

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال «مانا»

پزشک



مراقبت‌های ادغام‌یافته ناخوشی‌های اطفال «مانا»

ویژه پزشکی

گردآورندگان: گروه مولفین

ناشر: اندیشه ماندگار

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۶۰-۲

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰

تیراژ: ۵۰۰۰ نسخه

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

انتشارات اندیشه ماندگار
قم - خیابان صفائیه (شهدا) - انتهای کوی بیگدلی - نیش کوی شهید گلدوست - پلاک ۲۸۴
تلفن: ۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲ همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان بهداشت
مقر سلامت جمعیت خانواده و مدارس
اداره سلامت کودکان

هوالشافی

مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا) پزشک

علائم خطر فوری	
..... ۲	ارزیابی علائم خطر فوری
..... ۳	نحوه باز کردن راه هوایی
..... ۴	تنفس کمکی / ماساژ قلبی / نحوه دادن اکسیژن
..... ۵	نحوه وضعیت دادن به کودک بیهوش / مایع درمانی وریدی
..... ۶	نحوه درمان تشنج / گلوکز وریدی
ارزیابی، طبقه بندی و درمان شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه	ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله
..... ۳۷	ارزیابی نشانه های خطر
..... ۳۸	سرفه یا تنفس مشکل
..... ۳۹	اسهال و کم آبی
..... ۴۰	تب
..... ۴۱	مشکل گوش / گلودرد
..... ۴۲	کم وزنی / واکسیناسیون / مکمل یاری
..... ۴۳	تشخیص افتراقی ها
..... ۴۴	کاهش سطح هوشیاری . سرفه یا تنفس مشکل .. تب
..... ۴۵	درمان
..... ۴۶	اقدامات لازم تا قبل از انتقال یا ارجاع فوری
..... ۴۷	درمان کم آبی
..... ۴۸	درمان بیماری ها
..... ۴۹	پیگیری کودک
..... ۵۰	پنومونی - اسهال خونی - عفونت گوش
..... ۵۱	اسهال - تب - گلو درد - مشکلات تغیه و رشد کودک - کم وزنی
..... ۵۲	مشاوره با مادر
..... ۵۳	غذا و نحوه تغذیه
..... ۵۴	توصیه های تغذیه ای در بیماری
..... ۵۵	چه موقع مراجعه کند؟
..... ۵۶	ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک مصدوم
..... ۵۷	سوختگی
..... ۵۸	مسمومیت با فراورده های نفتی / موادسوزانده
..... ۵۹	مسمومیت با مواد ارگانوفسفره
..... ۶۰	مسمومیت دارویی
..... ۶۱	مسمومیت با مواد مخدر
..... ۶۲	مارگزیدگی
..... ۶۳	گزش حشرات - عقرب / رتیل
..... ۶۴	درمان اختصاصی سوختگی ها و سرمازدگی
..... ۶۵	اقدامات تکمیلی و پیگیری سوختگی
..... ۶۶	درمان شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه
..... ۶۷	احیای نوزاد
..... ۶۸	باز کردن راه هوایی
..... ۶۹	نحوه دادن اکسیژن
..... ۷۰	پیشگیری از اتلاف حرارت
..... ۷۱	پیشگیری از پایین آمدن قند خون - درمان تشنج
..... ۷۲	درمان های قبل از انتقال و ارجاع فوری
..... ۷۳	نمودار ارزیابی زردی (بوتانی)
..... ۷۴	مشاوره با مادر شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه
..... ۷۵	طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن - چه موقع برگردد
..... ۷۶	پیگیری شیرخوار بیمار کمتر از ۲ ماه
..... ۷۷	زردی - کم آبی - عفونت باکتریال - برفک - وزن گیری ناکافی

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

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

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

۱. راه هوایی تنفس

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

در صورت وجود هر یک از علائم

۲. قلب و جریان خون

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

در صورت وجود هر یک از علائم

۳. هوشیاری

- کما^۳
- در حال تشنج

در صورت وجود هر یک از علائم

شرح حال آسپیراسیون خفیف جسم خارجی وجود دارد.	• خفیف: کودک سرفه دارد و صداهای تنفسی شنیده می شود، مداخله نکنید و اجازه دهید کودک سرفه کند. پس از تثبیت علائم حیاتی کودک را انتقال دهید. در آسپیراسیون جسم خارجی تزریق آنتی بیوتیک عضلانی و سایر اقدامات درمانی قبل از انتقال شامل درمان قند خون پایین، دادن مایعات وریدی نیاز نیست.
شرح حال آسپیراسیون شدید جسم خارجی وجود دارد.	• کودک سرفه نمی کند، صداهای تنفسی شنیده نمی شود و قادر به تنفس مؤثر نیست. سیانوز و کاهش هوشیاری دارد طبق (چارت ۲) احیا کنید. پس از تثبیت علائم حیاتی کودک را انتقال دهید. در آسپیراسیون جسم خارجی، تزریق آنتی بیوتیک عضلانی و سایر اقدامات درمانی قبل از انتقال شامل درمان قند خون پایین، دادن مایعات وریدی نیاز نیست.
شرح حال آسپیراسیون جسم خارجی وجود ندارد ^۱ .	• از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱) • اکسیژن بدهید. (چارت ۳) در صورت فقدان تنفس مؤثر، تهویه با بگ و ماسک (چارت ۳) را آغاز کنید. ^۴ • پس از تثبیت علائم حیاتی و تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی، کودک را انتقال دهید.

• هرگونه خونریزی را متوقف کنید. • اکسیژن بدهید. (چارت ۳) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید. • برای کودک رگ گرفته، تجویز مایعات وریدی را سریعاً آغاز کنید. ^۴ (چارت ۵) • در صورتی که تزریق داخل وریدی ممکن نیست، او اراس را از طریق لوله معده (NGT) بدهید. (چارت ۵)
• از باز بودن راه هوایی (چارت ۱) اطمینان حاصل کنید. • اکسیژن بدهید. (چارت ۳) • کودک در حالت کما را در وضعیت مناسب قرار دهید (چارت ۴) (ابتدا اطمینان حاصل کنید که کودک ترومای گردن نداشته است). • اگر کودک در حال تشنج است، کودک را به پهلو چپ بخوابانید (چارت شماره ۴)، دیازپام به صورت رکتال یا وریدی بدهید. (چارت ۶) • گلوکز وریدی بدهید. (چارت ۷) • با بررسی مردمک ها در صورت وجود میوزیس دو طرفه، به احتمال مسمومیت به ویژه با مواد مخدر توجه داشته باشید. در صورت مسمومیت با مواد مخدر، نالوکسان با دوز ۰/۱ mg/kg /dose در هر بار تزریق و در صورت نیاز هر ۲ تا ۳ دقیقه قابل تکرار به صورت تزریق IV یا IM یا زیرجلدی می باشد.

۱. در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق، بعد از انجام اقدامات بالا و تثبیت علایم حیاتی و تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی، اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.

۲. به الگوریتم احیا، مراجعه شود. در الگوریتم احیا اقدام درمانی به صورت CAB خواهد بود.

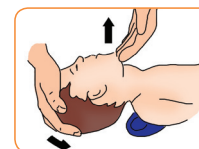
۳. طبقه بندی اختلال هوشیاری بر مبنای AVPU می باشد (به راهنما مراجعه شود).

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

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

«مشکوک به ترومای گردن نیست.»

- سر را به صورتی که در شکل نشان داده شده است کمی به عقب متمایل کنید. (Head Tilt)
- چانه کودک را بالا بکشید. (Chin Lift)
- داخل دهان کودک را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی، آن را خارج نمایید.
- ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.
- با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس، وضعیت راه هوایی را کنترل کنید.



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

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

- گردن را همانند آن چه که در چارت شماره ۴ نشان داده شده است، ثابت کنید.
- داخل دهان را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی آن را خارج نمایید.
- ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.
- با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس، وضعیت راه هوایی را کنترل کنید.
- بدون خم کردن سر، فک را به طرف جلو بیاورید. (Jaw Thrust) به این ترتیب فک به سمت جلو می آید و با بدن زاویه ۹۰ درجه می سازد.



در دو حالت فوق:

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

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

«آسپیراسیون جسم خارجی همراه با دیسترس تنفسی پیش رونده»



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



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

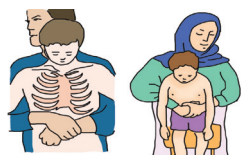
در شیرخواران زیر یک سال (Back Blow Chest Thrust)



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

در کودکان بالای یک سال

- در حالی که کودک نشسته یا زانو زده در پشت کودک قرار بگیرید و دستانتان خود را به دور بدن او حلقه کنید.
- یک دست خود را درست در زیر استخوان جناغ سینه کودک مشت کرده و دست دیگر خود را بر روی دست مشت شده گذاشته و به سمت بالا به داخل شکم فشار دهید. این عمل (مانور Heimlich) را ۵ بار تکرار کنید. (مطابق شکل).



• اگر کودک در حالت خوابیده قرار دارد تنها زیر استخوان جناغ سینه را فشار دهید.

نکات:

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

جارت ۳- تنفس کمکی / ماساز قلبی / نحوه دادن اکسیژن

« تنفس کمکی

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

تهویه با بگ و ماسک: با یک دست راه هوایی را باز کرده و ماسک را روی بینی و دهان کودک محکم نگه دارید. (مانور C-E) و با دست دیگر تهویه را انجام دهید. در حین تهویه از بالآمدن قفسه سینه اطمینان حاصل کنید. هر تنفسی باید حدود یک ثانیه طول بکشد.

در صورتی که قفسه سینه بالا نیاید، دوباره به سر، وضعیت مناسب دهید و مراقب نشت هوا از اطراف ماسک باشید (شکل ۱). در صورتی که با وجود تصحیح وضعیت سر، حین تهویه، قفسه سینه بالا نمی‌آید از احیاگر دوم جهت محکم نگه داشتن ماسک روی صورت کمک بگیرید (شکل ۲). تهویه به تعداد ۲۰-۱۲ بار در دقیقه کافی است. از تهویه زیاده از حد اجتناب کنید.

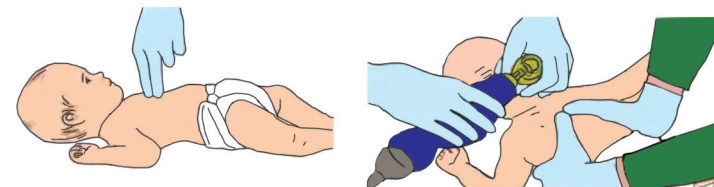


شکل (۲)

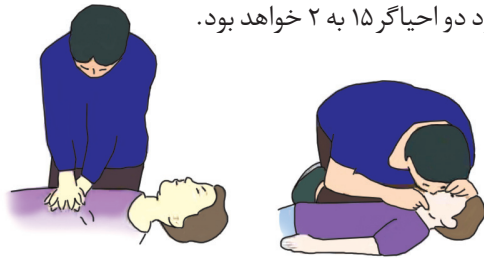
شکل (۱)

« ماساز قلبی

زیر یک سال: با دو انگشت، روی قسمت تحتانی جناغ، زیر خط فرضی بین دو نیپل، فشرده شود. در صورت وجود دو احیاگر دو دست را دور قفسه سینه شیرخوار حلقه کرده، انگشتان شست روی ثلث تحتانی جناغ قرار گیرد. مراقب باشید بر روی دنده‌ها و یا زائده گزیفویید فشار وارد نکنید. فرد احیاکننده بایستی حداقل به اندازه یک سوم عمق قفسه سینه یا در حدود ۴ سانتیمتر فشرده‌گی ایجاد کند.



بالای یک سال: نیمه تحتانی جناغ را با پاشنه یک یا هر دو دست حداقل به اندازه یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه یا تقریباً ۵ سانتیمتر فشار دهید. بر روی گزیفویید و یا دنده‌ها فشار نیاورید. در کودکان زیر یک سال و بالای یک سال: در صورت وجود یک احیاگر نسبت ماساز قلبی به تنفس ۳۰ به ۲ و در صورت وجود دو احیاگر ۱۵ به ۲ خواهد بود.



« نحوه دادن اکسیژن

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

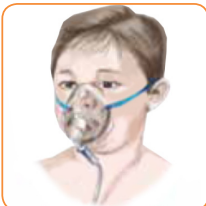
- شاخه‌ها را درست در داخل سوراخ بینی قرار داده و با چسب آن را محکم کنید.
- سرعت جریان اکسیژن را ۲-۱ لیتر در دقیقه قرار دهید.
- سرعت جریان اکسیژن از طریق لوله بینی را تا ۴ لیتر در دقیقه هم می‌توان افزایش داد.



از طریق ماسک (mask)

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

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



ماسک با Reservoir

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

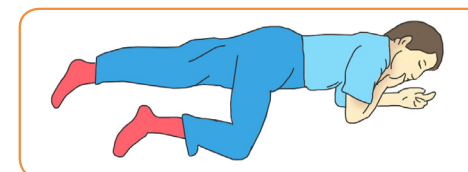
- سرعت جریان اکسیژن را ۱۵-۱۰ لیتر در دقیقه قرار دهید.



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

« اگر مشکوک به ترومای گردنی نیست:

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



« اگر مشکوک به ترومای گردنی است:

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



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

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

جدول انفوزیون مایعات وریدی

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

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

در صورت عدم امکان انتقال

- سرم دکستروز سالین معادل مایع نگهدارنده تجویز شود.

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

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

چارت ۶- نحوه درمان تشنج

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

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

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

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

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

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

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

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

در مورد مشکل کودک سؤال کنید.

مشخص کنید اولین مراجعه کودک است یا برای پیگیری آمده است:

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

ارزیابی کودک از نظر نشانه های خطر

ارزیابی	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت داشتن هر یک از نشانه های خطر 	<ul style="list-style-type: none"> بیماری خفلی شدید 	<p>به سرعت ارزیابی را کامل کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • اقدامات پیشگیری از پایین آمدن قند خون را انجام دهید. • اقدامات گرم نگه داشتن کودک را انجام دهید. • پس از ارزیابی کامل کودک، اقدامات قبل از ارجاع فوری را انجام داده و فوراً ارجاع دهید.

طبقه بندی کنید

سؤال کنید:	نگاه کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیر خوردن می باشد؟ • آیا کودک در جریان این بیماری تشنج کرده است؟ • آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟ 	<ul style="list-style-type: none"> خواب آلودگی غیرعادی یا کاهش سطح هوشیاری

در صورت مشاهده هر یک از نشانه های خطر، ارزیابی را تکمیل و بعد از اقدامات اولیه فوراً ارجاع نمائید.

سرفه یا تنفس مشکل را ارزیابی کنید.

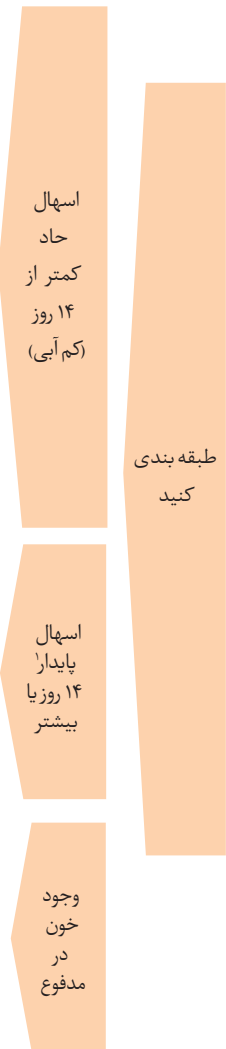
معاینه و بررسی کنید: (کودک باید آرام باشد)	
<p>در کودک با سرفه یا تنفس مشکل سؤال کنید؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای چه مدتی؟ • شمارش تعداد تنفس در یک دقیقه (۲ بار شمارش کنید) • تو کشیده شدن قفسه سینه • شنیدن استریدور • شنیدن ویزینگ • در صورت امکان، پالس اکسی متری کنید 	
<p>• در صورت وجود ویزینگ به همراه یکی از علائم تنفس تند یا تو کشیده شدن قفسه سینه:</p> <p>از داروی گشاد کننده برونش (سالبوتامول) سریع الاثر تا سه نوبت به فاصله ۲۰-۱۵ دقیقه استفاده کنید. سپس کودک را مجدداً ارزیابی کرده و بیماری او را طبقه بندی کنید.</p>	
<p>کودک:</p> <p>۲ ماهه تا ۱۲ ماهه: ۵۰ تا ۷۰ بار در دقیقه</p> <p>۱۲ ماهه تا ۵ سال: ۴۰ تا ۷۰ بار در دقیقه</p>	<p>تنفس تند:</p> <p>بیش از ۷۰</p> <p>بیش از ۷۰</p>
<p>تنفس خیلی تند</p>	

طبقه بندی کنید

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

اسهال و کم آبی را ارزیابی کنید.

<p>مشاهده و بررسی کنید:</p> <p>سوال کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای چه مدتی و چند بار دفع مدفوع داشته است؟ • آیا خون در مدفوع وجود دارد.
<ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری • بی قراری و تحریک پذیری • فرورفتگی چشم‌ها <p>به کودک مایعات بدهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن • تشنه است و با ولع می نوشد. <p>پوست شکم را بین دو انگشت بفشارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خیلی آهسته به حالت طبیعی برمی‌گردد (بیش از ۲ ثانیه) • آهسته به حالت طبیعی برمی‌گردد. <p>در صورت وجود خون در مدفوع و درد ایبیزودیک شکم، به احتمال وجود انواژیناسیون توجه کنید.</p>



علائم و نشانه‌ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<p>۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری • فرورفتگی چشم‌ها • عدم توانایی نوشیدن یا سخت نوشیدن • در نیشگون پوستی، پوست خیلی آهسته به حال طبیعی برمی‌گردد. 	کم آبی شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری نیز قرار می‌گیرد، کودک را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او، آ.ا.س. جرعه جرعه به او بخورانید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار نمی‌گیرد، برای درمان کم آبی، غذا و مایعات را طبق برنامه درمانی (ج) بدهید. • توصیه‌های تغذیه‌ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی انجام شود. • اگر سن کودک ۲ سال یا بیشتر است و وبا شیوع دارد، آنتی بیوتیک مناسب برای وبا بدهید.
<p>۲ نشانه از نشانه‌های زیر را دارا باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بی قراری و تحریک پذیری • فرورفتگی چشم‌ها • تشنه است و با ولع می نوشد. • در نیشگون پوستی، پوست آهسته به حال طبیعی برمی‌گردد. 	کم آبی نسبی	<ul style="list-style-type: none"> • اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد، کودک را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او، آ.ا.س. جرعه جرعه به او بخورانید و به مادر توصیه کنید تغذیه با شیر مادر را ادامه دهد. • برای درمان کم آبی، مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی (ب) بدهید. • توصیه‌های تغذیه‌ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • نشانه‌های کافی برای طبقه بندی کم آبی شدید یا نسبی وجود ندارد. 	کم آبی ندارد	<ul style="list-style-type: none"> • برای درمان اسهال در منزل مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی الف انجام دهید. • توصیه‌های تغذیه‌ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
<p>در صورت وجود هر یک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کم آبی دارد • سن ۲ تا ۴ ماه • سوء تغذیه شدید 	اسهال پایدار شدید	<p>اقدامات درمانی را طبق طبقه بندی کم آبی شروع کنید.</p> <p>اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می‌گیرد انتقال، در غیر این صورت کودک را فوراً ارجاع دهید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • نشانه‌های کم آبی ندارد. 	اسهال پایدار	<ul style="list-style-type: none"> • به مادر در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار توصیه کنید. • مولتی ویتامین و مینرال شامل روی به مدت ۱۴ روز تجویز کنید. • توصیه‌های تغذیه‌ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.
<p>در صورت درد ایبیزودیک شکم به همراه خون در مدفوع</p>	انواژیناسیون	<p>اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید</p>
<ul style="list-style-type: none"> • خون در مدفوع^۲ 	اسهال خونی	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات درمانی را طبق طبقه بندی کم آبی شروع کنید. • توصیه‌های تغذیه‌ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل‌های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه نماید.

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

تب را ارزیابی کنید.

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<p>اقدامات پیش از انتقال را انجام دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • از پایین افتادن قند خون پیشگیری کنید. • کودک را گرم نگه دارید. • اقدامات پیش از انتقال را انجام داده و پس از تجویز اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی کودک را انتقال دهید. • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، یک نوبت استامینوفن بدهید. • در مناطق با خطر بالای مالاریا به دستورعمل مالاریا مراجعه کنید. 	<p>بیماری تب دار خیلی شدید</p>	<p>در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر یا هر یک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سفتی گردن • پتشی، پورپورا • فوتتائل برآمده
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. • در صورت داشتن علائم موضعی، طبق (جدول ۷) بیشتر ارزیابی کنید. • در صورت داشتن بثورات پوستی، طبق (جدول ۸) بیشتر ارزیابی کنید. • توصیه های تغذیه ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۲ روز بعد پیگیری کنید. 	<p>بیماری تب دار با علائم موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • داشتن علائم و نشانه های موضعی یا • بثورات پوستی
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. • در صورت وجود ریسک فاکتور عفونت ادراری^۲ آزمایش کامل و کشت ادرار درخواست بر اساس جواب، درمان کنید. • توصیه های تغذیه ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی انجام شود. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۲ روز بعد پیگیری کنید. 	<p>بیماری تب دار بدون علائم موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • هیچ یک از علائم و نشانه های فوق را ندارد.
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت تب طولانی، مداوم یا متناوب و بیشتر از ۷ روز جهت بررسی بیشتر طبق (جدول ۹) بیشتر ارزیابی کنید. (اطلاعات بیشتر در راهنما) • توصیه های تغذیه ای، ارزیابی واکسیناسیون و مکمل های دارویی انجام شود. • ۲ روز بعد پیگیری کنید. 	<p>تب طول کشیده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تب بیشتر از هفت روز

تب کمتر
یا مساوی
۷ روز

طبقه بندی
کنید

تب
بیشتر
از ۷ روز

سؤال کنید آیا کودک تب دارد؟
اگر بله:

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

معاینه کنید:

- درجه حرارت بیمار را اندازه گیری کنید.
- سفتی گردن
- علائم و نشانه های موضعی^۲
- پتشی، پورپورا
- فوتتائل برآمده

۱. از طریق تاریخچه، احساس داغی یا درجه حرارت مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی

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

۳. پسر: ختنه نشده یا تب مساوی یا بالاتر از ۳۹/۵ یا تب به مدت بیشتر از ۱ روز دختر: سن زیر ۱ سال یا تب مساوی یا بالاتر از ۳۹/۵ یا تب به مدت ۲ روز یا بیشتر

مشکل گوش را ارزیابی کنید.

اگر کودک مشکل گوش دارد سؤال کنید:

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

معاینه و بررسی کنید:

- وجود تورم دردناک پشت گوش (ماستوئید)
- خروج چرک از مجرای گوش
- دمای بدن کودک را اندازه گیری کنید.
- در صورت امکان پرده گوش را با اتوسکوپ بررسی کنید.

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
• تورم دردناک استخوان ماستوئید	ماستوئیدیت حاد	اقدامات پیش از انتقال را انجام دهید و کودک را انتقال دهید. • از پایین افتادن قند خون پیشگیری کنید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن بدهید.
در صورت وجود هر یک از علائم زیر • ترشح چرکی از گوش به مدت کمتر از ۱۴ روز • درد حاد گوش کمتر از ۴۸ ساعت (یا قرمزی و برآمدگی واضح پرده گوش در اتوسکپی)	عفونت حاد گوش میانی	• برای مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک مناسب تجویز کنید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن بدهید. • در صورت وجود ترشح، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
• خروج چرک از گوش برای مدت ۱۴ روز یا بیشتر وجود دارد.	عفونت مزمن گوش	• به مادر آموزش دهید مراقب عدم ورود آب به گوش کودک باشد. • در صورت وجود ترشح، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید. • درمان با قطره سیپروفلوکساسین برای ۱۴ روز جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند. • در صورت عدم پاسخ به درمان کودک را به مرکز تخصصی ارجاع دهید. • پس از بهبودی، جهت ویزیت مجدد دو هفته بعد از اتمام درمان مراجعه نماید.
• ترشح چرکی یا درد گوش وجود ندارد.	عفونت گوش وجود ندارد	• هیچ درمانی نیاز نیست.

در کودک بالای دو سال، گلودرد را ارزیابی کنید.

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

سؤال کنید:

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

معاینه و بررسی کنید:

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

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
در صورت وجود تب و کمتر از ۲ نشانه عفونت ویروسی ^۱ به همراه یکی از نشانه های زیر: • التهاب حلق (قرمزی منتشر لوزه ها) • اگزودای حلق • لنفادنوپاتی گردنی • بثورات سنبله ای، مخملک (جدول ۸ ص ۲۰)	گلو درد استرپتوکوکی دارد	• یک نوبت بنزائین پنی سیلین G عضلانی تزریق کنید: ۶۰۰۰۰۰ واحد (۶،۳،۳) در صورتی که کودک کمتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. ۱۲۰۰۰۰۰ واحد (۱،۲۰۰): در صورتی که کودک ۲۷ کیلوگرم یا بیشتر باشد. • در تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
دو یا بیشتر از نشانه های عفونت ویروسی زیر را داشته باشد: • آب ریزش بینی یا عطسه • قرمزی چشم • سرفه • خشونت صدا • آفت دهانی	گلو درد استرپتوکوکی ندارد	• اگر در طبقه بندی دیگری قرار دارد اقدامات آن طبقه بندی را انجام دهید در غیر این صورت هیچ درمانی لازم نیست. • از اقدامات بی ضرر خانگی یا اقدامات غیر دارویی استفاده کنید. • به مادر توصیه کنید چه زمانی فوراً برگردد. • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.

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

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

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
با رعایت دستورالعمل مربوطه تست سریع (HIV) انجام دهید. در صورتی که پاسخ تست مثبت (reactive) باشد فرم های مربوطه را تکمیل و کودک برای انجام سایر اقدامات تشخیصی به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع دهید. یک هفته بعد جهت اطمینان از مراجعه پیگیری کنید.	احتمال ابتلا به HIV	در صورت وجود هر یک از نشانه های زیر • احتمالی ابتلا به سندروم نقص ایمنی • زندگی در شرایط پرخطر
آموزش ها و مشاوره های لازم برای والدین جهت پیشگیری از ابتلا به HIV را انجام دهید.	ابتلا به HIV غیرمحمول	• هیچ یک از شرایط یا سوابق پرخطر را ندارد.

طبقه بندی کنید

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

۱. روش انجام تست PITC است و معمولاً بیمارستان های منطقه مراکز مبارزه با سل و شیرخوارگاه ها دارای امکان انجام تست سریع می باشند.

ارزیابی سایر مشکلات

کنترل کودک از نظر کم وزنی

وزن کودک را اندازه بگیرید.
 • پس ارسام منحنی وزن کودک در کارت رشد، وضعیت وزن کودک را بررسی کنید.

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	درمان
• پایین تر از $Z\text{-score} - 3$	کم وزنی شدید	اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد. فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید در غیر این صورت با توجه به بوکت کودک سالم اقدامات را انجام دهید.
• مساوی و بالای $Z\text{-score} - 3$ تا پایین تر از $Z\text{-score} - 2$ • مساوی و بالای $Z\text{-score} - 2$ ولی روند رشد نامعلوم یا روند متوقف شده با کاهش یافته باشد.	کم وزنی یا کم وزنی نامعلوم	• بررسی وضعیت تغذیه و غذای کودک و مشاوره با مادر (طبق چارت تغذیه و مشاوره) • اگر مشکل در غذا و نحوه تغذیه دارد ۵ روز بعد پیگیری کنید. • توصیه به مادر که چه زمانی فوراً برگردد. • برای اختلال رشد کودک زیر یکسال ۲ هفته و بالای یکسال یکماه بعد پیگیری کنید.
• هیچکدام از نشانه های طبقه بندی فوق رانداشته باشد.	کم وزنی ندارد	• مادر را تشویق کنید که تغذیه کودکش را همچنان ادامه بدهد.

کنترل وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی کودک

تولد	ب ت ژ - فلج اطفال خوراکی - هپاتیت ب	۱۲ ماهگی	MMR
۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه	۱۸ ماهگی	MMR - سه گانه - فلج اطفال خوراکی
۴ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه - فلج اطفال تزریقی	۶ سالگی	سه گانه - فلج اطفال خوراکی
۶ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه - فلج اطفال تزریقی		

قطره مولتی ویتامین یا A+D	شروع از ۵-۳ روزگی بعد از تولد تا ۲ سالگی
قطره آهن	- شروع همزمان با تغذیه تکمیلی تا ۲ سالگی - در کودکان نارس یا وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم شروع از دوبرابر شدن وزن هنگام تولد

سایر مشکلات

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

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

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

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

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
پنومونی	• سرفه همراه با تنفس تند • رال های نرم در سمع ریه • توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه، پرش پره های بینی	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
مالاریا	• تنفس تند در کودک تب دار • پارازیتمی بالا در اسمیر خون محیطی • زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز • توکشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه • در مورد مالاریای شدید تنفس عمیق (اسیدوتیک) • پاک بودن ریه در سمع • شرح حال دوره های تب متناوب با فواصل بدون تب (تکرار تب به فاصله هر ۲۴ تا ۷۲ ساعت)	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
آنمی شدید	• رنگ پریدگی شدید کف دست • هموگلوبین زیر ۶ گرم در دسی لیتر	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
نارسایی قلبی	• سوفل قلبی - ریتم گالوپ • برجستگی ورید جوگولار / رال در قاعده ریه ها • تغییر محل ضربه apex • کبد بزرگ قابل لمس	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
سل	• سابقه تماس با فرد مبتلا یا مشکوک به سل قطعی یا سالمند مبتلا به سرفه مزمن	طبق دستورالعمل کشوری سل اقدام کنید
سیاه سرفه	• حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند و فقدان علامت در بین حملات • استفراغ به دنبال حملات سرفه • سیانوز و آینه به دنبال حملات سرفه • فقدان تب یا تب پایین • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی • فقدان نشانه بالینی (symptom) یا علامت در معاینه (sign) در فواصل میان حملات • حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• وجود سابقه حالت خفگی ناگهانی • بروز ناگهانی استریدور و یا دیسترس تنفسی • وجود مناطق ویزینگ موضعی یا کاهش صداهای تنفسی • وجود شرح حال بروز ناگهانی سرفه یا تنگی نفس بویژه هنگام خوردن	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
آمپیم	• Dullness در دق ریه • کاهش صدای ریه در طرف مبتلا	ارجاع دهید.
پنوموتوراکس	• بروز ناگهانی • صدایی با رزونانس بالا در دق یک طرف ریه • شیفت میاستن	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.

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

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

جدول ۴ - تشخیص های افتراقی استریدور

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
کروپ ویروسی	• کروپ خفیف - استریدور در حالت فعالیت (به عنوان مثال حین گریه کردن) - فقدان تاکی پنه - فقدان رترکسیون دنده ای و سایر علائم دیسترس تنفسی • کروپ متوسط تا شدید - استریدور در حال استراحت - تاکی پنه - رترکسیون دنده ای و سایر علائم دیسترس تنفسی - بی قراری شدید / کاهش هوشیاری	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
اپی گلو تیت	• تب / بی قراری • دیس پنه • آبریزش از دهان (Drooling) • گرفتگی صدا (صدای تو دماغی) تمایل به حفظ وضعیت نشسته و جلو قرار دادن گردن، تشدید دیسترس تنفسی در وضعیت دراز کشیده	از معاینه گلو و دستکاری کودک بپرهیزید و اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
دیفتری	• نمای گردن گاوی: (به علت بزرگی غدد لنفاوی و ادم گردن) • قرمزی در گلو • غشای خاکستری در فارنکس / محدود نبودن غشا به لوزه ها • ترشحات خونی بینی • فقدان تاریخچه تلقیح واکسن • تو دماغی صحبت کردن	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
جسم خارجی	• تاریخچه حالت خفگی ناگهانی • دیسترس تنفسی • وجود شرح حال بروز ناگهانی سرفه یا تنگی نفس بویژه هنگام خوردن	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
آنومالی های مادرزادی	• وجود استریدور از زمان تولد	به بیمارستان ارجاع دهید.

جدول ۵ - تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
سل PPD مثبت	• بزرگی کبد و طحال • تب مزمن یا متناوب، تب شبانه • سابقه تماس با فرد مبتلایا مشکوک به سل قطعی یا سالمند مبتلا به سرفه مزمن • علائم دال بوجود مایع در پلور (ماتیته در دق - کاهش صداهای تنفسی)	به دستورالعمل کشوری سل مراجعه کنید.
آسم	• تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی • پرهوایی ریه در CXR • تنفس کوتاه، بازدم طولانی، کاهش PFR • پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش	به صفحه ۲۷ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• وجود سابقه خفگی ناگهانی یا بروز ناگهانی استریدور و دیسترس تنفسی • وجود مناطق ویزینگ موضعی یا کاهش صداهای تنفسی	ارجاع دهید.
سیاه سرفه	• حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند، استفراغ، سیانوز یا آپنه • خونریزی زیر ملتحمه • فقدان تاریخچه تلقیح واکسیناسیون سیاه سرفه • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی فقدان نشانه بالینی (symptom) یا علامت در معاینه (sign) در فواصل میان حملات	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
محرك های محیطی	• سابقه تماس طولانی با دود سیگار یا مواد آلرژن • سابقه حساسیت (خارش و آبریزش چشم) یا آلرژی در خود یا خانواده	توصیه به پرهیز از مواد آلرژن و دود.
اختلال ایمنی (HIV)	• وجود عفونت یا احتمال وجود آن در مادر و یا سایر خواهران و برادران • تاریخچه دریافت خون یا فراورده های خونی • سوء تغذیه مقاوم به درمان • برفک دهان طول کشیده یا تکرار شونده و یا مقاوم به درمان، پاروتیدیت مزمن، لوکوپلاکیای مویی زبان • عفونت با ویروس تبخال (دهانی یا جلدی) بیش از یک ماه • لنفادنوپاتی ژنرالیزه یا مزمن • اسهال پایدار	طبق راهنما
برونشکنازی (CF و ...)	• تاریخچه ابتلا به سل یا اسپیراسیون جسم خارجی • خلط چرکی، تنفس بدبو	ارجاع دهید.
آنومی های مادرزادی (GFR)	• استفراغ هنگام یا بعد از غذا • علائم تنفسی (برونکواسپام، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر)	ارجاع دهید.
سینوزیت	• حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • ترشح بینی همراه با تب و بی حالی واضح بیش از ۳ روز • ترشح بینی یا ترشح پشت حلق بیش از ۱۰ تا ۱۴ روز یا بدون سرفه روزانه • ترشحات چرکی از بینی همراه تب برای ۳ تا ۴ روز	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
آبسه ریه	• کاهش صداهای تنفسی در محل آبسه • تب. عدم قطع تب پس از درمان مناسب عفونت ریوی • نمای تیپیک در رادیوگرافی قفسه سینه (وجود سطح مایع هوا در ضایعه ریوی)	ارجاع دهید.

جدول ۶- تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
عفونت ویروسی غیرویژه (بیماری تب دار خفیف)	• سن بیش از ۳۶ ماه است.	توصیه شود در صورت بروز علائم خطر فوراً مراجعه نماید.
عفونت ادراری	• انجام آزمایش آنالیز ادرار و کشت در موارد زیر انجام شود: تب مساوی یا بیشتر از ۳۹ درجه تب بیشتر از یک روز در پسرها تب مساوی یا بیشتر از ۲ روز در دخترها تب در دختر زیر ۱ سال تب در پسر ختنه نشده • در آزمایش ادرار، پیوری (گلبول سفید بیش از ۵ عدد در بزرگنمایی بالا) یا نیتريت مثبت یا لکوسیت استراز مثبت مشاهده شود.	درمان طبق صفحه ۲۵ انجام شود.
باکتری نهن	• سن بین ۲ ماه تا ۳۶ ماه است. • با کنترل تب کودک مشغول بازی می شود و بی قرار یا بی حال نیست. • کم آب نیست. • وضعیت خواب و بیداری طبیعی است. • سیانوز یا رنگ پریده نیست.	• شیرخوار ۲ ماهه فوری ارجاع شود. • برای بیماران ۳ تا ۳۶ ماه با درجه حرارت کمتر از ۳۸/۵ درجه سانتی گراد زیر بغل مانند «عفونت ویروسی غیرویژه» اقدام گردد. • برای بیماران ۳ ماه تا ۳۶ ماه با درجه حرارت ۳۸/۵ درجه سانتی گراد زیر بغل و بیشتر، عوامل خطر عفونت ادراری ارزیابی شود و در صورت لزوم آزمایش ادرار ارسال شود. • در صورتی که عوامل خطر عفونت ادراری را ندارد و یا آزمایش ادرار طبیعی است، در صورت ادامه تب بیش از ۳ روز کشت خون ارسال گردد و آنتی بیوتیک وسیع طیف مانند کوآموکسی کلاو (طبق دوز درمان سینوزیت در صفحه ۲۳) شروع شود. • بیمار روزانه از نظر بروز علائم خطر فوری پیگیری شود. • بعد از ۴۸ ساعت در صورت منفی بودن جواب کشت خون آنتی بیوتیک قطع گردد. در صورت کشت خون مثبت ارجاع گردد.
تب حصبه (تیفوئید)	• تب با منشأ نامعلوم بیشتر یا مساوی ۷ روز • بی اشتهايي • شکم درد و استفراغ • بزرگی کبد یا طحال • اسهال یا یبوست	• در صورت بزرگی کبد یا طحال ارجاع شود. • کشت خون و آزمایش سرولوژی (وبدال) ارسال گردد. • سفکسیم به میزان ۲۰ - ۱۵ میلی گرم به از هر کیلوگرم وزن دو بار در روز برای ۱۰-۷ روز تجویز شود. • بیمار روزانه از نظر بروز علائم خطر پیگیری شود. • در صورت مثبت شدن کشت خون یا سرولوژی (تیتراژ) یک به ۱۶۰ ارجاع شود. • در صورت منفی بودن کشت و برطرف شدن کلیه علائم بعد از ۲ روز آنتی بیوتیک قطع شود.
مالاریا	• گسترش لام خون محیطی مثبت • کم خونی شدید • بزرگی طحال • زردی • زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز • شرح حال دوره های تب متناوب با فواصل بدون تب (تکرار تب به فاصله هر ۲۴ تا ۷۲ ساعت)	طبق دستورالعمل کشوری اقدام شود.
کاواری	سایر علائم، غیر از بثورات جلدی طبق جدول شماره ۸ وجود دارد.	ارجاع دهید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
مننژیت	به جدول ۱ صفحه ۱۶ مراجعه شود.	
اوتیت مدیا	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۸ مراجعه شود.	به صفحه ۲۳ مراجعه شود.
ماستوئیدیت	• تورم دردناک استخوان ماستوئید همراه با یا بدون جابجایی لاله گوش • تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی)	اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید.
استئومیلیت	• حساسیت موضعی اندام یا مفصل • امتناع از حرکت دادن اندام درگیر • عدم تحمل وزن بر روی اندام درگیر	ارجاع دهید.
آرتریت سپتیک	• مفصل گرم، حساس و متورم، درد در هنگام حرکت مفصل	ارجاع دهید.
عفونت پوست و بافت نرم	• سلولیت و پیومیوزیت (عفونت چرکی عضلات) • قرمزی، گرمی و تورم، درد هنگام لمس یا تاول پوستی	ارجاع دهید.
لنفادنیت	• بزرگی همراه با قرمزی، گرمی و حساسیت غده لنفاوی با یا بدون تموج	ارجاع دهید.
پنومونی	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۸ مراجعه شود.	به صفحه ۸ و ۲۳ مراجعه کنید.
عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی	به بخش طبقه بندی و علائم و نشانه های صفحه ۱۱ مراجعه شود.	توصیه های صفحه ۲۳ در خصوص درمان های بی ضرر خانگی در سرفه و سرماخوردگی انجام شود.
آبسه حلق	• تریسموس • بزرگی غیر قرینه لوزه ها • مشکل بلع و قورت دادن بزاق • حساسیت غدد لنفاوی گردن	ارجاع دهید.
سینوزیت	به جدول شماره ۵ صفحه ۱۸ مراجعه شود.	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
عفونت دستگاه ادراری	• حساسیت سوپراپوبیک یا زاویه دنده ای - مهره ای • درد یا گریه هنگام دفع ادرار • تکرار ادرار • بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلا کنترل ادرار داشته است) • در آزمایش ادرار، پیوری (گلبول سفید بیش از ۵ عدد در بزرگنمایی بالا) یا نیتريت مثبت یا لکوسیت استراز مثبت مشاهده شود.	درمان طبق صفحه ۲۵ انجام شود.

جدول ۸ - تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی

تشخیص	یافته های کمکی	اقدام
سرخک	<ul style="list-style-type: none"> • راش تیپیک سرخک • سرفه، ابریزش بینی، قرمزی چشم • دانه های سفید رنگ با هاله قرمز در اطراف آن بویژه در سطح داخلی لبها (نقاط کوپلیک) • کدورت قرنبه • تماس اخیر با فرد مبتلا به سرخک • عدم واکنش سینه سرخک 	<ul style="list-style-type: none"> • درمان علامتی کنید. • به مادر بگویید چه موقع فوراً برگردد. • طبق دستورالعمل کشوری • گزارش داده شود.
عفونت های ویروسی	<ul style="list-style-type: none"> • علائم سیستمیک خفیف • راش های غیراختصاصی گذرا 	<ul style="list-style-type: none"> • درمان علامتی کنید
عفونت مننژوکوکی	<ul style="list-style-type: none"> • راش های پتشی یا پوریورا (با فشار محو نمی شوند) • سببر سریع پیش رونده • کبودی (Bruising) • شوک • سفتی گردن (در صورت وجود مننژیت) 	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را انتقال دهید. • اقدامات پیشگیری از سرایت این عفونت را انجام دهید.
آبله مرغان	<ul style="list-style-type: none"> • مشاهده ضایعات ماکول، پاپول، وزیکول و پاسچول و برجسته (crusted) به صورت همزمان بر روی ضایعات پوست ناحیه سرو تنه بیش از اندام ها توسط ضایعات درگیر هستند. • در مخاط دهان و گاه ملتحمه هم ضایعه مشاهده می شود. • خارش • سابقه تماس با فرد مبتلا به آبله مرغان 	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود نقص ایمنی یا بدخیمی در کودک یا اعضای خانواده ارجاع شود. • حمام روزانه (بدون استفاده از لایف توصیه شود). • لوسیون های ضد التهابی مانند کالامین سه بار در روز در محل ضایعات پوست توصیه شود. • شربت هیدروکسی زین (۱۰ میلی گرم در هر ۵ میلی لیتر) به میزان ۰/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت در صورت خارش در کودکان با سن بیش از دو سال توصیه شود.
تب عودکننده (بورلیوزیس)	<ul style="list-style-type: none"> • راش پتشی، خونریزی های پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا 	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع دهید.
مخملک	<ul style="list-style-type: none"> • راش اریتماتو منتشر با افزایش آن در چین های پوستی پوست زیر و سمیاده ای • قرمزی حلق اکثر همراه با آگزودا، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی • خطوط پاستیا (Lines Pastia) 	<ul style="list-style-type: none"> • یک نوبت بنزاتین پنی سیلین (۳-۶) عضلانی تزریق کنید. • برای تب مساوی یا بالاتر از ۳۸/۵°C استامینوفن بدهید.
کاوازاکی	<ul style="list-style-type: none"> • تب ۵ روز و طولانی تر به همراه ۴ مورد از موارد زیر: • راش پلی مورف شبیه سرخک، مخملک • پرخونی دو طرفه بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) • لنفادن نوپانی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه و غیر چرکی) • تغییرات در اندام های محیطی (ادم، اریتم، پوسته ریزی) 	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع دهید.
واکنش های دارویی (serum sickness)	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه مصرف اخیر دارو، همراهی علائم سیستمیک و یا درگیری مفصلی 	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع دهید.
بیماری های کلاژن واسکولار	<ul style="list-style-type: none"> • همراهی علائم و سیستمیک، درگیری مفصلی، گرفتاری کلیه 	<ul style="list-style-type: none"> • ارجاع دهید.

جدول ۹ - تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

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

اقدامات لازم تا قبل از انتقال یا ارجاع فوری

« قبل از انتقال کودک به بیمارستان

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

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

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

اگر به هر دلیلی انتقال امکان ندارد:

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

« قبل از ارجاع فوری بیمار به مراکز تخصصی

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

درمان کم‌آبی / برنامه درمانی الف: درمان اسهال در منزل

مشاوره با مادر درباره ۴ قانون درمان اسهال در منزل

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

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

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

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

۳. بر تداوم تغذیه تأکید کنید. به توصیه های تغذیه ای مراجعه شود. در سن کمتر از ۶ ماه، به تغذیه انحصاری با شیر مادر تأکید شود.

۴. به مادر بگویید چه موقع برای ارزیابی مجدد و چه موقع فوراً برگردد.

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

برای ۴ ساعت در مرکز بهداشتی درمان او.آر.اس (هیپواسمولار) به کودک خورنده شود.

تعیین مقدار تقریبی محلول او.آر.اس که باید در ۴ ساعت اول داده شود.

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

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

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

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

بعد از ۴ ساعت

- کودک را ارزیابی مجدد و کم آبی او را طبقه بندی نمایید.
- برای ادامه درمان، برنامه درمانی مناسب را انتخاب کنید.
- تغذیه کودک را در مرکز بهداشتی درمانی شروع کنید.

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

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

چهار قانون درمان اسهال در منزل را برای او شرح دهید

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

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

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

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

اگر نمی‌توانید بی‌درنگ مایعات وریدی تزریق کنید

بله

خیر

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

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

اگر بی‌حسی معده دست‌بیمار هنوز خالی صمغ یا غیر قابل لمس باشد، یک بار دیگر تکرار کنید.

بله

خیر

• کودک را بی‌درنگ برای درمان وریدی انتقال دهید.

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

اگر نمی‌توانید بی‌درنگ مایعات وریدی تزریق کنید.

بله

خیر

- درمان کم آبی را با دادن محلول او.آر.اس از طریق خوراکی یا لوله معده (NGT) شروع کنید.
- در هر ساعت 20ml/kg محلول او.آر.اس برای مدت ۶ ساعت بدهید (مجموعاً 120ml/kg).

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

بله

خیر

کودک را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید.

بله

- اگر کودک استفراغ مکرر داشته باشد یا نفخ شکم زیادتر شود، مایعات را با سرعت کمتری به او بدهید.
 - اگر کم آبی بعد از ۳ ساعت بهتر نشد، کودک را برای تزریق وریدی انتقال دهید.
 - بعد از ۶ ساعت مجدداً کودک را ارزیابی کرده و برنامه درمانی مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید.
 - اگر نمی‌توانید برای درمان کم آبی از لوله معده N.G.T استفاده کنید و کودک قادر به نوشیدن نیست، کودک را برای درمان وریدی انتقال دهید.
- توجه: در صورت امکان حداقل ۶ ساعت پس از جبران کم آبی، کودک را تحت نظر داشته باشید تا مطمئن شوید که مادر می‌تواند با دادن محلول او.آر.اس از طریق دهان، کم آبی را جبران کند.

پنومونی

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

عفونت حاد گوش (اوتیت مدیا)

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

در صورت عدم پاسخ به درمان

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

عفونت مزمن گوش

- قطره سیپروفلوکساسین سه بار در روز به مدت ۱۴ روز

سینوزیت

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

درمان های بی ضرر خانگی در سرفه و سرماخوردگی

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

داروهای زیان باری که توصیه نمی شود:

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

در صورت خروج چرک، گوش را با فتیله گذاری خشک کنید

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

سیاه سرفه

(شیرخوار زیر ۶ ماه را به بیمارستان ارجاع دهید)

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

سل

برای درمان سل طبق دستورالعمل کشوری عمل نمایید.

تب مالت (بروسلوز)

برای درمان بروسلوز برابر دستورالعمل کشوری عمل نمایید.

برونشیت

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

کروپ و بروسی

بر اساس شدت کروپ و استریدور (جدول ۴) و حال عمومی بیمار درمان کنید.

استریدور خفیف

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

استریدور متوسط و شدید

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

عفونت ادراری (UTI)

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

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

• جنتامایسین تزریقی عضلانی (۵mg/kg) یک بار در روز که براساس حساسیت آنتی بیوتیکی در کشت ادرار به آنتی بیوتیک خوراکی مناسب تغییر یابد.

• نسل سوم سفالوسپورین ها به صورت خوراکی سفیکسیم ۱۰-۸ در ۱ یا ۲ دوز منقسم

در موارد زیر جهت درمان به بیمارستان ارجاع گردد:

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

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

• سفیکسیم ۱۰-۸ در ۱ یا ۲ دوز منقسم

• یا نیترو فورانتوئین خوراکی ۵mg/kg/day در ۴ دوز منقسم در صورتی که مبتلا به کمبود آنزیم G6PD نباشد.

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

• مدت درمان معمول در موارد تب دار ۱۴-۷ روز و در موارد بدون تب ۵-۳ روز می باشد.

• پیگیری پاسخ به درمان بعد از ۴۸ ساعت از شروع آنتی بیوتیک بایستی انجام گیرد.

• کلیه کودکان دارای عفونت ادراری تب دار، در اولین فرصت برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع شوند.

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

• استامینوفن ۱۵-۱۰mg/kg/dose هر ۴ تا ۶ ساعت

• ایبوپروفن ۱۰-۵mg/kg/dose هر ۶ تا ۸ ساعت (تجویز ایبوپروفن در سن کمتر از ۶ ماه ممنوع است)

• درمان های فوق تا قطع تب، ادامه یابد.

• جهت توصیه های تغذیه ای در کودک تب دار به مراجعه نمایید.

• سایر داروها نظیر دیکلوفناک، دگزامتازون و... در درمان تب به هیچ وجه توصیه نمی شود.

• برای سایر بیماری های تب دار یا گوش درد نیز مطابق با مطلب فوق اقدام کنید.

اسهال پایدار

• در صورت وجود عفونت اختصاصی (مانند پنومونی، سپسیس، عفونت ادراری، برفک و عفونت گوش میانی و...) درمان بیماری اولیه طبق استراتژی مانا صورت گیرد.

• در صورت وجود عفونت روده ای (مانند شیگلوز) درمان عفونت روده انجام شود.

• مقادیر مناسب مایعات جهت پیشگیری از کم آبی

تغذیه

• بر تداوم تغذیه تأکید کنید.

• در سن کمتر از ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر

• برای کودک بالای ۶ ماه غذای جامد و مناسب سن با کالری مناسب داده شود.

• رژیم مغذی و مقوی که باعث تشدید اسهال نگردد.

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

• مولتی ویتامین + مینرال دو برابر جیره توصیه شده، روزانه به مدت ۱۴ روز

• به مادر توصیه شود ۵ روز بعد جهت پیگیری مراجعه نماید.

اسهال خونی

- سفیکسیم ۸ mg/kg/day در دو دوز منقسم برای مدت ۵ روز
- در صورت عدم پاسخ به درمان، سیپرافلوکساسین خوراکی ۱۵ mg/kg/dose دو نوبت در روز برای ۳ روز تجویز شود.
- درمان حمایتی شامل پیشگیری و اصلاح کم آبی و ادامه تغذیه می باشد.

اسهال وبایی

- تأمین آب و الکترولیت، مهم ترین جزء درمان است.
- به کودک برابر دستورالعمل کشوری آنتی بیوتیک مناسب بدهید.
- براساس آخرین دستورالعمل کشوری، درمان بیماری وبا و با ملاحظه الگوهای مقاومت میکروبی، آنتی بیوتیک توصیه شده برای کودکان عبارت است از:
- آزیترومایسین (۲۰ mg/kg /single dose) و یا سیپروفلوکساسین (۱۵ mg/kg /dose) برای ۲ نوبت در روز برای ۳ روز می باشد.

مالاریا

- براساس آخرین دستورالعمل کشوری مالاریا

آنمی

- غربالگری آنمی طبق بوکلت کودک سالم انجام میشود و در صورتی که در ارزیابی های تکمیلی و براساس جداول تشخیص افتراقی شک به آنمی وجود دارد:
- در صورت آنمی شدید ($Hb < 6g/dl$) همراه علایم دیگر یا ($Hb < 4g/dl$ به تنهایی) فوراً به بیمارستان برای بررسی های بیشتر و تزریق خون ارجاع دهید،
- در غیر این صورت درمان در منزل:

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

توجه: مقدار آهن المنتال توصیه شده ۳-۶ mg/kg/day و مقدار اسید فولیک ۱ mg/day

مشکلات تغذیه و رشد کودک

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

آسم

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

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

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

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

درمان آزمایشی (Trial) در کودکان زیر ۶ سال

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

اصول استفاده از داروهای استنشاقی در کودکان

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

جدول دوزاژ تقریبی روزانه استروئیدهای استنشاقی در کودکان

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

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

پنومونی / بعد از ۲ روز

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

درمان

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

اسهال خونی / بعد از ۲ روز

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

درمان

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

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

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

درمان

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

عفونت مزمن گوش، بعد از ۵ روز

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

اسهال

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

درمان

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

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

تب/ در صورت تداوم تب، بعد از ۲ روز

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

گلودرد / در صورت عدم بهبودی علائم بعد از ۲ روز

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

مشکلات تغذیه و رشد کودک

بعد از ۵ روز

- وضعیت غذا و نحوه تغذیه را بررسی کنید: به سئوالات قسمت بالای چارت مشاوره نگاه کنید.
- در مورد هر مشکل غذا و نحوه تغذیه: که در اولین مراجعه پی برده اید، سؤال کنید.
- در مورد هر مشکل غذا و نحوه تغذیه: که جدیداً یا قبلاً بروز کرده، مشاوره کنید. اگر با مادر در مورد انجام تغییرات خاص در تغذیه کودک مشاوره کرده اید، از او بخواهید که به همراه کودک مجدداً مراجعه نماید.
- اگر کودک کم وزنی دارد از مادر بخواهید ۱۵ روز یا ۳۰ روز (کودک زیر یکسال ۱۵ روز و بالای یکسال ۳۰ روز) پس از اولین مراجعه برای توزین مجدد و ارزیابی کودک خود مراجعه نماید.

کم وزنی شدید / کم وزنی / کم وزنی نامعلوم

بعد از ۱۵ یا ۳۰ روز

- کودک را وزن کنید و تعیین کنید که آیا کودک هنوز کم وزنی دارد؟
- وضعیت غذا و نحوه تغذیه را بررسی کنید: به سئوالات قسمت بالای چارت مشاوره نگاه کنید.

درمان

- اگر کودک کم وزنی ندارد، مادر را به ادامه توصیه ها تشویق کنید.
- اگر کودک هنوز کم وزنی دارد براساس بولکت کودک سالم، ارزیابی و درمان مناسب را انجام دهید.

سرفه یا سرماخوردگی

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

غذا و نحوه تغذیه کودک را بررسی کنید:

- در مورد غذای معمول کودک و نحوه تغذیه در دوران بیماری سوال کنید.
- جواب های مادر را با توصیه های تغذیه ای برای گروه های سنی طبق جدول زیر مقایسه کنید.

سوال کنید:

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

توصیه‌های تغذیه

توصیه‌های تغذیه برای تمام کودکان در طول بیماری و سلامت، و شامل کودکان در معرض اچ‌آی‌وی تحت پیشگیری با داروهای ضدترتروویروس

نوزاد تا هفته	۱ هفته تا ۶ ماه	۶ تا ۹ ماه	۹ تا ۱۲ ماه	۱۲ ماه تا ۲ سال	۲ سال و بزرگتر
					
بلافاصله پس از تولد، نوزادان را در تماس پوست با پوست قرار دهید اجازه بدهید در همان ساعت اول نوزادان پستان بگیرد. به نوزادان آغوز - نخستین شیر غلیظ و زرد رنگ - بدهید. به این وسیله، از او در برابر بسیاری از بیماری‌ها محافظت می‌کنید. شبانۀ روز و تا آن جا که نوزادتان می‌خواهد - لاقلاً ۸ بار در روز - به او شیر بدهید. شیر دادن مکرر، باعث تولید شیر بیشتر خواهد شد. اگر نوزادتان کوچک (کم‌وزن به هنگام تولد) است، لاقلاً هر ۲ تا ۳ ساعت به او غذا بدهید. اگر بیدار نشد، سه ساعت بعد از هر وعده غذا او را بیدار کنید. غذاها یا مایعات دیگر به او ندهید. تنها چیزی که نوزاد نیاز دارد، شیر مادر است. این به ویژه برای شیرخواران مادران اچ‌آی‌وی مثبت مهم است. تغذیه مختلط، خطر انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک را در مقایسه به شیر مادر افزایش می‌دهد.	تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید.	تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید.	تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید. تا هر مقدار که کودک می‌خواهد، به او شیر دهید.	انواع پوره یا غذاهای له شده غلیظ شامل غذاهای از منشاء حیوانی و میوه‌ها و سبزی‌های سرشار از ویتامین A نیز به او بدهید. در هر وعده، لاقلاً یک فنجان پر (۲۵۰ ml) به او غذا دهید. ۱ تا ۲ میان وعده به او بدهید. اگر کودک‌تان غذاهای جدید را رد می‌کند، چندین بار به او "مزه" بدهید. نشان دهید خودتان به آن غذا علاقه دارید. صبور باشید. در طول غذا خوردن با کودک‌تان صحبت و به چشم‌هایش نگاه کنید.	
یک رژیم غذایی خوب باید روزانه باید حاوی غذاهای پرانرژی (مانند غلات غلیظ به اضافه روغن)؛ گوشت، ماهی، تخم‌مرغ، یا بنشن؛ و میوه‌ها و سبزی‌های کافی باشد.					

توصیه های تغذیه ای در بیماری

اگر کودک خوب رشد نمی کند:

اگر شیرخوار کمتر از ۶ ماه سن دارد:

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

اگر کودک بالای ۶ ماه سن دارد:

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

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

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

تب

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

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

اسهال حاد

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

اسهال پایدار

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

اگر کودک غیر از شیر مادر، شیر دیگری استفاده می کند:

الف- سن کمتر از ۶ ماه

تغذیه انحصاری با شیر مادر و قطع شیر دام

ب- سن بیشتر از ۶ ماه

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

سرفه، سرماخوردگی، عفونت حاد تنفسی

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

چه موقع مراجعه کند؟

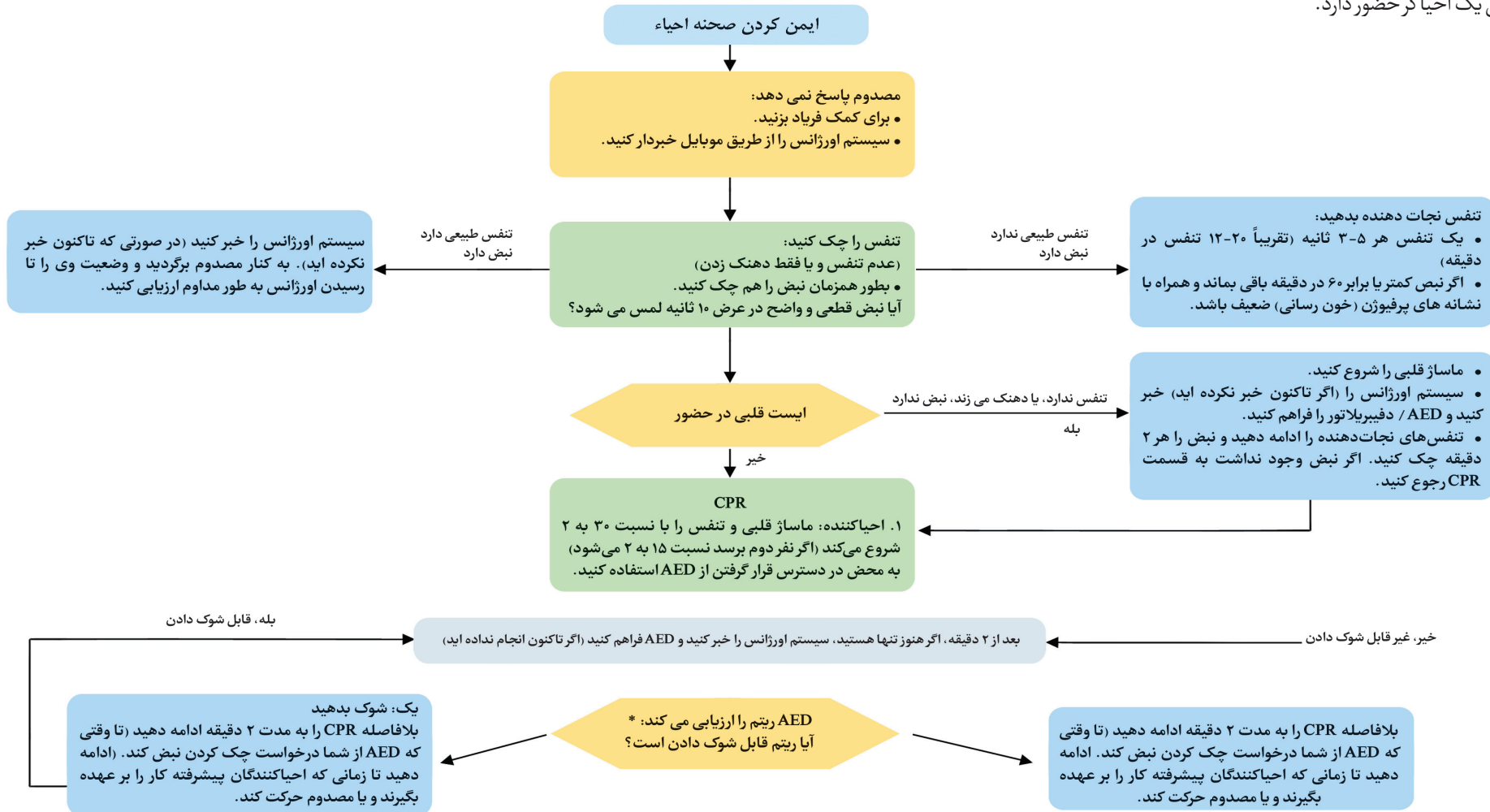
به مادر توصیه کنید برای هر یک از بیماری‌ها، براساس جدول چه زمانی برای ارزیابی مجدد برگردد:

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

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

احیاء پایه کودک برای کارکنان بخش سلامت

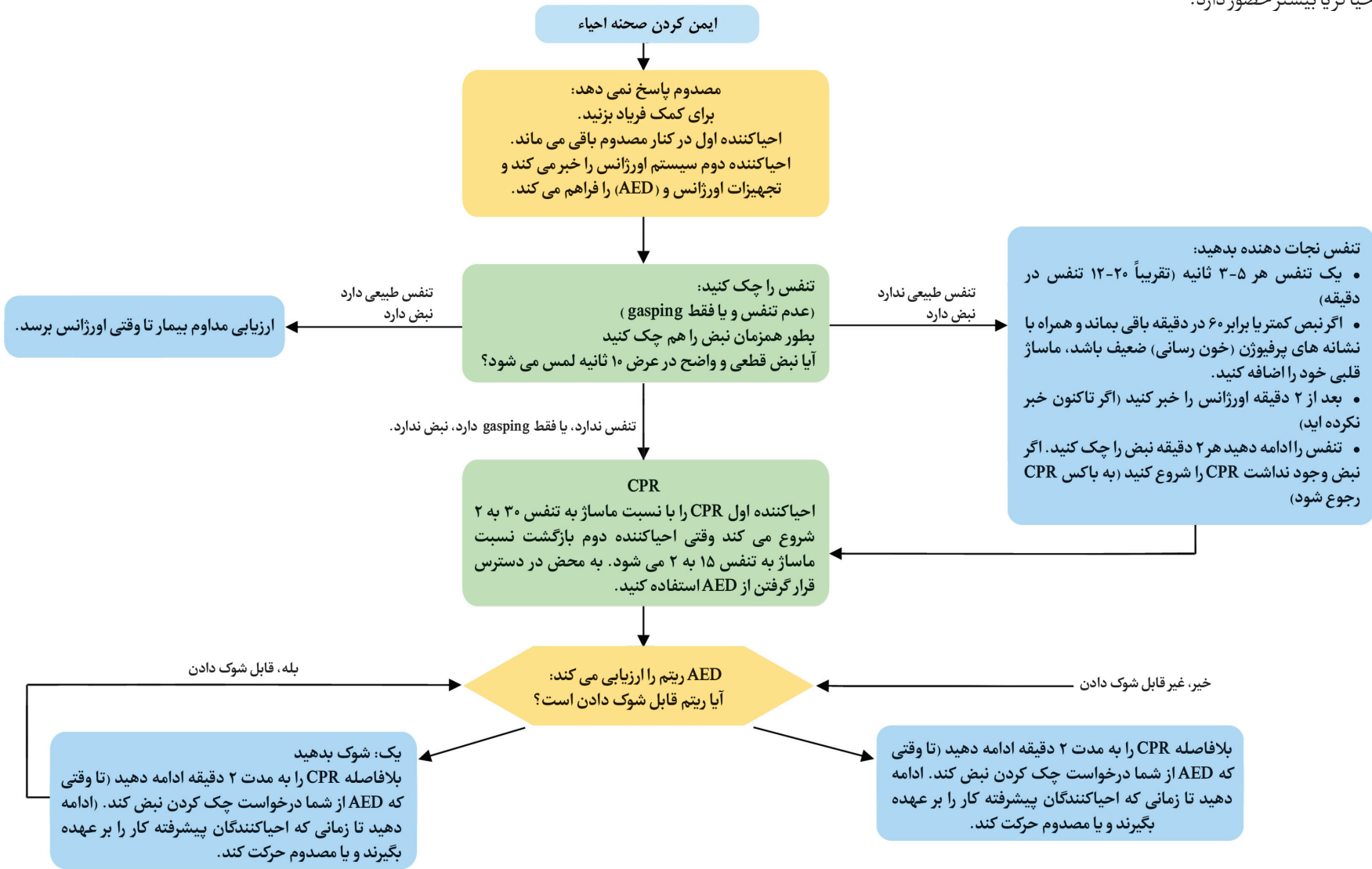
وقتی یک احیاگر حضور دارد.



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

احیاء پایه کودک برای کارکنان بخش سلامت

وقتی ۲ احیاگر یا بیشتر حضور دارد.



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

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

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت داشتن هریک از علائم زیر: • تنفس ۶۰ بار در دقیقه یا بیشتر • خوب شیرنخوردن • تشنج • تو کشیده شدن شدید قفسه سینه • تب (مساوی یا بالاتر از ۳۷/۵ درجه سانتیگراد) • پایین بودن درجه حرارت بدن (کمتر از ۳۵/۵ درجه سانتیگراد) • تحرک کمتر از معمول و بی حالی • داشتن حرکت فقط وقتی که تحریک می شود و یا نداشتن هیچگونه حرکتی 	<p>احتمال عفونت باکتریال شدید یا بیماری خیلی شدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی را بدهید و اقدامات قبل از انتقال را انجام داده شیرخوار را انتقال دهید. • از پایین افتادن قند خون پیشگیری کنید. (چارت ۴) • از اتلاف حرارت شیرخوار پیشگیری کنید. (چارت ۲) • اگر انتقال امکان پذیر نیست به مراجعه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • ترشح چرکی همراه با قرمزی اطراف ناف 	<p>عفونت باکتریال موضعی شدید</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از ارجاع فوری (ص ۵۶) را انجام داده شیرخوار را به بیمارستان فوراً ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • جوش چرکی منتشر در پوست بیشتر از ۱۰ تا • خروج ترشحات چرکی همراه با تورم پلک ها 	<p>عفونت باکتریال موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • آموکسی سیلین برای ۵ روز • به مادر آموزش دهید در منزل از شیر خوار مراقبت کند. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • پس از ۲ روز پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • جوش چرکی در پوست کمتر از ۱۰ تا 	<p>عفونت باکتریال موضعی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تجویز موپیروسین پوستی و استحمام روزانه با آب و صابون • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • پس از ۲ روز پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • خروج ترشحات چرکی از چشم بدون تورم پلک ها 	<p>عفونت خفیف چشم</p>	<ul style="list-style-type: none"> • از قطره سولفاستامید چشمی ۱۰٪ به میزان یک قطره هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز استفاده کنید. • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. • ۵ روز بعد مراجعه کند. • در صورت عدم بهبودی، به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

زردی در شیرخوار زیر ۲ ماه

شیرخوار را از نظر زردی ارزیابی کنید.

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

طبقه بندی کنید

سوال کنید:

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

مشاهده و بررسی کنید:

- اسکلرا چشم را از نظر زردی بررسی کنید.
- کف دست ها و پاها و بدن شیرخوار را از نظر وجود زردی بررسی کنید.
- ریسک فاکتورهای زردی را مشخص کنید:
 - گروه خون مادر O و نوزاد A یا B است.
 - RH مادر منفی و نوزاد مثبت است.
 - زردی که نیاز به فتوتراپی یا تعویض خون داشته یا منجر به کرن ایکتروس یا مرگ نوزاد قبلی شده است.
- نشانه های کرن ایکتروس: بی حالی، خوب شیرنخوردن، تب، کم آبی، تشنج، کمانی شکل شدن بدن، صدای گریه غیر طبیعی.

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

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

طبقه بندی کنید

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

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

شیرخوار از نظر مشکل شیر خوردن یا کم وزنی کنترل کنید.

سوال کنید:	مشاهده کنید:
<p>• آیا مشکل شیر خوردن دارد؟</p> <p>• آیا کودک شیرمادر خوار است؟ اگر بله: چند بار در ۲۴ ساعت؟</p> <p>• آیا کودک غیر از شیرمادر، غذا یا مایعات دیگر می خورد؟</p> <p>اگر بله، چند بار و با چه چیزی؟</p> <p>اگر شیرخوار هیچ نشانه ای برای ارجاع فوری به بیمارستان ندارد و مشکل شیر خوردن یا کم وزنی دارد ارزیابی تغذیه با شیرمادر انجام دهید:</p> <p>ارزیابی تغذیه با شیرمادر:</p> <p>• آیا کودک ظرف یک ساعت گذشته اگر شیرخوار تغذیه نشده است، از مادر بخواهید او را شیر بدهد و برای ۴ دقیقه او را مشاهده کنید.</p> <p>با شیرمادر تغذیه شده است؟ (اگر کودک در ساعت گذشته شیر خورده از مادر بخواهید اگر امکان دارد صبر کند موقع شیر خوردن بعدی به شما اطلاع دهد.)</p> <p>• آیا شیرخوار قادر به گرفتن پستان می باشد؟ نحوه گرفتن پستان:</p> <p>- خوب پستان می گیرد.</p> <p>- خوب پستان نمی گیرد.</p> <p>- به هیچ وجه پستان را نمی گیرد.</p> <p>• آیا شیرخوار می تواند خوب بمکد؟</p> <p>خوب می مکد / خوب نمی مکد / نمی تواند بمکد.</p> <p>بینی شیرخوار، اگر مانع تغذیه اوست تمیز کنید.</p> <p>• از نظر برفک، دهان را نگاه کنید.</p>	<p>وزن کودک</p> <p>منحنی رشد کودک</p>
<p>ارزیابی:</p> <p>- چانه به سینه چسبیده</p> <p>- دهان باز است</p> <p>- لب پایین به بیرون برگشته است.</p> <p>- نوک و قسمت</p> <p>بیشتری از هاله پستان در دهان شیرخوار می باشد.</p>	<p>طبقه بندی کنید</p>

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	درمان
پایین تر از Z-score -۳	کم وزنی شدید	اگر کودک بیماری جدی دیگری دارد. فوراً او را همراه مادرش به نزدیکترین بیمارستان ارجاع دهید در غیر این صورت براساس بوکت کودک سالم اقدام کنید.
<p>• خوب پستان نمی گیرد یا</p> <p>• خوب نمی مکد یا</p> <p>• کمتر از ۸ بار شیر خوردن در ۲۴ ساعت</p> <p>• خوردن غذا یا مایعات دیگر یا</p> <p>• وجود برفک یا</p> <p>• مساوی و بالای Z-score -۳ تا پایین تر از Z-score -۲</p> <p>• مساوی و بالای Z-score -۲ ولی روند رشد نامعلوم یا روند متوقف شده با کاهش یافته باشد.</p>	مشکل شیر خوردن یا کم وزنی	<p>• مادری که به کودک شیر خودش را می دهد توصیه کنید با دفعات بیشتر و مدت طولانی تر کودک را شیر بدهد.</p> <p>• اگر خوب پستان نمی گیرد یا خوب نمی مکد طرز صحیح آغوش گرفتن و روی پستان قرار دادن را به مادر آموزش دهید.</p> <p>• اگر کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت شیر می دهد. توصیه کنید دفعات و مدت شیردهی را افزایش دهد.</p> <p>• اگر غذای دیگر غیر از شیرمادر هم به کودک می دهد توصیه کنید غذا و مایعات دیگر را بتدریج قطع و از فنجان یا قاشق استفاده کند.</p> <p>• اگر اصلاً شیر مادر نمی خورد:</p> <p>• برای مشاوره تغذیه با شیرمادر ارجاع دهید.</p> <p>• استفاده صحیح شیر مصنوعی را آموزش دهید.</p> <p>• اگر برفک دارد درمان در منزل را به مادر آموزش دهید.</p> <p>• توصیه های مراقبت در منزل را به مادر آموزش دهید.</p> <p>• هر مشکل در شیر خوردن یا برفک را، بعد از ۲ روز پیگیری کنید و کم وزنی را در ظرف ۱۵ روز پیگیری کنید.</p>
کم وزنی و یا هیچ نشانه ای از شیر خوردن ناکافی ندارد.	مشکل شیر خوردن ندارد	<p>• توصیه های مراقبت در منزل را به مادر بگویید.</p> <p>• مادر را برای شیر دادن خوب کودک تشویق کنید.</p>

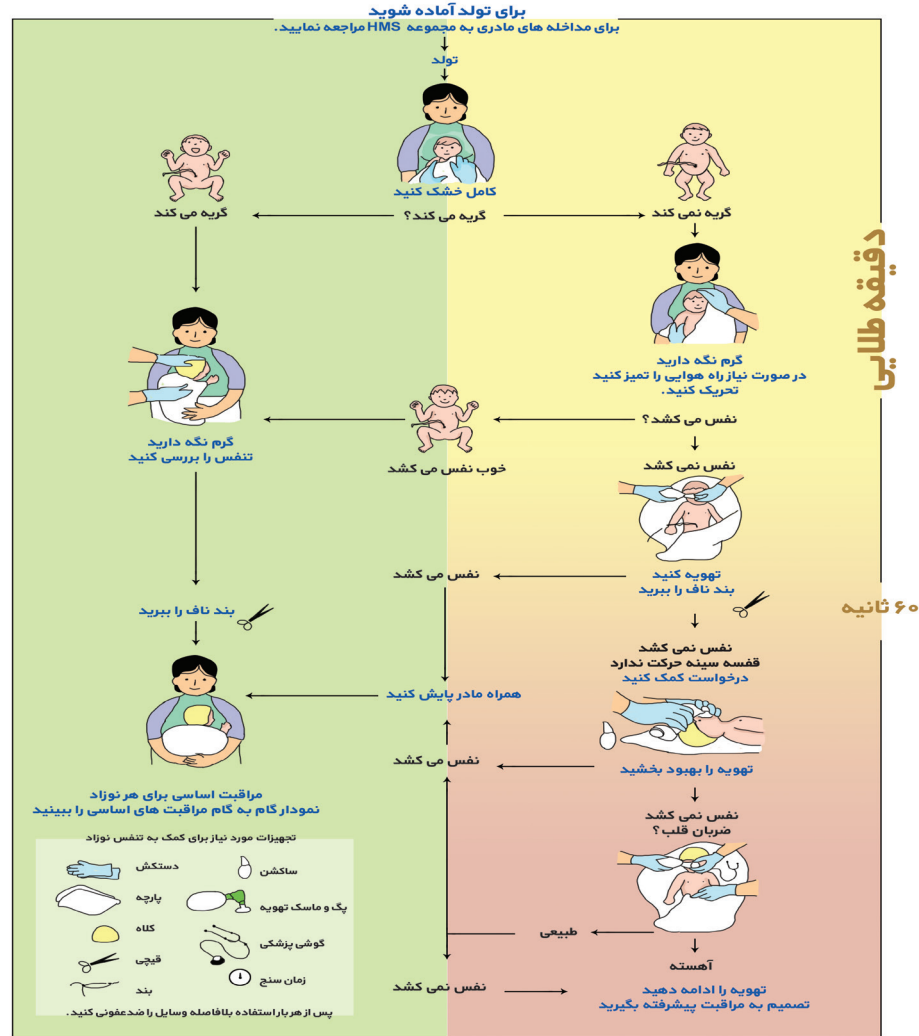
کنترل وضعیت واکسیناسیون و مکمل های دارویی شیرخوار

تولد	ب ۳ - فلج اطفال خوراکی - هپاتیت ب	قطره مولتی ویتامین یا A+D شروع از ۵-۳ روزگی بعد از تولد تا ۲ سالگی
۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه	

آیا مشکل دیگری دارد: اگر بلی، جهت ارزیابی به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

چارت ۱: احیای نوزاد

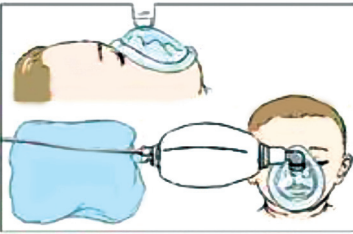
در همه شیرخواران بدحال که نیاز به کمک تنفسی دارند با استفاده از دستورالعمل «کمک به تنفس نوزاد» اقدام کنید.



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

باز کردن راه هوایی

۱. نوزاد را در وضعیت مناسب قرار دهید (گردن مختصری به عقب کشیده شده) و حوله یا پارچه لوله شده ای به ضخامت ۲-۲/۵ سانتیمتر زیر شانه های نوزاد قرار دهید.
۲. دهان و سپس بینی شیرخوار را با کمک یک پوار ساکشن کنید.
۳. وضعیت دادن، پاک کردن ترشحات در صورت لزوم و گرم کردن نوزاد معمولاً تحریک لازم برای تنفس ایجاد می کند. پشت، تنه یا اندام های نوزاد را به آرامی مالش دهید. تحریک شدید کل بدن کمی نمی کند و ممکن است باعث آسیب جدی شود. هرگز نوزاد را تکان شدید ندهید.

نحوه انجام تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV)

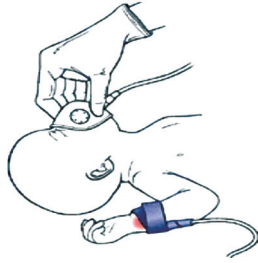
- بالای سر نوزاد بایستید، با کشیدن سر کمی به عقب و حمایت از چانه، راه هوایی را باز نگه دارید.
- لبه ماسک را بر نوک چانه قرار دهید، سپس ماسک را روی دهان و بینی بگذارید و آن را به خوبی بر روی صورت محکم کنید*.
- بگ را فشار دهید تا قفسه سینه به آرامی حرکت کند. هر دقیقه ۴۰ تا ۶۰ تنفس بدهید. با صدای بلند بشمارید، هنگامی که بگ را فشار می دهید بگویید "یک" و در حالی که بگ را رها می کنید بگویید "دو . سه" در این صورت تهویه به خوبی صورت می گیرد.

در طی تهویه، ارزیابی کنید که آیا قفسه سینه با تهویه حرکت می کند و تنفس نوزاد خوب است؟

- تهویه موثر باید حرکت آرامی در قفسه سینه ایجاد کند.
- اگر قفسه سینه با تهویه حرکت نمی کند، ماسک را جابجا کنید تا بهتر روی صورت محکم شود و سر را دوباره وضعیت دهید تا راه هوایی باز شود.
- تهویه موثر را تا زمان شروع تنفس نوزاد، ادامه دهید.
- اگر نوزاد خوب نفس می کشد* تهویه را متوقف کنید.
- اگر نوزاد پس از یک دقیقه تهویه موثر، هنوز شروع به تنفس نکرده است، ضربان قلب را ارزیابی کنید:
 - اگر ضربان قلب طبیعی است، تهویه را تا زمان شروع به نفس کشیدن نوزاد ادامه دهید.
 - وقتی نوزاد شروع به نفس کشیدن کرد و ضربان قلب طبیعی باقی ماند، تهویه را قطع کنید.
 - اگر ضربان قلب طبیعی است، اما نوزاد نفس می کشد یا تنفس منقطع دارد، تهویه را ادامه بدهید و تنفس و ضربان قلب را دوباره ارزیابی کنید.
 - اگر ضربان قلب کاهش یافته، مطمئن شوید تمام گام های بهبود تهویه را انجام داده اید.
- تنفس و ضربان قلب را دوباره ارزیابی کنید و اگر نوزاد همچنان نیازمند تهویه است، برای مراقبت پیشرفته نوزاد را فوراً انتقال دهید و در طی انتقال تهویه را ادامه دهید.
- * ماسک باید چانه، دهان و بینی را بپوشاند ولی روی چشم ها قرار نگیرد. ماسک را بر روی صورت با انگشت شست و اشاره نگه دارید. از انگشت وسط برای نگه داشتن چانه به سمت ماسک استفاده کنید. از انگشت چهارم و پنجم برای جلو و بالا کشیدن فک و کمک به باز نگه داشتن راه هوایی استفاده کنید.
- * تعداد تنفس نوزاد را شمرده و به صدای ناله و فرورفتگی قفسه سینه در نوزاد دقت کنید. نوزاد با تنفس منقطع یا بدون تنفس، نیاز به ادامه تهویه با بگ و ماسک دارد.

نحوه دادن جریان آزاد اکسیژن

منظور از جریان آزاد اکسیژن این است که جریان اکسیژن جلوی بینی شیرخوار برقرار شود، این کار با وسایل زیر امکان پذیر است: ماسک اکسیژن و لوله اکسیژن

ماسک اکسیژن

- از لوله و ماسک اکسیژن متصل بهم که به جریان اکسیژن ۵ لیتر در دقیقه وصل باشد استفاده کنید.
- با قرار دادن ماسک روی صورت شیرخوار می توانید اکسیژنی با غلظت بالا به او برسانید.

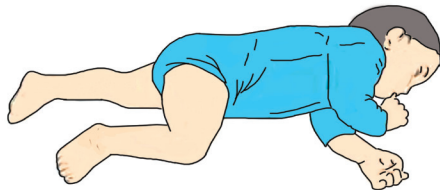
لوله اکسیژن

- هنگامی که ماسک در دسترس نباشد برای برقراری جریان آزاد اکسیژن، یک لوله را به منبع اکسیژن وصل کنید و کف دست ها را به صورت مقعر روی صورت شیرخوار قرار دهید. در این حالت سرعت جریان اکسیژن حداقل ۵ لیتر در دقیقه، تنظیم شود.
- در صورتی که شیرخوار دچار وقفه قلبی تنفسی است و نیاز به احیا دارد به دستور العمل روند احیای گام به گام نوزاد مراجعه نمایید.

نحوه وضعیت دادن به شیرخوار بیهوش

اگر مشکوک به ترومای گردنی نیست:

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

**اگر مشکوک به ترومای گردنی است:**

- شیرخوار را به پشت بخوابانید و گردن او را ثابت کنید.
- پیشانی شیرخوار را از دو طرف به تخته، با چسب محکم کنید تا در همین وضعیت باقی بماند.
- برای جلوگیری از حرکت گردن، دو طرف سر شیرخوار را با سرم یک لیتری ثابت نگه دارید.
- در صورت وجود استفراغ، درحالی که سر را در امتداد بدن نگه داشته اید، شیرخوار را به پهلو بخوابانید.



چارت ۲- پیشگیری از اتلاف حرارت شیرخوار

گرم نگه داشتن شیرخوار بیمار در خانه / مراکز بهداشت و در مسیر انتقال

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

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

- اگر توانمندی رگ گیری برای شیرخوار زیر ۲ ماه در مرکز وجود دارد، برای شیرخوار رگ بگیریید^۱ (برای انجام آزمایشات اورژانس خون گیری کنید).
- سرم نرمال سالین یا رینگر لاکتات وصل کنید. مطمئن شوید که سرم به خوبی جریان دارد.
- 10mg/kg از مایع فوق را با حداکثر سرعت انفوزیون کنید. (مطابق جدول زیر)

وزن (کیلوگرم)	حجم نرمال سالین یا رینگر لاکتات (10ml/kg)
تا ۱/۵	۱۵ml
از ۱/۵ تا ۲/۵	۲۰ml
از ۲/۵ تا ۳/۵	۳۰ml
از ۳/۵ تا ۴/۵	۴۰ml
از ۴/۵ تا ۵/۵	۵۰ml

- پس از اولین انفوزیون، ارزیابی کنید.
- اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریع تر، تزریق مایع فوق را تکرار کنید.
- پس از دومین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید.
- اگر بهبودی حاصل نشد، هر چه سریع تر، مجدداً تزریق مایع فوق را تکرار کنید.
- پس از سومین تزریق، شیرخوار را انتقال دهید.
- در صورت عدم امکان انتقال دوباره ارزیابی کنید.
- اگر بهبودی حاصل نشد، در عرض ۶۰ دقیقه میزان 20ml/kg ، FFP یا گلبول قرمز متراکم بزینید (در صورت بستری در بیمارستان).
- پس از بهبودی در هر مرحله (کاهش تعداد نبض، بهتر پر شدن مویرگ ها) یا سومین تجویز سرم، شیرخوار را به بیمارستان انتقال دهید و در بین راه 7ml/kg از محلول دکستروز سالین را در عرض ۵ ساعت بدهید.

در صورت عدم امکان انتقال

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

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

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

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

پیشگیری از پایین آمدن قند خون

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

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

چارت ۵ - نحوه درمان تشنج

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

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

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

نکته:

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

درمان های قبل از انتقال و ارجاع فوری

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

درمان

• از گرم نگاه داشتن شیرخوار، اطمینان حاصل کنید. (چارت ۲)

در صورتی که در هنگام انتقال یا ارجاع فوری طبق بولت تزریق آنتی بیوتیک ذکر شده است:

اولین نوبت آنتی بیوتیک تزریقی (داخل عضلانی) را بدهید.

• جنتامایسین ۷٫۵-۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز

• آمپی سیلین ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در روز

• از پایین آمدن قند خون پیشگیری کنید. (چارت ۴)

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

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

در صورت عدم امکان انتقال

• برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید (چارت ۴) و از گرم نگه داشتن شیرخوار، اطمینان حاصل کنید. (چارت ۲)

• آنتی بیوتیک مناسب را به ترتیب اولویت، تزریق وریدی و عضلانی بدهید:

• هر زمانی که امکان انتقال وجود داشت؛ شیرخوار را انتقال دهید.

درمان برفک و مشاوره با مادر

مادر باید ابتدا دست هایش را بشوید. سپس پنبه تمیز را به سرچوب کبریت پیچیده و یا یک گوش پاک کن را آغشته به یک میلی لیتر محلول نیستاتین نموده و بر روی لکه های سفید برفک داخل دهان شیرخوار بمالد. این کار را هر ۶ ساعت تکرار نموده و به مدت ۷ روز ادامه دهد. پس از ۷ روز مجدداً مراجعه کند اگر کاملاً بهبود نیافته بود یک دوره ۷ روزه دیگر درمان با نیستاتین را تکرار کند و سپس در صورت عدم پاسخ به درمان به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

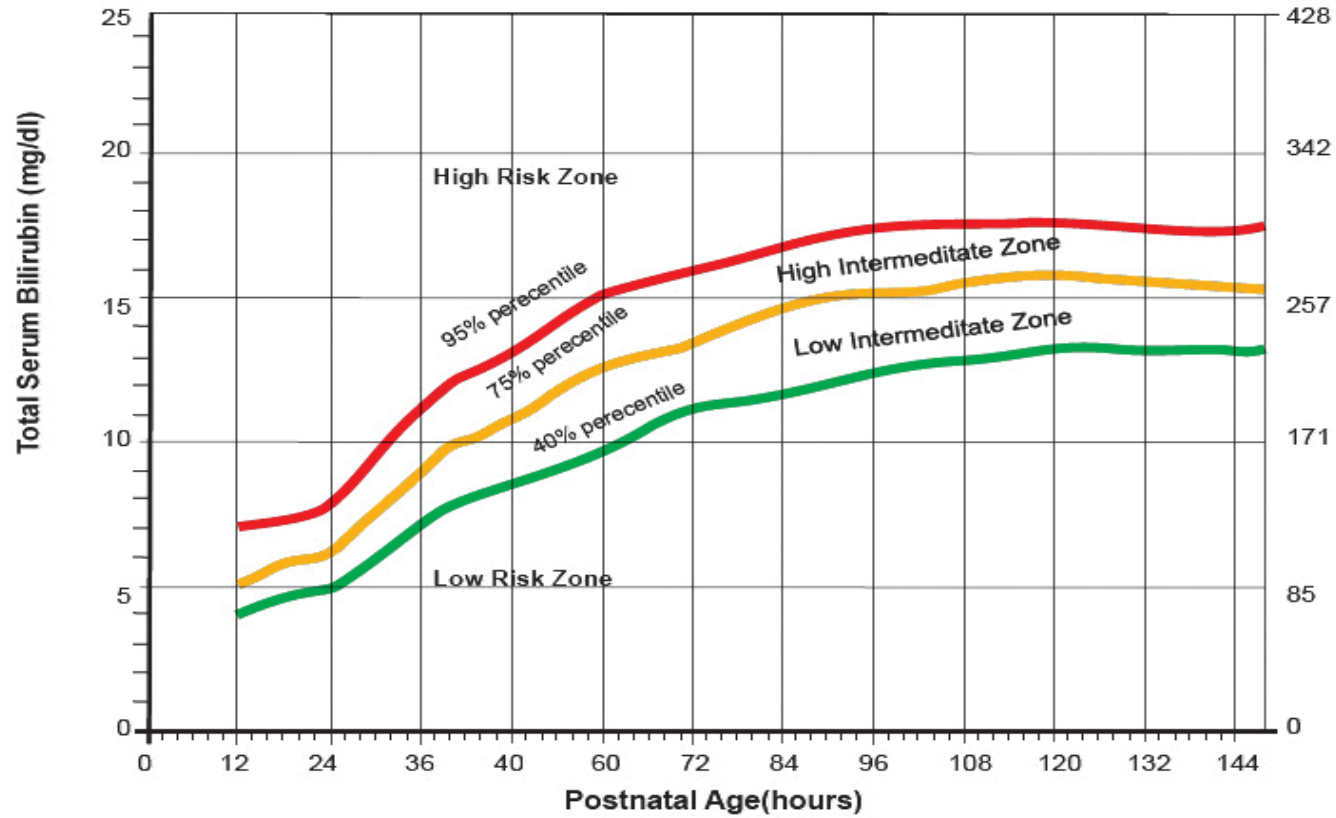
• مادر نیز همزمان با درمان کودک، پماد ضدقارچ مایکونازول یا نیستاتین را بعد از تغذیه کودک از پستان، روزی ۴ بار تا ۷ روز بعد از بهبودی، بر روی هاله پستان بمالد.

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

جدول تزریق آنتی بیوتیک

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

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



جدول فتوتراپی ساده در نوزادان با وزن تولد مساوی یا بیشتر از ۲۵۰۰ گرم / با سن بارداری ۳۵ هفته و بیشتر

میزان بیلی روبین ساعت پس از تولد	نوزاد ترم سالم بدون عامل خطر	نوزاد ترم با عامل خطر / نوزاد ۳۵ تا ۳۷ هفته / نوزاد با وزن تولد بیشتر یا مساوی ۲۵۰۰ گرم با عامل خطر	نوزاد ۳۵ تا ۳۷ هفته / نوزاد با وزن تولد بیشتر یا مساوی ۲۵۰۰ گرم با عامل خطر
۰ تا ۲۴ ساعت	> ۱۰ mg/dl	> ۸ mg/dl	> ۶ mg/dl
۲۵ تا ۴۸ ساعت	> ۱۲ mg/dl	> ۱۰ mg/dl	> ۸ mg/dl
بیشتر از ۴۸ ساعت	> ۱۴ mg/dl	> ۱۲ mg/dl	> ۱۰ mg/dl

ارقام موجود در جدول های فوق با توجه به شرایط کلان کشور بومی گردیده است.

جدول فتوتراپی ساده در نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم / با سن بارداری کمتر از ۳۵ هفته

میزان بیلی روبین	وزن تولد (گرم)
> ۵ mg/dl	کمتر از ۱۰۰۰
> ۶ mg/dl	۱۰۰۰ تا ۱۴۹۹
> ۷ mg/dl	۱۵۰۰ تا ۱۹۹۹
> ۸ mg/dl	۲۰۰۰ تا ۲۴۹۹

در ۴۸ ساعت اول با مقادیر کمی بیلی روبین، فتوتراپی شروع می شود.

به مادر طرز صحیح بغل کردن و پستان گرفتن شیرخوار را آموزش دهید.**نشان بدهید که چگونه کودک را نگه دارد**

- بدن و سر کودک در امتداد هم باشد
- صورت کودک مقابل پستان باشد
- بدن کودک نزدیک بدن او باشد
- تمام بدن کودک را با دست حمایت کند نه فقط گردن و شانه او را

به مادر نشان بدهید که چگونه کودک را به پستان بگذارد

- لب کودک با نوک پستان تماس داشته باشد.
- صبر کند تا کودک دهانش را خوب باز کند.
- نوک و قسمت بیشتری از هاله پستان در دهان نوزاد باشد.

توجه داشته باشد که کودک پستان را صحیح گرفته و خوب می مکد، اگر اشکالی در طرز گرفتن پستان و مکیدن دارد، مجدداً اصلاح کند.

توصیه های لازم در منزل را به مادر بگوئید

- غذا: تغذیه مکرر با شیرمادر، هر چقدر که کودک میل دارد.
- مایعات: روز و شب، در طی بیماری و سلامت

چه موقع برگردد

اگر کودک مبتلا به:	برای پیگیری برگردد:
زردی	۱ روز
اسهال، هر مشکل در شیر خوردن، برفک	۲ روز
کم وزنی	۱۰

چه موقع باید فوراً برگردد؟

- به مادر توصیه کنید اگر نوزاد هر کدام از نشانه های زیر را داشت فوراً برگردد.
- خوب شیر نخوردن
 - بدتر شدن
 - تب دار شدن
 - تنفس تند
 - تنفس مشکل
 - خون در مدفوع

اطمینان از مکان گرم برای شیرخوار در همه اوقات

- در هوای سرد، سر و پای شیرخوار را پوشانده و لباس های بیشتری به او بپوشانید.

مشاوره با مادر و پیگیری

• در هر مورد که شیرخوار بیمار، انتقال ارجاع فوری یا ارجاع داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری شود.

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

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

اطمینان از گرم نگه داشتن شیرخوار

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

مراقبت‌های لازم در منزل را به مادر آموزش دهید

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

جدول پیگیری

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

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک مصدوم (ویژه پزشک)

ارزیابی**

حادثه یا سایر حالات جراحی فوری

- شرح حال اتفاق حادثه یا
- زخم و خونریزی خارجی یا
- عدم توانایی در حرکت اندام یا سفتی شکم

سوختگی

- شرح حال سوختگی یا سرمازدگی یا
- پوست با درجات مختلف سوختگی

مسمومیت

- ناخوشی ناگهانی غیرقابل توضیح یا
- شرح حال مسمومیت

گزش و گزیدگی

- شرح حال گزش و گزیدگی
- درد شدید، تورم و تغییر رنگ محل زخم
- علائم عمومی شامل شوک، استفراغ و سردرد

تشخیص نوع درمان

- هرگونه منبع خونریزی دهنده را متوقف کنید.
- اگر کودک به علت حادثه یا سایر حالات جراحی فوری مراجعه کرده است اقدامات صفحه مربوطه را انجام دهید.

- هرگز تاول ها را پاره نکنید (نترکانید)
- روی سطح سوختگی یخ نگذارید.
- از روغن، کره و... برای پوشش زخم استفاده نکنید.
- آنتی بیوتیک ندهید و پماد کورتون دار استفاده نشود.
- اگر کودک با سوختگی یا سرمازدگی مراجعه کرده است اقدامات صفحه مربوطه را انجام دهید.

- تخلیه سم از معده در یک ساعت اول بجز کودک غیرهوشیار (بعد از انتوباسیون و حفظ راه های هوایی) بلع مواد سوزاننده یا فراورده های نفتی
- علائم هیپوگلیسمی را در کودک کنترل کنید.
- ایجاد استفراغ با اپیکا در کودکان زیر ۶ ماه کنتراندیکه است.
- هرگز از نمک برای تحریک استفراغ استفاده نکنید زیرا می تواند کشنده باشد.
- اگر شرح حال بلع مواد سوزاننده یا فراورده های نفتی را دارد، اقدامات صفحه مربوطه را انجام دهید.
- اگر کودک با شرح حال بلع مواد حشره کش و یا سموم گیاهی مراجعه کرده است اقدامات صفحه مربوطه را انجام دهید.
- اگر شرح حال مسمومیت دارویی و مواد مخدر را دارد اقدامات مربوطه را انجام دهید.

- اندام دچار گزش یا گزیدگی (کاهش حرکت و جذب سم) را بی حرکت کنید و آن را در سطح پایین تراز قلب نگه دارید.
- زخم را تمیز کنید و از تورنیکه استفاده نکنید.
- روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید.
- اگر با شرح حال گزش حشرات، عقرب و رطیل یا گاز گرفتگی مراجعه کرده است اقدامات صفحه مربوطه را انجام دهید.
- اگر کودک با شرح حال مارگزیدگی مراجعه کرده است اقدامات صفحه مربوطه را انجام دهید.

* قبل از درمان کودک، او را از نظر ضربه به سر و گردن کنترل کنید و در صورت وجود احتمال صدمه به نخاع گردنی، گردن کودک را حرکت ندهید.

** در صورت شک به غفلت از کودک یا بد رفتاری با کودک طبق دستورالعمل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد اقدام شود.

کودک را از نظر مصدومیت ارزیابی کنید.

تشخیص نوع درمان	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> در صورت وجود خونریزی با یک گاز استریل روی محل خونریزی کنترل شود (متوقف شود). در صورت نیاز، بالای محل خونریزی را ببندید و تا حدی فشار داده شود که قسمت انتهایی زخم تیره رنگ نشود. با آتل، عضو آسیب دیده را بی حرکت نگهدارید. به نزدیک ترین بیمارستان فوری انتقال دهید. 	صدمه شدید	<ul style="list-style-type: none"> علائم و نشانه های خطر یا خونریزی شدید یا عدم توانایی در حرکت دادن اندام ها یا رنگ پریدگی یا تندرنس یا سفتی شکم یا تندرنس اندام ها یا ستون فقرات یا عدم وجود نبض در عضو
<ul style="list-style-type: none"> با سرم نرمال سالین زخم را بشویید. با دقت زخم را تمیز کنید (باقیمانده اشیاء لخته های خون، بافت های مرده و بدشکل گرفته را (در زخم های آلوده) بردارید. با یک آنتی بیوتیک (سفالکسین یا کلوگزاسیلین) مناسب به مدت ۴ روز درمان کنید. تا بهبود زخم، روزانه پانسمان را تعویض کنید. وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. به مراقب کودک بگویید چه موقع فوراً برگردد. در صورتی که زخم مربوط به گاز گرفتگی حیوانات باشد تا زمان انجام واکسیناسیون زخم را بخیه نزنید. 	صدمه متوسط	<ul style="list-style-type: none"> وجود حداقل یک یافته زیر: زخم های با علائم عفونت موضعی* زخم های عمیق و آلوده زخم های چرکی
<ul style="list-style-type: none"> به متخصص کودکان برای بررسی بیشتر ارجاع دهید. 	احتمال صدمه غیر حادثه ای	<ul style="list-style-type: none"> خون مردگی های متعدد در مراحل مختلف بهبود یا سوختگی در محل های غیر معمول مانند باسن ها
<ul style="list-style-type: none"> روزانه زخم را برای علائم عفونت کنترل کنید. تا بهبود زخم، روزانه یک بار آن را با آب تمیز شستشو دهید. وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. به مراقب کودک بگویید چه موقع فوری برگردد. 	صدمه خفیف	<ul style="list-style-type: none"> حوادث بدون خونریزی یا خونریزی اندک

طبقه بندی کنید

مشاهده کنید:

- علائم و نشانه های خطر
- رنگ پریدگی
- خونریزی خارجی
- علائم عفونت موضعی
- عدم توانایی در حرکت دادن اندام

لمس کنید:

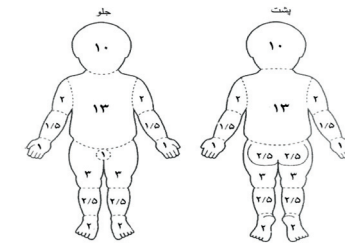
- تندرنس شکم
- تندرنس اندام ها و ستون مهره ها
- نبض غیر طبیعی

* علائم عفونت موضعی شامل قرمزی، درد موضعی، تورم و گرمی (با یا بدون چرک یا تب) است.

سوختگی

کودک دچار سوختگی را ارزیابی کنید.

سؤال کنید	نگاه کنید، معاینه کنید:
<ul style="list-style-type: none"> نشانه های خطر عامل بروز سوختگی چیست؟ (شعله، مایعات داغ، شیمیایی، الکتریکی و ...) سابقه بیماری های مزمن 	<ul style="list-style-type: none"> نوع سوختگی ها (درجه I, II, III, IV): درجه II (سوختگی با ضخامت نسبی) درجه III (سوختگی عمیق) درجه IV (Sub dermal) محل و درصد سوختگی درجه (IV, III, II) را مطابق جدول زیر مشخص کنید. نشانه های عفونت در سطح سوختگی آسیب های همراه (مثل شکستگی) احتمال Child abuse



تنوع سوختگی های شدید و متوسط (درجه II و III) را در نظر بگیرید. ارزیابی ساده پوست صورت، نظر کنید

طبقه بندی کنید

مناطق مشخص شده در تصویر	سن به سال		
	تا یک سالگی	۱-۴ سال	۴-۹ سال
• نیمی از سر	۹/۵	۸/۵	۶/۵
• یک ران	۵/۵	۶/۵	۸/۵

تنها سوختگی های شدید و متوسط درجه (III, II) را در نظر بگیرید. از سرخی ساده پوست صرف نظر کنید.

- بقیه مناطق بدن درصد آنها در سنین مختلف یکسان است. به جز سر و ران که در سنین مختلف متفاوت است.
- کف دست کودکان معادل یک درصد سطح بدن آن هاست و در ارزیابی وسعت سوختگی می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

در صورتی که شک به کودک آزاری وجود دارد فرد معاینه کننده موظف است بدون هیچ گونه ایجاد حساسیت، موارد را به مقام بالاتر خود اطلاع داده و در پرونده بیمار ثبت نماید.

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و بلافاصله بیمار را انتقال دهید. در سوختگی استنشاقی، صورت و سوختگی بیش از ۱۵٪ کودک NPO شود. لباس های فشاری و تنگ را خارج کرده و مناطقی که لباس به بدن چسبیده از اطراف با قیچی جدا کنید و نباید کنده شود. سطح سوختگی با آب سرد شستشو ندهید. برای اجتناب از کاهش دمای بدن از حوله با ملحفه تمیز و خشک استفاده کرده و بیمار را با پتو بپوشانید. برای کاهش درد شیاف استامینوفن بدهید. هرگز تاول ها را جز در سرمازدگی پاره نکنید (نترکانید). در سوختگی شیمیایی، الکتریکی، استنشاقی و با قیر، اقدامات اولیه را در صورت امکان انجام و سپس انتقال دهید.* پس از ثابت شدن وضعیت، کودک را فوری به بیمارستان انتقال دهید. در صورتی که تا نزدیکترین مرکز درمانی بیش از یک ساعت طول می کشد اقدامات تکمیلی را انجام دهید. 	سوختگی شدید	<ul style="list-style-type: none"> نشانه های خطر سوختگی با ضخامت نسبی (درجه II) (۱۰٪ و بیشتر در ۲ سال و کمتر از ۲ سال و ۱۵٪ و بیشتر، بالای ۲ سال) سوختگی عمیق (درجه III) سوختگی درجه (درجه IV) سوختگی صورت، دست (hand)، پا (foot)، سطح مفصل، اندام تناسلی و سوختگی حلقوی سوختگی با برق و لنتاژ بالا سوختگی شیمیایی سوختگی استنشاقی آسیب های همراه (شکستگی) سابقه بیماری مزمن احتمال child abuse*
<ul style="list-style-type: none"> برای کاهش درد استامینوفن بدهید. محل و اطراف سوختگی را با آب تمیز و نرمال سالین سرد (۱۵-۸ درجه سانتیگراد) شستشو دهید. هرگز تاول ها را پاره نکنید (نترکانید). روی سطح سوختگی یخ نگذارید. سطح زخم را با پماد ضعیف (باسیتراسین، نیتروفورازون، جنتامایسین، مویپروسین و) بپوشانید و روی آن گاز استریل بگذارید. به مادر آموزش دهید روزی ۲ بار زخم را با صابون یا شامپوی بچه شستشو دهد و زخم را با همان پماد بپوشاند. به مادر توصیه کنید در صورت بروز تب، بی قراری، استفراغ، تشنج و نخوردن غذا فوری مراجعه نماید. جهت پیگیری زخم سوختگی، دو روز بعد مراجعه کند. وضعیت ایمن سازی کزاز را بررسی کنید. 	سوختگی متوسط	<ul style="list-style-type: none"> سوختگی با ضخامت نسبی (درجه II) (کمتر از ۱۰٪ در ۲ سال کمتر از ۲ سال و کمتر از ۱۵٪) احتمال child abuse
<ul style="list-style-type: none"> برای کاهش درد استامینوفن بدهید. مایعات بیشتر به کودک داده شود. به مادر توصیه کنید محل سوختگی را روزانه تمیز کند و جهت مرطوب و چرب نگه داشتن پوست از کرم های مرطوب کننده (aloe vera) یا اکسید روی استفاده کند. به مادر توصیه کنید در صورت بروز تب، تشدید درد و یا تغییر رنگ سوختگی مراجعه نماید. 	سوختگی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> سوختگی سطحی (درجه I) (بدون تاول همراه با درد) احتمال child abuse

تماس یا بلع مواد و فرآورده های نفتی

کودک با شرح حال تماس یا بلع فرآورده های نفتی را ارزیابی کنید.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
<ul style="list-style-type: none"> • سرفه و تنفس مشکل یا • نشانه های خطر 	مسمومیت شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و را انجام داده و کودک را بلافاصله انتقال دهید. • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید • تعویض لباس کودک، شستشوی بدن و قسمت هایی که به فرآورده های نفتی آغشته است.
<ul style="list-style-type: none"> • بلع یا تماس با مواد مواد نفتی کمتر از ۶ ساعت و نبودن علائم و نشانه های بالا 	مسمومیت متوسط	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید، شستشوی معده انجام ندهید و زغال فعال ندهید. • تعویض لباس کودک، شستشوی بدن و قسمت هایی که به فرآورده های نفتی آغشته است. • بیمار به نزدیک ترین مرکز درمانی (بیمارستان) ارجاع داده شود.
<ul style="list-style-type: none"> • بلع یا تماس با مواد و فرآورده های نفتی بیشتر از ۶ ساعت و نبودن علائم بالا 	مسمومیت خفیف	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید. • به مادر بگویید اگر کودک سرفه یا تنفس مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

طبقه بندی کنید

سوال کنید:	مشاهده و استشمام کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • از چه زمانی با مواد تماس / بلع داشته است؟ • با چه ماده ایی تماس / بلع داشته است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • علائم و نشانه های خطر • سرفه و تنفس مشکل • بویی که احتمال استفاده از مواد نفتی (نفت، بنزین، گازوئیل) را قطعی کند

تماس یا بلع مواد سوزاننده

کودک با شرح حال تماس یا بلع مواد سوزاننده را ارزیابی کنید.

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود علائم و نشانه های خطر و یا هریک از موارد زیر: • مشکل در عمل بلع • درگیری چشم ها یا دهان 	مسمومیت شدید	<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و بلافاصله بیمار را انتقال دهید. • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید، زغال فعال ندهید. • محل و اطراف محل تماس به خصوص چشم ها را با آب تمیز و فراوان و یا نرمال سالین شستشو دهید. • بلافاصله بیمار را انتقال دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • بلع یا تماس با مواد سوزاننده کمتر از ۶ ساعت و نبودن علائم و نشانه های بالا 	مسمومیت متوسط	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید، شستشوی معده انجام ندهید و زغال فعال ندهید و در اولین فرصت ممکن آب و شیر به مقدار کم و دفعات متعدد برای رقیق کردن سم به بیمار بدید. • محل و اطراف محل تماس را با آب تمیز و فراوان و یا نرمال سالین شستشو دهید. • بیمار به نزدیک ترین مرکز درمانی (بیمارستان) ارجاع داده شود
<ul style="list-style-type: none"> • بلع یا تماس با مواد سوزاننده بیشتر از ۶ ساعت و نبودن علائم بالا و نشانه های بالا 	مسمومیت خفیف	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک به استفراغ نکنید و شستشوی معده انجام ندهید. زغال فعال ندهید و در اولین فرصت ممکن آب و شیر به مقدار کم و دفعات متعدد برای رقیق کردن سم به بیمار بدید. • به مادر بگویید اگر کودک مشکل تنفسی، بینایی و سختی در بلع پیدا کرد، فوری برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

طبقه بندی کنید

سوال کنید:	مشاهده و استشمام کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • از چه زمانی با مواد تماس / بلع داشته است؟ • با چه ماده ایی تماس / بلع داشته است؟ 	<ul style="list-style-type: none"> • علائم و نشانه های خطر • سوختگی دهان و یا مشکل بلع • بویی که احتمال استفاده از مواد سوزاننده (پاک کننده ها، سفیدکننده ها و غیره) را قطعی کند

مسمومیت با مواد ارگانوفسفره

تماس تنفسی یا پوستی و یا بلع مواد حشره کش و سموم دفع آفات گیاهی (ارگانوفسفره و کاربامات)

کودک با شرح حال تماس پوستی یا استنشاقی و یا بلع مواد حشره کش و سموم دفع آفات گیاهی (ارگانوفسفره) را ارزیابی کنید.

سوال کنید:	مشاهده و استنشام کنید:
- تماس با مواد سمی از چه زمانی بوده است؟ - با چه سمی تماس داشته است؟ * در صورت مواجهه با سموم خطرناک غیر ارگانوفسفره و کاربامات بیمار پس از تثبیت علائم حیاتی بدلیل نداشتن اتنی دوت اختصاصی ارجاع گردد.	- علائم و نشانه های خطر - بررسی وجود میوزیس (مردمک های سوزنی) - بررسی وجود سایر علائم کولینرژیک* - استنشام بوی سم

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
یکی از علائم و نشانه های زیر: • علائم و نشانه های خطر • وجود میوزیس (مردمک های سوزنی) • وجود حداقل یکی از علائم کولینرژیک	مسمومیت شدید	• اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را بلافاصله به نزدیکترین مرکز مسمومیت انتقال دهید. • آتروپین ۰/۰۵mg/kg وریدی در هر دوز تزریق کنید. (آتروپین را با ۱ml نرمال سالین رقیق کنید). • دوز آتروپین را هر ۵ تا ۱۰ دقیقه تکرار کنید تا ترشحات برونش از بین برود. • اگر سم به پوست و لباس کودک ریخته است، لباس های او را درآورده و پوست او را با آب و صابون بشوئید. (چندین بار) • در طی یک ساعت پس از بلع، در صورت مراجعه، زغال فعال (شارکول فعال) ۱-۲ gr/kg بدهید. • بیمار را وادار به استفراغ نکنید و در صورت امکان، شستشوی معده انجام دهید. • هر ۱۰ دقیقه یک بار تنفس، نبض و سطح هوشیاری را بررسی و ثبت کنید. • در صورتی که کودک تشنج کرده، دیازپام رکتال (مطابق چارت مانا) بدهید.
• تماس و یا بلع مواد حشره کش یا سموم دفع آفات گیاهی کمتر از ۶ ساعت • عدم وجود میوزیس (مردمک های سوزنی) • وجود حداقل یک علامت کولینرژیک*	مسمومیت متوسط	• اگر سم به پوست و لباس کودک ریخته است، لباس های او را درآورده و پوست او را با آب و صابون بشوئید. • در طی یک ساعت پس از بلع در صورت مراجعه ۱-۲ gr/kg فعال (شارکول فعال) بدهید. • بیمار را وادار به استفراغ نکنید و در صورت امکان، شستشوی معده انجام دهید. • کودک را ۲۴ ساعت زیر نظر بگیرید و مراقب بروز نشانه های خطر باشید. • در اولین فرصت برای بررسی بیشتر به نزدیکترین مرکز درمانی ارجاع دهید. • به مادر بگویید اگر کودک مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. • به مادر بگویید یک روز بعد برای پیگیری مراجعه کند.
• بلع مواد حشره کش یا سموم دفع آفات گیاهی بیشتر از ۶ ساعت و عدم وجود علائم و نشانه های بالا	احتمال مسمومیت	• به مادر اطمینان خاطر دهید. • در صورت بروز علائم خطر یا نشانه های کولینرژیک فوراً برگردد. • یک روز بعد کودک را پیگیری کنید.

*علائم و نشانه های کولینرژیک: آبریزش زیاد از دهان، تعریق، اسهال، افزایش ترشحات راه های هوایی، اشک ریزش و کرامپ عضلانی، نبض ضعیف، مردمک کوچک می باشد.

مسمومیت دارویی

کودک با شرح حال مسمومیت دارویی را ارزیابی کنید.

سوال کنید:	مشاهده کنید:
• چه دارویی؟	• نشانه های خطر
• از چه زمانی؟	• علائم شوک مانند تعریق
• چقدر؟	• ناگهانی یا اندام های سرد
• چه علائمی؟	• تنفس مشکل
(استفراغ، اسهال،	• افزایش درجه حرارت
درد شکمی، مدفوع	• بدن (۴۲ درجه سانتیگراد
خونی یا ادرار صورتی	یا بالاتر)
(رنگ ...)	• هیپوترمی
	• علائم کولینرژیک (اندازه
	مردمک ها)

طبقه بندی کنید

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را بلافاصله به نزدیکترین مرکز مسمومیت انتقال دهید. • در صورتی که کودک تا یک ساعت پس از بلع مراجعه کرده، تحریک به استفراغ کنید و در صورت امکان شستشوی معده (داروهای با طول عمر طولانی تر نیز بعد از یک ساعت شستشو مؤثر است) انجام دهید. 	مسمومیت شدید دارویی	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر یا • تنفس مشکل • استفراغ یا مدفوع خونی • هیپوترمی یا هیپوترمی • علائم کولینرژیک یا آنتی کولینرژیک • خوردن نامعلوم از هر دارو • بلع بیش از: <ul style="list-style-type: none"> • ۲۰mg/kg از آهن المنتال یا ۱۴۰mg/kg استامینوفن یا • ۳۰۰mg/kg آسپیرین یا ۲۰۰mg/kg ایبوپروفن یا • هر داروی دیگر بالاتر از دوز درمانی (اعصاب، آرامبخش، فشار خون، دیابت)
<ul style="list-style-type: none"> • اگر کودک طی یک ساعت پس از بلع، آورده شده است، شستشوی معده انجام دهید. • کودک کودک را ۶ ساعت زیر نظر بگیرید و دوباره معاینه کنید. • اگر ادرار صورت رنگ است، فوری ارجاع دهید. • در صورت باقی ماندن نشانه ها، کودک را به بیمارستان ارجاع دهید. • در صورت منفی شدن علائم و نشانه های بالینی، به مادر بگویید اگر کودک مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. 	مسمومیت متوسط دارویی	<ul style="list-style-type: none"> • نشانه های استفراغ یا اسهال یا درد شکمی و بلع کمتر از: <ul style="list-style-type: none"> • ۲۰mg/kg از آهن المنتال یا ۱۴۰mg/kg استامینوفن یا • ۲۰۰mg/kg ایبوپروفن یا ۱۵۰-۳۰۰mg/kg آسپیرین
<ul style="list-style-type: none"> • کودک را حداقل ۴ ساعت تحت نظر بگیرید و چنانچه تظاهر بالینی نداشت به طور موقت ترخیص کنید. • دوازده ساعت بعد کودک را دوباره معاینه نمایید. • به مادر بگویید اگر کودک مشکل پیدا کرد، فوری برگردد. 	مسمومیت خفیف دارویی	<ul style="list-style-type: none"> • بلع کمتر از: <ul style="list-style-type: none"> • ۲۰mg/kg از آهن المنتال یا • ۱۴۰mg/kg استامینوفن یا • ۱۵۰mg/kg آسپیرین یا • ۲۰۰mg/kg ایبوپروفن

مسمومیت با مواد مخدر

کودک با شرح حال مسمومیت با مواد مخدر را ارزیابی کنید.

سوال کنید:	مشاهده کنید:
<ul style="list-style-type: none"> از چه نوع ماده مخدری؟* چه مقداری؟ چه زمانی؟ سابقه مواجهه یا مصرف مزمن؟** 	<ul style="list-style-type: none"> علائم و نشانه های خطر تنفس کند و مشکل سیانوز استفراغ خواب آلودگی مردمک تنگ خارش

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
<p>در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر یا</p> <ul style="list-style-type: none"> تنفس کند و سطحی (هیپوپنه و برادی پنه) تشنج سیانوز کاهش سطح هوشیاری / کما میوزیس 	مسمومیت شدید	<ul style="list-style-type: none"> کنترل تشنج (ارجاع به مبحث تشنج و احیا) اگر کودک دارای آپنه تنفسی، هیپوپنه و برادی پنه و یا کاهش سطح هوشیاری بود تزریق نالوکسان وریدی / عضلانی با دوز ۱mg/kg (حداکثر ۲ میلی گرم در هر تزریق) به فاصله ۲-۳ دقیقه تا هوشیاری کامل بیمار و نرمال شدن تنفس در صورت پاسخ به درمان و سطح هوشیاری قابل قبول ۲/۳ مقدار دوز تجویز شده اولیه دارو را در سرم قندی برای یک ساعت تجویز کنید و این عمل را تارسیدن به مرکز مجهز ادامه دهید. پس از تثبیت وضعیت بیمار فوراً به نزدیک ترین مرکز مسمومیت ارجاع دهید.
<p>در صورت وجود علائم استفراغ خارش</p>	مسمومیت خفیف	<p>در صورتی که کودک تا ۲ ساعت پس از بلع مراجعه کرده، در صورت هوشیاری قابل قبول شستشوی معده انجام دهید. (مخدرهای با طول عمر طولانی تریا مقدار زیاد ترکیبات جامد بعد از ۲ ساعت نیز مؤثر است). زغال فعال (شارکول فعال) ۱gr/kg بدهید همراه با ملین.</p>
<p>مشکوک به مصرف هر مقدار از هر نوع ماده مخدر بدون علائم بالینی</p>	احتمال مسمومیت	<p>حداقل ۲۴ ساعت تحت نظارت دقیق قرار دهید. در صورت عدم امکان نظارت دقیق ارجاع دهید.</p>

*انواع مواد مخدر شامل ترکیبات زیر می باشد:
 تریاک، متادون، مورفین، هرویین، ترامادول، بوپرنورفین، (B۲) دیفنوکسیلات، اکسی کدن و...
 **اگر وابستگی به مواد مخدر است دوز تجویزی حداقل در نظر گرفته شود

مارگزیدگی *

کودک با شرح حال مارگزیدگی را ارزیابی کنید.

سوال کنید:	مشاهده کنید:
<ul style="list-style-type: none"> چه موقع کودک گزیده شده است؟ آیا درد موضعی شدیدی دارد؟ 	<ul style="list-style-type: none"> علائم و نشانه های خطر درد موضعی با تورم نکروز موضعی ادرار قهوه ای تیره تا سیاه رنگ مشکل در بلعیدن و صحبت کردن مشکل تنفسی افتادگی پلک و فلج عضلات خونریزی خارجی از لثه ها، زخم ها و علائم خونریزی داخلی خصوصاً خونریزی داخل جمجمه *آزمون لخته مثبت

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	اقدام لازم
<p>علائم و نشانه های خطر و یا هر یک از علائم زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> تمایل به خونریزی** درد موضعی شدید و یا تورم مشکل در بلع یا در تنفس آزمون لخته مثبت*** گزیدگی ناحیه سر، گردن و تنه نکروز موضعی ادرار قهوه ای تیره افتادگی پلک و فلج عضلات خونریزی خارجی از لثه ها، زخم ها و علائم خونریزی داخلی خصوصاً خونریزی داخل جمجمه 	<p>مارگزیدگی با مسمومیت</p>	<ul style="list-style-type: none"> زخم را تمیز کنید روی محل گزیدگی را برش ندهید و با دهان زهر را مکش نکنید. از کمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید. اندام آسیب دیده (دست یا پا) را با آتل بی حرکت و در سطح پایین تر از قلب نگه دارید. در صورت وجود علائم نورو توکسیک، از محل انگشتان تا قسمت پروگزیمال محل گزش را بانداز کنید. از تورنیکه استفاده نکنید. اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و بلافاصله کودک را منتقل کنید.
<p>شرح حال مارگزیدگی بیشتر از ۶ ساعت و عدم وجود هیچ یک از علائم و نشانه های بالا</p>	<p>مارگزیدگی بدون مسمومیت</p>	<ul style="list-style-type: none"> از کمپرس یخ به هیچ عنوان استفاده نکنید. زخم را تمیز کنید. وضعیت و اکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. برای ۸ تا ۱۲ ساعت کودک را زیر نظر بگیرید و دوباره بررسی کنید. به مادر آرامش خاطر دهید و بگویید اگر کودک مشکلی پیدا کرد، فوری برگردد.

* به دستور العمل کشوری مراجعه کنید.

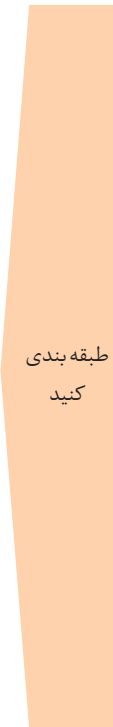
**پتشی، خونریزی از بینی، خونریزی از دستگاه گوارش، ادرار خونی، خلط خونی (خون روشن با سرفه یا کف آلود از دهان)

***آزمون لخته ۱۰ دقیقه ای با ریختن ۲ سی سی خون به داخل لوله آزمایشی که حاوی مواد ضد انعقاد نیست و مشاهده لخته سازی قابل انجام است. لوله آزمایش حاوی خون باید ۱۰ دقیقه کناری قرار گیرد. اگر در طی این مدت لخته ای تشکیل نشد، کودک مسمومیت با زهر دارد (تاثیر زهر) و نیازمند ارجاع فوری است.

گزش حشرات، عقرب یا رتیل *

کودک با شرح حال گزش حشرات، عقرب یا رتیل را ارزیابی کنید:

اقدام لازم	طبقه بندی	علائم و نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • از کمپرس آب سرد یا یخ به شکل متناوب برای کاهش درد و تورم موضعی استفاده کنید. • زخم را تمیز کنید. • روی محل گزیدگی را برش ندهید، با دهان زهر را مکش نکنید و از تورنیکه استفاده نکنید. • به دنبال شوک آنافیلاکسی یا علائم آنافیلاکسی قریب الوقوع (مانند خارش عمومی، خشونت صدا، تورم زبان کوچک) بگردید و اقدامات زیر را به سرعت انجام دهید: • آدرنالین ۰/۲ml (۰/۰۱mg/kg) عضلانی • آمپول کلرفنیرامین مالئات ۱-۲mg عضلانی / وریدی • هیدروکورتیزون ۵۰-۱۰۰mg عضلانی / وریدی • نبولایزر سالبوتامول یا اسپری آن در صورت وجود اسپاسم برونش • اقدامات قبل از انتقال ص ۲۵ را انجام داده و بیمار را بلافاصله انتقال دهید. 	گزش شدید	<ul style="list-style-type: none"> • وجود علائم و نشانه های خطر و یا هریک از علائم زیر: • علائم شوک • تنفس مشکل یا استریدور • اختلال دید • درد عضلانی متناوب • علائم خونریزی دهنده، علائم عصبی
<ul style="list-style-type: none"> • زخم را تمیز کنید. • وضعیت واکسیناسیون کزاز را بررسی کنید. • شربت دیفن هیدرامین تجویز کنید. • در صورت نیاز، استامینوفن بدهید. • کودک را به مدت ۶ تا ۱۲ ساعت زیر نظر بگیرید. اگر علائم پیدا کرد فوری ارجاع دهید. • به مادر آرامش خاطر دهید و بگویید اگر کودک مشکلی پیدا کرد، فوری برگردد. 	گزش غیرشدید	<ul style="list-style-type: none"> • واکنش (تحریک موضعی)



مشاهده کنید:
<ul style="list-style-type: none"> • علائم و نشانه های خطر • علائم شوک مانند تعریق ناگهانی یا اندام های سرد • تنفس مشکل یا استریدور • اختلال دید • درد عضلانی متناوب • محل گزیدگی یا وجود نیش • علائم خونریزی دهنده، نکروز پوستی، علائم عصبی

* به دستور العمل کشوری مراجعه کنید.

درمان اختصاصی سوختگی های و سرمازدگی

<p>اقدامات اولیه برای سرمازدگی</p> <ul style="list-style-type: none"> • خارج کردن همه لباس های خیس از بدن • بازکردن تمام لباس های فشاری مثل دستکش، پوتین، کمربند، جوراب و ... • قراردادن عضو صدمه دیده در آتل یا پوشش نرم فراوان (soft pad) • بالا قرار دادن اندام • اجتناب از سیگار و دود • گرم کردن سریع توسط آب با دمای ۴۲-۴۰ درجه سانتیگراد (با کنترل دقیق درجه حرارت آن) معمولاً بین ۳۰-۱۵ دقیقه کافی است. • گرم کردن توسط وسایل حرارتی به هر شکل ممنوع است (باعث سوختگی می شود) • ماساژ دادن عضو به هر دلیل ممنوع است (باعث افزایش صدمه می شود) • تاول های حاوی مایع روشن باید توسط قیچی دبیردما شده و مایع داخل آن شستشو داده شود. • تاول های حاوی مایع خونی نباید دستکاری شود. • استفاده از کرم های ضد پروستاگلاندین مثل کرم ۰.۷٪ Aloe vera هر ۶ ساعت روی محل آسیب دیده • استفاده از داروهای ضد پروستاگلاندین مثل ایبوپروفن خوراکی به میزان ۱۰-۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن هر ۸-۶ ساعت. • استفاده از مسکن های قوی مثل مرفین. • پروفیلاکسی برای کزاز • در موارد شدید استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک تزریقی مثل سفالوسپورین نسل اول. • در مواردی که خونرسانی به اندام دچار اشکال است اسکارتومی و فاشیوتومی در نظر گرفته شود. • هیدروتراپی و فیزیوتراپی داخل آب ولرم از روز دوم به بعد. • پانسمان به صورت روزانه مکرر. 	<p>اقدامات سوختگی شیمیایی</p> <ul style="list-style-type: none"> • پاک کردن مواد شیمیایی از پوست • شستشو با مقادیر زیاد آب مقطر یا نرمال سالین یا آب لوله کشی - در مورد مواد اسیدی ۶۰-۳۰ دقیقه - در مورد مواد قلیایی ۴-۲ ساعت • در مورد تماس با چشم حداقل زمان شستشو ۲۰ دقیقه است. • به هیچ عنوان از مواد خنثی کننده استفاده نشود. • تاول ها حتما برداشته شود و زیر آنها شستشو داده شود. • در صورت درد از مسکن تزریقی استفاده شود.
<p>اقدامات در سوختگی با قیر</p> <ul style="list-style-type: none"> • به سرعت سطح قیر را با آب خنک سرد کنید. • برای حل کردن قیر به تدریج می توان از کره، روغن بچه، روغن آفتابگردان یا Mineral oil در طی چند پانسمان (چند روز) استفاده نمود. 	<p>اقدامات سوختگی الکتریکی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نیاز به مونیتورینگ قلبی مداوم جهت تشخیص آریتمی در ۲۴ ساعت اول دارد. • حجم ادرار و دفع میوگلوبین باید با دقت تحت نظر باشد. • کودکان با آسیب های الکتریکی در دهان، حتماً بستری شوند. • در صورتی که پرتاب شده باشند باید به فکر ضربه سر و شکستگی اندام ها بود. • وضعیت خون رسانی انتهاها و رنگ انگشتان و capillary refill کنترل شود، چون ممکن است نیاز به اسکاروتومی و فاشیوتومی باشد. <p>ادم و انسداد راه های تنفسی فوقانی</p> <p>علائم: ادم سرو صورت استریدور دیس پنه، horseness و تراکسیون سوپراسترنال زمان شروع علائم از ۱۲ ساعت بعد از حادثه تا حداکثر ۳۶-۲۴ ساعت می باشد.</p> <p>درمان: هدف از درمان باز نگه داشتن راه هوایی فوقانی است.</p> <ul style="list-style-type: none"> • بالا قراردادن سر و گردن • اسپری آدرنالین رقیق شده به نسبت یک به چهار در داخل حلق. • دادن اکسیژن • نبولایزر حاوی آب مقطر و اپی نفرین. • در موارد شدید لوله گذاری داخل تراشه. • پیشرفت سریع استریدور و سایر علائم تنفسی مهم ترین اندیکاسیون لوله گذاری داخل تراشه می باشد.

اقدامات تکمیلی و پیگیری سوختگی

اقدامات تکمیلی سوختگی

اقدامات تکمیلی در صورت عدم امکان انتقال

- برقراری راه وریدی جهت دادن داروی مسکن و سرم
- گذاشتن لوله معده NGT و فیکس کردن آن
- گذاشتن سوند ادراری فیکس و در صورتی که موجود نبود حتماً کیسه ادراری چسبانده شود.
- جهت تسکین درد، آمپول سولفات مورفین با دوز $0.5 - 1 \text{ mg/kg}$ از راه وریدی و آهسته تزریق گردد. (به صورت تزریق عضلانی و زیرجلدی استفاده نمی شود).
- سرم رینگر لاکتات به میزان 20 ml/kg روز stat است که در شیرخواران کمتر از یک سال طی مدت یک ساعت و در بالای یک سال طی مدت نیم ساعت پرفوزیون می گردد.
- در صورتی که مسیر طولانی تر از ۲ ساعت است باید بقیه سرم بیمار نیز محاسبه گردد تا بیمار دچار کم آبی نشود.
- چون بیمار NPO است باید سرم قند 5% به عنوان maintenance (به شرح زیر) علاوه بر سرم رینگر لاکتات deficit به بیمار داده شود.
- به ازای 10 کیلوگرم اول : 100 ml/kg
- $20 - 10 \text{ کیلوگرم}$: (بیش از 10 کیلوگرم 50 ml/kg + به ازای 10 کیلوگرم اول 100 ml/kg)
- بیش از 20 کیلوگرم : (برای هر کیلوگرم اضافی 20 ml/kg + برای 10 کیلوگرم دوم 50 ml/kg + به ازای 10 کیلوگرم اول 100 ml/kg)
- محاسبه deficit سوختگی که باید به سرم نگهدارنده اضافه شود. فرمول Parkland: چهار میلی لیتر سرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ضرب در درصد سوختگی ($4 \text{ ml/kg/TBSA burned}$) که از مقدار محاسبه شده نصف سرم در ۸ ساعت اول و نصف بقیه در ۱۶ ساعت بعد (و یا $1/4$ در ۸ ساعت دوم و $1/4$ در ۸ ساعت سوم) داده می شود.

پیگیری

پیگیری کودک دچار سوختگی

- بعد از ۲ روز
 - محل سوختگی کودک را نگاه کنید.
 - اندازه گیری درجه حرارت کودک
- #### درمان
- اگر احتمال عفونت سیستمیک مانند حال عمومی بد، تب و یا هیپوترمی وجود دارد کودک را فوراً به نزدیک ترین مرکز درمانی ارجاع دهید.
 - عفونت شدید: اگر تغییر رنگ قهوه ای یا سیاه رنگ به صورت نقطه ای در سطح زخم سوخته وجود دارد یا اطراف پوست سوخته تغییر رنگ دارد یا ترشح بدبو دارد یا تأخیر در بهبود زخم یا درجه سوختگی بدتر شده است؛ زخم را با سالیین گرم تمیز و با بتادین رقیق شده شستشو دهید و با پماد سیلور سولفادایازین روی زخم را پانسمان کنید و به مرکز تخصصی کودک را ارجاع دهید.
 - عفونت خفیف: اگر فقط ترشح زرد رنگ در سطح زخم دارد زخم را با سالیین گرم تمیز و با بتادین رقیق شده شستشو دهید و با پماد سیلور سولفادایازین روی زخم را پانسمان کنید و توصیه کنید روز بعد جهت بررسی زخم مراجعه کند.
 - اگر عفونت وجود ندارد به مادر توصیه کنید روز بعد مراجعه نماید.

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

۱. اله وردی بهار - سرپرستی تیم علمی بازنگری مانا - فوق تخصص گوارش کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. اسحاقی حمید - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. افجه ای ابوالفضل - فوق تخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. برکاتی سید حامد - متخصص کودکان - مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵. پولادفر غلامرضا - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۶. حبیب الهی عباس - فوق تخصص نوزادان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. حیدرزاده محمد - فوق تخصص نوزادان - رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۸. خزاعی سهیلا - فوق تخصص عفونی کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹. شریعت پناهی غزال - مشاور علمی اجرایی تیم بازنگری - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۰. شریف زاده میثم - فوق تخصص مراقبتهای ویژه کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۱. صابونی فرح - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۲. طلاچیان الهام - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۳. فهیم زاد سید علیرضا - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۴. لرنژاد حمید رضا - متخصص کودکان - رئیس اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۵. محقق پریسا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۶. مسیبی زیبا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۷. یغمایی بهاره - فوق تخصص مراقبت های ویژه کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران

اعضاء هیئت علمی کارگروه مشورنی بازنگری مانا - ۱۳۹۵ - دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی کشور

۱. رحیمی حمید - فوق تخصص عفونی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 ۲. محمد زاده مجید - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 ۳. احتشام منش حجت اله - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی بجنورد
 ۴. آذین فر پیمان - متخصص اطفال - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
 ۵. اسمعیلی حسن - فوق تخصص قلب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی گلستان
 ۶. اشرف زاده فرح - فوق تخصص اعصاب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ۷. اکرمی پوررضا - فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
 ۸. البرزی عبدالوهاب - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 ۹. الداغی میترا - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
 ۱۰. امیدوار نسرین - PHD تغذیه - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۱۱. امیری جلال الدین - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی همدان
 ۱۲. انتظاری عباس - متخصص پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 ۱۳. ایمان زاده فرید - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۱۴. ایمانیه محمد هادی - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۱۵. بازگانی زهرا - فوق تخصص کلیه اطفال - دانشگاه علوم پزشکی فسا
 ۱۶. باقریان ریبا - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی قزوین
 ۱۷. باوربان بهروز - متخصص اطفال - دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۱۸. بصیر مهتا فاطمه - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۱۹. بلالی مهدی - فوق تخصص سم شناسی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ۲۰. بهجتی مصطفی - فوق تخصص قلب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی بزد
 ۲۱. تاجیک پانته آ - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی سمنان
 ۲۲. تقدیری محمد مهدی - فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۲۳. نقی زاده سروستانی راضیه - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
 ۲۴. جشنی مطلق علیرضا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی البرز
 ۲۵. جلالی فرانک - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۲۶. جهان آرا عباس - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی بم
 ۲۷. حسنی حمیدرضا - فوق تخصص مراقبتهای ویژه کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
 ۲۸. حسینیان مقدم حسین - فلوشیپ سم شناسی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۲۹. حسینی نسب علی - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی کرمان
 ۳۰. حقیقی علیرضا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
 ۳۱. خاتمی غلامرضا - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۳۲. خالق جو آرمین - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی آبادان
 ۳۳. خدایی شهناز - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۳۴. خسروی نسترن - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
 ۳۵. خوارزمی عبدالعلی - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی مشهد
 ۳۶. درفشی راحله - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی گناباد
 ۳۷. دلاور بهرام - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
 ۳۸. ربانی علی - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۳۹. رجایی شاهرخ - فوق تخصص قلب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
 ۴۰. رضوی زهرا - فوق تخصص متابولیک و غدد اطفال - دانشگاه علوم پزشکی همدان
 ۴۱. رنگچی جعفر - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی دزفول
 ۴۲. زینالو علی اکبر - فوق تخصص قلب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۴۳. ستوده آریا - فوق تخصص متابولیک و غدد اطفال - دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۴۴. سرخی هادی - فوق تخصص کلیه کودکان - دانشگاه علوم پزشکی بابل
 ۴۵. سیاری علی اکبر - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۴۶. شمس بهزاد - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
 ۴۷. شکرالهی سید محمد رضا - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی قم
 ۴۸. شمس مزگان - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
 ۴۹. صادقی بجد سیمین - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی سیستان و بلوچستان
 ۵۰. صفایی اصل افشین - فوق تخصص نفرولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی گیلان
 ۵۱. طالبیان احمد - فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان - دانشگاه علوم پزشکی کاشان

کارگروه تدوین بسته خدمت بازنگری شده مانا (به ترتیب حروف الفبا)

۱. ابراهیمی فرزانه - کارشناس ارشد مامایی - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲. ابوالقاسمی ناریا - MD-MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. بخشنده مرضیه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴. تشکری نغمه - کارشناس علوم تغذیه - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵. خوش نواز عاطفه - کارشناس ارشد مامایی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶. خوشنویس بی بی نسرين - MD-MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷. زارع پروین - کارشناس ارشد مامایی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸. سعدوندیان سوسن - کارشناس ارشد تغذیه - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۹. شریفی ارومی فاطمه - کارشناس ارشد آموزش و ارتقاء سلامت - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۰. طغیانی راهله - کارشناس ارشد مامایی - MPH - معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۱۱. علائی شهناز - MD - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۲. فریور مریم - کارشناس ارشد جمعیت شناسی - MPH - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳. قدمی شیلا - کارشناس مامایی - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۴. میرسید علیان منیرالسادات - کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - اداره سلامت کودکان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۵. مینایی مینا - دکترای تغذیه - کارشناس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۵۲. عبدلی اسکویی شهرام - فوق تخصص عفونی اطفال - دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵۳. عصار شهید - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی خوزستان
۵۴. علیجان پور آقا ملکی مرتضی - فوق تخصص غدد و متابولیسم کودکان - دانشگاه علوم پزشکی بابل
۵۵. فرسار احمدرضا - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵۶. فرهنگ فاطمه - فوق تخصص گوارش کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵۷. فیروزی مجید - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۵۸. کاشف سارا - فوق تخصص آسم و آلرژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۵۹. کاظمیان محمد - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶۰. کتیبه پگاه - فوق تخصص نورولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۶۱. کدیور محمد رحیم - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۶۲. کرمی یار محمد - فوق تخصص عفونی اطفال - دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۶۳. کشتکاری علی - فوق تخصص گوارش و کبد کودکان - دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد
۶۴. کلاتری ناصر - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶۵. کهبازی منیژه - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی اراک
۶۶. محمدی جاسم - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایلام
۶۷. مدرسی محمدرضا - فوق تخصص ریه کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶۸. مرندی علیرضا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶۹. مسعود پور ناهید - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۷۰. مظفری هرمز - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۷۱. مطلق محمد اسماعیل - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۷۲. معصومی اصل حسین - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۷۳. ممتاز منش نادر - فوق تخصص خون و انکولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۷۴. ممیسی ستاره - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۷۵. موحدی مسعود - فوق تخصص آلرژی و آسم - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۷۶. مومن علی اکبر - فوق تخصص نورولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی خوزستان
۷۷. مویدی علیرضا - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
۷۸. میراشرفی فاطمه سادات - متخصص گوش و حلق و بینی - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۷۹. میر بهبهانی نرگس بیگم - فوق تخصص خون و انکولوژی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۸۰. میرزایی عالیبه - فوق تخصص نوزادان - دانشگاه علوم پزشکی جهرم
۸۱. ناطقیان علیرضا - فوق تخصص عفونی کودکان - دانشگاه علوم پزشکی ایران
۸۲. نصیری کالمرزی رسول - فوق تخصص آسم، آلرژی و ایمونولوژی - دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۸۳. نمکین کوکب - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
۸۴. نوایی فر محمدرضا - فوق تخصص مراقبت های ویژه کودکان - دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۸۵. وحیدی علی اصغر - متخصص کودکان - دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۸۶. شیوا فریده - متخصص کودکان - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی