

کد سند: BO-09-04

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۱/۱۹



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان

مرکز آموزشی پژوهشی درمانی ولایت

کتابچه ۵ بیماری شایع

بخش NICU

تهیه و تنظیم:

زهرا طاهرنژاد (سوپروایزر آموزشی)

عفونت خونی نوزادی (سپسیس نوزادی)

وجود هر گونه عفونت در نوزادان یا شیرخواران در مقایسه با اطفال و بالغین بسیار خطرناکتر خواهد بود. در این گروهها سیستم ایمنی به خوبی شکل نگرفته است و هنوز توان مقابله با انواع عفونتها را پیدا نکرده، همین علت است که گفته می شود باید درمان عفونت نوزادان در بیمارستان صورت گیرد. یکی از جمله مواردیکه پزشکان در ارتباط با عفونت اطفال خیلی به آن دقت می کنند وجود عفونت خونی می باشد. نوزادان یا شیرخوارانی که سن کمتر از ۳ ماه دارند، در صورتیکه دچار علائم عفونت خونی و بخصوص تب شوند باید حتماً توسط پزشک دیده شوند و آزمایشات لازم جهت ارزیابی و تشخیص منبع عفونت درخواست شود و به طور دقیق مورد مراقبت قرار گرفته و درمان نیز باید در بیمارستان انجام شود.

عفونت خونی چیست ؟

عفونت خونی به معنای پاسخ بدن به عفونتی است که در کل خون و بافتها انتشار پیدا کرده است. بدن یکسری پاسخهای التهابی در برابر عفونت از خود نشان می دهد که بتواند آنرا کنترل کند اما از طرف دیگر ممکن است این پاسخها به خود بدن نیز آسیب برساند. عفونت خونی یک حالت کاملاً جدی به حساب می آید، حتی اگر خیلی سریع تشخیص داده شده و درمان شود، می تواند منجر به بروز شوک ، اختلال عملکرد اعضای مختلف بدن ، ناتوانی دائمی و یا مرگ شود. نامهای دیگر این حالت مسمومیت خونی یا وجود باکتری در خون می باشد. اگر چه عفونت خونی در هر سنی رخ می دهد اما در اطفال و بخصوص آنهایی که سن پائین تری دارند، نظیر آنهایی که دچار بیماریهای مزمن هستند، شایع تر می باشد.

علل عفونت خونی

میکروبهای مختلفی نظیر باکتریها، ویروسها، انگلها و یا قارچها می توانند منجر به عفونتهای بسیار شدیدی شوند که منجر به عفونت خونی می شوند. در نوزادان و شیرخواران معمولاً در اکثر موارد علل این حالت باکتریها هستند. در بسیاری از موارد عفونت خونی نوزادی، باکتریها در طی بارداری و یا در زمان زایمان از مادر به جنین یا نوزاد منتقل می شوند. بعضی از عوارض دوران بارداری که شانس بروز عفونت در نوزاد را افزایش می دهند، شامل

خونریزی، تب مادر، عفونت رحمی یا جفتی ، پارگی زودرس کیسه آب در طی زایمان و زایمان طولانی و مشکل است.

نوزادان نارس که بخصوص و در بخش ICU نوزدان ، بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری می شوند بدلیل ضعف سیستم ایمنی و انجام اقدامات خاص نظیر داشتن سرم، وجود لوله های مختلفی که به بدنشان متصل است و همچنین تنفس از طریق لوله و دستگاه تهویه، نسبت به بروز عفونت خونی بسیار حساس و مستعد می باشند. میکروبهایی که بصورت طبیعی بر روی پوست زندگی می کنند، خیلی راحت از طریق راههایی که ذکر شد وارد جریان خون شده و منجر به بروز عفونت خونی می شوند.

کودکانیکه در محدوده سنی سه ماه تا سه سال قرار دارند بسیار مستعد بروز عفونتهای مخفی هستند، که در صورت عدم درمان می توانند به سمت بروز عفونت خونی پیشرفت کنند. عفونتهای مخفی به معنای آن است که باکتریها از یک منبع نامشخص وارد جریان خون شده اند. شایعترین علامت این بیماری تب می باشد. تقریباً یک سوم اطفال در این محدوده سنی بدون وجود علت مشخصی دچار تب هستند و مطالعات نشان می دهند که تنها چهار درصد از آنها واقعاً دارای عفونت خونی هستند.

علائم و نشانه ها

بر خلاف عفونت در اطفال و بالغین، در نوزادان و شیرخواران یک سری علائم متفاوت می باشد. غالباً به یکباره کودک بنظر میرسد که خوب نباشد. حتی علائم اولیه عفونت از کودکی به کودک دیگر متفاوت است. بعضی کودکان علائم بسیار کمی داشته و یا اصلاً در مراحل اولیه علامتی از خود نشان نمی دهند. بعضی از شایعترین علائم عفونت در نوزادان و شیرخواران جوان شامل عدم علاقه یا اشکال در غذا خوردن، تب، ناآرامی و بدخلقی، ضعف و بی حالی، شلی، تغییر در ضربان قلب که یا بسیار تندتر از حد طبیعی و یا خیلی کندتر از آن می شود، تنفس سریع یا اشکال تنفسی، وجود دوره هایی که به نظر می رسد کودک نفس نمی کشد و وجود زردی است.

تشخیص و درمان

از آنجائی که علائم عفونت خونی در بسیاری از نوزادان و شیرخواران مبهم می باشد، تستهای آزمایشگاهی دارای نقش اساسی در تشخیص این بیماری هستند. اگر شیرخوار کمتر از سه ماه، تب داشت حتی اگر به نظر خوب برسد به منظور تأیید یا رد عفونت باید یک سری آزمایشات انجام شود که شامل آزمایش خون و کشت خون آزمایش ادرار است که باید حتماً به طریق صحیح و استریل نمونه گیری صورت گیرد، کشیدن مایع کمر که این آزمایش باید براساس سن و وضعیت کلی و کودک صورت گیرد و عکسبرداری بخصوص از قفسه سینه، در صورتیکه هرگونه لوله یا مجرا در داخل بدن باشد. باید انجام شود و باید ترشحات یا مایعات موجود در این لوله ها نیز مورد آزمایش قرار گیرد.

وجود عفونت خونی و با حتی شک به آن در نوزادان و شیرخواران کوچک مستلزم مراقبتهای ویژه و انجام اقدامات درمانی بیمارستان می باشد تا در آنجا آنتی بیوتیکها از طریق رگ و به مدت حداقل ۴۴ ساعت تجویز شود.

قبل از آنکه تشخیص قطعی شود، پزشکان تجویز آنتی بیوتیک را شروع می کنند زیرا تا انجام آزمایشات کامل و نتیجه آنها دو تا سه روز زمان لازم است. لذا عدم شروع درمان و منتظر ماندن برای جواب می تواند به عفونت اجازه دهد که بصورت کامل در بدن منتشر شده و منجر به بروز عواقب وخیمی شود.

عوارض

اگر عفونت درمان نشود گسترش می یابد و منجر به بروز عوارض بسیار شدیدی خواهد شد. عفونت می تواند بر عملکرد اعضای مختلف بدن تأثیر گذاشته و منجر به نارسایی کلیه، بیماریهای ریه و صدمات مغزی شود. معمولاً حس شنوایی نیز تحت تأثیر قرار می گیرد. اگر عفونت به سرعت درمان نشود و یا اصلاً درمان نشود، بخصوص در نوزادان می تواند منجر به مرگ شود.

آیا عفونت خونی قابل پیشگیری است؟

اگر چه تمامی انواع عفونتها قابل پیشگیری نیستند اما از بعضی از آنها می توان اجتناب نمود. زنان حامله باید از نظر وجود هرگونه عفونت در کانال زایمانی مورد ارزیابی قرار گیرند. معمولاً این آزمایش در هفته ۳۳ تا ۳۳ دوران حاملگی انجام می شود و گاهی حتی می توان قبل از زایمان نیز این آزمایش را تکرار کرد. اگر وجود عفونت در کانال زایمان قطعی شد باید در حین زایمان از طریق رگ آنتی بیوتیک بگیرد. حتی اگر خانم بارداری از نظر عفونت چک نشده باشد اما در گروه پر خطر باشد مثلاً در حین

زایمان تب داشته یا پارگی زودرس کیسه آب داشته، یا زایمان طول کشیده بوده یا قبلاً سابقه زایمان نوزادی داشته باشد که مبتلا به عفونت شده است (نیز باید به منظور کاهش خطر انتقال عفونت در طی زایمان، از طریق رگ آنتی بیوتیک بگیرد. امروزه با استفاده از واکسیناسیون، علیه باکترهایی خاص می توان شانس بروز عفونت به این باکتریها را کاهش داد.

در چه زمانی باید به پزشک مراجعه نمود؟

از آنجایی که تشخیص علائم عفونت در نوزادان و شیرخوران بسیار مشکل می باشد، در صورت وجود هر گونه علائم ذیل باید به پزشک مراجعه کرد:

- عدم تمایل یا هرگونه اشکال در غذا خوردن، تب، تنفس غیر معمول، تغییر رنگ پوست (رنگ پریدگی یا کبودی)،
- ضعف و بی حالی، تغییر در صدای گریه کودک
- تغییر در تون عضلات کودک بصورت سفتی یا شلی بیش از حد،
- تندى یا کندى ضربان قلب کودک،
- وجود هرگونه رفتاری که غیر معمول باشد.

وجود این علائم حتماً به معنای وجود عفونت نیست اما در شیرخوران کمتر از سه ماه، در صورت وجود این علائم باید جهت اطمینان بیشتر، شیرخوار بلافاصله مورد ارزیابی قرار گیرد.

آسفیکسی

آسفیکسی عارضه‌ای است که در پی نرسیدن اکسیژن به مغز نوزاد در حین زایمان، اتفاق می‌افتد و می‌تواند کشنده باشد. به این عارضه آسفیکسی هنگام تولد یا زایمان هم گفته می‌شود. از نتایج خطرناک آسفیکسی و نرسیدن اکسیژن به مغز نوزاد هنگام تولد، ابتلا به آنسفالوپاتی هیپوکسیک-ایسکمیک است.

علائم آسفیکسی نوزاد

نوزاد تازه متولد شده ممکن است علائم آسفیکسی را بلافاصله بعد از تولد تجربه نکند و تنها ضربان قلب بسیار بالا یا بسیار پایین یکی از نشانه‌های آسفیکسی در نوزاد باشد.

اگر نوزاد بلافاصله پس از تولد دچار علامت آسفیکسی شود، این علائم شامل موارد زیر خواهد بود:

- رنگ پریدگی یا تغییر رنگ پوست به آبی
- سخت نفس کشیدن که می‌تواند علائمی مثل گشاد شدن بیش از حد پره‌های بینی هنگام تنفس یا داشتن تنفس شکمی
- ضربان قلب آهسته
- تون عضلانی ضعیف

مدت زمانی که نوزاد اکسیژن کافی دریافت نمی‌کند روی شدت علائم تأثیرگذار است. به طوری که هر چه نوزاد مدت بیشتری دچار کمبود اکسیژن باشد، بیشتر در معرض تجربه علائم آسفیکسی قرار می‌گیرد. اگر شدت علائم خیلی زیاد شود می‌تواند موجب آسیب یا از کار افتادن ارگان‌های ریه‌ها، قلب، مغز و کلیه‌ها شود.

علت آسفیکسی نوزاد

هر عاملی که توانایی نوزاد برای دریافت اکسیژن را تحت تأثیر قرار دهد، می‌تواند باعث افت اکسیژن خون نوزاد و آسفیکسی شود. هنگام زایمان پزشکان باید با دقت شرایط مادر و نوزاد را ارزیابی کنند و تلاش کنند که سطح اکسیژن خون مادر و نوزاد را در محدوده نرمال نگه دارند تا خطرات کاهش یابد.

در صورتی که یک یا بیش از یک مورد از موارد زیر اتفاق بیافتد، ممکن است آسفیکسی نوزاد رخ دهد:

- بسته شدن مجرای تنفسی نوزاد
- کم خونی نوزاد، به این معنا که گلبول‌های قرمز نمی‌توانند به مقدار کافی مولکول اکسیژن را با خود حمل کنند.
- مدت زایمان طولانی شود یا زایمان به سختی صورت گیرد.
- مادر قبل از زایمان یا در حین آن اکسیژن کافی دریافت نکرده باشد.
- فشار خون مادر در حین زایمان بسیار بالا یا بسیار پایین باشد.
- مادر یا نوزاد دچار عفونت باشد.
- جفت سریعتر از حالت معمول از رحم جدا شود. زیرا باعث افت اکسیژن خون نوزاد می‌شود.
- بند ناف به صورت نا به جا، دور نوزاد بپیچد.

علائمی که به خاطر نرسیدن اکسیژن به مغز نوزاد قبل، حین یا بعد از زایمان ایجاد می‌شود، دو دلیل عمده دارد. اول این که کمبود اکسیژن خون، خود باعث آسیب سریع می‌شود. این آسیب می‌تواند در عرض چند دقیقه ایجاد شود. ثانیاً آسیب ممکن است زمانی ایجاد شود که سلول‌های دچار کمبود اکسیژن، مجدداً ترمیم شده‌اند و سموم داخل خود را به بیرون از سلول آزاد می‌کنند. خروج حجم زیادی از سموم از سلول‌ها به صورت ثانویه آسیب ایجاد می‌کند.

نوزادان در معرض خطر آسفیکسی

نوزادان نارس بیشتر در معرض خطر آسفیکسی هستند. نوزادانی که از مادران با شرایط بارداری ویژه مثل مادران مبتلا به دیابت شیرین یا پره اکلسمی (فشار خون بارداری)، به دنیا می‌آیند هم بیشتر در معرض ابتلا به عارضه آسفیکسی قرار دارند. مطالعه‌ای که در مجله ایتالیایی اطفال منتشر شده است اشاره می‌کند که سن مادران و وزن پایین نوزادان در حین تولد هم از عوامل خطر آسفیکسی هستند. این مسئله به خصوص در کشورهای در حال توسعه که مادران دسترسی کمتری به مراقبت‌های پیش از زایمان و پس از زایمان دارند هم شایع تر است.

تشخیص آسفیکسی نوزاد

نوزادان به طور طبیعی به فاصله ۱ تا ۵ دقیقه بعد از تولد با نمره آپگار سنجیده می‌شوند. این سیستم نمره دهی براساس ۵ فاکتور زیر تنظیم شده است:

- تنفس
- ضربان قلب
- ظاهر
- پاسخ به محرک
- تون عضلانی

هر یک از فاکتورهای بالا می‌تواند نمره ۰، ۱ یا ۲ بگیرد. بنابراین بالاترین نمره آپگار برای یک نوزاد ۱۰ است. نوزادی که بعد از ۵ دقیقه نمره آپگار پایینی داشته باشد، بیشتر در معرض خطر آسفیکسی قرار دارد. نمره کمتر از ۷ نشان دهنده این است که نوزاد اکسیژن کافی دریافت نمی‌کند. اگر نوزاد پس از ۵ دقیقه نمره آپگار ۳ یا کمتر داشته باشد، پزشک به آسفیکسی در نوزاد شک می‌کند.

همچنین ممکن است پزشک درخواست آزمایش خون برای نوزاد دهد تا بفهمد سطح اسید خون نوزاد بالاست یا خیر. اگر سطح اسید خون بالا باشد نشانه اکسیژن رسانی ضعیف در بدن است. آزمایش خون برای بررسی عملکرد کلیه ها، قلب و کبد که ممکن است تحت تأثیر کمبود اکسیژن، دچار آسیب شده باشند هم انجام می‌شود.

درمان آسفیکسی در نوزادان

درمان براساس شدت علائم و مدت زمانی که طول می‌کشد تا آسفیکسی تشخیص داده شود، صورت می‌گیرد. به عنوان مثال، می‌توان قبل از زایمان به مادر اکسیژن بیشتری داد تا قبل از تولد، به اکسیژن رسانی نوزاد کمک کند. روش زایمان سزارین هم به طور بالقوه یک روش جلوگیری کننده از این عارضه است که در زایمان‌های طولانی یا سخت می‌تواند جایگزین شود.

بعد از تولد ممکن است نوزاد دچار آسفیکسی نیاز به دستگاه ونتیلاتور برای حمایت تنفسی داشته باشد. گرم نگه داشتن نوزاد هم می‌تواند عوارض هایپوکسی نوزاد را کاهش دهد. پزشک هم پیوسته با اندازه گیری فشار خون نوزاد و مقدار دریافت مایعات توسط نوزاد، شرایط را ارزیابی می‌کند تا از رسیدن مقدار کافی اکسیژن به نوزاد مطمئن شود.

برخی نوزادان ممکن است در نتیجه آسفیکسی، تشنج را تجربه کنند. پزشکان باید این موارد را با دقت کامل درمان کنند تا آسیبی به خاطر تشنج در نوزاد رخ ندهد.

پیگیری در طولانی مدت

پیگیری این عارضه هم به مدت زمانی که نوزاد دچار کمبود اکسیژن بوده است بستگی دارد. نوزادان نجات یافته از آسفیکسی در طولانی مدت ممکن است هر چیزی، از سلامتی کامل گرفته تا ناتوانی‌های اساسی را تجربه کنند. آسفیکسی نوزاد علت اصلی آسیب مغزی و مرگ نوزادان در جهان است. تشخیص زودرس و درمان به موقع این شرایط مهم ترین راه نجات نوزاد و کاهش عوارض آن است.

تشنج

تشنج در کودکان (Seizures in children) یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که والدین با آن دست و پنجه نرم می‌کنند. تشنج در کودکان به عوامل مختلفی بستگی داشته و هنگامی رخ می‌دهد که سلول‌های مغز کودک، بیش از حد توانشان، فعالیت داشته باشند. در واقع در اثر فعالیت بیش از حد این سلول‌ها، عملکرد سیگنال‌های الکتریکی عادی مغز موقتاً دچار اختلال می‌شود.

علائم تشنج در کودکان

علائم تشنج در کودکان شامل طیف وسیعی می‌شود که برای هر کودک می‌تواند یک یا چند مورد را در بر گیرد. از مهم‌ترین علائم بیماری تشنج کودکان:

- خیره شدن به یک نقطه ثابت
- لرزیدن بدن
- پرش عضلات دست و پا
- بیهوش شدن
- سفت شدن بدن
- بی‌اختیاری در ادرار و مدفوع
- حالت تهوع
- افتادن ناگهانی و بدون دلیل
- مشکلات تنفسی
- تغییرات گفتاری و دیداری

در نظر بگیرید که تشخیص برخی علائم باعث جلوگیری از تشنج در کودکان می‌شود.

علت تشنج

تشنج در اثر اختلال در فعالیت بخش‌های مختلفی از مغز ایجاد می‌شود. از این رو علت ابتلا به آن رابطه مستقیمی با این موضوع دارد که کدام بخش از مغز فعالیت الکتریکی غیر عادی دارد. به طور کلی می‌توان گفت بیماری‌ها و آسیب‌دیدگی‌های زیر مهم‌ترین علل ابتلا کودکان به تشنج هستند:

- آسیب دیدن نواحی مختلف سر
- آسیب دیدن کودک در حین تولد (در حین به دنیا آمدن یا پس از آن)
- عارضه‌های مادرزادی
- تب یا عفونت بیش از حد
- وراثت
- اختلال‌های مغزی دژنراتیوم
- مصرف دارو

البته موارد گفته شده در بالا تنها مهم‌ترین علل تشنج در کودکان بوده و ممکن است کودکی به دلایل دیگری به این بیماری مبتلا شود. تب و تشنج در کودکان نیز با یکدیگر بسیار در ارتباط اند.

انواع تشنج کودکان

تشنج در کودکان به شکل‌ها و انواع مختلفی بوز می‌دهد. امروزه انواع مختلف این بیماری را در ۶ گروه دسته بندی کرده‌اند. انواع تشنج در کودکان عبارت‌اند از:

۱. تشنج کانونی در کودکان

این نوع تشنج به دلیل اختلال در قسمت "کانون تشنج" مغز که در یکی از لوب‌های مغز قرار دارد رخ می‌دهد. مدت زمان آن کمتر از ۱ دقیقه بوده و گرفتگی عضلات شایع‌ترین علائم آن است.

۲. تشنج عمومی کودکان

شاید بتوان گفت تشنج عمومی رایج‌ترین نوع این بیماری است که در اثر آن هر دو طرف مغز کودک درگیر می‌شود. این نوع از بیماری خود به زیر دسته‌های مختلفی تقسیم می‌شود. به‌عنوان مثال تشنج غائب، پتی‌مال یا تشنج کوچک، تشنج اتونیک، تشنج تونیک، تشنج تونیک - کلونیک عمومی یا گرن‌دمال (GTC) انواع مختلفی از تشنج عمومی هستند که هر کدام از آن‌ها علائم خود را داشته و در اثر علل مختلفی بروز می‌دهند.

۳. تشنج میوکلونیک در کودکان

کودکانی که به این نوع از تشنج مبتلا هستند، در طول روز چند بار و یا چند روز پشت سر هم تشنج را تجربه می‌کنند. در این نوع از بیماری عضلات بدن به صورت گروهی و ناگهان منقبض می‌شوند.

۴. اسپاسم شیرخوارگی نوزادان

این نوع تشنج در کودکان بسیار نادر بوده و تنها در سال اول زندگی فرد احتمال رخ دادن آن وجود دارد. با اینکه این نوع تشنج تنها چند ثانیه طول می‌کشد، اما به دلیل اینکه ممکن است در طول روز، صدها این اتفاق بیفتد، بسیار خطرناک دانسته می‌شود.

۵. صرع پایدار در کودکان

صرع پایدار از دیگر انواع تشنج در کودکان است. این نوع تشنج بیش از ۳۰ دقیقه طول کشیده و مشکلی بسیار جدی و حاد است. به‌طوری‌که ممکن است کودک شما چند روز را در بیمارستان بستری شود تا به طور کامل بهبود یابد. تکرار تشنج در کودکان می‌تواند یکی از علائم ابتلا به این عارضه باشد.

۶. تشنج تبخیر در کودکان

نوع دیگری از بیماری که تشنج تبخیر نام دارد، بیشتر در کودکان شش ماهه تا پنج ساله دیده می‌شود. این تشنج همراه با انقباض عضلات بوده درصد شیوع بالایی دارد.

تشنج تب خیر خود به ۲ دسته تقسیم بندی می‌شود. تشنجی که کمتر از ۱۵ دقیقه طول بکشد تشنج ساده و در غیر این صورت تشنج پیچیده نام دارد.

پیشگیری از تشنج در کودکان

در واقع چون تشنج در کودکان ناشی از اختلالات سیستم عصبی بوده و به دلایلی نظیر وراثت و آسیب‌های مغزی بستگی دارد از این رو پیشگیری از ابتلا به آن چندان آسان نبوده و بهتر است بگوییم کودکان نقش زیادی در ابتلا به آن یا پیشگیری از ابتلا به آن ندارند. اما باز هم نکاتی را ذکر خواهی کرد که تا حدودی رعایت آن‌ها باعث جلوگیری از تشنج در کودکان شود.

- جلوگیری از بازی کودکان به صورت شبانه روزی و بیش از حد با کامپیوتر و سایر کنسول‌های بازی
- مراقبت از سر فرزندان در مقابل هر ضربه‌ای (مخصوصاً در زمان نوزادی)
- اگر پدر یا مادر کودک دچار بیماری تشنج هستند، حتماً از زمان کودکی کودک خود را نزد متخصص مغز و اعصاب ببرند تا از بروز آن در فرزندشان خودداری کنند
- عدم مصرف الکل و دخانیات توسط کودک (و والدین)

انواع راه‌های درمان تشنج در کودکان

خوشبختانه امروزه روش‌های مختلفی برای درمان قطعی تشنج در کودکان ابداع شده است. از جمله از مهم‌ترین روش‌های درمانی عبارت‌اند از:

دارو برای درمان تشنج کودکان

در واقع می‌توان گفت بهترین و متداول‌ترین نوع درمان تشنج در کودکان مصرف دارو است. امروزه قرص‌های مختلفی برای این کار تولید و به بازار عرضه شده‌اند. تعیین نوع قرص و مقدار مصرف آن بر عهده پزشک بوده و پس از انجام آزمایشات مختلف تعیین می‌شود و پزشک داروی تشنج کودکان را تجویز خواهد کرد.

رژیم کتوژنیک و درمان تشنج کودکان

در این روش درمانی، وعده‌های غذایی کودک سرشار از چربی و با کربوهیدرات بسیار کم است. هدف اصلی این رژیم تولید منبع انرژی مغز و قلب یعنی کتون‌ها است. شایان ذکر است که این برای تمام کودکان مفید نیست.

محرک عصب واگ (VNS) روشی برای درمان تشنج کودکان

در این روش درمانی، به کمک یکی از عصب‌های واگ پالس‌های انرژی کوچکی به مغز ارسال می‌شود. استفاده از این روش درمانی شایع نبوده و تنها برای کودکان بالای ۱۲ سال که به درمان دارویی واکنش نشان نداده و امکان جراحی نیز ندارند، توصیه می‌شود. شایان ذکر است که گرفتگی صدا، گلو درد یا تغییر صدا از عوارض استفاده از این روش هستند.

جراحی برای درمان تشنج شدید کودکان

هدف از جراحی برداشتن قسمتی از مغز که تشنج در آن رخ می‌دهد است. جراحی تنها زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که تشنج در کودک بسیار شدید بوده و برداشتن قسمتی از مغز آن بر بینایی و حافظه اثری نداشته باشد. جراحی را برای درمان سریع تشنج کودکان بکار می‌برند.

عوارض تشنج در کودکان

- یکی از شایع‌ترین عوارض بعد از تشنج در کودکان آسیب به مغز است که خود را به صورت‌های حرکتی، رفتاری و تکلم نشان می‌دهد.
- همچنین تشنج می‌تواند باعث آسیب به قلب و ایجاد آریتمی قلبی شود.
- تشنج می‌تواند باعث وارد شدن آسیب به عصب واگ شود که مسئول کنترل جویدن و بلع غذاست. در نتیجه یکی از عوارض بعد از تشنج در کودکان می‌تواند اختلال در بلع، گرفتگی سینه، سوزش گلو و سرفه باشد.
- از دیگر عوارض تشنج وارد شدن آب به داخل ریه‌ها و عفونت دستگاه تنفس فوقانی است.

چه کودکانی بیشتر تحت ریسک ابتلا به تشنج هستند؟

در واقع همه کودکان به خطر ابتلا به تشنج گرفتار هستند. اما در این بین کودکانی که پیشینه دارند یعنی پدر یا مادر آن‌ها دچار این بیماری است و یا کودکانی که در نوزادی ضربه‌ای به سرشان برخورد کرده است بیشتر از سایرین تحت خطر ابتلا به این بیماری هستند.

آیا تشنج اختلالی در زندگی عادی کودک ایجاد می‌کند؟

به طور کلی می‌توان گفت بسته به شدت تشنج، زندگی عادی کودک می‌تواند دچار اختلال شود. البته این اختلالات با مصرف دارو یا انجام سایر درمان‌ها قابل کنترل است.

پنومونی

به التهاب پارانشیم ریوی گفته می‌شود که به علت ویروس، باکتری یا قارچ ایجاد می‌شود. پنومونی باکتریال شایع‌ترین علت مرگ به دلیل بیماری‌های عفونی است.

انواع پنومونی بر اساس عامل اتیولوژی :

*پنومونی ویروسی

*پنومونی باکتریال

*پنومونی کلامیدیا

*پنومونی آتیپیک اولیه

پنومونی باکتریال :

اغلب یک عفونت جدی است. مکانیسم های پاتوژنز اغلب به صورت آسپیراسیون یا انتشار از طریق خون می باشد. عامل این نوع پنومونی؛ پنوموکوک ، استرپتوکوک و استافیلوکوک و مایکو پلاسما کاتارالیس و ... می باشد. نارسایی احتقانی قلب، دیابت، بیماری های مزمن ریوی ، سن کم کودکان و شیرخواران ، استعمال دخانیات ، وضعیت نامناسب سلامت عمومی ، زندگی در محیط پرجمعیت و غیر بهداشتی ، ضعف دستگاه ایمنی بدن و اعتیاد به الکل ، "پنومونی باکتریایی " را تشدید می کند .

مهمترین اقدام در پیشگیری از "پنومونی باکتریایی " خصوصاً در نوزادان و کودکان درمان به موقع عفونت های تنفسی است و در صورتی که این بیماری به موقع تشخیص داده نشده و درمان نشود موجب جمع شدن ترشح بین دو لایه پرده پوشاننده ریه ها، تشدید عفونت و آسبه ریه می شود. در کودکان مبتلا به "پنومونی باکتریایی " باید مصرف مایعات افزایش پیدا کند، همچنین خوراندن غذاهای سبک و روان نظیر سوپ و آش و مایعات رقیق به آنها موجب می شود ترشحات ریوی روان و تخلیه آنها با سرفه راحت تر شود .

پنومونی ویروسی :

شایع تر از نوع باکتریال است و در همه گروه های سنی دیده می شود. ویروس سن سیتیل تنفسی شایعترین ارگانسیم ایجاد کننده پنومونی ویروسی است. تغییرات پاتواژیک آن شامل پنومونیت بین بافتی توام با التهاب مخاط و دیواره برونش و برونشیول است. شروع بیماری ممکن است حاد یا موزایانه باشد و اغلب توام با عفونت ویروسی سیستم تنفسی فوقانی است. علائم آن از تب خفیف، سرفه مختصر و بیحالی تا تب بالا، سرفه های شدید و خستگی متفاوت است. صداهای تنفسی در سمع ممکن است کمی خس خس یا رال ظریف داشته باشد .

در ابتدای بیماری انتظار می رود که سرفه ها بدون خلط باشد یا میزان کمی خلط سفید رنگ وجود داشته باشد. رادیوگرافی نشان دهنده انفیلتراسیون منتشر یا پراکنده توام با درگیری اطراف برونش می باشد. پیش آگهی بیماری معمولاً خوب بوده و درمان علامتی می باشد و شامل بهبود اکسیژناسیون ، کمک به آرامش بیمار از طریق تجویز اکسیژن یا بخور خنک، استفاده از ضد تب، درناژ وضعیتی، دادن مایعات و ... می باشد .

علائم شایع :

- درد عضلانی و خستگی
- تب و لرز
- سرفه با یا بدون خلط یا «خروسک»
- تنفس سریع و دشوار
- درد سینه
- گلودرد
- بی اشتها
- بزرگ شدگی غدد لنفاوی گردن
- کبودی ناخن ها و پوست پنومونی آتیپیک اولیه :

مایکو پلازما پنومونیه عامل پنومونی آتیپیک است و شایعترین علت در کودکان ۱۲-۵ ساله است. شروع بیماری می تواند ناگهانی یا موزیانه باشد. معمولا همراه با علائم سیستمیک از جمله تب، سر درد، ضعف، بی اشتها و درد عضلانی است و به دنبال این علائم رینیت، گلو درد، سرفه خشک و کوتاه به وجود می آید. سرفه در ابتدا بدون خلط است سپس خلط سروزی مخاطی تولید شده و در نهایت تبدیل به خلط مخاطی چرکی یا همراه با رگه های خون می شود. تنگی نفس به ندرت رخ می دهد. تصاویر رادیوگرافی شواهدی از پنومونی را قبل از بروز علائم بالینی نشان می دهد، در سمع ریه رال شنیده شده اما تراکم معمولا دیده نمی شود .

پنومونی کلامیدیا :

کلامیدیا تراکوماتیس عامل یکی از شایعترین بیماری های انتقالی از راه جنسی است. نوزادان عفونت ریوی را از مادر خود دقیقا قبل یا در حین زایمان، هنگام عبور از کانال زایمانی دریافت می کنند. پنومونی کلامیدیایی بیماری بدون تب است که غالبا بین هفته ۱۹-۲ پس از زایمان رخ می دهد و با علائم سرفه، تاکی پنه و رال مشخص می شود .

تشخیص :

باتوجه به غیر اختصاصی بودن علائم بالینی در افتراق پنومونی های ویرال از باکتریال می توان با تکیه بر آزمونهای پاراکلینیک به ویژه رادیوگرافی قفسه سینه و تطبیق آنها با آزمایشات CBC , CRP , ESR از تجویز بی رویه آنتی بیوتیک ها خودداری کرد و در عفونت های ویرال به درمان های حمایتی بسنده نمود. جهت بررسی پیشرفت بیماری و تشخیص سریع عوارض، علائم حیاتی و صداهای ریوی باید کنترل شود .

مواردی که در بیماری پنومونی باید مد نظر پرستار باشد :

❖ پوزیشن مناسب :

- نیمه نشسته
- دراز کشیدن به پهلو مبتلا باعث حمایت قفسه سینه و کاهش اصطکاک پرده جنب می شود .
- کودک با توجه به شرایط و میزان سطح هوشیاری در وضعیتی که بیشترین کمک تنفسی به کودک می شود، در وضعیت راحت قرار گیرد .

❖ تجویز اکسیژن در صورت نیاز :

- باید در زمانی که کودک دچار دیسترس تنفسی است، اکسیژن رسانی کافی به کودک را در نظر داشت .
- حداکثر ۵ لیتر از طریق بینی در کودکان و حداکثر ۱۰ لیتر از طریق هود در شیرخواران

❖ بررسی وضعیت تنفس و بهبود عملکرد تنفسی کودک :

- بایستی وضعیت تنفسی کودک بررسی شده و بروز دیسترس تنفسی) تاکی پنه ،زنش پره های بینی ،سیانوز اطراف دهان، تنگی نفس و رتراکسیون بین دنده ای(مورد توجه قرار گیرد .
- با دادن اکسیژن، پوزیشن مناسب، ساکشن ترشحات به منظور پاکسازی موثر راه هوایی به بهبود الگوی تنفسی کودک کمک نمود .

❖ کمک به تخلیه ترشحات:

- درناژ وضعیتی - فیزیوتراپی تنفسی و فراهم نمودن محیط مرطوب (در صورت داشتن سرفه خلط دار، دادن بطور آب گرم موثر است) و در صورت نداشتن ممنوعیت، مصرف مایعات جهت تسهیل خروج ترشحات .
- توجه به سرفه: دادن پوزیش مناسب و کمک به پاکسازی موثر راه هوایی با استفاده از فیزیوتراپی تنفسی
- توجه به آسپیراسیون: ساکشن ترشحات و دادن پوزیشن نشسته یا نیمه نشسته به کودک
- بررسی سطح فعالیت کودک: به چرخه خواب و بیداری کودک توجه نموده و فراهم نمودن شرایط خواب و استراحت کافی جهت کودک به منظور حفظ انرژی را فراهم سازید .

❖ ایزولاسیون تنفسی :

- جهت پیشگیری از انتقال عفونت از کودک به بیماران دیگر و پرسنل
 - رعایت ایزولاسیون تنفسی، پوشیدن ماسک- شستشوی دست و پوشیدن دستکش الزامی است .
- ❖ **بررسی هیدراتاسیون کودک:** در صورتی که کودک نمی تواند به اندازه کافی مایعات استفاده کند با دستور پزشک باید مایعات بر اساس وزن تنظیم شود .

❖ توجه به تب بیمار :

- از روشهای غیر دارویی مانند تن شویه با آب ولرم استفاده کنید .
- در صورت تب بالای ۳۸ درجه به پزشک اطلاع و در صورت عدم کاهش تب با روشهای غیر دارویی از روشهای دارویی استفاده کنید .
- استفاده از تب برهای غیر تزریقی
- در صورت تجویز آنتی بیوتیک وریدی لزوم کامل شدن دوره درمان به والدین آموزش داده شود .
- رعایت بهداشت دست ها توسط والدین و خود کودک

❖ توجه به ترس و اضطراب و حفظ آرامش کودک :

- از نظر روحی و روانی از کودک و خانواده حمایت نموده و به کاهش ترس و اضطراب و آرام سازی کودک کمک کنید چون گریه سبب اسپاسم حنجره و افزایش هیپوکسی می شود .

❖ اقدامات پرستاری در رابطه با پاکسازی غیر موثر راه هوایی

- بررسی وجود ترشحات در مسیر هوایی
- مصرف کافی مایعات: جهت رقیق کردن ترشحات کودکان رابه نوشیدن مایعات تشویق کنید .
- فراهم کردن محیط مرطوب: با بخور سرد و گرم) متناسب با بیماری(از خشکی مخاط جلوگیری کرده و در صورت نیاز به اکسیژن، اکسیژن مرطوب داده شود .
- بررسی تنفس: بایستی بررسی کامل تنفس انجام شده و به تعداد و کیفیت تنفس های کودک توجه نموده و افزایش RR استریدورد در حین استراحت، پرش جدار بینی، تراکسیون مد نظر قرار گیرد .
- با دادن پوزیشن مناسب نشسته یا نیمه نشسته، متناسب با شرایط بیماری و اکسیژن و... به پاکسازی موثر راه هوایی کمک نمائید. جهت ایجاد سهولت در تنفس کودک، پوزیشن نیمه نشسته به کودک داده می شود .
- استفاده از خلط آورها بانظر پزشک
- طولانی نمودن زمان بازدم و افزایش فشاربازدمی: از بازیهای تنفسی در کودکان کوچکتر مثل دمیدن گلوله پنبه از روی میز و ... استفاده کنید .

- تحریک ترشحات با انجام بازدم اجباری: آموزش هوفینگ به کودکان: کودک تنفس عمیق کشیده و به سرعت بازدم نماید در حالیکه واژه هوف را به زبان می آورد.
- فیزیوتراپی تنفسی و کمک به سرفه موثر در کودکان: از فیزیوتراپ کمک بگیرید. نحوه فیزیوتراپی را از فیزیوتراپ فرا گرفته و در زمان عدم مراجعه فیزیوتراپ، برای کودک فیزیوتراپی را انجام دهید .
- انجام درناژ وضعیتی: اقدامات مناسب جهت رقیق سازی ترشحات را قبل از پوزیشن دادن برای درناژ وضعیتی انجام دهید. از قرار دادن کودک به مدت طولانی در پوزیشن برای درناژ وضعیتی خوداری ننماید .
- خروج ترشحات از راه هوایی: آموزش به کودکان بزرگتر به طوری که با یک سرفه تند تر بجای سرفه کوتاه وریز ترشحات را خارج کند یا از ساکشن استفاده شود .
- بررسی وضعیت هوشیاری: پاکسازی غیر موثر راه هوایی منجر به تجمع CO2 و کاهش سطح هوشیاری بیمار می شود. سطح هوشیاری کودک را با توجه به معیار AVPU را مشخص نمائید .

❖ اقدامات پرستاری در رابطه اختلال در الگوی خواب

- توجه به عادات خواب کودک: باسوال کردن از والدین با عادات خواب کودکان آشنا شوید عاداتی مثل خواندن کتاب توسط والدین، روی پا خوابیدن، لالایی خواندن،.....فراهم شود. از خواب طولانی در طی روز اجتناب شود .
- کنترل محیط از نظر محرکهای موثر: نور و صدا در محیط کم شود. از پلاکهای گوش در صورت امکان استفاده شود. از ایجاد سرو صدا در زمان خواب کودکان خودداری شود .
- برطرف کردن نیازهای فیزیولوژیک: گرسنگی، تشنگی و نیاز به دفع کودکان را برطرف نمایید .
- فراهم کردن پوزیشن مناسب: جهت آرام سازی کودکان پوزیشن مناسب با توجه به بیماری رعایت گردد. در صورت تنگی نفس و اورتوپنه، از بالش اضافه یا وضعیت نیمه نشسته استفاده شود .
- محدود کردن مایعات و مواد کافئین دار در شب: استفاده از چای،قهوه، کاکائو در شب محدود شود
- استفاده از تکنیکهای آرام سازی ماساژ پشت، موسیقی، خواندن لالایی، وبه آرام سازی کودکان کمک می کند .
- توجه به سیکل استراحت و خواب کودک: به سیکل خواب و بیداری کودک توجه شود .
- اقدامات پرستاری در رابطه ترس و اضطراب
- آشنا سازی کودک و والدین با محیط، پرسنل و اقدامات درمانی: محیطی پر از محبت برای کودک و والدین فراهم کنید. در زمان ورود کودک با خوشرویی کودک را پذیرش کرده و ارتباط نزدیک با وی برقرار کنید. محیط فیزیکی بخش مانند اتاق ها، محل بازی و ... را به کودک نشان دهید. قبل از هر اقدام درمانی متناسب با سطح تکامل کودک آن را برای وی توضیح دهید .
- برقراری ارتباط مؤثر با کودک متناسب با سطح تکامل کودک: تماس غیر درمانی با کودک برقرار کنید. خود و سایر پرسنل و قسمتهای بخش را به کودک معرفی نمائید . برنامه مراقبتی را به گونه ای تنظیم کنید که فرصتی برای تماس اختصاصی با کودک داشته باشید. به کودک اجازه دهید در مورد علائق خود با شما صحبت کند. کودک را با اسم صدا کنید. از کودک دلیل بستری را پرسیده و هرگونه تصور اشتباه وی را تصحیح کنید .

- ارزیابی درد و تلاش جهت کاهش آن: در صورت وجود درد، اقدامات کاهنده درد را انجام دهید. از انجام پروسیجرهای سرزده و دردناک خودداری نمایید .
- فراهم آوردن شرایط اظهار ترس و اضطراب از طرف کودک: کودک را تشویق کنید تا علت ترس خود را بیان نماید. از والدین علت ترس کودک را جویا شوید. اجازه دهید کودک رفتارهای دال بر ترس مانند گریه ... را نشان دهد. از هرگونه دویدن ، بالا و پائین پریدن و ... که منجر به اشکال درتنفس و ایجاد اضطراب و ترس می شود جلوگیری نمایید .
- فراهم آوردن شرایط آرام: از انجام درمان و پروسیجرهای دردناک در اتاق کودک یا اتاق بازی وی خودداری کنید. باصدای ملایم صحبت کنید. به کودک اطمینان دهید که همیشه یک نفر از والدین در کنار وی باقی می ماند. درمرحله حاد بیماری بیشتر نزد کودک حضور پیدا کنید. در زمان انجام پروسیجرها به والدین اجازه حضور بر بالین کودک داده شود. شرایط محیطی مانند اتاق آرام برای کودک فراهم نموده و به کودک اطمینان دهید که هر وقت لازم باشد شما در دسترس هستید .
- استفاده از روش های آرام سازی غیر دارویی : می توانید از ایجاد ضربات آهسته ، موزیک، تکان دادن و ... برای کودک استفاده نمایید. استفاده از کتاب ، اسباب بازی ،موسیقی به کاهش ترس کمک می کند .به کودک اجازه دهید اسباب بازی مورد علاقه خود را به همراه داشته باشد. والدین را به نوازش، بغل کردن و نشان دادن محبت خود به کودک تشویق کنید. سخنانی که جنبه مزاح و شوخی دارد به کار برده و به خندیدن کودک کمک کنید. نقاشی یا فعالیت های توصیفی کودک را تشویق کنید .

❖ اقدامات پرستاری در رابطه کمبود حجم مایعات

- بررسی وضعیت PO و خوردن مایعات: در صورت وجود سختی بلع، مایعات به میزان کم و دفعات بیشتر داده شود. در صورت خطر بروز آسپیراسیون جدی، اتفوزیون مایع وریدی بجای خوراکی ارجحیت دارد. خودداری از خوردن مایعات سرد در صورت وجود مشکلات تنفسی
- کنترل دقیق : O&A تعداد دفعات دفع ادرار و میزان خیس بودن پوشک باید مد نظر قرار گیرد. در صورت دستور پزشک میزان ادرار به CC چارت شود .
- تشویق کودکان به مصرف مایعات: استفاده از بازیهای کودکانه و استفاده از ظروف و لیوان مورد علاقه کودک موجب تشویق به خوردن مایعات می شود .
- کاهش تدریجی کم آبی: کم آبی زیاد باید بتدریج جبران شده و از دادن مایعات خیلی زیاد خودداری شود .
- بررسی وضعیت کم آبی بدن: مخاط پوششی، تورگور پوستی، فونتanel و وزن کودک باید بررسی شود .

❖ اقدامات پرستاری در رابطه ارزیابی و سنجش درد

- ارزیابی درد: با استفاده از مقیاس سنجش درد، میزان درد کودک را مشخص نمایید .
- استفاده از عوامل غیر دارویی جهت کاهش درد: روی صندلی گردان نشسته و به صورت هلالی جلو و عقب شود. یک یا دو کلمه با صدای ملایم تکرار کند مانند مادر اینجاست .
- ماساژ پشت، تغییر پوزیشن، انحراف فکر، تنفس ریتمیک و شل کردن عضلات می توانند کمک کننده باشند .
- استفاده از نظر کودک در خصوص کاهش درد و استفاده از همان روش ها، استفاده از یک عروسک به عنوان مدل و اجازه دهید کودک با عروسک هر کاری می خواهد انجام دهد .

- فراهم کردن آرامش جسمی و روانی کودک: در موقع درد از حضور والدین کنار کودک استفاده کنید .
- در هنگام انجام پروسیجر دردناک در کنار بیمار باشید .
- تشویق به فکر در مورد تخیلات لذت بخش و تکرار جملات مثبت مانند به خانه بر می گردم، به زودی احساس خوش آیندی دارم، با هم بستنی می خوریم .
- انحراف فکر: به کودک بگوئید شدت درد را با بلند کردن صدای آی یا وای نشان دهد .
- از برنامه های تفریحی مانند نگاه کردن به کاریکاتور، گفتن طنز، داستان خنده دار و شوخی با کودک استفاده کنید .
- به کودک بگوئید نفس عمیق کشیده و سپس بازدم را نگهداشته تا شما اعلام کنید .
- از انگشتان شروع و به سایر قسمت های بدن ابتدا سفت سپس شل کند .
- چشم ها را با نگاه کردن به نقطه دیگری غیر از محل پروسیجر باز نگه دارد .
- توقف فکری را تقویت کنیم (خیلی طول نمی کشد، اگر در مورد چیز دیگری فکر کنی اذیت نمی شوی، رفتن به خانه و)
- استفاده از مسکن های دارویی: طبق تجویز پزشک): استامینوفن - بروفن NSAIDS - برای دردهای خفیف تا متوسط (، حتی الامکان از نوع خوراکی و شیاف بیشتر از زیر جلدی و عضلانی استفاده کنید .

❖ اقدامات پرستاری در رابطه الگوی تنفسی غیر مؤثر

- کودک را وضعیت مناسب که خودش احساس آرامش کند، قرار دهید. در صورت هایپوتون بودن کودک از بالش و پد استفاده کنید .
- سر کودک را حداقل ۳۰ درجه بالاتر قرار دهید .
- از پوشاندن لباس تنگ به کودک خودداری نمائید .
- تشویق کودک به تنفس مؤثر و دم عمیق: به کودکان بزرگتر، نحوه کشیدن دم عمیق را آموزش دهید .
- فراهم کردن محیط مرطوب: از بخور گرم و سرد (با توجه به نوع بیماری) و ۲O مرطوب استفاده کنید .
- کنترل اکسیژناسیون بافتی مناسب: از پالس اکسی متری جهت کنترل اکسیژناسیون بافتی استفاده کنید و Sat O2 را بالای ۸۵٪ نگه دارید .

ایکتر

زردی در نوزادان تقریباً در همهٔ کودکان تازه متولد شده، به مقادیر کم وجود دارد. در هفتهٔ اول تولد درصد قابل توجهی از نوزادان زرد به نظر می‌رسند. حدود ۴۰ درصد نوزادان سالم بعد از ۲۴ ساعت اول تولد، زردی در حد ۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و در ۳۶ ساعت اول تولد در حد ۷ میلی‌گرم در دسی‌لیتر دارند، که به آن زردی فیزیولوژیک یا زردی طبیعی می‌گویند.

انواع زردی

حدود ۶۰ درصد نوزادان به‌طور طبیعی (فیزیولوژیک) یا بیمارگونه (پاتولوژیک) زردی دارند. زردی در نوزادان ابتدا از صورت شروع شده، سپس روی قفسه سینه و شکم و در نهایت در دست‌ها و پاها ظاهر می‌شود. زردی فیزیولوژیک از روز دوم یا سوم تولد شروع و تا روز پنجم افزایش می‌یابد. پس از آن به‌تدریج در عرض چند روز کاهش یافته و سپس از بین می‌رود. نکته مهم: زردی ۲۴ ساعت اول تولد، پاتولوژیک یا بیمارگونه بوده و نوزاد باید توسط پزشک بررسی و تحت درمان قرار گیرد.

انواع زردی در ارتباط با تغذیه با شیر مادر

➤ زردی ناشی از شیر مادر

حدود دو سوم نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند معمولاً زردی غیرمستقیم دارند. این نوع از زردی در نوزادان ممکن است تا هفته دوم یا سوم تولد و حتی تا ۲ الی ۳ ماهگی شیرخوار نیز ادامه یابد. تقریباً نیمی از نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، در هفته دوم زندگی یا پس از آن زرد به نظر می‌رسند. این طول کشیدن زردی که به علت تغذیه با شیر مادر است، به عنوان «زردی شیر مادر» شناخته می‌شود.

علت این نوع زردی ناشناخته است و با گذشت زمان و ادامه تغذیه با شیر مادر به حد طبیعی می‌رسد. سرعت کاهش زردی از نوزادی به نوزاد دیگر متفاوت است.

➤ زردی ناشی از گرسنگی نوزاد

دریافت ناکافی شیر توسط نوزاد، حتی بدون گرسنگی مطلق، منجر به افزایش بیشتر زردی نوزادی خواهد شد. در ۵ روز اول تولد، اگر تغذیه با شیر مادر به مقدار کافی انجام شود، تفاوتی در سطح زردی نوزادان تغذیه شده با شیر مادر با نوزادانی که از شیر خشک تغذیه می‌شوند، دیده نمی‌شود. زردی ناشی از گرسنگی اغلب در طول دوره نوزادی (۲۸ روز اول عمر) و حتی دوره شیرخواری نیز دیده می‌شود.

علت این نوع زردی، کاهش دفع مدفوع جنینی (مکونیوم) است که سبب افزایش جذب بیلی‌روبین (عامل رنگ زرد ادرار و رنگ قهوه‌ای مدفوع) از روده‌ها می‌شود. شیر مادر ملین بوده و موجب دفع مکونیوم و کاهش زردی در نوزادان می‌شود.

علائم زردی نوزادان

علائم زردی به علت و شدت آن بستگی دارد؛ اما به‌طور کلی احتمال چنین مواردی وجود دارد:

- زردی در صورت و پوست سر قابل مشاهده شده است.
- زردی در قسمت سفیدی چشم وجود دارد.
- زردی به پوست بدن نیز گسترش می‌یابد (شدت زردی متوسط).
- زردی در کف دست و پا مشاهده می‌شود (زردی شدید).
- کودک شما حالت خواب‌آلودگی غیر طبیعی دارد.
- دچار مشکلات تغذیه‌ای شده است.

- در برخی موارد، مدفوع روشن و ادرار تیره وجود دارد.

علت زردی در نوزادان

نوزادان در اغلب مواقع با زردی متولد می‌شود که در پوست و چشم کاملاً قابل مشاهده است. بیلی روبین مهم‌ترین عامل زردی در نوزادان است، بخش رنگدانه‌ای طبیعی که از تجزیه گلبول‌های قرمز می‌شود. از آنجایی که نوزادان طی چند روز ابتدایی پس از تولد تولید و تجزیه سریع‌تری گلبول‌های قرمز دارند، بیلی روبین بیشتری نسبت به بزرگسالان تولید می‌کند.

کبد وظیفه فیلتر کردن بیلی روبین را از جریان خون دارد. از آنجایی که کبد نوزاد بالغ نیست، در اغلب مواقع قادر به از بین بردن بیلی روبین نبوده و منجر به افزایش بیلی روبین خواهد شد. به همین دلیل از هر ۱۰ نوزاد یک نفر درجاتی از زردی را تجربه می‌کنند. این عارضه در میان نوزادان نارس بیشتر مشاهده می‌شود.

از سایر دلایل زردی در نوزادان می‌توان به چنین مواردی اشاره کرد:

- خونریزی داخلی
- عفونت در خون نوزاد (سپسیس)
- اختلال در عملکرد کبد
- عدم سازگاری بین خون مادر و خون نوزاد
- عفونت‌های ویروسی یا باکتریایی
- آترزی صفراوی (وضعیتی است که مجاری صفراوی نوزاد زخمی یا مسدود شده است)
- یک ناهنجاری در گلبول‌های قرمز خون کودک و تجزیه سریع
- کمبود آنزیم

عوارض زردی در نوزادان

در صورت بروز و تشدید زردی در نوزادان، ممکن است عوارض خطرناک و غیرقابل برگشتی مانند کاهش شنوایی، فلج مغزی، کند ذهنی، اختلال در تعادل حرکتی، ناهنجاری‌های اندام و نیز بیش‌فعالی رخ دهد و اگر میزان افزایش زردی خیلی زیاد باشد آسیب مغزی رؤیت خواهد شد.

توصیه‌ها جهت کاهش زردی

✓ آغاز هر چه سریع‌تر تغذیه از پستان مادر

تا جایی که امکان دارد تغذیه از پستان مادر هر چه زودتر یعنی در نیم تا یک ساعت اول تولد آغاز گردد. حتی در شیرخوارانی که به روش سزارین متولد می‌شوند تغذیه از پستان مادر را می‌توان در ساعت اول تولد آغاز کرد.

✓ اطمینان از وضعیت درست شیردادن و تکرار شیردهی

باید اطمینان حاصل کرد که از بدو امر، نوزاد به‌طور صحیح در آغوش مادر قرار گرفته و پستان را درست به دهان گرفته باشد. این آموزش و حمایت باید توسط یکی از پرسنل مراقبت‌های پزشکی که در زمینه تغذیه با شیر مادر آموزش دیده باشد (پرستار، مشاور

شیردهی، ماما یا پزشک) انجام گیرد و بر صحت اجرای آن نظارت شود. همچنین به مادر آموزش داده شود که در روزهای اول تولد، نوزاد ممکن است هر نیم ساعت یکبار نیاز به تغذیه داشته باشد؛ عموماً در ماه اول زندگی دفعات شیر خوردن نوزاد در طی شب و روز تا ۱۴ بار یا بیشتر نیز می‌رسد. یعنی هر یک تا ۱۵ ساعت در روز و چندبار در شب شیر می‌خورد. بنابراین در دوره نوزادی، فاصله دو نوبت شیردهی نباید در روز بیش از ۱۵ تا ۲ ساعت و در شب بیش از ۳ ساعت باشد.

مراقبت‌های خانگی برای زردی در نوزادان

همانطور که گفتیم شیردهی مکرر و کافی به نوزاد یکی از مهم‌ترین مراقبت‌هایی است که می‌توانید در منزل داشته باشید. علاوه بر این نور خورشید به تجزیه بیلی روبین به صورت غیرمستقیم کمک می‌کند. به همین جهت بهتر است کودک نزدیک نور غیر مستقیم به مدت ۱۰ دقیقه دوبار در روز قرار دهید تا به رفع زردی خفیف کمک کند. به این نکته توجه داشته باشید نباید به هیچ وجه کودک خود را در زیر نور مستقیم خورشید قرار دهید.

زردی معمولاً در طی دو هفته در نوزادانی که با شیر خشک تغذیه می‌شوند، برطرف خواهد شد. ممکن است طول درمان برای کودکانی که با شیر مادر تغذیه می‌شود، به بیش از دو الی سه هفته زمان نیاز باشد.

درمان زردی در نوزادان

اگر به صورت خفیف رخ داده باشد، طی دو الی سه هفته خود به خود از بین می‌رود. برای زردی متوسط تا شدید بسته به صلاحدید پزشک ممکن است نوزاد نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته باشد. روش‌های درمانی که برای این دسته از نوزادان در نظر گرفته می‌شود به شرح زیر است:

- تغذیه کافی برای نوزاد: پزشک برای جلوگیری از کاهش وزن نوزاد تغذیه یا مکملی را به صورت مکرر در نظر می‌گیرد.
- فوتوتراپی: در این روش درمانی کودک در زیر یک لامپ مخصوص قرار می‌گیرد که نوری به رنگی سبز آبی ساطع می‌کند. این نور ساختار ملکول‌های بیلی روبین را تغییر می‌دهد تا از طریق مدفوع و ادرار دفع شود. در طول این روش درمانی نوزاد تنها پوشش پوشک و محافظ چشم دارد.
- ایمونوگلوبولین وریدی: زردی ممکن است به تفاوت گروه خونی مادر و نوزاد مرتبط باشد. این وضعیت باعث می‌شود که کودک آنتی بادی‌هایی از مادر داشته باشد که منجر به تجزیه سریع گلبول‌های قرمز خواهد شد. با تزریق ایمونوگلوبولین که نوعی پروتئین خون است، سطح آنتی بادی را در بدن کاهش می‌دهد و در نهایت منجر به کاهش زردی می‌شود. همچنین احتمال نیاز به تعویض خون نیز کمتر می‌شود، اگر چه همه این موارد احتمالی است و هیچ نتیجه قطعی را نمی‌توان پیش‌بینی کرد.
- تبادل خون در مواقع نادر: زمانی که زردی شدید باشد و با هیچ روش درمانی بهبود پیدا نکند، در نهایت نوزاد به این روش تحت درمان خواهد گرفت.

سریع ترین راه درمان زردی نوزادان

بیماران با نور مخصوص آبی تحت درمان قرار می گیرند که به عنوان فتوتراپی در نظر گرفته می شود. یک روش سریع و اورژانسی که وجود دارد، تبادل خون است. این روش درمانی زمان انجام می گیرد که سطح بسیار بالای بیلی روبین با فتوتراپی درمان نشده باشد. طی این پروسه درمانی خون نوزاد را با خون اهدا کننده جایگزین می کنند تا میزان بیلی روبین در بدن نوزاد کاهش یابد.

زردی تا چند روزگی خطرناک است؟

به طور کلی زردی در نوزادانی که همراه با مشکلات و بیماری متولد نشده اند خطری ندارد. اگر زردی شدید است و حتی پس از ویزیت پزشک، زردی افزایش می یابد، همچنین همراه با علائم دیگری و بیش از دو هفته ادامه دارد باید با پزشک درمیان بگذارید.

زردی بالا در نوزادان

در بیشتر مواقع زردی نوزادان مضر نیست. حتی به طوری است که اکثر نوزادان مبتلا به زردی نیز بدون نیاز به درمان طی یک الی دو هفته بهبود پیدا می کنند. در صورتی که سطح بیلی روبین بسیار بالا باشد و برای درمان اقدامی نکرده باشید، امکان آسیب به مغز وجود دارد.

زردی در نوزادان نارس

حدود نیمی از نوزادان ترم و ۸۰ درصد از نوزادان نارس در هفته اول پس از تولد خود دچار زردی می شوند. زردی یکی از عوامل شایع جهت بستری شدن نوزادان در بیمارستان است. همه نوزادان که زردی دارند نیز نیازی به بستری شدن در بیمارستان برای درمان ندارند.

زردی در نوزادان در چه سنی شایع است؟ معمولاً علائم زردی در نوزادان ۲ روز پس از تولد ایجاد می شود و تا زمانی که نوزاد حدود دو هفته است بدون هیچ درمانی بهبود پیدا می کند. طی ۷۲ ساعت پس از تولد معاینات انجام می گیرد تا هرگونه علائم را شناسایی کرده و در صورت نیاز برای درمان اقدام کنند. چه زمانی باید به پزشک مراجعه کرد؟

- ✓ سطح بالای بیلی روبین قبل از ترخیص از بیمارستان
- ✓ تولد زودرس کودک (بیش از دو هفته)
- ✓ ایجاد زردی در ۲۴ ساعت اول پس از تولد