	کم آبی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • مایعات و شیر مادر را طبق برنامه درمانی الف (ص) بدهید. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • دو روز بعد پیگیری کنید.

۱. معمولاً شیرخواران به اسهال مبتلا نمی شوند و تشخیص اسهال در شیرخواران اهمیت زیادی دارد. اسهال در شیرخوار زیر ۲ ماه: هرگاه مدفوع شیرخوار بسیار بیشتر از حد معمول باشد یا قوام متفاوتی یافته و مقدار آب مدفوع بیشتر از مواد مدفوعی باشد یا نسبت به معمول خود تغییر کند. مدفوع در شیرمادرخواران درحالت معمول نیمه آبکی است.
 ۲. کم آبی در شیرخواران بخصوص در دوره نوزادی ممکن است به دلیل خوب شیرنخوردن یا گرم‌زدگی نیز ایجاد شود.

مشکل شیرخوردن و کم وزنی / ایمن سازی / مکمل ها / سایر مشکلات

ارزیابی و طبقه بندی رشد

بطور معمول این ارزیابی ها در قالب برنامه کودک سالم انجام می شود و در صورت وجود اختلال رشد، شیرخوار بیمار به پزشک ارجاع خواهد شد. در صورتی که شیرخوار بیمار به هر دلیلی خارج از چرخه ارجاع، ویزیت می شود لازم است تا کلیه مراحل ارزیابی، طبقه بندی، مشاوره و اقدامات لازم برای درمان اختلال رشد توسط پزشک و براساس جداول و نمودارهای موجود در بوکلت و راهنمای کودک سالم (پزشک) انجام شده و اقدامات لازم انجام شود.

توجه: در کلیه موارد اختلال رشد و سوء تغذیه مقاوم به اقدامات تغذیه ای و درمانی، جهت بررسی بیشتر از نظر نقص ایمنی (نقص ایمنی اولیه، ایدز و ...) به راهنمای مانا مراجعه شود.

ارزیابی و طبقه بندی وضعیت تغذیه

در هر شیرخوار بیمار باید وضعیت تغذیه با شیر مادر، مشاوره شیردهی و یا مشاوره های لازم در شیرخوارانی که به هر دلیلی از شیر مصنوعی تغذیه می کنند، ارزیابی گردد و به این منظور لازم است از جداول مرتبط و فرایند خدمت (مندرج در بوکلت کودک سالم) بخش ارزیابی وضعیت تغذیه استفاده شود.

ارزیابی وضعیت ایمن سازی و مصرف مکمل ها

در هر شیرخوار بیمار وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکمل ها باید طبق جدول واکسیناسیون کشوری و دستورالعمل مکمل یاری کودکان (مولتی ویتامین، آ+ د و آهن) ارزیابی شود و در صورت وجود مشکل طبق دستورالعمل ها اقدام شود.

ارزیابی سایر مشکلات

در صورتی که مشکل یا شکایتی که در شیرخوار بیمار مطرح می شود، براساس بوکلت مانا قابل ارزیابی و طبقه بندی نباشد با استفاده از جداول تشخیص افتراقی و سایر فرانس ها ارزیابی، طبقه بندی و اقدام کنید.

توجه: در مناطق پرخطر از نظر شیوع ایدز با مراجعه به صفحه اختصاصی ارزیابی HIV/AIDS (آخرین صفحه بوکلت) احتمال ابتلا به ایدز را ارزیابی کنید و اقدامات لازم را انجام دهید

پس از انجام ارزیابی ها و طبقه بندی شیرخوار بیمار، طبق بوکلت، هرگونه اقدام یا توصیه درمانی لازم را با در نظر گرفتن اصول زیر و طبق چارت های مربوطه انجام دهید:

درمان

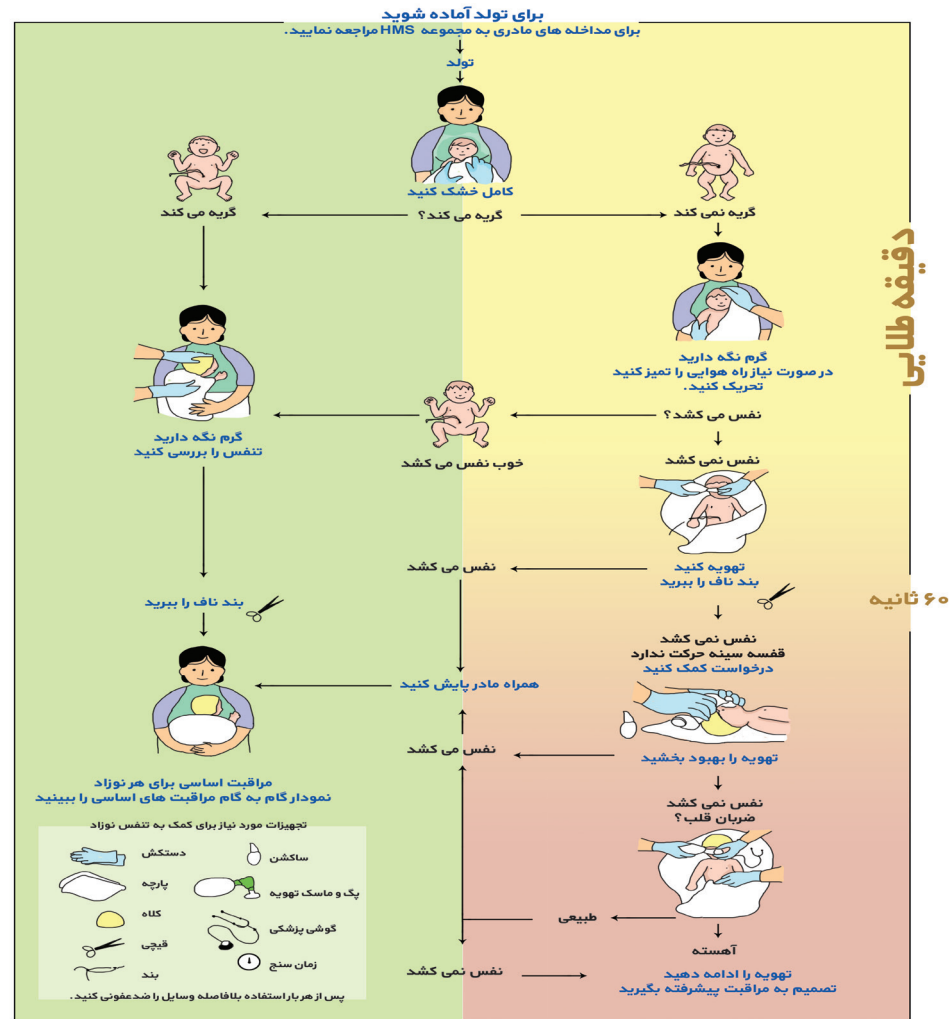
شیرخوار کمتر از ۲ ماه - پزشک

اصول کلی درمان

- دلیل انجام هر اقدام را برای مادر توضیح دهید.
- به مادر آموزش دهید که چگونه داروهای خوراکی را در منزل به شیرخوار بدهد.
- مقدار مناسب دارو برای وزن شیرخوار را مشخص سازید.
- دوز دارو ها را به طور دقیق اندازه‌گیری کنید.
- به هیچ عنوان تزریق وریدی انجام ندهید.
- نحوه مصرف دارو را با دقت شرح دهید، سپس روی هر دارو را برچسب بزنید .
- اگر قرار است بیشتر از یک دارو داده شود، هر کدام را جداگانه بسته‌بندی کنید.
- طول دوره درمان و زمان اتمام مصرف دارو در هر یک از داروهای خوراکی را دقیقا به مادر توضیح دهید .
- پیش از آن که مادر مرکز را ترک کند، ببینید تا چه اندازه صحبت‌های شما را فهمیده است .

چارت ۱: احیای نوزاد

در همه شیرخواران بدحال که نیاز به کمک تنفسی دارند با استفاده از دستورالعمل «کمک به تنفس نوزاد» اقدام کنید.



۱. کتابچه دستورالعمل «کمک به تنفس نوزاد ویژه مراقبان سلامت» توسط اداره سلامت نوزادان تهیه و دوره های آموزشی آن نیز برای ارائه دهندگان خدمت برگزار می شود.

چارت ۲- پیشگیری از اتلاف حرارت شیرخوار**گرم نگه داشتن شیرخوار بیمار در خانه / مراکز بهداشت و در مسیر انتقال**

- گرم نگه داشتن نوزادان و شیرخواران به خصوص در هنگام بیماری در بهبود حال عمومی و پیش آگهی بیماری بسیار تاثیرگذار است.
- از روش آغوشی و تماس پوست با پوست می توان جهت گرم نگه داشتن شیرخوار استفاده کرد.
- لباس ها و پوشک های خیس شده را سریعاً تعویض نمایید.
- نوزاد را عمودی بین دو سینه مادر برای ایجاد تماس پوست با پوست قرار دهید شیرخوار را به یک طرف بچرخانید .
- بهتر است پوشش شیرخوار یک لایه بیشتر از لباس های مادر و از جنس نخی ، همراه با کلاه و جوراب باشد و او را در یک لایه پارچه نرم و خشک قرار داده و با یک پتوی گرم بپوشانید.
- گرمی دست ها و پاهای شیرخوار را مرتب کنترل نموده و در صورت سرد بودن از روش آغوشی استفاده کنید.
- در صورتی که شیرخوار قادر به مکیدن باشد تغذیه مکرر با شیرمادر یا شیردوشیده شده به حفظ درجه حرارت بدن و پیشگیری از افت قند خون وی کمک می کند.

چارت ۳ - نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک (هیپوولمیک)

- اگر توانمندی رگ گیری برای شیرخوار زیر ۲ ماه در مرکز وجود دارد، برای شیرخوار رگ بگیریید^۱ (برای انجام آزمایشات اورژانس خون گیری کنید).
- سرم نرمال سالین یا رینگلاکتات وصل کنید. مطمئن شوید که سرم به خوبی جریان دارد.
- ۱۰mg/kg از مایع فوق را با حداکثر سرعت انفوزیون کنید. (مطابق جدول زیر)

وزن (کیلوگرم)	حجم نرمال سالین یا رینگلاکتات (۱۰ml/kg)
تا ۱/۵	۱۵ml
از ۱/۵ تا ۲/۵	۲۰ml
از ۲/۵ تا ۳/۵	۳۰ml
از ۳/۵ تا ۴/۵	۴۰ml
از ۴/۵ تا ۵/۵	۵۰ml

- پس از اولین انفوزیون، ارزیابی کنید.
- اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریع تر، تزریق مایع فوق را تکرار کنید.
- پس از دومین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید.
- اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریع تر، مجدداً تزریق مایع فوق را تکرار کنید.
- پس از سومین تزریق، شیرخوار را انتقال دهید.
- در صورت عدم امکان انتقال دوباره ارزیابی کنید.
- اگر بهبودی حاصل نشد، در عرض ۶۰ دقیقه میزان FFP، ۲۰ml/kg یا گلبول قرمز متراکم بزنیید (در صورت بستری در بیمارستان).
- پس از بهبودی در هر مرحله (کاهش تعداد نبض، بهتر پرشدن مویرگ ها) یا سومین تجویز سرم، شیرخوار را به بیمارستان انتقال دهید و در بین راه ۷۰ml/kg از محلول دکستروز سالین را در عرض ۵ ساعت بدهید.

در صورت عدم امکان انتقال

- سرم معادل مایع نگهدارنده از دکستروز سالین تجویز شود.
- مکرراً شیرخوار را ارزیابی کنید. اگر بهبودی حاصل نشد، قطرات مایع را با سرعت بیشتری تجویز کنید.
- اگر حال شیرخوار در طول مدت سرم درمانی فوق بدتر شد؛ رال ریوی سمع گردید یا هیپاتومگالی ایجاد شد، نارسایی قلبی را در نظر داشته باشید. انفوزیون وریدی را متوقف کنید، زیرا دادن مایعات وریدی می تواند موجب بدتر شدن وضعیت شیرخوار شود. شیرخوار را انتقال دهید.
- اگر نمی توانید برای بیمار رگ بگیریید و مایعات وریدی تزریق کنید، تا زمان ایجاد امکان رگ گیری مقادیر مورد نیاز مایعات فوق، از طریق لوله معده (O.G.T) داده شود.

چارت ۴ - نحوه دادن گلوکز وریدی / پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- اگر توانمندی رگ‌گیری برای شیرخوار زیر ۲ ماه در مرکز وجود دارد، برای شیرخوار رگ بگیریید^۱ (برای انجام آزمایش‌ها اورژانس خون‌گیری کنید).
- در صورت امکان قند خون را کنترل کنید.
- ۲-۴ml/kg - محلول گلوکز ۱۰٪ را آهسته به داخل ورید تزریق کنید.

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

پیشگیری از پایین آمدن قند خون

- اگر شیرخوار قادر به تغذیه مستقیم از شیرمادر است، از مادر بخواهید به شیردهی ادامه دهد.
- اگر شیرخوار قادر به تغذیه مستقیم از پستان مادر نیست، ولی قادر به بلع می‌باشد:
 - به ترتیب اولویت و دسترسی، شیردوشیده شده مادر، شیردایه، شیر مصنوعی یا سرم قندی ۵٪ به او بدهید.
 - قبل از انتقال، ۵۰-۲۰ میلی لیتر (۱۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم) شیر یا سرم قندی ۵٪ در صورت تحمل با قاشق به او بدهید.
 - اگر شیرخوار توانایی بلعیدن ندارد:
 - اگر توانایی گذاشتن لوله معده دارید، مایعات فوق را به همان میزان از طریق لوله معده به او بدهید.
 - در صورت عدم امکان انتقال درمان‌های فوق را هر ۲ ساعت تکرار کنید.

۱. اگر نمی‌توانید بی‌درنگ برای بیمار رگ بگیریید و کودک تشنج ندارد، شیرمادر را از طریق لوله معده (O.G.T) بدهید.

چارت ۵ - نحوه درمان تشنج

- راه‌های هوایی شیرخوار را باز نموده و در صورت نیاز ساکشن کنید. سر را در وضعیت مناسب قرار دهید، ضربان قلب شیرخوار را کنترل کنید و در صورت مشاهده مشکل در تنفس یا ضربان قلب شیرخوار، طبق روند گام به گام احیای نوزاد رفتار کنید. سپس راه وریدی را برقرار کنید و محلول سرم قندی ۱۰٪ را طبق چارت شماره ۴ صفحه تجویز کنید.
- دوز دارو را براساس وزن شیرخوار تعیین کنید.
- اگر تشنج ادامه داشت، فنوباریتال محلول در آب را به صورت انفوزیون وریدی و به آهستگی در عرض ۱۵ دقیقه تزریق کنید. چارت شماره ۴ صفحه
- دوز لازم را از آمپول فنوباریتال به داخل سرنگ انسولین (۱ml) بکشید.
- در مواردی که امکان برقراری IV line وجود دارد فنوباریتال را به صورت وریدی و در غیر این صورت عضلانی تزریق کنید.

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

- اگر تشنج پس از ۲۰ دقیقه ادامه داشت، دوز دوم فنوباریتال را با نصف مقادیر بالا به صورت IV یا IM تزریق کنید.
- اگر تشنج پس از ۲۰ دقیقه بعدی نیز ادامه داشت، دوز سوم فنوباریتال را با نصف مقادیر بالا به ترتیب اولویت، به صورت IV یا IM تزریق کنید.
- اگر تشنج هنوز پس از ۲۰ دقیقه بعدی ادامه داشت، فنی تونین ۲۰mg/kg به صورت IV به آهستگی در عرض ۲۰-۱۵ دقیقه تزریق کنید و در صورت عدم پاسخ، اقدامات قبل از انتقال صفحه ... را انجام داده و شیرخوار را انتقال دهید.
- شیرخوار را پس از کنترل تشنج، فوراً انتقال دهید.

نکته:

- به منظور پیشگیری از آسپیراسیون تا زمان کنترل تشنج نوزاد را N.P.O نگه دارید.
- دقت شود فنوباریتال محلول در چربی را نمی‌توان وریدی تجویز کرد.
- تزریق وریدی داروها تنها زمانی امکان پذیر است که برای شیرخوار، از قبل، IV line مناسب و مطمئن گرفته شده باشد

در هر شیرخوار بیمار، در صورت نیاز به انتقال یا ارجاع فوری اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون و گرم نگه داشتن شیرخوار انجام شود.

درمان

- از گرم نگاه داشتن شیرخوار، اطمینان حاصل کنید. (چارت ۲ ص ۵۱)
- در صورتی که در هنگام انتقال یا ارجاع فوری طبق بوکلت تزریق آنتی بیوتیک ذکر شده است:

اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی (داخل عضلانی) را بدهید

- جنتامایسین ۷٫۵-۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز
- آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز

جدول تزریق آنتی بیوتیک

وزن	آمپی سیلین - یک و بال ۲۵۰ میلی گرم راد ۵ میلی لیتر آب مقطر حل کنید.	جنتامایسین - آمپول ۲۰ میلی گرم در ۲cc
۱٫۵ تا ۲٫۴	۰٫۸ ml	۰٫۴ ml
۲٫۵ تا ۳٫۹	۱٫۲ ml	۰٫۸ ml
۴٫۰ تا ۵٫۹	۱٫۵ ml	۱٫۲ ml

- از پایین آمدن قند خون پیشگیری کنید. (چارت ۴ ص ۵۲)

نکته مهم: قبل از انتقال شیرخوار به مرکز درمانی، در صورت امکان، وضعیت شیرخوار به ویژه از نظر علائم حیاتی، پرفیوژن بافتی و دمای بدن تا حد امکان پایدار گردد؛ زیرا به صورت چشمگیر در پیش آگهی بیماری تاثیرگذار می باشد برای احیا و تثبیت علائم حیاتی شیرخواران بر اساس دستورالعمل «کمک به تنفس نوزاد» اقدام کنید.

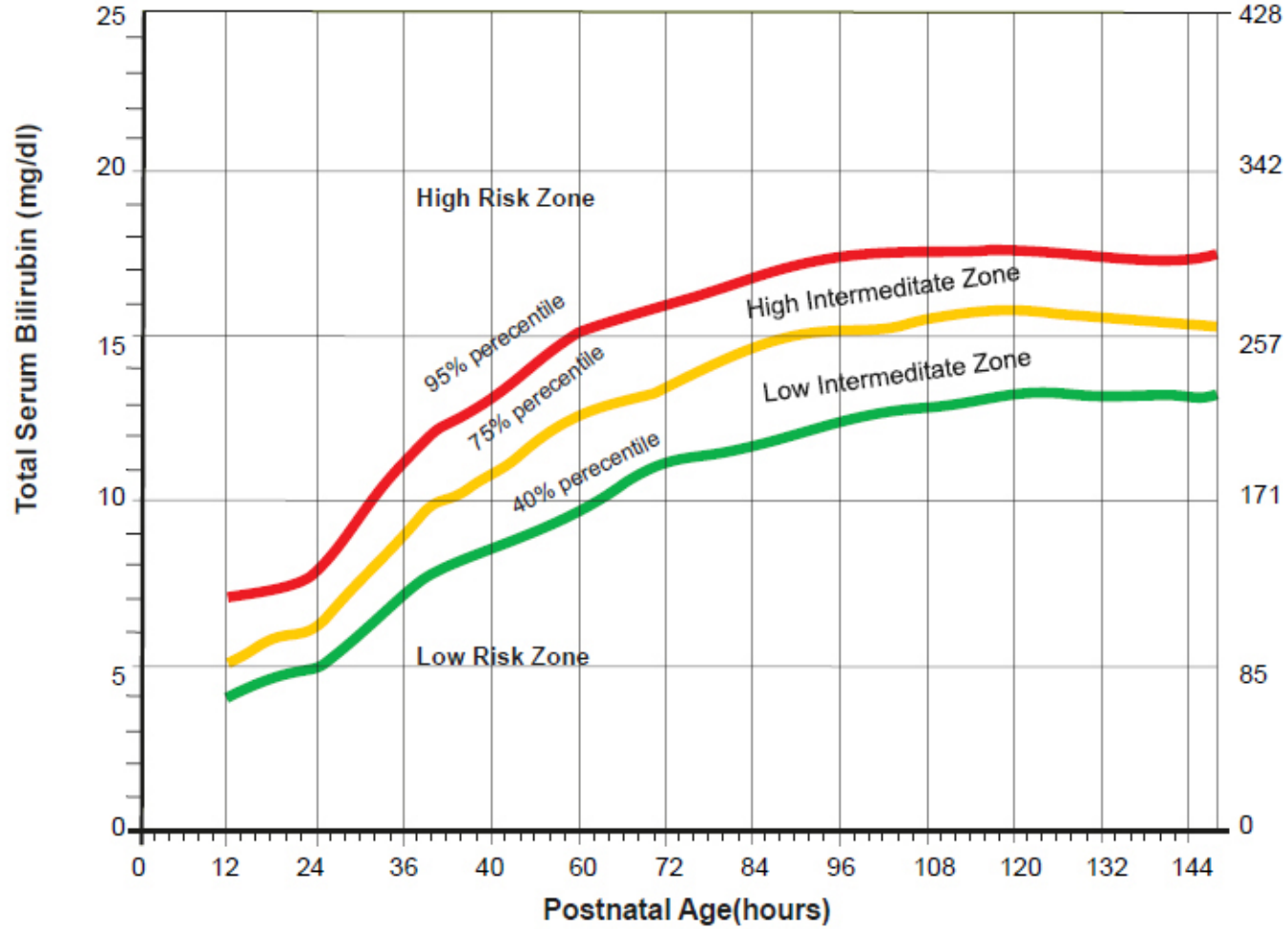
- در صورت عدم امکان انتقال بهتر است با متخصص کودکان، تلفنی مشاوره و تا زمان فراهم شدن امکان انتقال شیرخوار بیمار، آنتی بیوتیک مناسب تجویز شود.

در صورت عدم امکان انتقال

- برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید (چارت ۴ ص ۵۲) و از گرم نگاه داشتن شیرخوار، اطمینان حاصل کنید. (چارت ۲ ص ۵۱)
- آنتی بیوتیک مناسب را به ترتیب اولویت، تزریق وریدی و عضلانی بدهید:
- هر زمانی که امکان انتقال وجود داشت؛ شیرخوار را انتقال دهید.

۱ کتابچه دستورالعمل «کمک به تنفس نوزاد ویژه مراقبان سلامت» توسط اداره سلامت نوزادان تهیه و دوره های آموزشی آن نیز برای ارائه دهندگان خدمت برگزار می شود.

نمودار شماره ۱ - محدوده های خطر هیپر بیلی روبینمی پاتولوژیک بر اساس سن و مقدار بیلی روبین



مشاوره با مادر / پیگیری

شیرخوار کمتر از ۲ ماهه - پزشک

مشاوره با مادر و پیگیری

جدول پیگیری

زمان مراجعه	طبقه بندی
۱ روز بعد	زردی متوسط
۲ روز بعد	زردی خفیف
۲ روز بعد	کم آبی نسبی
۲ روز بعد	کم آبی ندارد
۲ روز بعد	عفونت باکتریال موضعی
۵ روز بعد	عفونت خفیف چشم
۷ روز بعد	برفک
۱۰ بعد	وزن گیری ناکافی

- در هر مورد که شیرخوار بیمار، انتقال ارجاع فوری یا ارجاع داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری شود.
- در صورت عدم مراجعه شیرخوار در زمان مقرر برای پیگیری بیماری، ظرف ۲۴ ساعت آینده پیگیری شود.
- مشکلات شیرخوردن و وزن گیری شیرخوار را بر اساس بوکت کودک سالم و راهنمای مشاوره، پیگیری کنید.
- در بیماری های مختلف به مادر توصیه کنید طبق جدول پیگیری مراجعه کند.

به مادر توصیه کنید اگر شیرخوار هر کدام از نشانه های زیر را داشت، باید فوراً برگردد

- خوب شیرنخوردن
- تنفس مشکل
- مکیدن ضعیف
- خون در مدفوع
- بدتر شدن بیماری
- بی حالی
- تب دار شدن
- هیپوترمی (سردی تنه یا اندام ها)
- بروز زردی کف دست و پا در نوزاد مبتلا به زردی یا همراه شدن با علائم و نشانه های خطر
- تنفس تند

درمان برفک و مشاوره با مادر

- مادر باید ابتدا دست هایش را بشوید. سپس پنبه تمیز را به سر چوب کبریت پیچیده و یا یک گوش پاک کن را آغشته به یک میلی لیتر محلول نیستاتین نموده و بر روی لکه های سفید برفک داخل دهان شیرخوار بمالد. این کار را هر ۶ ساعت تکرار نموده و به مدت ۷ روز ادامه دهد.
- مادر بعد از ۷ روز مراجعه کند، در صورتی که بعد از ۷ روز علیرغم درمان با نیستاتین، برفک دهانی شیرخوار بهتر نشد یا شیرخوار در پستان گرفتن مشکل دارد یک دوره ۷ روزه دیگر نیز درمان با نیستاتین ادامه باید؛ اگر بعد از این دوره نیز برفک درمان نشد، شیرخوار را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
 - مادر نیز همزمان با درمان کودک، پماد ضدقارچ مایکونازول یا نیستاتین را بعد از تغذیه کودک از پستان، روزی ۴ بار تا ۷ روز بعد از بهبودی، بر روی هاله پستان بمالد.

اطمینان از گرم نگه داشتن شیرخوار

- شیرخواران همواره باید گرم نگه داشته شوند، لباس مناسب شیرخوار یک پوشش بیشتر از مادر است. بخصوص در هنگام بیماری پایین آمدن دمای بدن شیرخوار عواقب جبران ناپذیری خواهد داشت.
- به مادر توصیه کنید در هوای سرد، سرو پای شیرخوار را پوشانیده و لباس بیشتری به او بپوشاند و در هوای گرم لباس کمتری به او بپوشاند.
- از قنداق کردن شیرخوار در هر شرایطی خودداری کند.

مراقبت های لازم در منزل را به مادر آموزش دهید

- تغذیه مکرر با شیر مادر در طول شبانه روز به خصوص شب ها برای پیشگیری از بروز هیپوگلیسمی و کاهش وزن شیرخوار در حین بیماری
- در هنگام زردی به هیچ عنوان بدون اجازه پزشک تغذیه با شیر مادر قطع نشود.
- در هنگام زردی شیرخوار تغییر رژیم غذایی مادر یا شیرخوار و مصرف هر داروی خانگی، گیاهی یا سنتی توصیه نمی شود.
- به مادر آموزش دهید که در هر بیماری در صورت بروز چه علائمی برای ارزیابی مجدد و کنترل علائم حیاتی باید فوراً مراجعه کند. و در چه مواردی برای اطمینان از بهبودی و عدم ایجاد عوارض مجدداً برای پیگیری مراجعه کند.

اعضاء کمیته علمی مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)

۱. الله وردی دکتر بهار - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۲. محقق دکتر پریسا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۳. یغمایی بهاره - فوق تخصص مراقبتهای ویژه کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۴. پولادفر غلامرضا - فوق تخصص عفونی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
۵. اسحاقی حمید - فوق تخصص عفونی کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۶. شریف زاده میثم - فوق تخصص مراقبتهای ویژه کودکان - عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۷. فهیم زاد سید علیرضا - فوق تخصص عفونی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۸. صابونی فرح - فوق تخصص عفونی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۹. طلاچیان دکتر الهام - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۱۰. مرندی دکتر علیرضا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۱۱. سیاری دکتر علی اکبر - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۱۲. شریعت پناهی غزال - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۱۳. برکاتی سید حامد - متخصص کودکان - مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴. کلانتری دکتر ناصر - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۱۵. خزاعی سهیلا - فوق تخصص عفونی کودکان - عضو محترم هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۶. حیدرزاده دکتر محمد - فوق تخصص نوزادان - رئیس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

۱۷. حبیب الهی دکتر عباس - فوق تخصص نوزادان - کارشناس اداره سلامت نوزادان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۸. دلوار دکتر بهرام - متخصص کودکان - بیمارستان بهارلو
۱۹. لرنزاد دکتر حمید رضا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۰. مدرسی محمدرضا - فوق تخصص ریه کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۲۱. دکتر جلالی فرانک - متخصص کودکان - ۹ تا ۶۴۰۲۰۵۵۵
۲۲. خسروی دکتر نسترن - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۲۳. مسیبی زیبا - فوق تخصص نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مرکز طبی
۲۴. ۲۴. بلالی مهدی - فوق تخصص سم شناسی - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی
۲۵. موحدی مسعود - فوق تخصص آلرژی و آسم - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مرکز طبی
۲۶. ۲۶. معصومی اصل حسین - فوق تخصص عفونی کودکان - هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۷. شمس بهزاد - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
۲۸. خاتمی غلامرضا - فوق تخصص گوارش کودکان
۲۹. ربانی علی - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - هیئت علمی
۳۰. انتظاری عباس - متخصص پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری - هیئت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۰۹۱۳۱۵۱۷۱۶۸
۳۱. بصیر مهتا فاطمه - نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۳۲. خدایی شهناز - متخصص کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مرکز طبی ۰۶۶۹۲۳۰۵۴-۸۸۰۹۰۲۸۹
۳۳. فاطمه فرهنگ - فوق تخصص گوارش کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران مرکز طبی
۳۴. ستاره ممیسی - فوق تخصص عفونی کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۳۵. میراشرفی فاطمه سادات - متخصص گوش و حلق و بینی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۳۶. دکتر امیدوار عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۳۷. ناطقیان علیرضا - فوق تخصص عفونی کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳۸. ایمانیه محمد هادی - فوق گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
۳۹. ممتاز منش نادر - فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۰. باوریان بهروز - متخصص اطفال - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۴۱. فرسار احمد رضا - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۲. ایمان زاده فرید - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۳. مظفری - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - ۲۲۲۲۰۲۵۴
۴۴. البرزی عبدالوهاب - فوق تخصص عفونی کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
۴۵. کدیور محمد رحیم - فوق تخصص عفونی کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
۴۶. کریمی عبدالله - فوق تخصص عفونی کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۷. حسنی حمیدرضا - فوق تخصص مراقبتهای ویژه کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
۴۸. کاظمیان محمد - فوق تخصص نوزادان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۴۹. شیوا فریده - متخصص کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
۵۰. خانم دکتر مینا مینایی - دکترای تغذیه - کارشناس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۱. مطلق دکتر محمد اسماعیل - متخصص کودکان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز
۵۲. ابوالقاسمی دکتر ناریا - MD-MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۳. خوش نواز عاطفه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت،

- درمان و آموزش پزشکی
۵۴. علایی دکتر شهناز - MD-MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۵. بخشنده مرضیه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۶. قدمی شیلا - کارشناس مامایی - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۷. خوشنویس دکتر نسرين - MD-MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۸. زارع پروین - کارشناس ارشد مامایی - MPH - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵۹. میرسید علیان منیرالسادات - کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - کارشناس اداره کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۰. تشکری نغمه - کارشناس علوم تغذیه - کارشناس اداره سلامت کودکان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اعضاء هیئت علمی که در تدوین همکاری داشته اند:

با تشکر از کارشناسان اداره سلامت کودکان - کارشناسان گروه تدوین