

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 اطفال

تهیه و تنظیم :

زهرا طاهرنژاد (سوپروایزر آموزشی)

تشنج ناشی از تب (Febrile seizures):

بروز حملات تشنجی حین تب، تشنج ناشی از تب نامیده می شود. تشنج ناشی از تب بیماری شایع کودکان در سنین ۵ ماهگی تا ۵ سالگی می باشد هر چند ممکن است این تشنج ها زودتر از سه سالگی و یا بعد از ۷ سالگی نیز مشاهده گردند. بنابراین لازم است حتماً سایر علل تشنج با معاینه و بررسی آزمایشگاهی توسط پزشک رد شود. افزایش درجه حرارت بدن بیش از ۱۰۲ درجه فارنهایت تا ۱۰۴ درجه فارنهایت (۴۰-۳۸/۵ درجه سانتی گراد) می تواند عامل مستعد کننده برای ایجاد تخلیه های زود رس الکترونیکی باشد. نکته: این نوع حمله تشنجی از الگوی تونیک-کلونیک تبعیت می کند

علل ابتلا به تشنج ناشی از تب

- ۱- عفونت های دستگاه ادراری
- ۲- عفونت دستگاه عصبی مرکزی
- ۳- عفونت های تنفسی فوقانی

این بیماری در جریان افزایش ناگهانی درجه حرارت بدن چه به علت بیماریهای عفونی و چه غیر عفونی بروز می نماید . در بعضی از بیماریهای بثوروری که درجه حرارت بدن بطور ناگهانی و در عرض ۲-۱ ساعت بالا می رود بیشتر دیده می شود. بنابراین تشنج معمولاً در زمان بالا رفتن درجه حرارت ایجاد می شود و میزان درجه حرارت بدن و مدت بالا ماندن آن تأثیر چندانی در بروز این بیماری ندارد. بنابراین بهترین زمان مداخله برای پیشگیری از این بیماری در آغاز تب و حداکثر در ۴۸-۲۴ ساعت اول بروز تب می باشد. این بیماری یکی از شایعترین بیماریهای کودکان می باشد و حدود ۳٪ کودکان در سنین یاد شده به این بیماری مبتلا می شوند.

علائم :

- کاهش سطح هوشیاری
- مات شدن به یک نقطه
- تب و لرز شدید
- توهم
- کاهش تحمل کودک
- جیغ زدن بدون دلیل
- تهوع و استفراغ شدید
- عدم داشتن کنترل ادرار و مدفوع
- حرکت کردن غیر ارادی بازو و دست و پای کودک چه عواملی احتمال بروز بیماری را بیشتر می نماید؟
- سرعت افزایش تب
- سابقه مثبت بیماری در بیمار، برادر و خواهر بیمار و یا والدین کودک

در صورت ابتلا یک نوبت کودک به تشنج ناشی از تب احتمال تکرار آن در ۵۰-۳۰٪ موارد وجود دارد. ولی باید به خاطر داشت که بعد از سنین ۹ سالگی هیچ گاه تشنج ناشی از تب اتفاق نخواهد افتاد .

تشخیص :

۱- آزمایش خون و مایع نخاعی

۲- MRI از مغز

درمان تشنج ناشی از تب :

با توجه به اینکه این بیماری یک بیماری خوش خیم و بدون عارضه ای می باشد اقدامات پیشگیرانه و حفظ حفظ درجه حرارت کمتر از $38/4$ درجه سانتی گراد با کمک استامینوفن هنگام تب اهمیت دارد زیرا معمولاً در این درجه حرارت، تشنج ندرتا به وقوع می پیوندد. ممکن بتوان در طی ابتلا به یک عفونت تنفسی با استفاده از فنوباربیتال از وقوع تشنج جلوگیری به عمل آورد. ولی معمولاً به علت اینکه به ۲-۳ روز زمان برای افزایش سطح خونی این دارونیا است از آن استفاده نمی شود. این دارو همچنین سبب خواب آلودگی شدید کودک می شود. لازم به ذکر است که عامل اصلی در بروز تشنج ناشی از تب، سرعت افزایش درجه حرارت بدن می باشد به عبارت دیگر، افزایش ناگهانی درجه حرارت بدن بیش از افزایش تدریجی آن منجر به بروز تشنج می گردد .

دارو درمانی :

- استفاده از داروهای ضد تشنج (مانند فنوباربیتال، دیازپام و ...) طبق تجویز پزشک. استفاده از داروهای ضد تشنج، آستانه سلول های مغز را برای ابتلا به تشنج بالا نگاه داشته و آن را افزایش می دهد .
- توصیه به مصرف تب برهائی مانند: استامینوفن، ایبوپروفن (شربت و یا شیاف)

روش های غیر دارو درمانی :

- **درمان جراحی :** در صورتیکه که تشنج به دلیل همتوم، تومور و ضایعات مغزی به وجود آید اندیکاسیون جراحی دارد گاهی اوقات نیز از جراحی نیز به منظور خارج کردن کانون تشنج استفاده می شود .
- **استفاده از رژیم غذایی کتوژنیک :** در این رژیم به طور قابل توجهی مصرف کربوهیدرات و پروتئین محدود شده و از چربی به عنوان منبع تولید انرژی استفاده می شود. این رژیم غذایی در درازمدت عوارضی نظیر افزایش چربی های خون را دارد .

پاشویه :

اگر دمای بدن کودک به بالاتر از $38/5$ درجه برسد باید او را پاشویه کرد؛ برای انجام پاشویه به آب ساده ولرم در حد $37-38$ درجه و بدون هیچگونه ماده افزودنی دیگر و همچنین یک تکه اسفنج و یا پارچه تمیز نیاز می باشد. اسفنج و یا پارچه با آب مرطوب شده و بر روی تنه و پشت بیمار گذاشته می شود. این عمل را می توان هر ۳-۵ دقیقه یکبار تا پائین آمدن درجه حرارت بدن تکرار کرد. همچنین می توانید تشت تمیزی را پر از آب ولرم کنید و پاهای کودک را در داخل آن بزارید. بهتر است دمای محیط طوری باشد که کودک دچار لرزش نشود چون در غیر این صورت دمای بدن او به سرعت بالا می رود . در صورت افزایش نبض، کاهش تنفس و خواب آلودگی باید از ادامه پاشویه خودداری کرد، چون ممکن است سببکلاپس در گردش خون باشد. در حد امکان لباس های کودک از جنس نخی باشد. در زمان تشنج به کودک هیچگونه مواد غذایی از راه دهان داده نشود و پس از رفع تشنج کودک را به

خوردن مایعات و آبمیوه ترغیب کنید. بهتر است کودک تا زمان بهبودی کامل در رختخواب استراحت کند ولی پس از آن می تواند فعالیت های روزانه خود را شروع نماید .

برای خنک کردن می توان پارچه ای خنک در نواحی کشاله های ران، زیر بغل و پیشانی استفاده کرد . پس از کنترل تب لازم است به بررسی علت به وجود آورنده تب پرداخته و عفونت زمینه ای را درمان کرد .

نکته : مهمترین بیماری که همراه با تب می تواند منجر به تشنج گردد، مننژیت می باشد.

اقدامات لازم در مواجهه با تشنج کودک :

- ❖ در ابتدا راه تنفس کودک باید باز شود .
- ❖ اگر در موقع تشنج، کودک استفراغ کرد بلافاصله سر بچه را به یک طرف برگردانده تا محتویات استفراغ به حلق بچه باز نگردد .
- ❖ بعد از استفراغ کردن کودک، نباید هیچ گونه غذا و یا مایعات به کودک داد .
- ❖ بهتر است اطرافیان در هنگام استفراغ کودک آرام باشند تا کودک دچار ترس و اضطراب نگردد .
- ❖ برای بررسی بیشتر باید سریعاً نزد پزشک مراجعه شود .

عوارض :

- صدمه دیدن مغز بر اثر تشنج های پشت سرهم افزایش آسیب پذیری تمامی اعضای بدن با بروز تشنج تشدید تشنج در کودکان اغلب در مدت یکسال رخ می دهد .
- افزایش خطر ابتلا به بیماری صرع در کودکانی که مرتباً دچار تشنج می گردند .

در چه مواردی احتمال تکرار تشنج ناشی از تب بیشتر است؟

- در صورتیکه در یک نوبت تب بیش از یک حمله تشنج اتفاق بیفتد .
- در صورتیکه اولین حمله بیماری قبل از یکسالگی اتفاق افتاده باشد.
- در صورتیکه سابقه تشنج ناشی از تب در والدین بیمار در سنین کودکی و یا در برادر و خواهر بیمار وجود داشته باشد.

تشخیص افتراقی

ممکن است کودک بیماریهای خطرناکی مانند مننژیت داشته باشد و با این بیماری اشتباه شود. همچنین ممکن است بیمار به علت عفونتهای ساده تب کرده باشد ولی علت تشنج وی کمبود قند خون و یا افت کلسیم خون باشد. از طرف دیگر بیماران صرعی نیز ممکن است اولین حمله بیماری و یا یکی از حملات بیماری خود را همراه با تب نشان دهند .

آیا برای بیمار مبتلا به تشنج ناشی از تب انجام سی تی اسکن و یا گرفتن نوار مغز ضرورتی دارد؟

این اقدامات با نظر پزشک و در مواقع خاص برای رد نمودن سایر علل تشنج ضرورت پیدا می نماید. سی تی اسکن به ندرت لازم می شود و نوار مغز نیز چنانچه تشنج ناشی از تب در سنین معمول آن اتفاق نیفتد و یا در یک نوبت تب بیمار بیش از یکبار تشنج نماید ضرورت پیدا می کند .

پیشگیری از بروز بیماری

مهمترین اقدامی که برای اینگونه بیماران می توان انجام داد اقدامات پیشگیرانه می باشد که این اقدامات توسط والدین و با راهنمایی پزشک انجام می شود. اقدامات پیشگیرانه دو بخش می باشد: اول پیشگیری از افزایش ناگهانی درجه حرارت بدن که این اقدام با کم کردن پوشش بیمار، انجام پاشویه و مصرف داروهای ضد تب حاصل می شود و دوم پیشگیری موقت از تشنج با داروی دیازپام می باشد. ضمن آنکه در اولین فرصت کودک حتما باید توسط پزشک معالج معاینه و علت تب بررسی و در صورت نیاز، درمان علت آن انجام شود .

❖ تجویز داروی ضد تب :

بهترین کنترل داروی تب استامینوفن می باشد. برای کنترل تب باید از میزان کافی استامینوفن (متناسب با وزن کودک) و در فواصل منظم ۴-۶ ساعت استفاده شود. مصرف نامنظم دارو باعث ایجاد لرز در کودک می شود. در طول شب که درجه حرارت بدن بطور طبیعی بالاتر می باشد تجویز ۴ ساعته آن و یا استعمال یک شیاف استامینوفن کودکان (در صورتیکه کودک مبتلا به اسهال نباشد) توصیه می شود .

نکات مهم : ۱- هرگز در جریان بیماری تب دار کودکان از آسپرین استفاده ننمائید

۲- بخاطر داشته باشید استفاده از داروهای تزریقی ضد تب توصیه نمی شود.

❖ تجویز داروی ضد تشنج دیازپام:

بهترین داروی ضد تشنج که در دسترس بوده و جذب سریعی دارد دیازپام می باشد و برای پیشگیری از تشنج در ۴۸ ساعت اول بیماری تب دار که درجه حرارت بدن بالا می رود استفاده از دیازپام در ۴ نوبت (یعنی هر ۱۲ ساعت یکبار) توصیه می شود. این دارو بصورت خوراکی تجویز شده و با توجه به اینکه در ایران از انواع خوراکی فقط قرص آن وجود دارد برای سنین پائین باید آن را در آب حل نموده و به کودک خوراند. میزان تقریبی مصرف این دارو بر ای کودکان با وزنه‌های مختلف در جدول زیر آورده شده است:

میزان قرص	نوع قرص	وزن کودک
یک قرص	۲ میلیگرمی	۸-۱۰ کیلوگرم
نصف قرص	۵ میلیگرمی	۱۱-۱۴ کیلوگرم
یک قرص	۵ میلیگرمی	۱۵-۲۰ کیلوگرم
۱/۵ قرص	۵ میلیگرمی	۲۱-۲۵ کیلوگرم
یک قرص	۱۰ میلیگرمی	۲۶-۳۰ کیلوگرم

در هنگام تشنج از گرفتن کودک به زیر آب سرد خودداری نمائید زیرا این عمل موجب وارد آمدن شوک به کودک شده و احتمال برگشت غذای داخل معده و عوارض دیگر را بیشتر خواهد کرد .

مراقبتهای پرستاری در تشنج ناشی از تب :

- پرستار باید همواره پوشش اضافی بدن کودک را کمتر کند این کار به خروج بهتر گرمای بدن کودک کمک می کند .
- محیط اطراف کودک باید خنک باشد .
- تحرکات فیزیکی و محیطی کمتر شود .
- پرستار باید درجه حرارت بدن کودک را هر نیم ساعت چک کرده و ثبت نماید .
- پرستار باید تب بر مناسب را با توجه به توصیه پزشک تجویز کند .
- پرستار باید روش صحیح پاشویه را به والدین توضیح دهد. پاشویه با آب ولرم در نواحی از بدن که عروق بزرگ رد می شود (مثل زیر بغل ها ، کشاله ران، زیر گردن)
- در صورت داشتن لرز، پاشویه باید قطع شود .
- بررسی حوادث قبل ، حین و بعد از تشنج
- بررسی صورت از نظر رنگ پریدگی و برافروختگی و سیانوز، وضعیت دهان، حرکات غیرقرینه و ماسکه بودن صورت
- بررسی چشمها از نظر خیره شدن انحراف
- بررسی الگوهای تنفسی، وجود و تداوم آپنه
- بررسی بی اختیاری ادرار
- در طی بروز حملات تشنجی لازم است کودک از آسیب های احتمالی محفوظ نگه داشته شود .
- بهتر است در حین تشنج کودک از انظار عمومی دورنگهداشته شود .
- انجام تدابیر امنیتی با بالا نگهداشتن نرده های تخت به هنگام خواب، پوشاندن نرده های تخت با پد نرم
- در زمان تشنج پرستار باید حمایت های روحی روانی از خانواده بعمل آورد .
- پرستار باید در زمان تشنج به کودک پوزیشن مناسب بدهد و جهت خروج ترشحات و پیشگیری از آسپیراسیون، کودک را در یک سطح صاف و ایمن به پهلو قرار دهد .
- پرستار باید اکسیژن را ترجیحا از طریق ماسک یا کانول بینی به کودک بدهد
- پرستار باید به خانواده این نکته را گوشزد کند که در حین تشنج، دست و پاهای کودک را با وسایل مختلف مهار ننموده و چیزی داخل دهان کودک نگذارد .
- در زمان خروج کف از دهان پرستار باید ترشحات را ساکشن کند .
- پرستار باید کودک را از نظر صدمه و آسیب در زمان تشنج حفظ کند .

پنومونی

به التهاب پاراننشیم ریوی گفته می شود که به علت ویروس، باکتری یا قارچ ایجاد می شود. 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 سرریزی 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 شوپه 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، و.... 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، و ... به 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 O2 Sat را بالای ۸۵٪ نگه دارید .

گاستروآنتریت

گاستروآنتریت یعنی التهاب معده و روده؛ که به طور عمده به وسیله ویروس ایجاد می شود. علائم این بیماری شامل: اسهال با یا بدون استفراغ، تهوع، تب و درد های شکمی می باشد. در کودکان ممکن است علائم و نشانه های بیماری به صورت غیراختصاصی باشد. اسهال به صورت دفع مدفوع مایع و شکل نیافته در دفعات مکرر تعریف شده است. صرف نظر از علت، بخش اصلی درمان گاستروآنتریت تامین مایعات کافی به منظور پیشگیری و درمان دهیدراتاسیون است .

انواع اسهال

اسهال حاد: معمولاً به دلیل عوامل عفونی مثل ویروس ها، باکتری ها و پاتوژن های انگلی ایجاد می شود .

بهداشت ضعیف، غذا و آب آلوده، آنتی بیوتیک ها و مسهل ها نیز باعث اسهال حاد می شوند. این نوع اسهال غالباً کمتر از دو هفته طول می کشد و خود بخود بهبود می یابد. اسهال حاد گاه با عفونت سیستم تنفسی و یا عفونت ادراری همراه است. اسهال حاد عفونی (گاستروآنتریت عفونی): توسط عوامل متنوعی از جمله ویروسها، باکتری ها و انگل ها ایجاد می شود .

اسهال مقاوم نوزادی: در چند ماه اول پس از تولد رخ می دهد، بدون تشخیص هر گونه پاتوژن تا بیش از ۲ هفته ادامه یافته و پاسخ آن به درمان رضایت بخش نیست. رایج ترین علت آن اسهال حاد عفونی است که به میزان کافی مداوا نشده است .

اسهال مزمن غیراختصاصی: همچنین تحت عنوان اسهال ناشی از کولون تحریک پذیر دوران خردسالی و نوپایی نامیده می شود، یکی از رایج ترین علت اسهال مزمن در کودکان ۶ تا ۵۴ ماهه است. این کودکان غالباً "مدفوع شل حاوی ذرات غذایی هضم نشده"، به مدت بیش از ۲ هفته دفع می کنند. به افزایش دفعات دفع مدفوع و افزایش در محتوای آب و مدفوع با یک دوره بیش از ۱۴ روز، اسهال مزمن اطلاق می شود. این وضع غالباً حاصل از شرایط مزمنی نظیر سندرم های سوء جذب، بیماری التهابی روده (IBD)، نقص سیستم ایمنی، حساسیت های غذایی، عدم تحمل لاکتوز، و یا اسهال غیراختصاصی مزمن یا در نتیجه کنترل ناکافی اسهال حاد و عوامل ناشناخته می باشد. تحقیقات گویای وجود ارتباط میان عادات غذایی ضعیف و حساسیت های غذایی و اسهال مزمن می باشد. مصرف بیش از حد نوشیدنی و شیرین کننده های مصنوعی نظیر سوربیتول ممکن عاملی برای ایجاد اسهال باشد .

سبب شناسی

اکثر عوامل بیماریزا در اسهال غالباً از طریق دهانی - مدفوعی ، آب و غذای آلوده و یا فرد به فرد به ویژه در تماس های نزدیک مانند مهد کودک ها منتقل می شود. فقدان آب آشامیدنی سالم، ازدحام جمعیت، بهداشت ضعیف، کمبود مواد غذایی و تسهیلات نامناسب از عوامل خطرزای اصلی بخصوص در مورد عوامل بیماری زای باکتریایی و انگلی می باشد. همچنین افزایش تناوب و شدت بیماری اسهالی در مورد شیرخوران به دلیل وضعیت سنی خاصی است که آنها را مستعد پذیرش عوامل پاتوژن می کند. به دلیل عدم تماس با عوامل بیماریزای متعدد، سیستم ایمنی شیرخوران از آنتی بادی های اکتسابی به اندازه کافی برخوردار نیست. شایع ترین عوامل گاستروآنتریت حاد در سطح جهان عوامل ویروسی، باکتریایی و انگلی هستند. در کشورهای توسعه یافته، ۷۰٪- ۸۰٪ از موارد اسهال عفونی حاصل از عوامل ویروسی به طور اولیه "روتا ویروس" می باشد. روتاویروس مهم ترین علت وقوع گاستروآنتریت های جدی در کودکان بوده است. سالمونلا، شیگلا و کامپیلوباکتر، شایع ترین پاتوژن های باکتریایی است. ژیا ریدیا و کریپتوسپوریدیوم، انگل هستند، کریپتوسپوریدیوم اغلب با وقوع همه گیری در کودکان کوچک حاضر در مراکز نگهداری روزانه مرتبط است. شدت و موارد اسهال در شیرخواران بیشتر است زیرا سیستم ایمنی آنها به دلیل عدم مواجهه با عوامل بیماریزا، فاقد آنتی بادیهای حمایت کننده می باشد .

تدابیر درمانی :

درمان گاستروآنتریت در کودکان بر پیشگیری از دهیدراتاسیون تمرکز دارد. کودکان فاقد دهیدراتاسیون یا مبتلا به دهیدراتاسیون حداقلی را باید به نوشیدن مایعات کافی علاوه بر ادامه رژیم معمولی، تشویق کرد. بسیاری از مطالعات نشان داده اند که ادامه دادن رژیم غذایی معمولی کودک، مدت اسهال را کاهش میدهد. از درمان رهایداتاسیون خوراکی با استفاده از محلولهای رهایداتاسیون می توان برای درمان اسهال در کودکان مبتلا به دهیدراتاسیون خفیف تا متوسط استفاده کرد. اندانسترون می تواند استفراغ را کاهش دهد و از نیاز به دریافت مایعات وریدی جلوگیری کند، از پروبیوتیک ها می توان برای کوتاه کردن دوره اسهال استفاده کرد.

شستن دستها به صورت مناسب میزان بروز گاستروآنتریت حاد را کاهش می دهد ولی بر میزان بروز عفونت روتاویروسی تأثیری ندارد .

دستورالعمل استفاده از ORS طی ۲۴ ساعت

-	برای شیرخواران کمتر از ۶ ماه	۰/۵ لیتر
-	برای کودک ۶ ماه تا ۲ساله	۰/۵ تا ۱ لیتر
-	برای کودک ۲ تا ۵ ساله	۱ تا ۱/۵ لیتر
-	برای کودک بالای ۵ سال	به مقداری که بتواند بنوشد .

محتوای بسته ORS باید در یک لیتر آب حل شود و این محلول برای ۲۴ساعت در یخچال قابل نگهداری است . نکته: اگر کودک استفراغ می کند ۱۰ دقیقه صبر کرده و سپس محلول را با مقادیر کم و به آهستگی به کودک می خورانیم و درمان تا توقف کامل اسهال ادامه می یابد .

عفونت روتاویروسی عمدتاً در فصل زمستان دیده می شود. خطر گاستروآنتریت حاد در کودکان در مهد کودکیها و مناطق فقیر دارای امکانات بهداشتی نامناسب افزایش می یابد. تشخیصهای افتراقی گاستروآنتریت حاد در کودکان طیف وسیعی از بیمار یهای گوارشی (مثلاً بیماری التهابی روده)، درهم فرورفتگی روده (intussusceptions)، آنتروکولیت دارای غشای کاذب، آپاندیسیت، آلرژی غذایی و کمبود لاکتاز و بیماریهای خارج روده ای (مثلاً سپسیس باکتریایی، اوتیت مدیا، پنومونی، مننژیت و عفونت ادراری) را دربر می گیرد. به علاوه، خود استفراغ می تواند یک علامت اولیه نارسایی احتقانی قلب، تروما، اختلالات متابولیک، بلع مواد سمی یا افزایش فشار داخل جمجمه باشد. اسهال معمولاً به صورت دفع حداقل ۳ نوبت مدفوع شل یا آبکی در ۲۴ ساعت تعریف می شود. حجم مایع ازدست رفته از طریق دفع روده ای در هر روز میتواند از ۵ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (میزان طبیعی) تا ۲۰۰ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم و حتی بیشتر، متغیر باشد. از دست رفتن الکترولیتها و دهیدراتاسیون همراه با اسهال درمان نشده، موربیدیتیه های اصلی ناشی از گاستروآنتریت حاد را ایجاد می کنند. اسهال غیر التهابی، آبکی و بدون خون و موکوس است و معمولاً تب ندارد. این اسهال اغلب روده کوچک را درگیر می کند و باعث تخریب مخاط نمی شود. در مقابل، اسهال التهابی باعث مدفوع خونی می شود که معمولاً پر از گلبولهای سفید است. این بیماری روده بزرگ را درگیر می کند و می تواند با تب، استفراغ و درد یا تندرns شکم همراه باشد. اسهالی که حداقل ۱۴ روز طول بکشد، معمولاً ناشی از عفونتهای انگلی است؛ در حالی که اسهال همراه با تغییرات عصبی معمولاً بر اثر توکسین ها ایجاد می شود. اسهال همراه با علائم بیماری سیستمیک از قبیل زردی، ضعف، آرتریت یا تب می تواند منشا باکتریایی یا ویروسی داشته باشد .

مواردی که در بیماری گاستروآنتریت باید مد نظر پرستار باشد :

- کمبود حجم مایع در ارتباط با دفع زیاد از طریق مدفوع یا استفراغ: محلول خوراکی ORS از طریق دهان جهت مایع رسانی و جایگزینی حجمی که از طریق مدفوع دفع می شود انجام می شود. محلول خوراکی خنک مقادیر کم و مکرر ۲-۱ قاشق چایخوری هر ۱۰-۵ دقیقه داده شود. (حتی اگر استفراغ می کند، استفراغ دلیل عدم دادن مایع نیست مگر اینکه شدید باشد)، مایعات وریدی بر حسب دستور داده شود، از داروهای ضد میکروبی بر حسب دستور استفاده شود .

ORS را متناوب با مایعات دارای سدیم کم مثل آب - شیر مادر یا فرمولا بدهید- اسهال طولانی فرمولای فاقد لاکتوز زمانی که شیر خوار فرمولا را تحمل نمی کند داده می شود. پس از مایع رسانی به کودک پیشنهاد غذای معمولی کنید.

شروع به موقع غذا از تعداد دفعات دفع و کاهش وزن کودک می کاهد، میزان جذب و دفع به دقت ثبت شود، وزن مخصوص ادرار هر ۸ ساعت چک شود، تورگور پوستی و مخاط های پوششی و وضعیت ذهنی کودک هر ۴ ساعت بررسی شود، از مصرف مایعات صاف شده مثل آب میوه - نوشابه حاوی بی کربناتو ژلاتین جلوگیری شود، زیرا دارای کربوهیدرات بیشتر و الکترولیت کمتر و اسمولالیتیه بیشتر هستند.

- **عدم تعادل تغذیه به کمتر از نیاز بدن مربوط به دفع اسهال:** پس از مایع رسانی از مادر خواسته شود تا کودک خود را تغذیه از شیر نماید، از مصرف رژیم برت (BRAT) (موز - برنج - عصاره سیب) - سوخاری یا چای خودداری کنید . به دلیل اینکه از نظر انرژی و پروتئین حداقل و کربوهیدرات غنی و الکترولیت کم دارند .
- **خطر عفونت در رابطه با انتقال میکروارگانیزمهای مهاجم بر سیستم گوارشی و پیشگیری از انتقال به دیگران:** روش شستشوی دست صحیح را به خانواده آموزش بدهیم-ایزوله روده ای رعایت شود-جهت کاهش خطر درماتیت دیاپر و انتقال بیماری از دیاپرهای یکبار مصرف جاذب استفاده شود-از تماس دست های شیرخواران و کودکان کوچک به نواحی آلوده پیشگیری شود .
- **اختلال سلامت پوست مربوط به دفع مکرر و مدفوع شل :** مکرراً دیاپر تعویض شود -هر بار دیاپر کودک بدون صابون یا ماده قلیایی شسته شود بدون صابون یا ماده قلیایی-از پماد مناسب در ناحیه دیاپر استفاده شود-پوست قرمز ناحیه دیاپر در معرض هوا قرار داده شود .

ORS درمانی: در شیرخواران فاقد علائم دهیدراتاسیون ORS درمانی لازم نیست - در اسهال حاد معمولاً Bun-cr-Hct Hb افزایش می یابد و بعد از جایگزینی مایعات به حد طبیعی برمی گردد - گلوکز در ORS عامل جذب سدیم می شود - در ۲۴ ساعت اول دادن آب میوه به جای آب و چای عامل تشدید اسهال می شود. در صورت مشخص نبودن حجم مدفوع به ازاء هر بار اسهال از ۱-۱/۲ فنجان با ORS یا ۱۰ میلی لیتر بر کیلوگرم استفاده کرد(با سرنگ) - استفراغ منعی برای استفاده از ORS ندارد مگر اینکه شدید باشد -از دادن سوپ مرغ و آبگوشت به کودک پرهیز کنید زیرا حاوی مقادیر زیادی سدیم بوده و کربوهیدرات ناچیزی دارد- هرچه زودتر شروع کردن غذا و شیر مادر عامل زودتر خوب شدن کودک است. در صورت تب در شیرخواران بدحال و مبتلایان به دیسانتری(وجود خون در سلول های پلی مورفونوکلئر) استفاده از آنتی بیوتیک ها قبل از آماده شدن کشت ضروری می باشد. در صورت استفاده نامناسب از آنتی بیوتیک ها احتمال انتروکولیت کاذب مخاطی وجود دارد .

علائم دهیدراتاسیون: کاهش تورگور پوست- عطش به آب-کاهش هوشیاری- فرورفتگی چشمها-کاهش برون ده ادراری - کاهش وزن - خشکی مخاط پوششی - فرورفتگی فونتانل در شیرخواران - رنگ پریدگی و سردی و خشکی پوست- در دهیدراتاسیون شدید افزایش نبض و تنفس - کاهش فشار خون و طولانی شدن مویرگها (بیش از ۲ ثانیه) از علائم شوک است .

اسهال مزمن غیر اختصاصی ناشی از سندرم روده تحریک پذیر: اسهال مزمن غیر اختصاصی ناشی از سندرم روده تحریک پذیر است در کودکان ۶ تا ۵۴ ماهه شایع است. مدفوع، شل همراه با تکه های هضم نشده غذایی باشد. در کودکانی که رژیم کم چرب همراه با محدودیت شیر و لبنیات و مقدار زیاد میوه و آب میوه دارند شیوع بیشتری دارد رژیم کم چرب عامل افزایش سرعت تخلیه معده وروده ها و عامل سوء جذب مایعات و مواد غذایی می باشد رژیم غذایی که کودک مبتلا باید رعایت کند شامل: مصرف موادغذایی فیبردار افزایش چربی رژیمی غذایی محدودیت مصرف مایعات خودداری از غذاهای حاوی سوربیتول (لواشک) - آب آلو -

گلایبی - آب گلایبی - هلو - آب سیب - آدامس بدون قند - آب نبات) خودداری از مصرف غذاهای حاوی فروکتوز (مایعات صاف شده ، آب میوه ها ، عسل - انجیر - خرما خشک - آب آلو)

- **کمبود حجم مایع در رابطه با ازدست دادن زیاد محتویات سیستم گوارشی :** نوع استفراغ رنگ - حجم - محتویات - جهنده بودن آن بررسی و ثبت شود. تعداد دفعات استفراغ - وزن - حجم ادرار - تورگور پوستی بررسی مخاط پوششی انجام شود. پیشگیری از آسپیراسیون با برقراری پوزیشن مناسب انجام شود- بررسی علائمهیدراتاسیون انجام شود. برنامه غذایی مناسب و در حد تحمل کودک بر اساس علت استفراغ برقرار گردد
- **عدم تعادل تغذیه در رابطه با عدم حفظ محتویات معده :** مایعات با محلول های حاوی الکتrolیت داده شود - محلول را با مقادیر کم و مکرر از راه دهان داده تا از نفخ شکم جلوگیری شود. در صورت عدم تحمل مایعات PO مایعات وریدی شروع شود حجم مایعات به تدریج اضافه شده و سپس مواد غذایی اضافه شود. از دادن مواد غذایی خاص (مثلا دارای چربی - اسیدی) امتناع کرده، همچنین محرکاتی مثل استرس، اضطراب یا مواد غذایی حاوی بوی نامطبوع را به حداقل برساند. دادن داروهای ضد استفراغ، کاهش محرکات و مواد غذایی محرک معده می تواند در کاهش تهوع و استفراغ مؤثر باشد و اگر مشاهده مداوم کودک امکان پذیر نیست پوزیشن به پهلو راست و سر بالاتر قرار می گیرد و از تشک و بالش نرم استفاده شود .
- **کمبود حجم مایع در رابطه با ریفلاکس محتویات معده:** مصرف غذاهای طعم تند - کافئین - قهوه - شکلات - سیگار - عامل افزایش ریفلاکس است. کودکان مبتلا به ریفلاکس خفیفدر ۱۸-۱۲ ماهگی بهبود می یابند - شیر مادر با حجم کمتر داده شود. اجتناب از بازیهای فعال پس از غذا خوردن - خودداری از غذا خوردن کودک کمی قبل از خواب کودکان بزرگتر وضعیت قائم یا ایستاده بهتر است. در کودکان نوپا ابتدا غذای جامد و سپس مایع داده شود والدین علائم کم آبی - فرورفتگی فونتanel ها - کاهش مقدار دیاپر های خیس شده - عدم اشک در حین گریه کردن - پوست خشک را سریعتر گزارش کنند .
- **کمبود آگاهی در رابطه با عدم آشنایی با فرآیند بیماری و مراقبت در منزل :** در مورد مصرف داروها به والدین آموزش داده شود و خودسر تغییر ندهند . والدین کمک کنند که زمان صرف غذا را برنامه ریزی مناسب کنید و تغذیه مناسب و شیوه درست تغذیه را آموزش دهید . پوزیشن مناسب کودک و مراقبت ها را آموزش دهید . خطر آسپیراسیون در رابطه با ریفلاکس معده، مری : برگشت ساده و بدون انرژی محتویات معده به دهان را رگورژیتاسیون می گویند :
Regurgitation. خروج محتویات برگشتی معده را از دهان استفراغ می گویند- برای بررسی ریفلاکس پس از بلع آزمایش بلع باریم انجام می شود کنترل PH مری پراپ از طریق بینی به انتهای فرستاده که در سر دیگر پراپ به کنترل کننده PH وصل است و میزان برای بررسی ریفلاکس پس از بلع آزمایش بلع باریم انجام می شود کنترل مری را مشخص می کند در طی ۲۴ وصل است و میزان PH مری را مشخص می کند در طی ۲۴ ساعت بررسی می کند PH دیستال مری زا و اثر خواب ، تغذیه، و وضعیت قرار گیری بدن بر تغییر PH مری را بررسی می کند . ریفلاکس معده به مری عامل اوزفاژیت می شود و اگر شدت آن بیشتر باشد عامل مشکلات تنفسی می شود .
- **درد حاد در رابطه با التهاب مری:** درمان حمایتی استفاده از فرمولای غلیظ و اصلاح پوزیشن و حجم کمتر هر وعده غذایی و تعداد دفعات بالاتر تغذیه، آروغ زدن بعد از تغذیه و اضافه کردن برنج به فرمولا که غلظت آن را بالا برده تامین کالری را بیشتر کرده واز کاهش وزن ناشی از ریفلاکس می کاهد. وضعیت دمر نسبت به طاق باز بهتر است و ریفلاکس در دمر کمتر است. در وضعیت دمر افزایش سرعت تخلیه معده، کاهش آسپیراسیون، کاهش صرف انرژی و کاهش گریه داریم

عوارض تنفسی کمتر است اما ممکن است عارضه SIDS سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار رخ دهد و باید علائم تحت نظر باشد .

مراقبت در منزل :

کنترل اسهال حاد در اکثر موارد می تواند در منزل انجام شود. از آنجا که بیشتر عفونت هایی که منجر به اسهال حاد می شوند از طریق دهانی - مدفوعی گسترش می یابد، رعایت بهداشت فردی به خصوص شستشوی مداوم دستها، استفاده از آب تمیز، تهیه و نگهداری غذاها به روش بهداشتی بسیار مهم است .

والدین باید توجه زیادی به مراقبت از ناحیه تناسلی کودک بیمار داشته باشند. تعویض سریع پوشک، استفاده از پوشک های با قدرت جذب بالا، تمیز نگه داشتن این ناحیه و استفاده از پماد اکسید دوزنگ برای محافظت پوست توصیه می شود .

کنترل درجه حرارت از ناحیه مقعد ممنوع است، کنترل مایعات دریافتی و دفعی از طریق دفعات تعویض کهنه های خیس شده امکان پذیر است. استفراغ مانع از مایع درمانی از طریق دهان نخواهد شد مگر اینکه شدت آن زیاد باشد. در صورت بستری شدن کودک در بیمارستان، بررسی مقدار و تعداد موارد دفع، مراقبت از پوست و عدم مصرف مواد دارای قند بالا مثل آب سیب و نوشابه توصیه می شود. پس از مایع درمانی توصیه می شود که مادر شیر خود را به کودک بدهد زیرا شیر مادر شدت و مدت بیماری را کاهش می دهد. همچنین رژیم غذایی شامل استفاده از موز ، برنج ، سیب، نان و چای توصیه می شود

ایکتر

زردی در نوزادان تقریباً در همه کودکان تازه متولد شده، به مقادیر کم وجود دارد. در هفته اول تولد درصد قابل توجهی از نوزادان زرد به نظر می رسند. حدود ۴۰ درصد نوزادان سالم بعد از ۲۴ ساعت اول تولد، زردی در حد ۵ میلی گرم در دسی لیتر و در ۳۶ ساعت اول تولد در حد ۷ میلی گرم در دسی لیتر دارند، که به آن زردی فیزیولوژیک یا زردی طبیعی می گویند.

انواع زردی

حدود ۶۰ درصد نوزادان به طور 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 می شود. زردی فیزیولوژیک از روز دوم یا سوم تولد شروع و تا روز پنجم افزایش می یابد. پس از آن به تدریج در عرض چند روز کاهش یافته و سپس از بین می رود.

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 می شوند 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 می شوند، 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 می‌شوند که در پوست و چشم کاملاً قابل مشاهده است. بیلی‌روبین 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، بیلی‌روبین بیشتری نسبت به بزرگسالان تولید می‌کند.

کبد وظیفه فیلتر کردن بیلی‌روبین را از جریان خون دارد. از آنجایی که کبد نوزاد بالغ نیست، در اغلب مواقع قادر به از بین بردن بیلی‌روبین نبوده و منجر به افزایش بیلی‌روبین 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 به‌صورت 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 معمولا 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.

سریع‌ترین راه درمان زردی نوزادان

بیماران با نور مخصوص آبی تحت درمان قرار می‌گیرند که به عنوان فوتوتراپی در نظر گرفته می‌شود. یک روش سریع و اورژانسی که وجود دارد، تبادل خون است. این روش درمانی زمان انجام می‌گیرد که سطح بسیار بالای بیلی روبین با فوتوتراپی درمان نشده باشد. طی این پروسه درمانی خون نوزاد را با خون اهدا کننده جایگزین می‌کنند 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 نشده‌اند خطری ندارد. اگر زردی شدید است و حتی پس از ویزیت پزشک، زردی افزایش می‌یابد، 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 می‌کنند. 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 می‌شوند. 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 می‌شود و تا زمانی که نوزاد حدود دو هفته است بدون هیچ درمانی بهبود پیدا می‌کند. طی ۷۲ ساعت پس از تولد معاینات انجام می‌گیرد 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

آنفلانزا

آنفلانزا یک عفونت ویروسی حاد است که توسط یکی از سه نوع ویروس خانواده آنفلانزا یعنی A، B یا C ایجاد می‌شود. بسیاری از والدین، سرماخوردگی را با آنفلانزا در کودکان اشتباه می‌گیرند در حالی که این دو، بیماری‌های متفاوتی هستند. بیماری سرماخوردگی می‌تواند به‌واسطه طیف گسترده‌ای از ویروس‌هایی پدیدار شود که دستگاه تنفس فوقانی شامل بینی، دهان و گلو را آلوده می‌کنند. این بیماری معمولاً ظرف چند روز به‌صورت خودبه‌خود درمان می‌شود و فقط به استراحت و آبرسانی نیاز دارد. اما آنفلانزا، در اثر ویروس‌های خاصی پدیدار می‌شود و در مقایسه با سرماخوردگی، اغلب شدیدتر و خطرناک‌تر است. نکته مهم اینکه کودکان زیر ۵ سال و همین‌طور افراد سالمند، به‌طور بالقوه نسبت به این بیماری آسیب‌پذیرتر هستند و طبیعتاً در این زمینه چه از حیث پیشگیری و چه از جنبه درمان، به مراقبت بیشتری احتیاج دارند.

چه عواملی باعث بروز آنفلانزا در کودکان می‌شوند؟

عوامل آنفلانزا در کودکان همانند بزرگسالان، ویروس‌ها هستند. اپیدمی سالانه آنفلانزا در فصول سرد، به‌واسطه ویروس‌های نوع A و B رخ می‌دهند در حالی که ویروس نوع C، باعث بروز بیماری بسیار خفیفی می‌شود که در هر مقطعی از سال می‌تواند پدیدار شود. ویروس آنفلانزای نوع A را بر اساس ساختار شیمیایی آن به زیرگروه‌های مختلفی تقسیم می‌کنند که هر یک می‌توانند به‌نوعی، باعث ابتلای کودکان به بیماری شوند.

آیا آنفلانزا در کودکان، مسری است؟

بله؛ آنفلانزا در کودکان و همین‌طور در بزرگسالان، یک بیماری بسیار مسری است که به دو روش انتشار می‌یابد:

- ۱- روش مستقیم: اگر فردی ذرات و قطره‌های آلوده در هوا را که ممکن است به دلیل سرفه یا عطسه یک فرد بیمار پخش شده باشد، استنشاق کند، ویروس به‌سادگی انتقال می‌یابد. علاوه بر این، هرگونه تماس با ترشحات دهان و بینی فرد آلوده در اثر اقداماتی مثل بوسیدن یا استفاده از قاشق و چنگال مشترک می‌تواند باعث انتقال ویروس شود. فراموش

نکنید که قطرات حامل ویروس آنفولانزا در اثر سرفه یا عطسه می‌توانند تا ۱٫۸ متر پرتاب شوند و چنانچه کسی در این فاصله از فرد آلوده قرار داشته باشد، ممکن است بیماری را بگیرد.

۲- روش غیرمستقیم: در این حالت، اجسام و سطوح هستند که به‌عنوان واسطه انتقال ویروس آنفولانزا عمل می‌کنند. یعنی اگر سطوح و اجسام در اثر عطسه یا سرفه، آلوده شوند و مدتی بعد، یک فرد سالم آن‌ها را با دست لمس کند و بین دست آلوده با مثلاً دهان یا بینی، تماسی ایجاد شود، ویروس می‌تواند به فرد سالم انتقال یابد. ویروس آنفولانزا بسته به نوع و ویژگی‌های خاصی که دارد، می‌تواند بین ۳ تا ۵ روز روی اشیاء و سطوحی مثل لیوان‌ها یا ظروف غذا، زنده باقی بماند.

دوره سرایت و دوره کمون آنفولانزای کودکان

کودکان مبتلا به آنفولانزا می‌توانند یک روز قبل از بروز علائم، باعث ابتلای دیگران به بیماری شده و حتی تا هفت روز بعد از بروز علائم نیز می‌توانند ناقل بیماری باشند. گاهی ممکن است یک کودک، علی‌رغم اینکه نشانه شدیدی از ابتلا به بیماری ندارد، دیگران را به شدت بیمار کند. یکی از مهم‌ترین دلایل سرعت انتشار ویروس آنفولانزا، امکان انتقال آن قبل از پیدایش علائم است. دوره کمون یا همان نهفتگی بیماری آنفولانزا معمولاً ۲ تا ۴ روز است. یعنی ۲ تا ۴ روز پس از ورود ویروس به بدن کودک، طول می‌کشد تا علائم بیماری خودشان را نشان دهند.

علائم آنفولانزا در کودکان چیست؟

همان‌طور که گفتیم، علائم آنفولانزا در کودکان معمولاً ۲ تا ۴ روز پس از ورود ویروس به بدن پدیدار شده و در اغلب مواقع، به‌سرعت گسترش می‌یابند. این علائم می‌توانند خود را به‌اشکال زیر نشان دهند:

تب ۴۰ درجه، لرز، دردهای عضلانی، سردرد، گلودرد، سرفه خشک و بی‌حالی از علائم کلاسیک بیماری آنفولانزا هستند. اکثر این علائم معمولاً سه تا چهار روز باقی می‌مانند اما مواردی مثل سرفه و خستگی ممکن است تا یک یا حتی بعضاً دو هفته بعد از رفع تب نیز ادامه پیدا کنند.

آنفولانزای کودکان کوچک‌تر ممکن است شبیه به یک بیماری معمولی یا سایر عفونت‌های دستگاه تنفسی مثل خروسک، برونشیت یا ذات‌الریه باشد. شکم‌درد، استفراغ و اسهال، از متداول‌ترین علائم آنفولانزا در کودکان هستند که معمولاً بیشتر از اسهال، شاهد استفراغ هستیم. تب در اغلب کودکان معمولاً بالاست و تحریک‌پذیری و کج‌خلقی در آن‌ها می‌تواند زیاد باشد.

آنفولانزا در نوزادان در اغلب مواقع تشخیص داده نمی‌شود زیرا علائم و نشانه‌های بروز بیماری در آن‌ها اختصاصی نیست و ممکن است حاکی از وجود یک عفونت باکتریایی باشد. آنفولانزا در نوزادان زیر ۶ ماه کمتر دیده می‌شود اما اگر نوزاد مبتلا شد معمولاً با علائمی مثل بی‌حالی، عدم اشتها و گردش خون ضعیف همراه است. والدین نوزاد، باید به میزان مصرف مایعات کودک، وجود هرگونه نشانه از عملکرد غیرعادی دستگاه تنفسی (مثل تعداد و عمق تنفس) و همین‌طور میزان تعامل و ارتباط کودک با خودشان توجه ویژه‌ای داشته باشند. اگر فواصل زمانی تعویض پوشک نوزاد از حالت عادی بیشتر شود، می‌توانید آن را به‌عنوان یکی از اولین نشانه‌های کم‌آبی بدن او تلقی کنید.

چه زمانی برای درمان به پزشک مراجعه کنیم؟

○ برای کودکان زیر ۵ سال، بالأخص کودکان زیر ۲ سال و همین‌طور همه کودکان در هر رده سنی که با بیماری‌های مزمنی مثل آسم درگیر هستند.

○ برای کودکان بالای ۵ سال و به شرطی که کودک، بیماری مزمن یا زمینه‌ای خاصی نداشته باشد می‌توانید در صورت مشاهده علائم زیر از پزشک کمک بگیرید:

- تب کودک، بعد از سه روز قطع نشود
- ترشحات بینی بعد از ۱۰ روز کماکان ادامه داشته باشند
- بیشتر از ۴ یا ۵ روز، ترشحات چرکی غلیظ سبز یا زرد از بینی مشاهده شود
- ترشحات چشمی وجود داشته باشد

آنفلوانزا در کودکان، گاهی به رسیدگی فوری نیاز دارد؛ بنابراین در صورت مشاهده علائم زیر، بهتر است هر چه سریع‌تر و بدون فوت وقت، کودک را به بیمارستان برسانید:

- کودک حتی با وجود تمیزکردن بینی‌اش، به شکل غیرعادی، سخت یا تند نفس بکشد.
- رنگ پوست بدن کودک در اثر تقلای تنفس، به آبی یا کبودی مایل شود.
- کودک نسبت به محرک‌های محیطی، واکنش نرمالی از خود نشان ندهد. مثلاً در مواقعی که انتظار می‌رود، گریه نکند؛ یا بیش‌ازحد کسل و بی‌حال است و با والدین، ارتباط چشمی برقرار نمی‌کند.
- کودک به‌خوبی مایعات نمی‌نوشد یا علائم کم‌آبی در او دیده شود. عدم ریزش اشک همراه با گریه، کاهش میزان ادرار (پوشک تمیز)، خشکی غشای مخاطی مثل لب‌ها، زبان، چشم‌ها و کاهش انعطاف‌پذیری پوست از اصلی‌ترین علائم کم‌آبی در کودکان هستند.
- کودک به‌طور شدید یا مداوم، استفراغ کند.
- کودک قادر به غذا خوردن نباشد.
- تبی که حتی با مصرف دوز مناسبی از استامینوفن یا ایبوپروفن، کاهش نمی‌یابد. هر یک از این داروها به‌طور طبیعی باید حرارت بدن کودک را ۱ تا ۱٫۵ درجه کم کنند.
- تبی که همراه با پیدایش جوش و کهیر باشد.
- کودک تشنج کند.

کودکانی که بیشتر در معرض خطر عوارض ابتلا به آنفلوانزا قرار دارند :

- کودکان شش‌ماهه و زیر شش‌ماه که برای واکسینه شدن، بیش‌ازحد کوچک هستند. در این شرایط توصیه می‌شود که همه اعضای خانواده، واکسینه شوند تا از طریق مصونیت جمعی، از ابتلای کودک به آنفلوانزا پیشگیری کنند.
- کودکانی که دارای مشکلات پزشکی مزمن مثل مشکلات ریوی (آسم و فیبروز کیستیک) هستند.
- کودکانی که با اختلالات نورولوژی (عصب‌شناسی) خاص مثل فلج مغزی، صرع، ناتوانی ذهنی، تأخیر در رشد، دیستروفی عضلانی یا آسیب نخاعی درگیر هستند.
- کودکانی که بیماری قلبی دارند.
- کودکانی که به دیابت یا سایر اختلالات غدد درون‌ریز مبتلا هستند.
- کودکانی که بیماری‌های کلیوی یا کبدی دارند.
- کودکانی که به‌واسطه بیماری‌هایی مثل ایدز، سیستم ایمنی ضعیفی دارند.

- کودکانی که به سرطان مبتلا هستند.
- کودکانی که از داروهای آستروئیدی استفاده می‌کنند یا تحت درمان طولانی‌مدت با آسپرین قرار دارند.

درمان آنفولانزا در کودکان

داروهای مختلفی از سوی پزشکان برای درمان آنفولانزا در کودکان تجویز می‌شوند که قویاً توصیه می‌کنیم از مصرف خودسرانه آن‌ها اجتناب کنید. زیرا پزشک دارو را با توجه به در نظر گرفتن عوامل مختلفی تجویز می‌کند. بعضی از داروهایی که تجویز می‌شوند، ماهیت ضدویروسی ندارند و به جای درمان آنفولانزا، تنها شدت و دوره بیماری را کم می‌کنند. اما داروهایی مثل آمانتادین، زانامیویر و همچنین اوسلتامیویر مشخصاً جزء داروهای ضدویروس هستند که به معنای واقعی، بیماری را درمان می‌کنند. این داروها برای آنکه بیشترین اثرگذاری را روی درمان آنفولانزا در کودکان داشته باشند، باید طی ۴۸ ساعت بعد از مشاهده اولین علائم بیماری، مصرف شوند. نوع ویروس مولد بیماری، نکته دیگری است که در ارتباط با بحث درمان آنفولانزا در کودکان باید به آن توجه کنید. داروهای مختلف، اثرات مختلفی روی ویروس‌های نوع A و B دارند و بد نیست بدانید که برای آنفولانزای نوع C، هنوز هیچ داروی ضدویروس مؤثری معرفی نشده است.

پیشگیری از آنفولانزا در کودکان

- دست‌های کودک را با آب و صابون بشویید یا آن‌ها را لت استفاده از ژل‌ها و محلول‌های الکلی ضدعفونی کنید.
- ممانعت از لمس دهان، بینی یا چشم هم هرچند روش دیگری برای پیشگیری از ابتلا به آنفولانزا است اما قطعاً می‌دانید که عملی کردن این کار در ارتباط با کودکان، غیرممکن است! بنابراین مجدداً روی اهمیت شست‌وشوی دست‌ها، تأکید می‌کنیم.
- از تماس کودک با افراد بیمار، جلوگیری کنید. به یاد داشته باشید که قطرات حاصل از سرفه و عطسه و حتی صحبت کردن فرد بیمار می‌تواند باعث انتقال عفونت شوند.
- از آنجایی که اشیاء و سطوح آلوده هم می‌توانند دلیل آنفولانزا در کودکان باشند، حتی‌الامکان سعی کنید تا کودک را از محیط یا اتاقی که فرد آلوده در آنجا قرار دارد، دور کنید.
- استفاده از برخی داروها نیز می‌تواند باعث پیشگیری آنفولانزا در کودکان شود. البته این داروها فقط و فقط باید با صلاحدید پزشک معالج به کودک داده شود.
- واکسیناسیون، اصلی‌ترین راهکار پیشگیری از ابتلا به بیماری آنفولانزا است. با استناد به توصیه مرکز پیشگیری و کنترل بیماری آمریکا (CDC)، بهتر است همه کودکان ۶ ماهه و بیشتر، سالانه واکسن آنفولانزا بزنند. با این حال، استفاده از واکسن آنفولانزا برای کودکان ملاحظات خاصی دارد که مبادرت به این اقدام، باید با مشورت پزشک صورت گیرد.

