

ویژه پزشک

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال

۲ ماهه تا ۵ ساله

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک

بررسی علائم خطر فوری

- قبل از شروع درمان کودک، او 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.
- در ابتدای هر شیفت و در فواصل منظم، کلیه کودکان را از نظر علائم خطر فوری بررسی کنید و در صورت داشتن هر یک از علائم خطر فوری، سریعاً کودک را خارج از نوبت به پزشک معرفی نمایید.

علائم اورژانسی را به محض ورود کودک قبل از توزین و ثبت ارزیابی کنید

درمان کنید

ارزیابی کنید

<ul style="list-style-type: none"> • خفیف: کودک سرفه دارد و صدای تنفسی شنیده می شود، مداخله نکنید و اجازه دهید کودک سرفه کند. • شدید: کودک سرفه نمی کند، صداهای تنفسی شنیده نمی شود و قادر به تنفس موثر نیست. (چارت شماره ۲ صفحه ۲). 	<p>آسپیراسیون جسم خارجی وجود دارد</p>
<ul style="list-style-type: none"> • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ صفحه ۱) • اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۳) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید. 	<p>آسپیراسیون جسم خارجی وجود ندارد</p>

۱ - راه هوایی / تنفس

* در صورت وجود هر یک از علائم

- فقدان تنفس
- سیانوز مرکزی
- دیسترس تنفسی شدید

۲ - قلب و جریان خون

* در صورت وجود هر یک از علائم

- انتهاهای سرد همراه با؛
- پرشدگی مویرگی طولانی تر از ۲ ثانیه
 - نبض ضعیف و تند
 - لکه لکه شدن پوست (mottling)
 - رنگ پریدگی

۳ - کما** یا تشنج

* در صورت وجود هر یک از علائم

- کما
- در حال تشنج

<ul style="list-style-type: none"> • هر گونه خونریزی را متوقف کنید. (بوکلت، بخش سوانح و حوادث صفحه ۳) • اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۳) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید. • برای کودک رگ گرفته، تجویز مایعات را سریعاً آغاز کنید. (چارت شماره ۵ صفحه ۵) • اگر دسترسی به وریدهای محیطی امکان پذیر نیست، تزریق را از طریق داخل استخوانی انجام دهید. • در صورتی که تزریق داخل وریدی یا داخل استخوانی ممکن نیست از لوله معده (NGT) استفاده کنید. 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ صفحه ۱) • اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۳) • کودک در حالت کما را در وضعیت مناسب قرار دهید (در صورت وقفه کامل تنفسی یا تنفس منقطع (Gaspings) به چارت شماره ۱ صفحه ۱ و در صورت داشتن تنفس موثر به چارت شماره ۴ صفحه مراجعه کنید). • اگر کودک در حال تشنج است، کودک را به پهلو چپ بخوابانید، دیاپام به صورت رکتال یا وریدی بدهید. (چارت شماره ۷ صفحه ۷) • گلوکز وریدی بدهید. (چارت شماره ۸ صفحه ۸) 	
---	--

* در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق، بعد از انجام اقدامات بالا و تثبیت علائم حیاتی، کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید. در صورتی که فاصله تا مرکز درمانی بیش از یک ساعت باشد اولین آنتی بیوتیک را تزریق کنید.
** کما: در صورتی که کودک تنها به تحریک دردناک پاسخ می دهد (pain) یا هیچ پاسخی به تحریکات ندارد (unconscious)، کما محسوب می گردد. (به طبقه بندی AVPU در راهنما مراجعه شود).

ارزیابی کنید

از مادر در مورد مشکل شیرخوار سوال کنید.

- مشخص کنید اولین مراجعه کودک است یا برای پیگیری آمده است.
- اگر برای پیگیری آمده به قسمت پیگیری (کودک ۲ ماه تا ۵ سال) مراجعه نمائید.
- اگر اولین مراجعه است کودک را به ترتیب زیر ارزیابی کنید:

فرایند ارزیابی و طبقه بندی علائم و نشانه های خطر در کودک بیمار

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تجویز نمایید. (چارت شماره ۹) • درمان برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون انجام شود. (چارت شماره ۸ صفحه) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید. سپس کودک را فوراً انتقال دهید. • در صورت عدم امکان انتقال به راهنمای بوکلت (صفحه؟؟؟) مراجعه کنید. 	بیماری خیلی شدید	در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه ها

طبقه بندی کنید

سوال کنید:

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

نگاه کنید:

- آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هوشیاری دارد؟

*عدم هوشیاری: در صورتی که کودک تنها با صدا زدن اسم و یا به صدای بلند پاسخ می دهد (verbal) عدم هوشیاری محسوب می شود. (به طبقه بندی AVPU در راهنما مراجعه شود).

در صورت مشاهده هر یک از علائم و نشانه های خطر، کودک نیاز به توجه فوری داشته، ارزیابی کنید، درمان قبل از ارجاع را انجام داده (آنتی بیوتیک عضلانی مناسب، پیشگیری از پایین آمدن قند خون، گرم نگه داشتن کودک) و فوراً انتقال دهید.

- چنانچه کودک بیمار، ابتلاء قطعی به ایدز دارد یا از مادر مبتلا به ایدز متولد شده است، جهت اطلاع از چگونگی درمان و پیگیری به راهنما (صفحه) مراجعه کنید.
- در صورتی که کودک دچار نقص سیستم ایمنی می باشد و یا از داروهای مهارکننده سیستم ایمنی استفاده می کند، پس از انجام درمان قبل از ارجاع (آنتی بیوتیک عضلانی مناسب، پیشگیری از پایین آمدن قند خون، گرم نگه داشتن کودک) به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

اگر بله:

• برای چه مدتی؟

مشاهده و بررسی کنید:*

- شمارش تعداد تنفس را در یک دقیقه
- توکشیده شدن قفسه سینه
- شنیدن استریدور
- شنیدن ویزینگ
- شنیدن کراکل (رال) واضح
- باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی (nasal flaring)
- ناله (Grunting)

کودک باید آرام باشد

طبقه بندی کنید

• در صورت وجود ویزینگ و یکی از علائم تنفس تند یا تو کشیده شدن قفسه سینه، از داروی گشادکننده برونش استنشاقی سریع الاثر تا سه نوبت به فاصله ۲۰-۱۵ دقیقه استفاده کنید. سپس کودک را مجدداً ارزیابی و بیماری او را طبقه بندی کنید.

کودک:

تنفس تند:

۲ ماهه تا ۱۲ ماهه ۵۰ بار در دقیقه یا بیشتر
۱۲ ماهه تا ۵ سال ۴۰ بار در دقیقه یا بیشتر

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر یا • استریدور در کودک آرام • تنفس خیلی تند (بیش از ۷۰ در دقیقه) 	<ul style="list-style-type: none"> • پنومونی شدید یا • بیماری خیلی شدید 	<ul style="list-style-type: none"> • اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید. • کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید.**
<ul style="list-style-type: none"> • تو کشیده شدن قفسه سینه یا • تنفس تند 	پنومونی	<ul style="list-style-type: none"> • برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید.*** • در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی گشادکننده برونش استنشاقی به مدت ۵ روز بدهید.*** • سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید. (صفحه ۲۵) • در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را جهت بررسی احتمال سایر بیماریها مثل آسم و سل (جداول ۱۲ و ۱۴ صفحه ۱۴ و ۱۵) جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (صفحه ۴۲) • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری خیلی شدید ندارد 	سرفه یا سرماخوردگی	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی گشادکننده برونش استنشاقی به مدت ۵ روز بدهید. • سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید. (صفحه ۲۵) • در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را جهت بررسی احتمال سایر بیماریها مثل آسم و سل (جداول ۱۲ و ۱۴ صفحه ۱۴ و ۱۵) جهت ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (صفحه ۴۲) • اگر بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.

* چنانچه پالس اکس متر در دسترس می باشد، اشباع اکسیژن را اندازه گیری کنید؛ اگر از ۹۰٪ پایین تر است، کودک را انتقال دهید.
** اگر ارجاع امکان پذیر نیست، جهت درمان کودک، به صفحه مراجعه نمایید.
*** چنانچه تنفس تند بدون تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، می توان آموکسی سیلین خوراکی به مدت ۳ روز تجویز نمود.
**** سالبوتامول خوراکی توصیه نمی شود مگر در مواردی که سالبوتامول استنشاقی مطلقاً موجود نباشد.

آیا کودک اسهال دارد؟

اگر بله سوال کنید:

برای چه مدتی؟
آیا در مدفوع خون وجود دارد؟

بررسی کنید:

- **حال عمومی کودک؛**
- کاهش سطح هوشیاری یا خواب آلودگی غیرعادی
- بیقراری و تحریک پذیری
- فرو رفتگی چشم ها
- **به کودک مایعات بدهید؛**
- عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن
- تشنه است و با ولع می نوشد
- **پوست شکم را بین دو انگشت بفشارید؛**
- خیلی آهسته به حالت طبیعی بر می گردد (بیش از ۲ ثانیه)
- آهسته به حالت طبیعی بر می گردد.

طبقه بندی کنید

اسهال حاد
کمتر از ۱۴ روز
(کم آبی)

اسهال پایدار
۱۴ روز یا بیشتر

وجود خون
در مدفوع

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<p>۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری • فرورفتگی چشم ها • عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن • در نیشگون پوستی، پوست خیلی آهسته به حال طبیعی برمی گردد 	کم آبی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد، فوراً او را همراه مادرش به نزدیک ترین بیمارستان انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او.آر.اس جرعه جرعه به او بخورائید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار نمی گیرد، برای درمان کم آبی، مایعات را طبق برنامه درمانی (ج) بدهید. (صفحه) • اگر سن کودک ۲ سال یا بیشتر است و وبا شیوع دارد، آنتی بیوتیک مناسب برای وبا بدهید. (صفحه)
<p>۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیقراری و تحریک پذیری • فرورفتگی چشم ها • تشنه است و با ولع می نوشد • در نیشگون پوستی، پوست آهسته به حال طبیعی برمی گردد. 	کم آبی نسبی	<ul style="list-style-type: none"> • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد، فوراً او را همراه مادرش به نزدیک ترین بیمارستان انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او.آر.اس جرعه جرعه به او بخورائید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • برای درمان کم آبی، مایعات، روی و غذا را طبق درمان گروه (ب) بدهید. (صفحه) • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (صفحه ۴۲) • در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های کافی برای طبقه بندی کم آبی شدید و نسبی را ندارد 	کم آبی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • برای درمان اسهال در منزل مایعات، روی و غذا را طبق گروه (الف) بدهید. (صفحه) • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (صفحه ۴۲) • اگر کودک بهبود پیدا نکرد ۵ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • کم آبی دارد یا سن کمتر از ۴ ماه 	اسهال پایدار شدید	<ul style="list-style-type: none"> • کودک را به بیمارستان انتقال دهید. • کم آبی را قبل از انتقال درمان کنید. • درمان کم آبی را طبق طبقه بندی کم آبی شروع کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • کم آبی ندارد 	اسهال پایدار	<ul style="list-style-type: none"> • به مادر در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار (صفحه ۲۴) توصیه کنید. • مولتی ویتامین و مینرال شامل روی به مدت ۴ روز تجویز شود. • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • خون در مدفوع 	اسهال خونی	<ul style="list-style-type: none"> • کم آبی را درمان کنید. (صفحه) • در صورت شک به انواژیناسیون، کودک را به نزدیک ترین بیمارستان انتقال دهید. • برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. (صفحه) • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه نماید.

آیا کودک تب دارد؟

سؤال کنید:

- برای چه مدتی؟
- آیا بیشتر از ۷ روز؟
- هر روز تب کرده است؟
- آیا در منطقه ی مالاریا خیز زندگی می کند؟

معاینه کنید:

- درجه حرارت بیمار (زیر بغل) را اندازه گیری کنید.*
- سفتی گردن
- نشانه های موضعی**
- بثورات پوستی
- پتشی، پورپورا
- فوتتائل برآمده

طبقه بندی کنید

تب کمتر از ۷ روز

تب بیشتر از ۷ روز

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<p>در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر یا هر یک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سفتی گردن • پتشی، پورپورا • فوتتائل برآمده 	بیماری تب دار خیلی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید (صفحه) سپس بیمار را فوراً انتقال دهید. • برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید. (چارت شماره) • در صورت تب بالای ۳۸/۵ درجه، یک نوبت استامینوفن بدهید. (چارت شماره) *در مناطق با خطر بالای مالاریا به (صفحه) مراجعه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • داشتن علائم و نشانه های موضعی یا • بثورات پوستی 	بیماری تب دار با علائم موضعی	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب بالای ۳۸/۵ درجه، یک نوبت استامینوفن بدهید. (چارت شماره) • در صورت داشتن علائم موضعی، طبق (جدول ۱۶) بیشتر ارزیابی کنید. • در صورت داشتن بثورات پوستی، طبق (جدول ۱۷) بیشتر ارزیابی کنید.
هیچ یک از علائم و نشانه های فوق را ندارد	بیماری تب دار بدون علائم موضعی	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب بالای ۳۸/۵ درجه، یک نوبت استامینوفن بدهید. (چارت شماره) • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (چارت شماره) • در صورت داشتن تب بیش از ۳ روز، بیشتر ارزیابی کنید. (جدول شماره ۱۵ صفحه ۱۶) • به مادر توصیه کنید در صورت تداوم تب، ۲ روز بعد مراجعه کند.
• تب بیشتر از هفت روز	تب طول کشیده	<ul style="list-style-type: none"> • اگر تب بیش از ۷ روز و هر روز ادامه داشت، برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید. (جدول ۱۸ صفحه ۱۷)

* از طریق تاریخچه، احساس داغی یا درجه حرارت بیشتر از ۳۷/۵ درجه زیر بغلی

** نشانه های موضعی در معاینه: حساسیت موضعی، زخم دهانی، امتناع از حرکت اندام، درد استخوان، درد، تورم و قرمزی در مفاصل و اندام ها، درد در سینوس ها، گرمی و تورم پوستی، درد زیر شکم یا درد هنگام ادرار کردن در کودکان بزرگ تر

آیا کودک ناراحتی گوش دارد؟

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • خروج چرک از گوش دیده می شود و ترشح چرکی به مدت کمتر از ۱۴ روز دارد یا • درد گوش دارد و یکی از علائم زیر را در معاینه ی پرده گوش دارد: <ul style="list-style-type: none"> - قرمزی - برآمدگی - سطح مایع هوا 	عفونت حاد گوش	<p>در شیرخواران کمتر از ۲ سال:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک بدهید. • برای تسکین درد استامینوفن بدهید. • در صورت وجود ترشح، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی تب، درد و بیقراری، پس از ۲ روز مراجعه کند. <p>در کودکان بالاتر از ۲ سال:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر خروج چرک از گوش، تب شدید (بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی) یا درد شدید گوش ندارد، بیمار کنترل و در صورت عدم بهبودی پس از ۲ روز، آنتی بیوتیک خوراکی مطابق کودکان زیر ۲ سال داده شود. • در صورت وجود هر یک از علائم فوق، درمان آنتی بیوتیکی و سایر اقدامات، مطابق شیرخواران کمتر از ۲ سال می باشد.
<ul style="list-style-type: none"> • خروج چرک از گوش دیده می شود و ترشح چرکی به مدت ۱۴ روز یا بیشتر دارد. 	عفونت مزمن گوش	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود ترشح گوش، بیش از ۴ هفته، کودک را به مرکز تخصصی ارجاع دهید. • به مادر آموزش دهید مراقب عدم ورود آب به گوش کودک باشد. • درمان با قطره کینولون یا سیپروفلوکساسین برای ۱۴ روز پس از بهبودی، جهت ویزیت مجدد دو هفته بعد از اتمام درمان مراجعه نماید. • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • هیچ نشانه ای از موارد فوق را ندارد 	عفونت گوش وجود ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • هیچ درمانی نیاز نیست.

طبقه بندی کنید

- اگر بله، سوال کنید:**
- آیا درد گوش وجود دارد؟
 - آیا از گوش ترشح خارج می شود؟
 - اگر بله برای چه مدتی؟
 - آیا کودک تب دارد؟
 - آیا کودک بیقراری می کند؟
- معاینه کنید:**
- گوش را از نظر خروج چرک
 - پرده گوش را از نظر:
 - رنگ
 - برآمدگی
 - سطح مایع هوا
 - از نظر وجود تورم دردناک پشت گوش
 - اندازه گیری دمای زیر بغل

آیا کودک (۲ سال به بالا) گلو درد دارد؟ (آیا کودک زمان غذا خوردن مشکل دارد؟)

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • تب و یکی از نشانه های زیر را داشته باشد (و هیچ یک از علائم عفونت ویرال را نداشته باشد): - آگزودا در حلق - لنفادنوپاتی قدامی گردن - قرمزی منتشر لوزه ها با نقاط پتشی روی کام نرم 	گلودرد استرپتوکوکی دارد	<ul style="list-style-type: none"> • یک نوبت بنزاتین پنی سیلین عضلانی تزریق کنید: ۶۰۰,۰۰۰ واحد: در صورتی که کودک کمتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. • ۱,۲۰۰,۰۰۰ واحد: در صورتی که کودک بیشتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. • در تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد.
<ul style="list-style-type: none"> • دو تا از نشانه های زیر را داشته باشد: <ul style="list-style-type: none"> - آبریزش بینی - قرمزی چشم - سرفه - خشونت صدا - عطسه 	گلودرد استرپتوکوکی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (صفحه ۸).

طبقه بندی کنید

- اگر بله، سوال کنید:**
- آیا کودک تب دارد؟
 - آیا کودک آبریزش بینی دارد؟
 - آیا کودک سرفه می کند؟
 - آیا قرمزی چشم دارد؟
 - آیا عطسه می کند؟
 - آیا بثورات جلدی دارد؟
 - آیا خشونت صدا دارد؟
- نگاه کنید، لمس کنید:**
- حلق را از نظر قرمزی، پتشی و آگزودا نگاه کنید.
 - گردن را از نظر لنفادنوپاتی لمس کنید.
 - دمای بدن کودک را اندازه گیری کنید.

اختلال رشد (وزن برای سن)

۲ ماهه تا ۵ ساله

منحنی وزن برای سن کودک را رسم کنید.

* این طبقه‌بندی‌ها مواردی است که در بسته خدمت غیر پزشک آمده است. پزشک فقط در مواردی که ویزیت کودک به هر دلیل از چرخه ارجاع تبعیت نمی‌کند باید به این طبقه‌بندی‌ها و اقدامات مرتبط مراجعه کند.

** منظور از بیماری همراه مواردی بجز بیماری‌های ساده ای از قبیل سرماخوردگی یا فارنژیت ساده ای است که به صورت سرپایی درمان شده و طی چند روز بعدی کودک بهبود می‌یابد..

*** U/A - CBC - Ca - P - U/C - FBS - Na - K - Cr - BUN - S/E_{x3} - الکلین فسفاتاز ودر صورت امکان بررسی سلیاک (Serum IgA, IgA anti-tTG).

**** کلیه پیگیری‌ها توسط غیر پزشک تیم سلامت انجام می‌شود. در صورت اختلال در وزن گیری پس از ۱ دور ه پیگیری، در صورت لزوم با کارشناس تغذیه مشاوره شود و جهت ارجاع کودک به مرکز تخصصی تصمیم گیری کنید. اما در صورت وزن گیری مطلوب، توصیه‌های تغذیه‌ای ارائه شده ادامه یافته و براساس جدول توالی پیگیری، پیگیری کودک تا رفع کم وزنی، ادامه یابد.

کلیه کودکانی که از نظر ابتلا به اختلال رشد بررسی می‌شوند باید از نظر ابتلا به سوء تغذیه (صفحه) نیز ارزیابی شوند.

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
کمتر از score -۳	کم‌وزنی شدید (Severely Underweight)	در صورت وجود هریک از وضعیت های زیر پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک ارجاع دهید. <ul style="list-style-type: none"> • وضعیت وزن برای قد زیر -۳ score Z (لاغری شدید) باشد. • ادم دوطرفه در پاها وجود داشته باشد. • دور میانه بازو (MUAC) کمتر از ۱۱۵ میلی‌متر باشد. • بیماری همراه* وجود داشته باشد. - در صورت عدم وجود هریک از وضعیت های فوق - ضمن اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی کامل وضعیت مصرف غذای کودک را ارزیابی نموده، آزمایش های اولیه را درخواست نمایید - در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش‌های اولیه و یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید. - در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، به کارشناس تغذیه (در صورت وجود) ارجاع داده، توصیه های تغذیه ای را انجام داده و سپس پیگیری نمایید.
مساوی score -۳ تا کمتر از -۲ score	کم وزنی متوسط (Underweight)	<ul style="list-style-type: none"> • ضمن اخذ شرح حال ، وضعیت مصرف غذای کودک را ارزیابی نموده، آزمایش‌های اولیه را درخواست نمایید. • معاینه فیزیکی کامل: - در صورت وجود بیماری درمان مناسب انجام شود. - در صورت عدم وجود بیماری آزمایش‌های اولیه درخواست شود*** - در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش‌ها یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع داده شود. - در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها، توصیه‌های تغذیه‌ای کم وزنی ارائه شود (در نوزادان نارس توصیه‌های تغذیه‌ای نوزادان نارس ارائه شود) و سپس پیگیری**** - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد - ۲ ماه تا یک سال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: یک ماه بعد
بیشتر از score +۱	احتمال اضافه وزن*	- مراجعه به منحنی وزن برای قد
<ul style="list-style-type: none"> • مساوی score -۲ تا مساوی score +۱ و • روند رشد نامعلوم یا • روند رشد متوقف شده یا • روند رشد نزولی (روند رشد دور از میانه) 	احتمال کم وزنی *	- مراجعه به منحنی وزن برای قد - ادامه مراقبت‌های روتین - توصیه‌های تغذیه‌ای کم وزنی - پی گیری بر اساس جدول توالی**** - زیر ۲ ماه: ۱۰ روز بعد - ۲ ماه تا یک سال: ۲ هفته بعد - بالای یک سال: یک ماه بعد
<ul style="list-style-type: none"> • مساوی score -۲ تا مساوی score +۱ و • روند رشد به موازات یا • روند رشد به سمت میانه 	طبیعی *	- ادامه مراقبت‌های روتین - توصیه‌های تغذیه ای مربوط به گروه سنی داده شود

منحنی قد برای سن کودک را رسم کنید.

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
کمتر از $-3Z$ score	کوتاه قدی شدید Severely (stunted)	• ارجاع همزمان به متخصص کودکان (بررسی ژنتیک) و متخصص تغذیه / کارشناس تغذیه
بیشتر از $+3Z$ score	خیلی بلند قد	• در صورت شک به وجود مشکل ارجاع به متخصص کودکان
مساوی $-2Z$ score تا کمتر از $-2Z$ score	کوتاه قدی Stunted	<ul style="list-style-type: none"> • معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود علائم سیستمیک • ارجاع به متخصص کودکان در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی • مشاوره تغذیه توسط کارشناس تغذیه • در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی پیگیری* طبق توالی: <ul style="list-style-type: none"> - کوچکتر از ۶ ماه: هر ماه - ۶ تا ۱۲ ماه: هر ۲ ماه - بزرگتر از ۱ سال: هر ۳ ماه • پس از پی گیری یک دوره به کودک فرصت داده شود. در کودکان کوچکتر از ۱ سال برای تصمیم گیری حداقل یک دوره ۳ ماهه و برای کودکان بزرگتر از ۱ سال حداقل یک دوره ۳ ماهه زمان لازم است.
مساوی $-2Z$ score تا مساوی $+3Z$ score و - روند رشد نامعلوم یا - روند رشد متوقف شده یا - روند رشد غیر صعودی	احتمال مشکل قد	<ul style="list-style-type: none"> • ادامه مراقبت‌های روتین - توصیه‌های تغذیه‌ای • پی گیری: <ul style="list-style-type: none"> - کوچکتر از ۶ ماه: هر ماه - ۶ تا ۱۲ ماه: هر ۲ ماه - بزرگتر از ۱ سال: هر ۳ ماه
مساوی $-2Z$ score تا مساوی $+3Z$ score و - روند رشد به موازات میانه یا - روند رشد به سمت میانه	طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> • ادامه مراقبت‌های روتین - توصیه‌های تغذیه‌ای مربوط به گروه سنی داده شود

کلیه پیگیری‌ها توسط غیرپزشک تیم سلامت انجام می شود.

ارزیابی بیشتر عبارت است از: شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تأخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه‌ی فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی (K,Na, FBS), T4, TSH, TVU, BUN, Cr, S/E(3), U/A, U/C, ESR, CBC, P, ca, و آلکالن فسفاتاز (و سن استخوانی) در صورت عدم دسترسی به انجام تست‌های تیروئید در شیرخواران کوچک تر از ۳ ماه، رادیوگرافی زانو برای بررسی هپئوتیروئیدی و پس از آن، رادیوگرافی روبروی مچ، کف و انگشتان دست چپ از نظر سن استخوانی درخواست می‌شود.

منحنی وزن برای قد ایستاده/ خوابیده و نمایه ی توده بدن برای سن کودک را رسم کنید.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
پایین $-3zscore$	چاق (obese)	ارجاع به متخصص کودکان
کمتر از $-3zscore$ یا ادم دوطرفه گوده گذار پا یا $MUAC < 115 mm$	لاغری شدید (Severely wasted) یا سوء تغذیه حاد شدید	<ul style="list-style-type: none"> پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، ارجاع به بیمارستان برای تکمیل اقدامات تشخیصی و درمانی
مساوی $-3zscore$ تا کمتر از $-2score$ یا $115mm \geq MUAC < 125mm$	لاغری (Wasted) یا سوء تغذیه حاد متوسط	<ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود بیماری همراه یا ادم یا دور میانه بازو (MUAC) کمتر از ۱۱۵ میلی متر، ارجاع به متخصص کودکان در صورت عدم وجود هر یک از وضعیت های فوق ضمن اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی کامل وضعیت مصرف غذای کودک را ارزیابی نموده، آزمایش های اولیه را درخواست نمایید. در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش های اولیه و یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها، ضمن ارائه توصیه های تغذیه ای برای تکمیل مشاوره و توصیه های تغذیه ای به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. پی گیری کودک باید براساس جدول توالی سنی پی گیری *** انجام شود. در صورت عدم بهبود در یک دوره ی پی گیری انجام شده، ارجاع به متخصص کودکان
بیشتر از $+1zscore$ تا مساوی $+2zscore$	احتمال خطر اضافه وزن***	<ul style="list-style-type: none"> بررسی وضعیت تغذیه ای کودک و خانواده، معاینه فیزیکی و توصیه های تغذیه ای، براساس جدول توالی سنی پی گیری*** کنید. کوچک تر از ۶ ماه: هر ماه ۶ تا ۱۲ ماه: هر ۲ ماه بزرگ تر از ۱ سال: هر ۳ ماه
بیشتر از $+2zscore$ تا مساوی $+3zscore$	اضافه وزن (Overweight)	<ul style="list-style-type: none"> شرح حال کامل به ویژه شرح حال تغذیه ای بگیرید. انجام معاینه فیزیکی کامل و بررسی از نظر وجود بیماری - در صورت وجود بیماری و یا هر گونه مورد غیرطبیعی در معاینه فیزیکی و یا غیر طبیعی بودن هر یک از موارد فوق، ارجاع کودک به متخصص کودکان در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی: شرح حال تغذیه ای کامل از کودک گرفته شود و آزمایش های اولیه درخواست شود. در صورت غیر طبیعی بودن آزمایش ها به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها توصیه ها و برنامه تغذیه ای مناسب (توصیه های تغذیه ای کودک با اضافه وزن) را به خانواده آموزش دهید. در صورت لزوم با کارشناس تغذیه مشاوره نموده و براساس جدول توالی سنی پی گیری*** کنید. در صورت بهبود، دستورات داده شده ادامه یافته و پی گیری تا زمان رفع مشکل اضافه وزن ادامه یابد. در صورت ادامه روند رشد به سمت افزایش وزن پس از یک دوره پی گیری، برای ارزیابی بیشتر به پزشک متخصص کودکان ارجاع دهید.
مساوی $-2zscore$ تا مساوی $+1zscore$	طبیعی	ادامه مراقبت های روتین

واکسیناسیون / سایر مشکلات

کنترل وضعیت واکسیناسیون کودک:	۱۲ ماهگی	MMR	۱۸ ماهگی	۴ ماهگی	۶ ماهگی
ب.ث.ژ - هپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی	۱۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - سه گانه	۱۸ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه *	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه
ب.ث.ژ - هپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی	۱۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - سه گانه	۱۸ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه *	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه
ب.ث.ژ - هپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی	۱۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - سه گانه	۱۸ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه *	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه

* واکسن پنج گانه شامل دیفتری، کزاز، سیاه سرفه، هپاتیت ب و هموفیلوس آنفلوانزا (تیپ ب) می باشد. پس از آخرین نوبت واکسن سه گانه، هر ۱۰ سال یک بار واکسن دوگانه بزرگسالان باید تزریق شود.

ارزیابی سایر مشکلات: در صورت عدم توانایی در ارزیابی و درمان مشکل، به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

قطره A+D یا مولتی ویتامین	از روز سوم تا پنجم تولد همزمان با غربالگری هیپو تیروئیدی نوزادان تا ۶ ماه، فقط قطره A+D از ۶ ماه به بعد تا پایان ۲ سالگی قطره A+D یا مولتی ویتامین معادل ۱ سی سی روزانه
قطره آهن	<ul style="list-style-type: none"> شیرخوار با وزن تولد کمتر از ۲kg، از ۱ ماهگی به شرطی که تغذیه کامل خوراکی را تحمل کند به میزان ۲-۳mg/k/day شیرخوار با وزن بالای ۲kg از پایان ۶ ماهگی همزمان با شروع تغذیه تکمیلی تا پایان ۲ سالگی ۱mg/kg/day حداکثر ۱۵mg آهن المنتال در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره آهن روزانه

کنترل مصرف مکمل های دارویی:

۲ ماهه تا ۵ ساله

تشخیص های افتراقی

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	<ul style="list-style-type: none"> • Lp مثبت • در شرایطی که LP امکان پذیر نباشد، سفتی گردن یا برآمدگی فونتانل • راش های پوستی به صورت پتشی (که فقط در مننژیت مننگوکوکی دیده می شود) 	<p>اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
تشنج ناشی از تب (معمولاً علت عدم هوشیاری نمی باشد)	<ul style="list-style-type: none"> • حملات قبلی تشنج های کوتاه به دنبال تب • برگشت هوشیاری بلافاصله پس از قطع تشنج • تب بالا • سن بین ۶ ماه تا ۵ سال • گسترش لام خون محیطی طبیعی از نظر مالاریا (در مناطق مالاریا خیز) 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
هیپوگلیسمی (همیشه باید به دنبال علت آن گشت)	<ul style="list-style-type: none"> • پایین بودن میزان قند خون که به درمان با گلوکز پاسخ می دهد. 	<p>گلوکز وریدی بدهید. (چارت شماره ۸، صفحه ۲۲) سپس به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
گلوومرولونفریت حاد با انسفالوپاتی	<ul style="list-style-type: none"> • افزایش فشار خون • تورم صورت یا ادم محیطی • وجود خون، پروتئین یا cast گلبول قرمز در ادرار 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
کتوا سیدوز دیابتی	<ul style="list-style-type: none"> • قند خون بالا • سابقه پرنوشی و پرادراری و پرخوری • تنفس های اسیدوتیک (عمیق و سخت) 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
مسمومیت ها	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه مصرف داروها یا مواد مخدر • سابقه تماس با سموم یا مواد شیمیایی 	<p>بر حسب نوع آن، اقدام قبل از ارجاع را انجام دهید و فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
ترومای سر	<ul style="list-style-type: none"> • وجود علائم یا ذکر سابقه ضربه به سر 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
شوک (شوک می تواند ایجاد خواب آلودگی یا عدم هوشیاری کند و معمولاً موجب تشنج نمی شود)	<ul style="list-style-type: none"> • علائم شوک • راش های پوستی به صورت پتشی • علائم دهیدراتاسیون شدید 	<p>برای کودک رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید. (چارت شماره ۵، صفحه ۲۲) سپس به بیمارستان ارجاع دهید.</p>

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

جدول ۱۲- تشخیص های افتراقی سرفه یا تنفس مشکل همراه ویزینگ:

فیروز کیستیک (CF)

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
پنومونی	<ul style="list-style-type: none"> سرفه همراه با تنفس تند رال های خشن در سمع ریه توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه، پرش پره های بینی 	به صفحه ۵ مراجعه کنید.
مالاریا	<ul style="list-style-type: none"> تنفس تند در کودک تب دار پارازیتمی بالا در اسمیر خون محیطی زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز در مورد مالاریای شدید تنفس عمیق (اسیدوتیک) / توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه پاک بودن ریه در سمع 	به صفحه ۲۸ مراجعه کنید.
آنمی شدید	<ul style="list-style-type: none"> رنگ پریدگی شدید کف دست هموگلوبین زیر ۶ گرم در دسی لیتر 	به صفحه ۲۸ مراجعه کنید.
نارسایی قلبی	<ul style="list-style-type: none"> سوفل قلبی - ریتم گالوپ افزایش فشار ورید جوگولار رال های fine در قاعده ریه ها تغییر محل ضربه apex کبد بزرگ قابل لمس 	به بیمارستان ارجاع دهید.
سل	<ul style="list-style-type: none"> اختلال رشد - wasting یا کاهش وزن سابقه تماس با فرد مبتلا به سل وجود علائم رادیو گرافیک در CXR به صورت کمپلکس اولیه یا سل ارزنی 	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
سیاه سرفه	<ul style="list-style-type: none"> حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند، استفراغ سیانوز و آپنه فقدان تب فقدان تاریخچه تزریق واکسن سه گانه 	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> وجود سابقه حالت خفگی ناگهانی بروز ناگهانی استریدور و یا دیسترس تنفسی وجود مناطق فوکال ویز یا کاهش صداهای تنفسی 	به بیمارستان ارجاع دهید.
آمیبیم	<ul style="list-style-type: none"> ماتیته سنگی در دق ریه 	به بیمارستان ارجاع دهید.
پنوموتوراکس	<ul style="list-style-type: none"> بروز ناگهانی صدایی با رزونانس بالا در دق یک طرف ریه شیفت میاستن 	به بیمارستان ارجاع دهید.
آسم	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی پرهوایی ریه در CXR بازدم طولانی، کاهش PFR و کاهش ورود هوا در انسداد شدید هوایی پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش 	به صفحه ۲۷ مراجعه کنید.
برونشیت	<ul style="list-style-type: none"> اولین حمله ویز در کودک زیر ۲ سال وجود ویز در زمان حداکثر شیوع برونشیت های فصلی پرهوایی ریه در رادیوگرافی بازدم طولانی 	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
ویزینگ همراه سرفه یا سرماخوردگی	<ul style="list-style-type: none"> ویزینگ همیشه مرتبط با سرفه و سرماخوردگی فقدان تاریخچه فردی یا فامیلی آسم، آگزما یا تب یونجه بازدم طولانی کاهش ورود هوا و در موارد شدید انسداد راه های هوایی پاسخ خوب به گشادکننده های برونش دارای شدت کمتر نسبت به ویزینگ همراه آسم 	درمان علامتی انجام دهید.
جسم خارجی	<ul style="list-style-type: none"> تاریخچه حالت خفگی یا ویزینگ ناگهانی ویزینگ یک طرفه Air trapping و شیفت میاستن در رادیوگرافی و رزونانس بالا علائم کلاپس ریه (کاهش ورود هوا و ماتیته در دق) فقدان پاسخ به گشادکننده های برونش 	به بیمارستان ارجاع دهید.
رفلاکس معده به مری (GER) و آنومالی های مادرزادی (TEF)	<ul style="list-style-type: none"> استفراغ هنگام یا بعد از غذا وزن گیری نامناسب / FTT علائم تنفسی (برونکو اسپاسم، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر) 	به بیمارستان ارجاع دهید.
فیروز کیستیک (CF)	<ul style="list-style-type: none"> وزن گیری نامناسب / FTT خلط چرکی، تنفس بدبو کلابینگ انگشتان / پرولاپس رکتوم 	به بیمارستان ارجاع دهید.

جدول ۱۳ - تشخیص های افتراقی استریدور

جدول ۱۴ - تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

تشخیص	یافته های کمکی	درمان	تشخیص	یافته های کمکی	درمان
کروپ ویروسی	• سرفه پارس مانند • دیسترس تنفسی • صدای خشن • در صورت ارتباط با سرخک، وجود علائم سرخک	• به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.	سل	• کاهش وزن، بی اشتها، عرق شبانه • بزرگی کبد و طحال • تب مزمن یا متناوب • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل • علائم دال بر وجود مایع در پلور (ماتیته در دق - کاهش صداهای تنفسی)	• به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
اپیگلوتیت	• تب • بیقراری • دیس پنه • آبریزش از دهان (Drooling) • گرفتگی صدا	• از معاینه گلو و دستکاری کودک بپرهیزید و او را فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.	آسم	• تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی • پرهوایی ریه در CXR • تنفس کوتاه، بازدم طولانی، کاهش PFR • پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش	• به صفحه ۲۷ مراجعه کنید.
دیفتری	• نمای Bull neck مربوط به بزرگی غدد به بیمارستان ارجاع دهید. • لنفای و ادم • قرمزی در گلو • غشای خاکستری در فارینکس • ترشحات خونی بینی • فقدان شواهدی دال بر تزریق واکسن سه گانه	• وجود سابقه خفگی ناگهانی یا بروز ناگهانی استریدور و دیسترس تنفسی • وجود مناطق فوکال ویز یا کاهش صداهای تنفسی	جسم خارجی	• حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند، استفراغ، سیانوز یا آپنه • خونریزی زیر ملتحمه • نبود تاریخچه واکسناسیون سه گانه	• به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• تاریخچه حالت خفگی ناگهانی • دیسترس تنفسی	• وجود عفونت یا احتمال وجود آن در مادر و یا سایر خواهران و برادران • تاریخچه دریافت خون • FTT • برفک دهان، پاروتیدیت مزمن • عفونت پوستی یا هرپس زوستر (عفونت قبلی یا فعلی) • لنفادنوپاتی ژنرالیزه • تب مزمن • اسهال پایدار • کلایینگ انگشتان	محرک های محیطی	• سابقه تماس طولانی با دود سیگار یا مواد آلرژن • سابقه حساسیت (خارش و آبریزش چشم) یا آلرژی در خود یا خانواده	• توصیه به پرهیز از آلرژن و دود.
آنومالی های مادرزادی	• وجود استریدور از زمان تولد	• وجود عفونت یا احتمال وجود آن در مادر و یا سایر خواهران و برادران • تاریخچه دریافت خون • FTT • برفک دهان، پاروتیدیت مزمن • عفونت پوستی یا هرپس زوستر (عفونت قبلی یا فعلی) • لنفادنوپاتی ژنرالیزه • تب مزمن • اسهال پایدار • کلایینگ انگشتان	اختلال ایمنی (HIV)	• وجود عفونت یا احتمال وجود آن در مادر و یا سایر خواهران و برادران • تاریخچه دریافت خون • FTT • برفک دهان، پاروتیدیت مزمن • عفونت پوستی یا هرپس زوستر (عفونت قبلی یا فعلی) • لنفادنوپاتی ژنرالیزه • تب مزمن • اسهال پایدار • کلایینگ انگشتان	• به بیمارستان ارجاع دهید.
سینوزیت	• حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • ترشحات چرکی بینی • سردرد	• تاریخچه ابتلا به سل یا اسپیراسیون جسم خارجی • (وزن گیری نامناسب / FTT) • خلط چرکی، تنفس بدبو • کلایینگ انگشتان / پرولانسی رکتوم	برونشکتازی (CF و...)	• تاریخچه ابتلا به سل یا اسپیراسیون جسم خارجی • (وزن گیری نامناسب / FTT) • خلط چرکی، تنفس بدبو • کلایینگ انگشتان / پرولانسی رکتوم	• به بیمارستان ارجاع دهید.
آبسه ریه	• کاهش صداهای تنفسی در محل آبسه • خوب وزن نگرفتن • تب • نمای تیبیک در رادیوگرافی قفسه سینه	• استفراف هنگام یا بعد از غذا • وزن گیری نامناسب / FTT • علائم تنفسی (برونکواسپام، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر)	آنومی های مادرزادی (GFR)	• استفراف هنگام یا بعد از غذا • وزن گیری نامناسب / FTT • علائم تنفسی (برونکواسپام، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر)	• به بیمارستان ارجاع دهید.

جدول ۱۵ - تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی

جدول ۱۶ - تشخیص های افتراقی تب با علائم موضعی (بدون بثورات پوستی)

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
عفونت دستگاه ادراری	<ul style="list-style-type: none"> حساسیت سوپراپوئیک یا زاویه دنده ای - مهره ای Costo. Vertebral درد یا گریه هنگام دفع ادرار تکرر ادرار بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلا کنترل ادرار داشته است) گلبول سفید و یا تست نیتريت مثبت در آزمایش ادرار 	<ul style="list-style-type: none"> به بیمارستان ارجاع کنید. در صورت عدم امکان ارجاع به صفحه ۱۶ مراجعه کنید.
سپتیمی سمی	<ul style="list-style-type: none"> ناخوشی جدی بدون دلیل واضح پتشی، پورپورا شوک، هیپوترمی در شیرخوار زیر دو ماه 	<ul style="list-style-type: none"> به بیمارستان ارجاع دهید.
تیفوئید	<ul style="list-style-type: none"> ناخوشی جدی بدون دلیل واضح حساسیت در لمس شکم شوگ گیجی 	<ul style="list-style-type: none"> به بیمارستان ارجاع دهید.
مالاریا	<ul style="list-style-type: none"> گسترش لام خون محیطی مثبت کم خونی شدید بزرگی طحال زردی 	<ul style="list-style-type: none"> به صفحه ۲۸ مراجعه کنید.
ایدز	<ul style="list-style-type: none"> علائم عفونت HIV (به جدول ۱۴ در صفحه ۱۵ نگاه کنید) 	<ul style="list-style-type: none"> به بیمارستان ارجاع دهید.

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	<ul style="list-style-type: none"> بیقراری شدید سفتی گردن فونتال بر آمده راش های منگو کوکال (پتشی، پورپورا) 	<p>اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
اوتیت مدیا	<ul style="list-style-type: none"> پرده گوش قرمز در معاینه با اتوسکوپ خروج چرک از گوش درد گوش 	<p>به صفحه ۱۸ مراجعه کنید.</p>
ماستوئیدیت	<ul style="list-style-type: none"> تورم دردناک بالا یا پشت گوش 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
استئومیلیت	<ul style="list-style-type: none"> حساسیت موضعی اندام یا مفصل امتناع از حرکت دادن اندام درگیر عدم تحمل وزن بر روی اندام درگیر 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
آرتریت سپتیک	<ul style="list-style-type: none"> مفصل گرم، حساس و متورم 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
عفونت پوست و بافت نرم	<ul style="list-style-type: none"> سلولیت و پیومیوزیت (عفونت چرکی عضلات) قرمزی، گرمی و تورم یا تاول پوستی 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
لنفادنیت	<ul style="list-style-type: none"> بزرگی همراه با قرمزی، گرمی و حساسیت غده لنفاوی 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
پنومونی	<ul style="list-style-type: none"> سرفه همراه تنفس تند رال های خشن در سمع ریه تو کشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه پرش پره های بینی 	<p>به صفحه ۵ مراجعه کنید</p>
عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی	<ul style="list-style-type: none"> علائم سرفه و سرما خوردگی فقدان علائم سیستمیک 	<p>درمان علامتی کنید</p>
آبسه حلق	<ul style="list-style-type: none"> تریسموس انحراف بافت نرم داخل حلق مشکل بلع و قورت دادن بزاق حساسیت غدد لنفاوی گردن 	<p>به بیمارستان ارجاع دهید.</p>
سینوزیت	<ul style="list-style-type: none"> حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر ترشحات چرکی و بدبو از بینی تب بالا سردرد یک طرفه سن بیشتر از دو سال 	<p>به صفحه ۲۵ مراجعه کنید</p>

جدول ۱۷- تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی

جدول ۱۸- تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
سرخک	<ul style="list-style-type: none"> راش تبییک سرخک سرفه، آبریزش بینی، قرمزی چشم زخم های دهانی 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 بر گردد. 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 مننگو کوکال	<ul style="list-style-type: none"> راش های پتشی یا پورپورا کبودی (Bruising) شوک سفتی گردن (در صورت وجود مننژیت) 	<ul style="list-style-type: none"> به بیمارستان ارجاع دهید اقدامات پیشگیری از این عفونت را انجام دهید.
تب عودکننده (بورلیوزیس)	<ul style="list-style-type: none"> راش پتشی، خونریزی های پوستی زردی کبد و طحال بزرگ و حساس تاریخچه تب عودکننده گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا 	به بیمارستان ارجاع دهید.
مخملک	<ul style="list-style-type: none"> راش ماکولوپولر با افزایش آن در چین های پوستی قرمزی حلق، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی خطوط پاستیا (Pastia Lines) 	<ul style="list-style-type: none"> یک نوبت بنزاتین پنی سسیلین (۳-۳-۶) عضلانی تزریق کنید. برای تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید.
کاوازاکی	<ul style="list-style-type: none"> تب ۵ روز و طولانی تر راش پلی مورف شبیه سرخک، مخملک پر خونی دو طرفه بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی تغییرات لب ها و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) لنفاد نوباتی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه) تغییرات در اندام های محیطی (ادم، اریتم، پوسته ریزی) 	به بیمارستان ارجاع دهید.
تب مالیت (بروسلوز)	<ul style="list-style-type: none"> تب مداوم یا مزمن عود کننده بی حالی درد عضلانی اسکلتی درد قسمت تحتانی کمر یا درد مفصل هیپ بزرگی طحال کم خونی سابقه مصرف شیر نجوشیده و لبنیات غیرپاستوریزه 	<ul style="list-style-type: none"> تشناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)
کالآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	<ul style="list-style-type: none"> کالآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد) 	<ul style="list-style-type: none"> سایتوپنی ضعف، لاغری هپاتواسپلنومگالی

۲ ماهه تا ۵ ساله

درمان

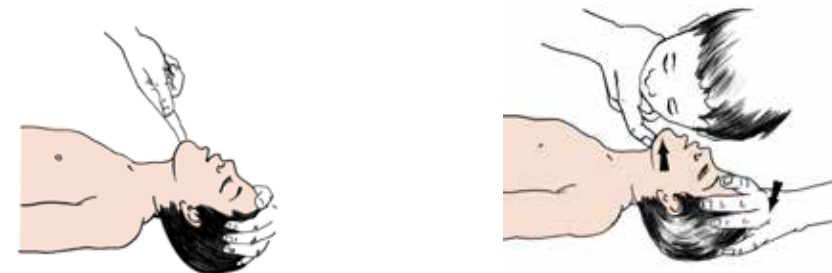
(آسپیراسیون جسم خارجی همراه با دیسترس تنفسی پیش رونده)

در کودک هوشیار

- داخل دهان را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی آن را خارج کنید.
- ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.
- به کودک اجازه دهید در راحت ترین وضعیت قرار گیرد.

در کودک با اختلال هوشیاری

- سر را به صورتی که در شکل نشان داده شده کمی به عقب متمایل کنید.
- 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 تنفس: نگاه کنید، کوش کنید، وضعیت خم شدن برای باز کردن راه هوایی در کودکان بزرگ تر احساس کنید.

مشکوک به ترومای گردن (احتمال صدمه به مهره های گردنی) است

- گردن را همانند آن چه که در چارت شماره ۴ صفحه 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
اگر علیرغم انجام اقدامات فوق، کودک تنفس نداشت
تهویه مصنوعی با بگ و ماسک را شروع کنید.

در شیرخواران زیر یک سال

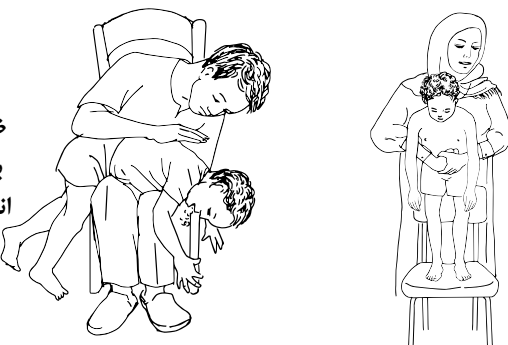
- شیرخوار را روی بازو یا ران خود به گونه ای بخوابانید که سر او به طرف پایین قرار بگیرد.
- با برجستگی کف دست ۵ ضربه به پشت شیرخوار بزنید.
- اگر انسداد همچنان باقی است، شیرخوار را برگردانید و ۵ بار با ۲ انگشت، فشردن قفسه سینه را انجام دهید. (از یک انگشت پایین تر از وسط خط فرضی که نوک دو پستان را به هم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



ضربه زدن به پشت فشردن قفسه سینه

در کودکان بالای یک سال

- در حالی که کودک نشسته، زانو زده یا دراز کشیده است، ۵ ضربه با برجستگی کف دست به پشت کودک بزنید.
- اگر انسداد همچنان باقی است، در پشت کودک قرار بگیرید و دستتان 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).



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

مانور Heimlich

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 با انگشت یا ساکشن جسم را خارج کنید.
- ۲- در صورت عدم موفقیت، مراحل ذکر شده را تکرار کنید.
- ۳- اگر علیرغم انجام اقدامات فوق، بیمار تنفس نداشت یا هوشیار نبود، عملیات احیا را شروع کنید.

چارت ۳ - نحوه دادن اکسیژن

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

لوله بینی (nasal prong)

- شاخه ها را درست در داخل سوراخ بینی قرارداده و با چسب آن را محکم کنید.
- سرعت جریان اکسیژن را ۲-۱ لیتر در دقیقه قرار دهید.
- سرعت جریان اکسیژن از طریق لوله ابتدای بینی را تا ۴ لیتر در دقیقه هم می توان افزایش داد.



ماسک (mask)

- ماسک مناسب را روی صورت کودک به نحوی قرار دهید که بینی و دهان او را بپوشاند.
- ماسک را با استفاده از نوار یا کش در پشت سر ثابت کنید.
- سرعت جریان اکسیژن را ۱۰-۵ لیتر در دقیقه قرار دهید.



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

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، یک دست او را زیر گونه قرار دهید.
- برای ثابت ماندن وضعیت بدن، یک پا 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 یک لیتری ثابت نگه دارید.
- در صورت وجود استفراغ، درحالی که سر را در امتداد بدن نگه داشته اید، کودک را به پهلو بخوابانید.



کودک سوء تغذیه شدید ندارد

- کودک را از نظر سوء تغذیه شدید، بررسی کنید. (برای کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید به چارت شماره ۶ صفحه مراجعه کنید)
- برای کودک رگ بگیریید. (برای انجام آزمایش های اورژانس، خون گیری کنید)
- سرم رینگر لاکتات یا نرمال سالین وصل کنید. مطمئن شوید که انفوزیون به خوبی جریان دارد.
- ۲۰ ml/kg از مایع فوق را با حداکثر سرعت انفوزیون کنید.

سن / وزن	حجم رینگر لاکتات یا نرمال سالین ۲۰ ml/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 دوباره ارزیابی کنید. ◀ اگر بهبودی حاصل نشد، هرچه سریع تر دادن ۲۰ ml/kg را تکرار کنید.
- پس از دومین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید. ◀ اگر بهبودی حاصل نشد، هرچه سریع تر دادن ۲۰ ml/kg را تکرار کنید.
- پس از سومین انفوزیون کودک را به بیمارستان انتقال دهید.

در صورت خونریزی، بهتر است خون کامل یا گلبول های قرمز (Packed cell) تزریق شود.

- پس از بهبودی در هر مرحله (بهبودی سطح هوشیاری، کاهش تعداد نبض و تنفس، قوی تر شدن نبض، برقرار شدن جریان ادرار) یا سومین انفوزیون، کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید و در بین راه حداقل ۴ ml/kg/h (معادل مایع نگهدارنده) از محلول دکستروز سالین وریدی تجویز کنید.

• 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 می تواند موجب بدتر شدن وضعیت کودک شود. کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید.

کودک سوء تغذیه شدید دارد

(هر یک از شاخص های وزن برای سن، قد برای سن و قد برای وزن کودک زیر ۳score باشد) این درمان را فقط برای کودکی که علائم شوک دارد و خواب آلودگی غیرعادی یا عدم هوشیاری دارد اعمال کنید.

- برای کودک رگ بگیریید. (برای انجام آزمایش های اورژانس خون گیری کنید).
- کودک را وزن کنید (یا وزن کودک را تخمین بزنید) تا بتوانید حجم مایعی را که باید دریافت کند محاسبه کنید.
- ۱۵ ml/kg مایع در عرض یک ساعت بدهید. یکی از محلول های زیر را بدهید (به ترتیب اولویت):
- دکستروز سالین
- یا اگر سرم بالا در دسترس نیست، رینگر لاکتات

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

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

اگر علائمی مبنی بر بهبودی مشاهده شد (بهبودی سطح هوشیاری، کاهش تعداد نبض و تنفس، قوی تر شدن نبض، برقرار شدن جریان ادرار):

• در عرض یک ساعت بعدی دادن (۱۵ ml/kg/h) مایع وریدی را تکرار کنید و کودک را انتقال دهید و در صورت عدم امکان انتقال، جبران کم آبی را به صورت خوراکی یا با لوله معده (NGT) به میزان (۱۰ ml/kg/h) تا ۱۰ ساعت ادامه دهید.

• اگر کودک پس از اولین میزان (۱۵ ml/kg/h) مایع وریدی، بهبودی پیدا نکرد، احتمال دهید که کودک دچار شوک سپتیک است. فوراً کودک را انتقال دهید و در بین راه دادن (۴ ml/kg/h) مایع را تکرار کنید.

• در صورت خونریزی بهتر است خون کامل یا گلبول های قرمز (Packed cell) تزریق شود.

در صورت عدم امکان ارجاع:

• درمان آنتی بیوتیک را آغاز کنید.

• 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 می تواند موجب بدتر شدن وضعیت کودک شود. کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید.

دیازپام رکتال بدهید:

- دوز لازم را از آمپول دیازپام به داخل سرنگ انسولین (۱ml) بکشید.
- در صورت امکان، مقدار دارو را بر اساس وزن کودک تعیین کنید. **سپس سوزن را درآورید.**
- 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.

سن / وزن	دیازپام رکتال محلول ۱۰mg/۲ml دوز ۰.۵mg/kg = ۱ml/kg
۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶kg)	۰.۵mg = ۲/۵ml
۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰kg)	۱ml = ۵mg
۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴kg)	۱/۲۵ml = ۶/۲۵mg
۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹kg)	۱/۵ml = ۷/۵mg

- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه ادامه داشت، دوز دوم دیازپام رکتال را بدهید. (یا اگر برای بیمار رگ گرفته اید دیازپام وریدی ۰.۳mg/kg به آهستگی در عرض ۳ دقیقه بدهید).
- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه بعدی نیز ادامه داشت، نوبت سوم دیازپام را به صورت رکتال تجویز کنید (یا فنوباریتال را به میزان ۱۵mg/kg به صورت وریدی یا عضلانی حداقل ظرف ۱۵ دقیقه تزریق نمایید).

اگر کودک تب بالا داشت:

- برای تب بالا (بیشتر از ۳۸.۵ درجه سانتی گراد زیر بغلی) یا گوش درد:
- استامینوفن ۱۰-۱۵ mg/kg/dose هر ۴ تا ۶ ساعت یا
- ایبوپروفن ۵-۱۰ mg/kg/dose هر ۶ تا ۸ ساعت تا قطع تب یا درد گوش تجویز شود.

استامینوفن را هر ۶ ساعت تا قطع تب یا درد گوش تجویز کنید.

گلوکز وریدی بدهید:

- برای کودک رگ بگیرید*. (برای انجام آزمایشات اورژانس خون گیری کنید)
- قند خون را کنترل کنید.
- ۵ml/kg از محلول گلوکز ۱۰٪ را با سرنگ، داخل ورید تزریق کنید.

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

در صورت عدم امکان ارجاع:

- پس از ۳۰ دقیقه دوباره قند خون را کنترل کنید چنانچه با گلوکومتتری کمتر از ۵۰mg/dl بود، تزریق ۵ml/kg محلول گلوکز ۱۰٪ را تکرار کنید.
- پس از اطمینان از هوشیاری کامل کودک، یا حداقل ۶ ساعت پس از اتمام تشنج، تغذیه او را شروع کنید.

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

- ترجیحا سرم قندی ۱۰٪ یا شیر مادر از طریق لوله معده (NGT) بدهید.
- اگر نمی توانید بی درنگ رگ بگیرید و اگر کودک تشنج ندارد، سرم قندی ۱۰٪ یا شیرمادر را از طریق لوله معده (NGT) بدهید.

اقدامات قبل از انتقال:

• آنتی بیوتیک عضلانی را تزریقی کنید:

برای کودکانی که باید انتقال فوری شوند و قادر به خوردن آنتی بیوتیک خوراکی نیستند، اولین نوبت سفتریاکسون را به میزان ۵۰ میلی گرم عضلانی تزریق کنید و فوراً کودک را به بیمارستان انتقال دهید.

• برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید (صفحه)

• از گرم نگه داشتن کودک، اطمینان حاصل کنید.

اگر ارجاع امکان ندارد:

• آنتی بیوتیک عضلانی را تزریقی کنید:

تزریق سفتریاکسون را به میزان ۱۰۰mg/kg/day در یک یا ۲ دوز منقسم به مدت ۵ تا ۱۰ روز ادامه دهید. جهت ادامه درمان، به راهنما (صفحه) مراجعه شود.

• برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید (صفحه)

• از گرم نگه داشتن کودک، اطمینان حاصل کنید.

* موارد منع مصرف:

- شیر خواران کمتر از ۲ ماه
- وجود سابقه حساسیت مفرط (شوک آنافیلاکسی) به ترکیبات سفالوسپورین یا پنی سیلین

• به مادر توضیح دهید چرا این دارو را داده اید.

• مقدار مناسب با وزن یا سن کودک را مشخص کنید.

• از سرنگ و سرسوزن استریل استفاده کنید.

• به دقت مقدار دارو را تعیین کنید.

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)

■ به مادر بگویید:

- شیرخوار را مکرراً با دفعات بیشتر از قبل و طولانی تر در هر نوبت با شیر خود تغذیه کند.
- اگر شیرخوار انحصاراً شیر مادر می خورد، علاوه بر شیر مادر به او، او.آر.اس بدهد. اگر کودک شیرمادرخوار 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 بدهید.

■ 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 کند، سپس محلول را آهسته تر 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 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).

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

برنامه درمانی ب: درمان کم آبی نسبی با او.آر.اس

برای ۴ ساعت در مرکز بهداشتی درمانی او.آر.اس به کودک خورنده 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	< ۶Kg	۶- < ۱۰Kg	۱۰- < ۱۲Kg	۱۲-۱۹Kg
میلی لیتر	۲۰۰ تا ۴۵۰	۸۰۰ تا ۴۵۰	۹۶۰ تا ۸۰۰	۹۶۰ تا ۱۶۰۰

- * از سن کودک زمانی استفاده کنید که وزن او را نمی دانید. برای محاسبه مقدار تقریبی او.آر.اس می توانید وزن کودک (بر حسب 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.
- در صورت استفاده از او.آر.اس هیپوسمولار (اسمولارته پایین) نیاز به آب اضافی نیست.

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 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 پودر او.آر.اس به اندازه مصرف دو روز به مادر بدهید.

چهار قانون درمان اسهال در منزل را برای او شرح دهید:

- مایعات اضافی بدهید: (هر قدر که کودک بخواهد)
- 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.
- 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).
- چه موقع برگردد. چارت مشاوره با مادر را ببینید.

برنامه درمانی ج: درمان سریع کم آبی شدید

بی درنگ مایعات وریدی را تزریق کنید. اگر کودک قادر به نوشیدن است در حین استفاده از مایعات وریدی به او از راه دهان او.آر.اس بدهید. ۱۰۰ ml/kg محلول رینگرلاکتات (یا اگر قابل دسترس نیست، نرمال سالین) طبق جدول زیر تزریق کنید:

سن	ابتدا ۳۰ ml/kg در	سپس ۷۰ ml/kg در
شیرخواران زیر ۱۲ ماه	* ۱ ساعت	۵ ساعت
کودکان ۱۲ ماه تا ۵ سال	۳۰ دقیقه	۲/۵ ساعت

* اگر نبض میج دست بیمار، هنوز خیلی ضعیف یا غیر قابل لمس باشد یک بار دیگر تکرار کنید.

- **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 به او محلول او.آر.اس (حدود ۵ ml/kg/h) هم بدهید: معمولاً بعد از ۳-۴ ساعت (شیرخواران) یا ۲-۱ ساعت (کودکان بزرگتر).
- بعد از ۶ ساعت (شیرخواران) یا ۳ ساعت (کودکان بزرگتر) با استفاده از طبقه بندی کم آبی، کودک را دوباره ارزیابی کنید. سپس برای ادامه درمان، برنامه درمانی مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید.

• کودک را بی درنگ 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.

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

در هر ساعت ۲۰ mL/kg محلول او.آر.اس برای مدت ۶ ساعت بدهید (مجموعاً ۱۲۰ mL/kg).

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

- 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.

توجه:

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

آیا می توانید بزرگ مایعات وریدی تزریق کنید؟

خیر

آیا درمان وریدی (ظرف ۲۰ دقیقه) قابل مسترس است؟

خیر

آیا می توانید برای درمان کم آبی از لوله معده NGT استفاده کنید؟

خیر

آیا کودک قادر به نوشیدن هست؟

خیر

فورا کودک را برای جبران تزریق وریدی یا NGT انتقال دهید.

نحوه دادن داروی خوراکی در بیماری‌ها در منزل را به مادر یاد بدهید:

- داروی مناسب را براساس وزن کودک مشخص نمائید.
- از سن کودک زمانی استفاده کنید که وزن او را نمی دانید.
- دلیل دادن دارو را به مادر بگوئید.
- به دقت برای مادر چگونگی دادن دارو را توضیح بدهید.
- برای مادر توضیح دهید حتی اگر حال کودک بهتر شود، طول دوره درمان را تمام کند.
- آن چه برای مادر توضیح دادید قبل از ترک کردن مرکز از او سوال کنید.

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:

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

عفونت مزمن گوش (بیش از ۱۴ روز):

• کو آموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$) یا نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱ دوبار در روز به مدت ۱۴ روز استفاده کنید.

• در صورتی که خروج چرک از گوش کودک بیش از ۴ هفته ادامه دارد، باید به مرکز تخصصی ارجاع شود.

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 ۱۴ تا ۱۰ روز) ادامه می یابد.

• **در صورت عدم پاسخ به این درمان:** کو آموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$) یا نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱ دوبار در روز به مدت ۱۴ روز استفاده کنید.

• در صورت گرفتگی مجرای بینی، استفاده از قطره یا افشانه کلور سدیم توصیه می شود.

در صورت خروج چرک، گوش را با فتیله گذاری 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 فتیله گذاری 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 نمی شود و فتیله های قرار داده شده در گوش دیگر خیس نمی شوند، ادامه بدهید.
- بعد از فتیله گذاری، قطره سیپرو فلوکساسین را سه بار در روز به مدت ۲ هفته در گوش بچکانید.
- در فواصل فتیله گذاری هیچ چیزی (نظیر روغن، مایعات یا سایر مواد) در گوش نریزید. اجازه شنا کردن به کودک ندهید. آب نباید وارد گوش شود.

پنومونی:

- در صورتی که تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، آموکسی سیلین خوراکی به میزان 80 mg/kg/day به مدت ۵روز تجویز شود. در صورتی که تنفس تند بدون تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، می توان آموکسی سیلین خوراکی با دوز فوق به مدت ۳ روز تجویز نمود.
- 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.

درمان خانگی در سرماخوردگی:

- مصرف مایعات بیشتر
- قطره کلورسدیم بینی
- آبلیمو با عسل (بالای دو سال)
- تمیز کردن بینی
- قطع تماس بامحرک های تنفسی از جمله دود سیگار، قلیان و غیره

سیاه سرفه: (زیر ۶ ماه به بیمارستان ارجاع دهید)

- آنتی بیوتیک ها اگر در مرحله کاتارال تجویز گردند، می توانند شدت علائم را کاهش دهند؛ ولی شروع آن ها بعد از استقرار سرفه، تأثیری روی سیر بیماری ندارد؛ هر چند انتشار بیماری به دیگران را کاهش می دهد.
- ماکرولیدها از جمله اریترومیسین درمان استاندارد محسوب می گردند. دوز اریترومیسین $50-40 \text{ mg/kg}$ در ۴ دوز منقسم برای ۱۴ روز می باشد. اریترومیسین در شیرخواران با سن کمتر از ۶ هفته، ۱۰ برابر خطر استنوز هیپرتروفیک پیلور (تنگی ناشی از افزایش بافت پیلور) را افزایش می دهد.
- درمان های جایگزین عبارتند از: کلاریترومایسین $20-15 \text{ mg/kg/day}$ (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 دوم تا پنجم.
- کودکان 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 کودک زیر ۶ ماه، کودک 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، کوتریموکسازول به همان ترتیب که در پنومونی گفته شد، استفاده کنید.
- در صورت امکان از هرگونه مداخله ای که باعث ایجاد سرفه می شود، بپرهیزید. کارهایی از جمله ساکشن، معاینه گلو، گذارن N.G.T می تواند باعث ایجاد سرفه شود.
- از مصرف مهارکننده های سرفه، سداتیو، موکولتیک و آنتی هیستامین بپرهیزید.
- مادر را تشویق کنید تغذیه با شیر مادر یا مایعات خوراکی را ادامه دهد.

برونشیت:

- در صورت وجود علائم پنومونی یا بیماری خیلی شدید یا علائم دیسترس تنفسی، کودک را فوراً به بیمارستان انتقال دهید و در باقی موارد درمان علامتی در منزل انجام دهید.
- برای تب بالا یا مساوی 38.5 درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید.
- کودک را تشویق کنید که هر چه زودتر می تواند، غذا بخورد.

اختلال رشد (وزن برای سن)

کم وزنی شدید (SEVERELY UNDERWEIGHT)

- اگر منحنی وزن برای سن کودک کمتر از $-3Z \text{ score}$ باشد و کودک بیماری همراه داشته باشد؛
- جهت ارزیابی بیشتر به بیمارستان ارجاع دهید.

کم وزنی (UNDERWEIGHT)

- اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $-3Z \text{ score}$ تا کمتر از $-2Z \text{ score}$ باشد؛
- وضعیت تغذیه کودک و خانواده را بررسی کنید، معاینه فیزیکی کامل انجام دهید، در صورت وجود بیماری درمان مناسب انجام و در صورت عدم وجود بیماری آزمایش های اولیه درخواست شود. در صورت غیر طبیعی بودن آزمایشات یا عدم امکان تشخیص و درمان به مرکز تخصصی ارجاع داده شود. در صورت طبیعی بودن آزمایشات، توصیه های تغذیه ای و سپس پیگیری صورت گیرد.

احتمال کاهش وزن

- اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $-2Z \text{ score}$ تا کمتر از $+1Z \text{ score}$ باشد و یا روند رشد متوقف شده یا روند رشد نزولی (روند رشد دور از میانه) باشد؛
- مراقبت های روتین ادامه یافته توصیه های تغذیه ای انجام و پیگیری کودک طبق معمول بر اساس جداول پیگیری صورت گیرد.

تب مالت (بروسلوز):

ریفامپیسین به مقدار $20-10 \text{ mg/kg}$ (در هر قطره ریفامپیسین اطفال، ۵ میلی گرم ماده موثر موجود است) صبح ناشتا به اضافه کوتریموکسازول (8 mg/kg تری متوپریم) منقسم در دو دوز، صبح و عصر به مدت ۸ هفته ضمناً ترکیب کوتریموکسازول جنتامایسین نیز از موارد توصیه شده است.

کروپ ویروسی:

خفیف: تشویق به مصرف فراوان مایعات، غذا و شیر و بخور مرطوب (در صورت امکان بخور سرد).
شدید: ارجاع به بیمارستان

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 (بالاتر از 37.5 درجه سانتیگراد زیر بغلی):

- جنتامایسین تزریقی عضلانی (5 mg/kg) یک بار در روز که بر اساس حساسیت آنتی بیوتیکی در کشت ادرار به آنتی بیوتیک خوراکی مناسب تغییر یابد.
- نسل سوم سفالوسپورین ها به صورت خوراکی سفیکسیم $10-8 \text{ mg/kg/day}$ 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 آناتومیکی ادراری و یا هیدرونفروز مادرزادی و علائم دال بر سسپتیمی

• اگر کودک تب ندارد:

- مشروط به این که تب بر استفاده نکرده و یا اقدامی برای کاهش تب انجام نداده است
- سفیکسیم $10-8 \text{ mg/kg/day}$ در ۱ یا ۲ دوز منقسم
- یا نیتروفورانتوئین خوراکی 5 mg/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.

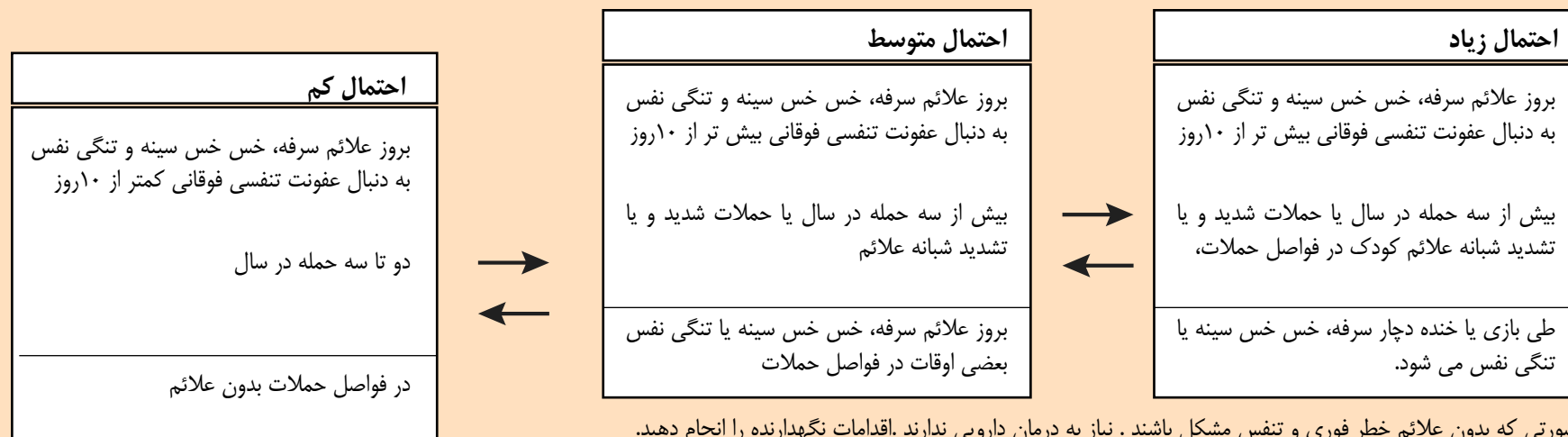
- مدت درمان معمول در موارد تب دار $7-14$ روز و در موارد بدون تب $3-5$ روز می باشد.
- پیگیری پاسخ به درمان بعد از 48 ساعت از شروع آنتی بیوتیک بایستی انجام گیرد.
- کلیه کودکان دارای عفونت ادراری تب دار، در اولین فرصت برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع شوند.

سل:

- برای درمان سل برابر دستورالعمل کشوری عمل نمایید.
- رژیم های درمانی و طول مدت درمان سل در اطفال تفاوتی با بزرگسالان ندارد و برای موارد جدید بیماری، از رژیم کوتاه مدت ۶ ماهه به شرح زیر استفاده می شود:
- مرحله حمله ای (۲ ماه اول) ایزونیاژید + ریفامپین + اتامبوتول + پیرازین آمید
- مرحله نگهدارنده (۴ ماه بعدی) ایزونیاژید + ریفامپین

در کودکان زیر ۶ سال که با سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به ویژه به دنبال عفونت های ویروسی مراجعه می کنند ابتدا باید ارزیابی بالینی از شواهد، صورت گیرد و سپس با توجه به تشخیص های افتراقی احتمال تشخیص آسم در کودک را ارزیابی نمود. (به ص راهنما مراجعه کنید)

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



- در صورتی که بدون علائم خطر فوری و تنفس مشکل باشند . نیاز به درمان دارویی ندارند .اقدامات نگهدارنده را انجام دهید.
- در دیسترس تنفسی یا علائم آسم شدید با توجه به شدت آسم درمان پلکانی (صراهنما) را انجام دهید.

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 می گردد. (جدول.....)

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	۱۰۰	۲۰۰
فلوتیکازون ۱۷۶	۱۷۶	۲۰۰-۳۵۲	< ۳۵۲

* برای توصیه ها و درمان غیر دارویی به ص.... راهنما مراجعه شود.

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) 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 نگه دارید و ۵ بار بطور عادی دم و بازدم انجام دهید

(۳) اگر نیاز به بیش از یک پاف دارو است، حداقل ۳۰ ثانیه صبر کنید بعد مراحل ۲ و ۳ را تکرار کنید.بخاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.

(۴) برای کودکان زیر ۴ سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده می گردد.

مالاریا:

- بر اساس آخرین دستورالعمل کشوری مالاریا، در درمان مالاریای ویواکس، کماکان از کلروکین و پریماکین استفاده می شود، در حالی که در درمان مبتلایان به مالاریای فالسیپاروم از داروهای ترکیبی با مینای آرتیمسین باید استفاده شود.
- در حال حاضر خط اول درمان مالاریای فالسیپاروم در کشور، ترکیب آرتسونیت و فنسیدار می باشد. میزان مصرف آرتسونیت (4mg/kg/day) به مدت ۳ روز و برای فنسیدار (25mg/kg/day) به مدت ۳ روز بر اساس جزء سولفادوکسین می باشد.
- کلروکین نیز به میزان (10mg/kg) و پریماکین به میزان ($0/25\text{mg/kg}$) فقط یک بار تجویز می شود.

اسهال پایدار:

- در صورت وجود عفونت اختصاصی (مانند پنومونی؛ سپسیس؛ عفونت ادراری؛ برفک و عفونت گوش میانی، ...) درمان بیماری اولیه 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 تاکید 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 داده شود.
- رژیم مغزی و مقوی که باعث تشدید اسهال نگردد.
- مکمل روی را روزانه (10 میلی گرم در سن کمتر از ۶ ماه و 20 میلی گرم در سنین بالاتر) به مدت 10 تا 14 روز تجویز کنید.
- مولتی ویتامین + مینرال دو برابر رژیم روزانه توصیه شده به مدت 14 روز (به عنوان مثال برای کودک یک ساله رژیم روزانه (یک RDA) عبارت است از فولات 50mcg ، روی 10mg ، ویتامین A 400mcg ، آهن 10mg ، مس 1mg ، منیزیم 80mg)
- توصیه به مادر برای مراجعه پیگیری ۵ روز بعد.

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 سوءتغذیه 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. آن ها همچنین به آزمایش نمونه مدفوع و نمونه ادرار برای تشخیص دلیل اسهال نیاز دارند.

درمان اسهال پایدار شدید:

- کم آبی را قبل از ارجاع درمان کنید.
- ارجاع به بیمارستان

اسهال خونی:

- سفیکسیم 8mg/kg/day در دو دوز منقسم یا نالیدیکسیک اسید* 55mg/kg/day به صورت منقسم هر ۶ ساعت برای ۵ روز به صورت خوراکی بدهید.
- * نالیدیکسیک اسید برای شیرخواران زیر ۳ ماه منع مصرف دارد.
- در صورت عدم پاسخ به درمان سیپروفلوکساسین خوراکی 15mg/kg/dos 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.
- بر اساس 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 (15mg/kg/day/dose) برای ۲ نوبت در روز برای ۳ روز می باشد.

آنمی:

- در صورت آنمی شدید ($\text{Hb} < 6\text{g/dl}$) همراه علائم 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. (۲-۴ هفته برای اصلاح آنمی و ۳-۱ ماه برای پرشدن ذخایر آهن)
- آزمایش مدفوع از نظر انگل بدهید و بر اساس آن درمان کنید.
- به مادر درباره تغذیه خوب کودک توصیه های لازم را بکنید.
- از دادن آهن به کودکان با سوءتغذیه شدید در فاز حاد بپرهیزید.

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

۲ ماهه تا ۵ ساله

پیگیری

پنومونی

بعد از ۲ روز:

نشانه های خطر را در کودک بررسی کنید.
کودک را از نظر سرفه یا تنفس مشکل ارزیابی کنید.

سوال کنید:

- آیا تنفس کودک بهتر شده است؟
- آیا تب کمتر شده است؟
- آیا اشتهای کودک بهتر شده است؟
- آیا تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد؟

درمان:

- در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر یا استریدور، فوراً به بیمارستان انتقال دهید.
- اگر تو کشیده شدن قفسه سینه و / یا تعداد تنفس، تب و اشتها فرقی نکرده، یا بدتر شده است فوراً به بیمارستان ارجاع دهید.
- اگر تنفس کودک کندتر، تو کشیده شدن قفسه سینه وجود ندارد، تب کمتر شده و بهتر غذا می خورد 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 حاد (کم آبی نسبی)

بعد از ۲ روز

اسهال حاد (بدون کم آبی) / اسهال پایدار

بعد از ۵ روز: (در صورت تشدید اسهال یا هرگونه مشکل دیگر ارزیابی باید سریع تر صورت گیرد)
کودک را از نظر کم آبی ارزیابی کنید.

سوال 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. برای ارزیابی بیشتر ارجاع کنید.
- اگر اسهال متوقف شده است (کمتر از ۳ بار اسهال در روز دارد) به مادر بگوید توصیه های تغذیه ای معمول برای سن کودک را ادامه بدهد.

تب

بعد از ۲ روز:

- کودک را طبق چارت ارزیابی و طبقه بندی ارزیابی 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 ۱۵) و در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بیمار را برای ارزیابی بیشتر به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

اسهال خونی

بعد از ۲ روز:

- کودک را از نظر کم آبی طبق چارت ارزیابی و طبقه بندی اسهال ارزیابی نموده و سوال کنید:
- آیا دفعات دفع مدفوع کمتر شده است؟
 - آیا خون در مدفوع کمتر شده است؟
 - آیا تب کمتر شده است؟
 - آیا درد شکم کمتر شده است؟
 - آیا اشتهای کودک بهتر شده است؟

درمان:

- اگر کودک دچار کم آبی شده است کم آبی او را درمان کنید.
- اگر تعداد دفعات دفع مدفوع، خون در مدفوع، تب، درد شکم یا اشتهای کودک فرقی نکرده یا بدتر شده است، به متخصص کودکان ارجاع شود.
- اگر تعداد دفعات مدفوع، تب، درد شکم و اشتهای کودک بهتر شده است، به مادر توصیه کنید درمان ۵ روزه آنتی بیوتیک را کامل کند و در مورد توصیه های تغذیه ای کودک نسبت به سن او، آموزش دهید.
- **استثنا: در صورت عدم مشاهده بهبودی در شیرخوار کمتر از یک سال و سابقه ابتلا به سرخک (در ۳ ماه قبل از اولین مراجعه) به بیمارستان ارجاع داده شود.**

عفونت گوش

پس از ۲ روز

در صورت عدم بهبود علائم (تب، درد، بیقراری) پس از ۲ روز ارزیابی مجدد کودک برای مشکل گوش صورت گیرد. (چارت ارزیابی ناراحتی گوش را نگاه کنید. صفحه ۳)

درمان:

- اگر تورم دردناک در پشت گوش با تب بالای ۳۸/۵ (زیر بغلی) وجود دارد کودک را فوراً به نزدیک ترین مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- **عفونت حاد گوش:** در صورت وجود ترشح چرکی، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. درمان را با آنتی بیوتیک مناسب ادامه دهید و بیمار ۲ روز دیگر مراجعه کند. در صورت عدم بهبودی پس از درمان دوم، به مرکز تخصصی 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، به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

• **عفونت مزمن گوش:** طرز صحیح خشک کردن گوش را (به وسیله فتیله گذاری) توسط مادر، کنترل کرده و برای او توضیح دهید که موثرترین درمان عفونت مزمن گوش، خشک کردن آن می باشد و اگر گوش کودک را خشک نکنند شنوایی او کم خواهد شد. بعد از ۱۴ روز درمان، اگر کودک بهبود پیدا نکرد به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

• اگر ترشحات چرکی یا تب کمتر شده است، مادر را برای درمان خوب او تحسین کنید و چنانچه درمان با آنتی بیوتیک کامل نشده است به مادر توصیه کنید دوره ۱۴ روز درمان را کامل کند.

اختلال رشد (وزن برای سن)

کودک را وزن کنید و تعیین کنید آیا کودک کم وزنی یا احتمال کاهش وزن دارد؟ وضعیت غذا و نحوه تغذیه کودک را بررسی کنید.

اگر منحنی وزن برای سن کودک در محدوده طبیعی است مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کنید.

بر طبق جدول صفحه ۹ مشخص کنید کودک در کدام طبقه بندی (کم وزنی شدید، کم وزنی، احتمال کاهش وزن و یا طبیعی) قرار دارد؟

اگر کودک در طبقه بندی "کم وزنی" یا "احتمال کاهش وزن" قرار دارد طبق جدول صفحه ۹ درمان صورت گرفته و مراقبت های روتین و توصیه های تغذیه ای انجام شود و پیگیری به شرح زیر صورت گیرد:

- زیر ۲ ماه، پیگیری ۱۰ روز بعد
- ۲ ماهه تا یک ساله، پیگیری ۲ هفته بعد
- بالای یک سال، پیگیری یک ماه بعد

اختلال رشد (قد برای سن)

بر طبق جدول صفحه ۱۰ مشخص کنید کودک در کدام طبقه بندی (کوتاه قدی شدید، کوتاه قدی، احتمال مشکل قد و یا طبیعی) قرار دارد؟ در صورتی که کودک در طبقه بندی "طبیعی" قرار گرفته باشد مادر را به ادامه مراقبت های روتین تشویق کنید. اگر کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی شدید" قرار دارد به پزشک متخصص کودکان ارجاع داد شود و اگر در طبقه بندی "کوتاه قدی" یا "احتمال مشکل" قد برای سن قرار گرفته، مراقبت های روتین و توصیه های تغذیه ای انجام شده و پیگیری به شرح زیر صورت گیرد:

- کوچک تر از ۶ ماه، پیگیری ۱ ماه بعد
- ۶ تا ۱۶ ماه، پیگیری ۲ ماه بعد
- ۱ تا ۲ سال، پیگیری ۳ ماه بعد

به کودکان کوچک تر از ۲ سال، ۳ ماه و کودکان بزرگ تر از ۲ سال، ۶ ماه فرصت داده شده و مجدداً بررسی خواهند شد.

اختلال رشد (وزن برای قد ایستاده / خوابیده و نمایه ی توده بدن برای سن)

بر طبق جدول صفحه ۱۱ مشخص کنید کودک در کدام طبقه بندی (لاغری شدید، لاغر یا طبیعی) قرار دارد؟ در صورتی که کودک در طبقه بندی "طبیعی" قرار گرفته باشد مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کنید.

اگر کودک در طبقه بندی "لاغری شدید یا سوء تغذیه حاد شدید" قرار دارد به بیمارستان ارجاع داد شود.

و اگر در طبقه بندی "لاغر یا سوء تغذیه حاد متوسط" قرار گرفته باید طبق شرح زیر پیگیری صورت گیرد:

- زیر ۲ ماه، پیگیری ۱۰ روز بعد
- ۲ ماهه تا یک ساله، پیگیری ۲ هفته بعد
- بالای یک سال، پیگیری یک ماه بعد

در صورت عدم بهبودی در یک دوره پیگیری، به متخصص ارجاع شود.

مشکلات غذا و نحوه تغذیه

- وضعیت غذا و نحوه تغذیه را بررسی کنید: به سؤالات قسمت بالای چارت مشاوره با مادر نگاه کنید.
- در مورد هر مشکل غذا و نحوه تغذیه که در اولین مراجعه پی برده اید، سوال کنید.
- در مورد هر نوع مشکل تغذیه ای که جدیداً یا قبلاً بروز کرده، مشاوره کنید. اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده اید، از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید.
- اگر مادر به دلیل محدودیت زمانی مشکلاتی در تغذیه کودک دارد، روش هایی که بتواند زمان غذا خوردن او را تنظیم کند، توضیح دهید.
- اگر کودک اختلال رشد دارد (بالای ۳- انحراف معیار و نزولی یا افقی با شیب کند) و زیر یک سال می باشد از مادر بخواهید تا ۱۵ روز پس از اولین مراجعه برای توزین کودک خود مراجعه کند و اگر کودک بالای یک سال است ۳۰ روز پس از اولین مراجعه برای توزین کودک و تصمیم گیری نیاز به تغییرات غذا و یا نحوه تغذیه کودک بیاید.

۲ ماہہ تا ۵ سالہ

مشاورہ با مادر

در مورد غذای معمول کودک و نحوه تغذیه در دوران بیماری سوال کنید.
جواب های مادر را با توصیه های تغذیه ای برای گروه های سنی طبق توصیه های تغذیه ای
سنین مختلف (صفحه ۳۵) مقایسه کنید.

غذا و نحوه تغذیه کودک را بررسی کنید:

سوال کنید:

- آیا کودک شیر خودتان را می خورد؟
اگر بلی: چند بار در روز؟
- آیا در طول شب هم شیر می دهید؟
- آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟
اگر بلی: چه نوع غذا یا مایعات؟
چند بار در روز؟ چه غذایی می خورد؟
اگر خیلی کم وزن است، چه مقدار غذا برای هر وعده به او می دهید؟
- آیا خود کودک غذایش را می خورد؟
چه کسی و چگونه او را تغذیه می کند؟
- به تازگی تغذیه کودک فرق کرده است؟
اگر بلی: چگونه؟

۲ سال و بیشتر

- برنامه غذایی کودکان در این سنین باید از ۳ وعده غذای اصلی و ۲ تا ۳ میان وعده تشکیل شده باشد.
- غذای روزانه کودک حاوی حداقل ۱ یا ۲ واحد میوه، ۲ واحد شیر و لبنیات و ۱ و ۲ واحد گوشت یا حبوبات باشد.
- مصرف تنقلات بی ارزش، نمک و شیرینی و قندهای ساده محدود شود.

۱۲ ماه تا ۲ سال

- هر چقدر کودک میل دارد او را با شیرمادر تغذیه کنید.
- تعداد وعده های غذای کودک در روز حداقل باید ۵ وعده باشد.
- یا غذاهای خانواده ۳-۴ بار در روز همراه میان وعده.

۶ تا ۱۲ ماهگی

- هر چقدر کودک میل دارد او را با شیر مادر تغذیه کنید.
- ۳ تا ۵ بار در روز پس از تغذیه با شیر مادر به او غذای کمکی بدهید.
- غذای اصلی کودک در این دوره، شیر مادر می باشد.
- برای شیرخوار با وزن تولد بالای ۲kg، از پایان ۶ ماهگی همزمان با شروع تغذیه تکمیلی تا پایان ۲ سالگی (۱mg/kg/day) آهن المنتال (حداکثر ۱۵mg) تقریباً معادل ۱۵ قطره آهن روزانه شروع کنید.

بدو تولد تا ۶ ماهگی

- هر چقدر کودک میل دارد، شیر مادر بخورد. روز و شب حداقل ۸ بار در ۲۴ ساعت.
- اگر کودک اضافه وزن مناسب ندارد، تعداد دفعات شیردهی را افزایش دهید.
- هیچ غذا یا مایعات دیگری به او ندهید.
- از روز سوم تا پنجم تولد همزمان با غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان تا ۶ ماه قطره ویتامین A+D معادل ۱ میلی لیتر روزانه
- برای شیرخوار با وزن تولد کمتر از ۲kg، قطره آهن را از یک ماهگی به شرطی که تغذیه کامل خوراکی را تحمل کند به میزان (۲-۳mg/kg/day) بدهید.

نشانه های کفایت تغذیه ای شیرخواران:

- افزایش وزن مطلوب شیرخوار بر اساس منحنی رشد مهم ترین نشانه کفایت تغذیه شیرخوار است. بنابراین ترسیم منحنی رشد شیرخوار و توضیح آن برای مادر بسیار مهم است. همان گونه که توضیح داده شد وزن نوزاد به صورت طبیعی در سه تا چهار روز اول عمر در حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ گرم کاهش و بعد از آن تا پایان سه ماهگی ماهانه ۱ کیلوگرم (هفته ای ۲۰۰ تا ۲۵۰ گرم) و از ۳ تا ۶ ماهگی، ماهانه ۰/۵ کیلوگرم (هفته ای ۱۰۰ تا ۱۵۰ گرم) افزایش می یابد.
- از روز پنجم که شیر مادر زیاد می شود، دفع ادرار کم رنگ، ۶ تا ۸ بار در ۲۴ ساعت به صورت کهنه کاملاً خیس (در صورت تغذیه انحصاری با شیر مادر) می تواند نشانه خوبی برای کفایت تغذیه با شیر مادر باشد.
- البته در روزهای اول که نوزاد فقط آغوز می خورد، تنها یک تا دو پوشک را خیس می کند.
- دفع ۲ تا ۵ نوبت مدفوع در روز که البته با افزایش سن شیر خوار (معمولاً پس از ۶ هفتگی) تعداد دفعات دفع مدفوع کاهش می یابد.
- شادابی پوست، هوشیاری و سلامت ظاهری شیرخوار
- خواب راحت برای ۲ تا ۴ ساعت پس از شیر خوردن، البته باید توجه داشت که با توجه به سهل الهضم بودن شیر مادر در مقایسه با شیر مصنوعی، تعداد دفعات تغذیه شیر خواران با شیر مادر بیشتر است.

اگر کودک طبق توضیحات بالا غذا نخورده است با مادر مشاوره کنید:

اگر مادر مشکل تغذیه با شیر خود را مطرح کرد، تغذیه با شیر مادر را ارزیابی کنید:

- نحوه صحیح بغل کردن و شیردهی را به مادر نشان دهید.
- همچنین نحوه شستن دست ها و دفع بهداشتی مدفوع شیرخواران و کودکان را به مادر آموزش دهید.

اگر کودک زیر ۶ ماه سن دارد و شیر و یا غذای دیگری می خورد:

- به مادر اطمینان بدهید که خود می تواند شیر مورد نیاز کودک را تولید کند.
- توصیه کنید مرتب، روز و شب و با دفعات طولانی کودک را شیر بدهد و به تدریج غذاها و شیرهای دیگر را کم کند.

اگر مادر مجبور است شیرهای دیگر را به کودک بدهد در خصوص این موارد با او مشاوره کنید:

- تغذیه با شیر مادر را حتی شب ها ادامه دهد.
- مطمئن شوید جانشین شونده مناسبی انتخاب کرده است.
- مطمئن شوید طرز تهیه شیر را می داند و آن را بهداشتی تهیه می کند.
- شیر آماده را بیشتر از یک ساعت نگه ندارد.
- از گول زنک استفاده نکند.

اگر مادر برای تغذیه کودک از بطری استفاده می کند:

- به جای بطری فنجان را توصیه کنید.
- به مادر نشان بدهید که چگونه با فنجان به کودک شیر بدهد.

اگر کودک خوب غذا نمی خورد با مادر مشاوره کنید:

- با کودک بنشیند و او را ترغیب نماید.
- به کودک در ظرف ها و کاسه های جدا غذا بدهد.

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

- در صورت امکان مرتب او را با شیر مادر تغذیه کند.
- از غذاهای نرم، متنوع، اشتهاآور و غذاهایی که کودک دوست دارد تا حد امکان به او بدهد.
- اگر بینی کودک مانع تغذیه اوست تمیز کند.
- انتظار داشته باشید وقتی حال کودک بهتر شود اشتهای او بهتر خواهد شد.

هر گونه مشکل تغذیه ای را بعد از ۵ روز پیگیری کنید.

اگر کودک خوب غذا نمی خورد به مادر توصیه کنید:

- در هنگام دادن غذا به کودک صبور باشد.
- هنگام غذا دادن به کودک با او صحبت کند و او را به خوردن غذا تشویق نماید.
- زمان خوردن غذا را با ابراز محبت برای کودک لذت بخش کند.
- در زمانی که کودک با علاقه غذا می خورد او را تعریف و تمجید کند.
- غذای کودک را رنگین و متنوع نماید (تغییر در ترکیب غذاها به شکل حیوانات، گل، عروسک، استفاده از بشقاب های رنگین)
- در صورت امتناع کودک از یک غذا می تواند کمی طعم آن را با یک چاشنی مورد علاقه کودک تغییر داده و یا در فرصتی دیگر امتحان کند.
- سفره غذای کودک را در محیطی تمیز، آرام، دوستانه، راحت، مطمئن و همراه با دیگران قرار دهد.
- انتظار نداشته باشد کودک خیلی تمیز و مرتب مطابق با خواسته شما غذا بخورد. ریخت و پاش غذا را می توان با ملایمت و به تدریج محدود کرد.
- در هنگام غذا دادن استفاده از موسیقی های کودکانه و یا بازی با کودک می تواند در بهبود اشتها وی موثر باشد.
- داروهای مصرفی به هیچ وجه با شیر یا غذای کودک مخلوط و داده نشود.

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 حالی که کودک خواب آلود است به او غذا داده نشود.
- تداوم شیردهی در کودکان شیرخوار تاکید 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.

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 کودک 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 کودک است.
- دفعات و مدت زمان شیر دهی افزایش یابد و در فواصل تغذیه شیرخوار برای افزایش شیر، مادر شیر خود را بدوشد.
- در صورتی که کودک 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 آن ها، 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 تاکید 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.

برای مقوی کردن غذاها روش های زیر پیشنهاد می شود:

- غذاها را با آب کم بپزید. بعد از پخت، تکه های جامد غذا مانند گوشت، حبوبات، سیب زمینی و سبزی ها را از آب سوپ جدا و له کرده و سپس کم کم آب سوپ را اضافه نموده تا یک پوره غلیظ درست شود.
- در صورت امکان یک قاشق مرباخوری شیر خشک به حریره یا سوپ کودک اضافه کنید.
- به غذای کودکان بالاتر از ۸ ماه مقدار کمی (به اندازه یک قاشق مرباخوری) کره یا روغن اضافه کنید.
- بر روی نان یا بیسکویت کودک که معمولا به عنوان میان وعده مصرف می شود کمی کره یا روغن بمالید.
- در کودکان بالاتر از ۸ ماه، برخی از غذاها (مانند پوره سیب زمینی، پوره هویج، ماکارونی، سوپ، کته) را می توان با زرده تخم مرغ مقوی و مغزی نمود.
- از پودر انواع مغزها مانند گردو، بادام و پسته (به استثنای بادام زمینی) می توان جهت مقوی کردن غذای کودک بزرگتر از ۹ ماه استفاده کرد.

برای مغزی کردن غذای کودک روش های زیر پیشنهاد می شود:

- در کودکان بالاتر از ۹ ماهگی، پودر جوانه غلات و حبوبات به برخی غذاها (به ویژه سوپ، فرنی با شیر مادر و کته) اضافه شود.
- استخوان و ماهیچه به برخی از غذاها اضافه شود. به طور مثال می توان کته را با این عصاره تهیه کرد و یا آن را به سوپ کودک اضافه نمود.
- میوه ها و سبزی ها از جمله مواد غنی از ویتامین و املاح به شمار می روند که می توانند در مغزی سازی غذای کودک مورد استفاده قرار گیرند.
- سوپ از جمله غذاهای بسیار مغزی است که البته اگر رقیق تهیه شود مقدار انرژی آن در حد کافی نخواهد بود، لذا از مادر بخواهید که از دادن سوپ رقیق به کودک خودداری کند و سعی کند با استفاده از روش های مختلف مانند اضافه کردن کره، روغن یا برنج آن را مقوی کند.

در 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 شیر خواران کمتر از ۶ ماه که تغذیه انحصاری ندارند، دفعات تغذیه با شیر مادر افزایش یابد و ترجیحاً شیرخوار به طور انحصاری با شیرمادر تغذیه شود.
- اگر کودک شیرمادر 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 غذا های مایع باید به کودک آهسته تر و در حجم کمتر و دفعات بیشتر غذا داد.

در 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 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 های 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 توصیه می شود.

در هنگام 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 کودکان 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 غذا دادن 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

در عفونت حاد تنفسی

دفعات تغذیه با شیر مادر بیشتر شود.

به کودکان بزرگ تر 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 عفونت تنفسی و سرفه کمک می کند.

اگر کودک غیر از شیر مادر از سایر شیرها 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 افزایش تغذیه با شیر مادر

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

پس از ۵ روز رعایت توصیه های تغذیه ای در صورت وجود علائم کمبود لاکتاز (وجود اسهال اسهال حجیم و آبکی، نفخ، تهوع و استفراغ و سوختگی ناحیه کهنه کودک) شیر فاقد لاکتاز تجویز و ۲ روز بعد پیگیری شود. در صورت عدم بهبودی به بیمارستان ارجاع و در صورت بهبودی ۲ هفته دیگر شیر فاقد لاکتاز ادامه یابد.

چه موقع مراجعه کند؟

۲ ماهه تا ۵ ساله

تصویر اضافه شود

به مادر توصیه کنید طبق لیست زیر برای پیگیری کودک بیمار مراجعه نماید. به مادر توصیه کنید اگر کودک هر کدام از نشانه های زیر را داشت باید فوراً برگردد.

چه موقع فوراً مراجعه کند

زمان پیگیری

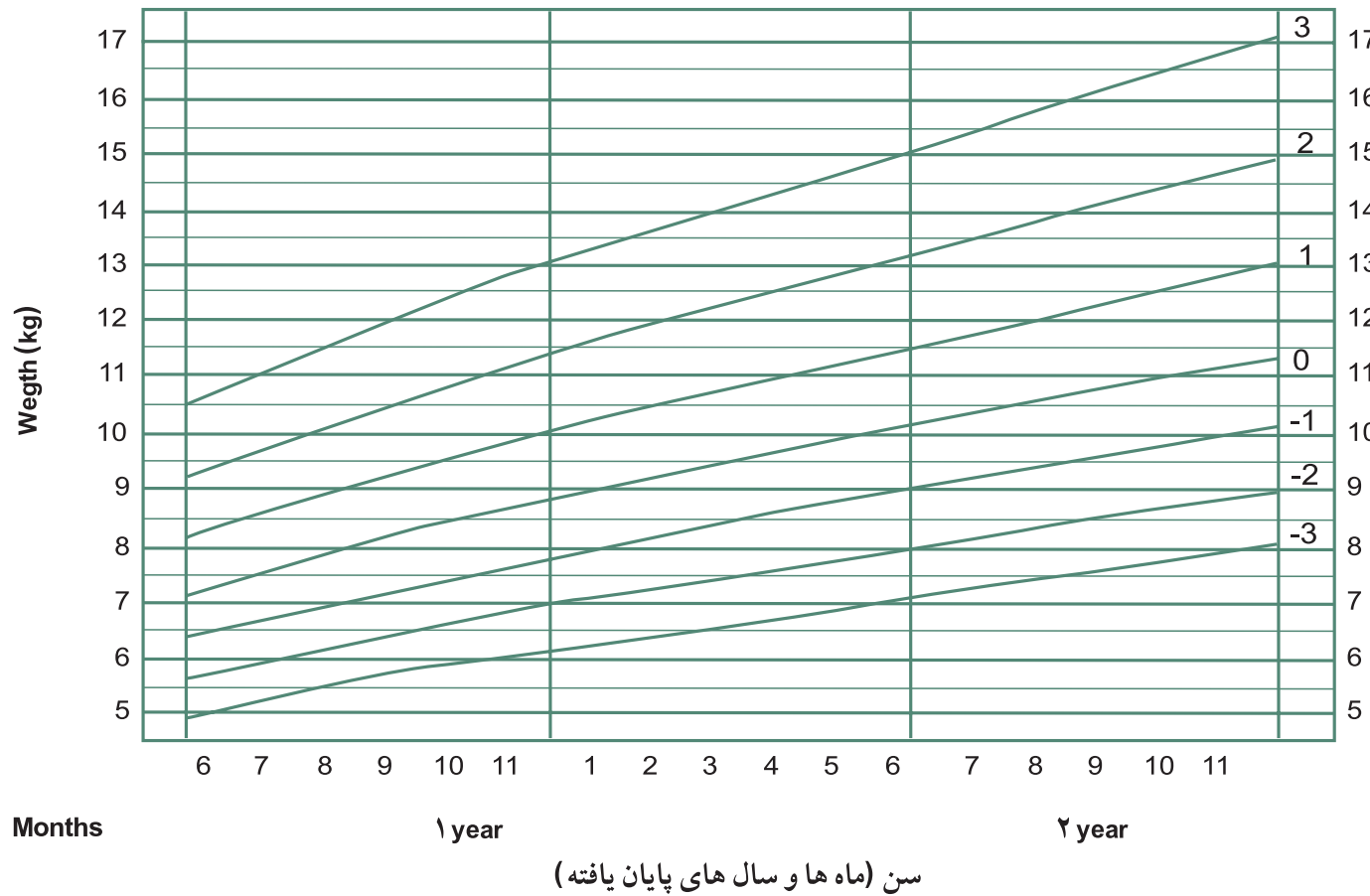
<ul style="list-style-type: none"> • قادر به نوشیدن یا خوردن شیر مادر نیست • بیماری او شدیدتر شده است • تب کند 	<p>کودکی که مبتلا به هر بیماری است باید فوراً برگردد اگر:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تنفس تند دارد • تنفس مشکل دارد 	<p>کودکی که پنومونی ندارد و دچار سرفه یا سرماخوردگی است، باید فوراً برگردد اگر:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • دچار بیحالی، خواب آلودگی، بیقراری 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 	<p>هر کودک مبتلا به اسهال، باید فوراً برگردد اگر:</p>

اگر کودک مبتلا به:	برای پیگیری برگردد:
پنومونی اسهال حاد (کم آبی نسبی) اسهال خونی عفونت حاد گوش تب	۲ روز
اسهال حاد (کم آبی ندارد) اسهال پایدار عفونت مزمن گوش مشکلات غذا و نحوه تغذیه سرفه یا سرماخوردگی، اگر بهبود نیافت	۵ روز
اختلال رشد	۱۵ روز (۲ ماه تا یک سال) ۳۰ روز (بالای یک سال)

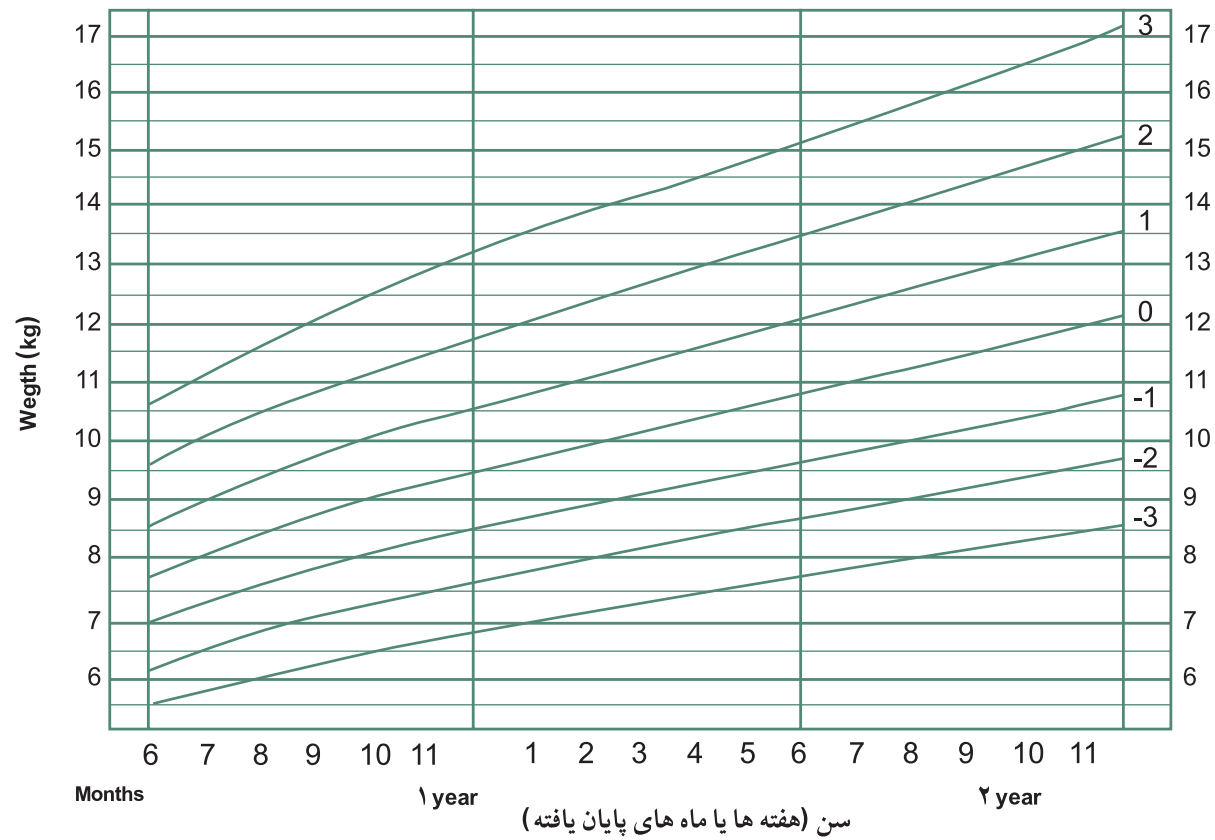
۲ ماهه تا ۵ ساله

منحنی های رشد

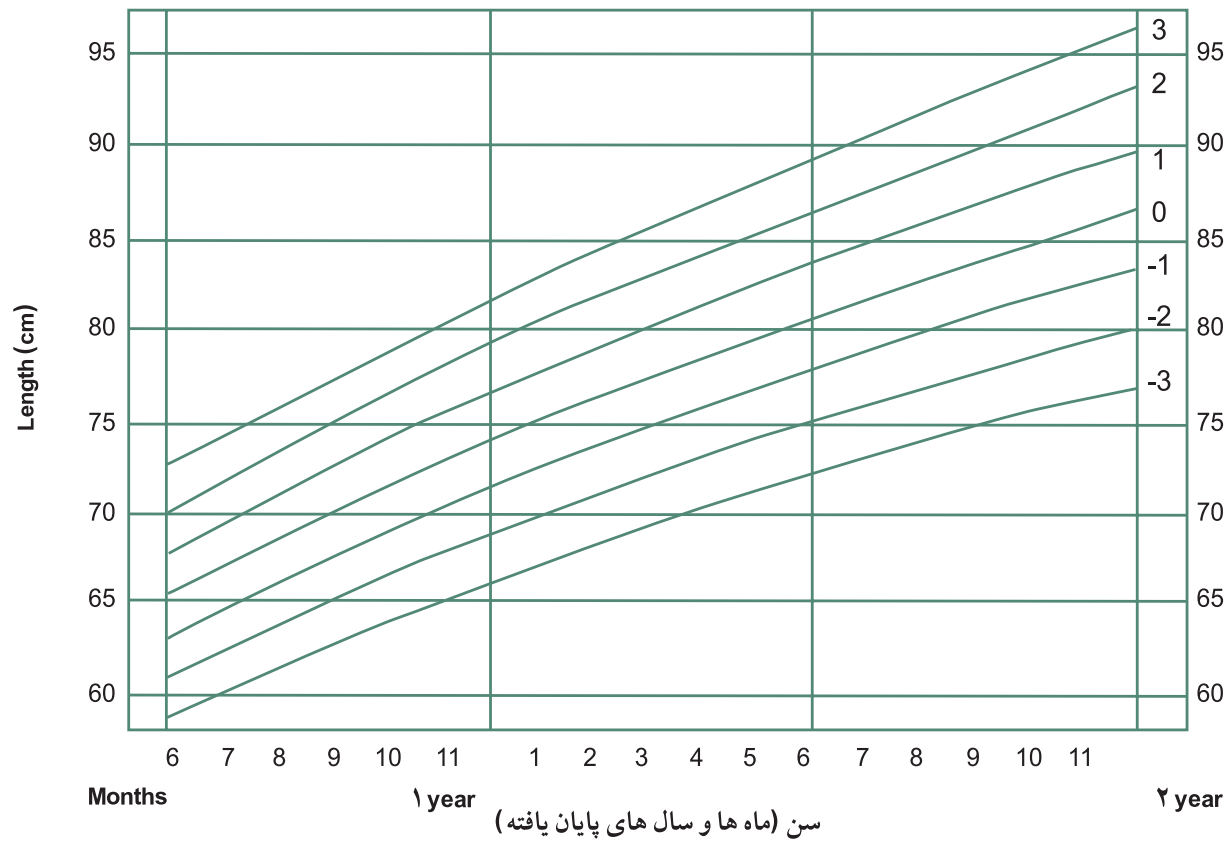
منحنی ۱- وزن برای سن در دخترها ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



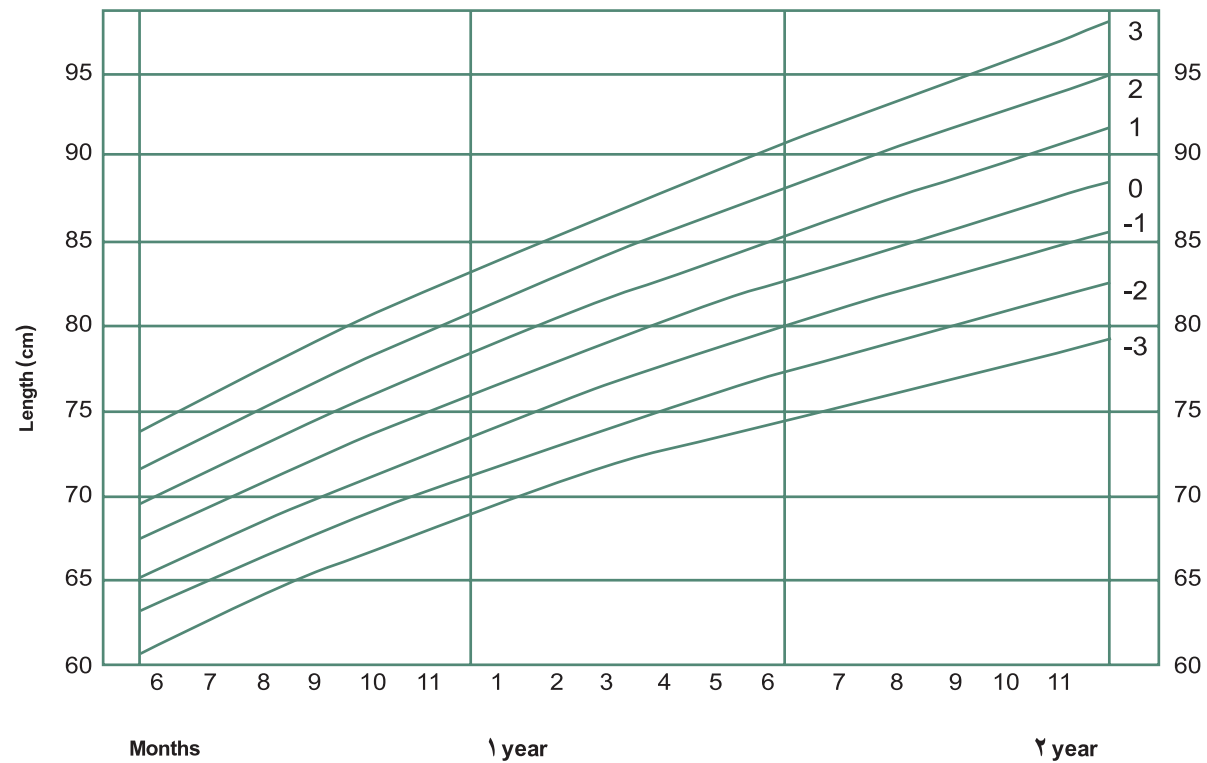
منحنی ۲ - وزن برای سن در پسرها ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



منحنی ۳- قد برای سن در دخترها ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)

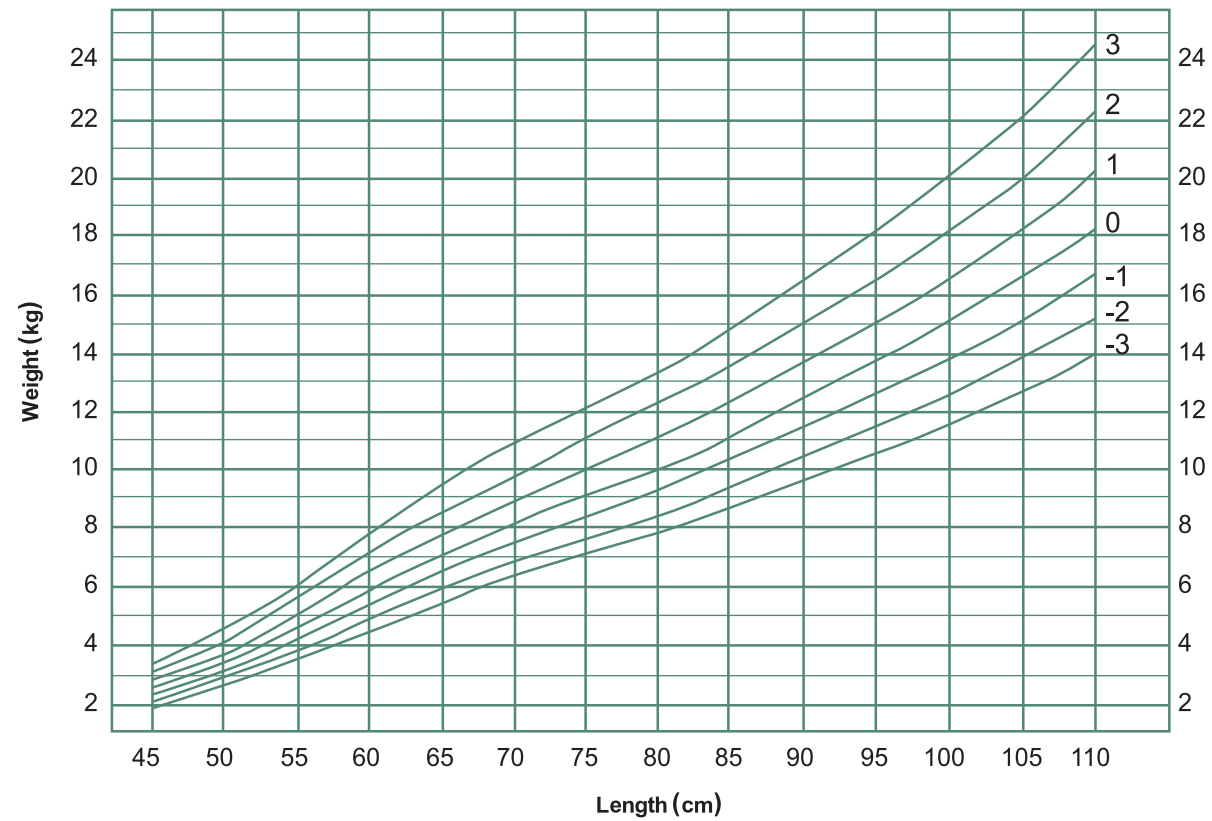


منحنی ۴ - قد برای سن در پسرها ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)

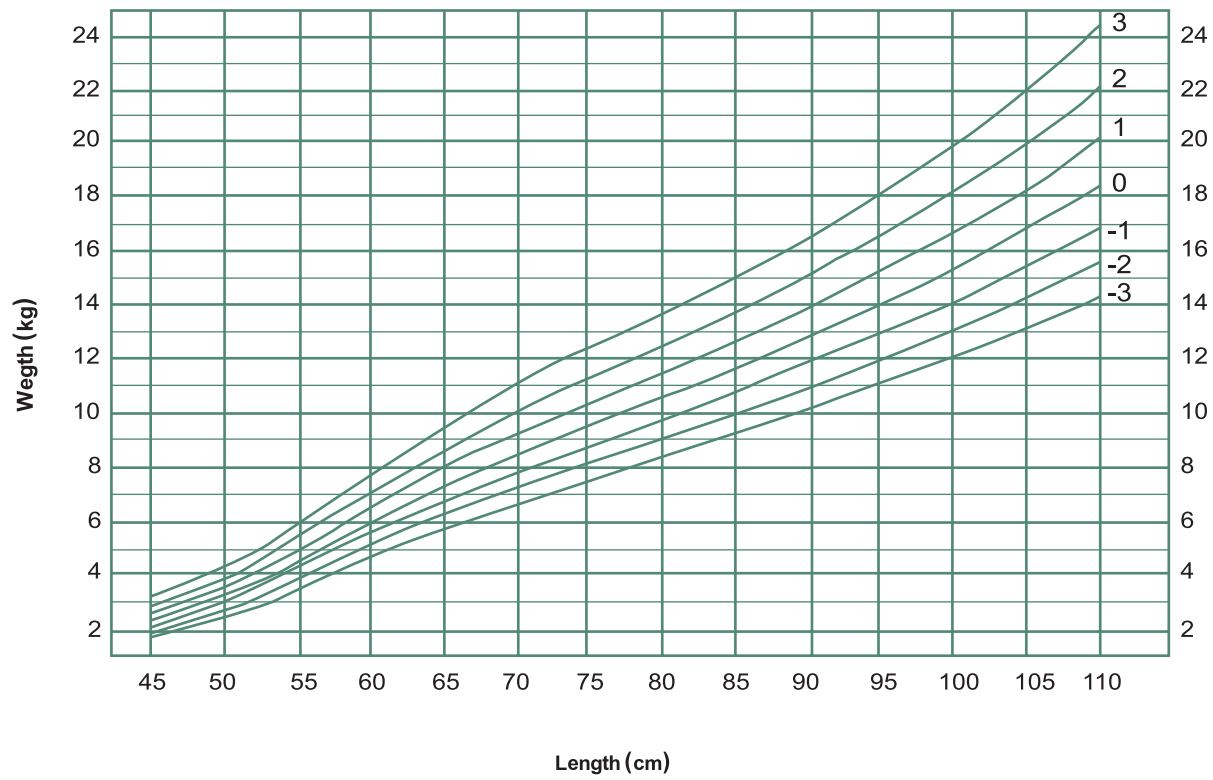


سن (ماه ها و سال های پایان یافته)

منحنی ۵- وزن برای قد در دخترها ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



منحنی ۶ - وزن برای قد در پسرها ۶ ماهگی تا ۲ سالگی (z-scores)



احیای پایه کودکان (BLS (Basic Life Support)

IO	Intra Osseous	داخل استخوانی
ICP	Intra cranial pressure	فشار داخل جمجمه ای
IV	Intra Venous	داخل وریدی
ET	Endo Tracheal Tube	داخل تراشه
VF	Ventricular Fibrillation	فیبریلاسیون بطنی
VT	Ventricular Techycardia	تاکیکاردی بطنی
AED	Automated Electrical Device	دیفیبریلاتور خودکار خارجی

عدم پاسخ دهی، نداشتن تنفس یا تنفس غیر موثر

تحریک کردن و کنترل پاسخ دهی و درخواست کمک از نفر دوم

شخص دوم: اطلاع دادن به اورژانس و آوردن AED / دیفیبریلاتور

نبض دارد

- یک تنفس در هر ۳ ثانیه
- تجویز اکسیژن
- ارزیابی نبض هر ۲ دقیقه

ارزیابی نبض در ۱۰ ثانیه

• ضربان قلب کمتر از ۶۰ بار در دقیقه همراه با کاهش پر فویون بافتی ضعیف (سیانوز-رنگ پریدگی)

نبض ندارد

ماساژ قلبی

- یک نفره: ۳۰ فشردن قفسه سینه به ۲ تنفس
- دو نفره: ۱۵ فشردن قفسه سینه به ۲ تنفس

• باز کردن راه های هوایی • وضعیت دادن مناسب

بعد از ۲ دقیقه (۵ چرخه احیاء): استفاده AED یا دیفیبریلاتور

ارزیابی ریتم قلبی

• ادامه احیا برای ۲ دقیقه

• انجام شوک
• ادامه احیا برای ۲ دقیقه