



مراقبت‌های ادغام‌یافته ناخوشی‌های اطفال – مانا (ویژه پزشک) ۱۳۹۵

کودک بیمار ۲ ماهه تا ۵ ساله

ارزیابی و طبقه بندی

علائم خطر فوری (Emergency signs)	۳.....
علائم و نشانه های خطر	۴.....
سرفه یا تنفس مشکل	۵.....
اسهال	۶.....
تب	۷.....
مشکل گوش	۸.....
گلودرد	۸.....
اختلال رشد/واکسیناسیون/مکمل های دارویی/ نحوه انتقال/ سایر مشکلات	۹.....

تشخیص های افتراقی

جدول ۱- تشخیص افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری، تشنج همراه تب یا بدون تب	۱۱.....
جدول ۲- تشخیص های افتراقی سرفه یا تنفس مشکل (بدون ویزینگ و استریدور)	۱۲.....
جدول ۳- تشخیص های افتراقی سرفه یا تنفس مشکل: (همراه ویزینگ)	۱۲.....
جدول ۴- تشخیص های افتراقی استریدور	۱۳.....
جدول ۵- تشخیص های افتراقی سرفه مزمن	۱۳.....
جدول ۶- تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی	۱۴.....
جدول ۷- تشخیص های افتراقی تب با علائم موضعی (بدون بثورات پوستی)	۱۴.....
جدول ۸- تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی	۱۵.....
جدول ۹- تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز	۱۵.....

اقدامات درمانی قبل از ارجاع

چارت ۱- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک با دیسترس تنفسی پیشرونده یا تنفس منقطع (Gaspings) یا وقفه کامل تنفسی	۱۷.....
چارت ۲- نحوه باز کردن راه هوایی در کودک دچار آسپیراسیون جسم خارجی (choking) با تنفس غیر موثر یا دیسترس تنفسی پیشرونده	۱۷.....
چارت ۳- نحوه دادن اکسیژن / ماساژ قلبی / تنفس کمکی	۱۸.....
چارت ۴- نحوه وضعیت دادن به کودک دچار عدم هوشیاری با تنفس موثر	۱۹.....
چارت ۵- نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک (هیپوولمیک)	۱۹.....
چارت ۶- نحوه درمان تشنج	۲۰.....
چارت ۷- نحوه دادن گلوکز وریدی/پیشگیری از پایین آمدن قند خون	۲۰.....

درمان کودک

درمان کودک قبل از انتقال و یا در صورت عدم امکان انتقال	۲۱.....
برنامه درمانی الف- درمان اسهال در منزل	۲۱.....
برنامه درمانی ب- درمان کم آبی نسبی با او. آر. اس هیپو اسمولار	۲۲.....
برنامه درمانی ج- درمان سریع کم آبی شدید	۲۲.....

پیگیری

پیگیری پنومونی، اسهال حاد، اسهال پایدار، تب، اسهال خونی، عفونت گوش، گلودرد استرپتوکوکی	۲۸.....
--	---------

مشاوره با مادر

توصیه های تغذیه ای در بیماری: غذا و نحوه تغذیه کودک، اگر کودک خوب رشد نمی کند، اگر کودک در طول بیماری خوب غذا نمی خورد، تب	۳۰.....
توصیه های تغذیه ای در بیماری: اسهال حاد، عفونت حاد تنفسی، اسهال پایدار	۳۱.....
چه موقع مراجعه کند؟	۳۲.....

الگوریتم احیاء پایه کودک برای کارکنان بخش سلامت (وقتی یک احیاگر حضور دارد)	۳۳.....
--	---------

الگوریتم احیاء پایه کودک برای کارکنان بخش سلامت (وقتی دو احیاگر یا بیشتر حضور دارند)	۳۴.....
--	---------

ارزیابی و طبقه بندی

علائم خطر فوری (Emergency signs)	۳۶.....
علائم و نشانه های خطر	۳۷.....
عفونت های موضعی : چشم، پستان، ناف، پوست	۳۸.....
زردی	۳۹.....
اسهال	۴۰.....
تب یا هیپرترمی	۴۱.....
وضعیت تغذیه/واکسیناسیون/مکمل های دارویی/نحوه انتقال/سایر مشکلات	۴۲.....

درمان

روند گام به گام احیای نوزاد	۴۴.....
چارت شماره ۱-پیشگیری از اتلاف حرارت شیرخوار	۴۴.....
چارت شماره ۲- باز کردن راه هوایی	۴۵.....
چارت شماره ۳- نحوه انجام تهویه با فشار مثبت و اکسیژن (PPV)	۴۵.....
چارت شماره ۴- نحوه دادن جریان آزاد اکسیژن	۴۶.....
چارت شماره ۵- نحوه وضعیت دادن به شیرخوار بهوش	۴۶.....
چارت شماره ۶-نحوه دادن سریع مایعات وریدی برای موارد شوک (هیپوولمیک)	۴۷.....
چارت شماره ۷-نحوه دادن گلوکز وریدی/پیشگیری از پایین آمدن قند خون	۴۷.....
چارت شماره ۸- نحوه درمان تشنج	۴۸.....
درمان شیرخوار قبل از انتقال و یا در صورت عدم امکان انتقال	۴۸.....
نمودار شماره ۱- محدوده های خطر هیپربیلی روبینمی پاتولوژیک بر اساس سن و مقدار بیلی روبین	۴۹.....
نمودار شماره ۲- فتوتراپی در زردی نوزادان	۵۰.....

مشاوره با مادر و پیگیری

مشاوره با مادر: چه موقع مراجعه کند، چه موقع باید فوراً برگردد، درمان برفک، اطمینان از مکان گرم برای شیرخوار، مراقبت های لازم در منزل	۵۲.....
پیگیری: مشکلات شیرخوردن، اسهال، وزن گیری ناکافی، عفونت های موضعی، زردی، نحوه تغذیه، برفک	۵۳.....
ارزیابی سندروم نقص ایمنی (HIV/AIDS) ویژه مناطق پرخطر	۵۴.....

ارزیابی، طبقه بندی و درمان کودک بیمار

۲ ماهه تا ۵ ساله

- قبل از شروع درمان، 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 وضعیت مناسب دادن (صفحه ۱۹) او را انتقال دهید.
- کلیه کودکان مراجعه کننده باید در فواصل منظم از نظر علائم خطر فوری توسط غیر پزشک بررسی شود و در صورت داشتن هر یک از علائم خطر فوری، سریعاً کودک را خارج از نوبت معاینه کنید.
- اگر کودک به هر دلیلی نیاز به انتقال فوری دارد، اقدامات قبل از انتقال (صفحه ۲۱) را انجام داده و کودک را فوراً انتقال دهید. در صورت عدم امکان انتقال، اقدامات (صفحه ۲۱) را انجام داده و هر زمانی که امکان انتقال وجود داشت کودک را انتقال دهید.

بررسی علائم خطر فوری

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

ارزیابی کنید

درمان کنید

• خفیف: کودک سرفه دارد و صداهای تنفسی شنیده می شود، مداخله نکنید و اجازه دهید کودک سرفه کند. تنها اگر جسم خارجی را در دهان می بینید، آن را به آرامی خارج کنید. • شدید: کودک سرفه نمی کند، صداهای تنفسی شنیده نمی شود و قادر به تنفس موثر نیست. (چارت شماره ۲ صفحه ۱۷).	آسپیراسیون جسم خارجی وجود دارد
• از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ صفحه ۱۷) • اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۱۸) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.	آسپیراسیون جسم خارجی وجود ندارد

۱ - راه هوایی / تنفس

* در صورت وجود هر یک از علائم

- فقدان تنفس
- سیانوز مرکزی
- تنفس منقطع (Gaspng)

۲ - قلب و جریان خون

* در صورت وجود هر یک از علائم

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

۳ - کما** یا تشنج

* در صورت وجود هر یک از علائم

- کما
- در حال تشنج

- هر گونه خونریزی را متوقف کنید.
- اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۱۸)
- از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید.
- برای کودک رگ گرفته، تجویز مایعات وریدی را سریعاً آغاز کنید. (چارت شماره ۵ صفحه ۱۹)
- اگر دسترسی به وریدهای محیطی امکان پذیر نیست، تزریق را از طریق داخل استخوانی انجام دهید (راهنما).
- در صورتی که تزریق داخل وریدی یا داخل استخوانی ممکن نیست، اوراس را از طریق لوله معده (NGT) (چارت شماره ۵ صفحه ۱۹) بدهید.

- از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل کنید. (چارت شماره ۱ صفحه ۱۷)
- اکسیژن بدهید. (چارت شماره ۳ صفحه ۱۸)
- کودک در حالت کما را در وضعیت مناسب قرار دهید (ابتدا اطمینان حاصل کنید که کودک ترومای گردن نداشته است). در صورت وقفه کامل تنفسی یا تنفس منقطع (Gaspng) به چارت شماره ۱ صفحه ۱۷ و در صورت داشتن تنفس موثر به چارت شماره ۴ صفحه ۱۸ مراجعه کنید.
- اگر کودک در حال تشنج است، کودک را به پهلو چپ بخوابانید (چارت شماره ۴ صفحه ۱۹)، دیازپام به صورت رکتال یا وریدی بدهید. (چارت شماره ۶ صفحه ۲۰)
- گلوکز وریدی بدهید. (چارت شماره ۷ صفحه ۲۰)
- با بررسی مردمکها در صورت وجود میوزیس دو طرفه به احتمال مسمومیت با مواد مخدر توجه داشته باشید.

* در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق، بعد از انجام اقدامات بالا و تثبیت علائم حیاتی، اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تزریق نموده، اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و کودک را فوراً انتقال دهید.

** کما: در صورتی که کودک تنها به تحریک دردناک پاسخ می دهد (pain) یا هیچ پاسخی به تحریکات ندارد (unconscious)، کما محسوب می گردد. (به طبقه بندی AVPU در راهنما مراجعه شود).

ارزیابی کنید

از مادر در مورد مشکل شیرخوار سوال کنید.

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

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

سوال کنید:	نگاه کنید:
• آیا کودک قادر به نوشیدن یا شیرخوردن می باشد؟ • آیا کودک در جریان این بیماری تشنج کرده است؟ • آیا کودک هر چیزی که می خورد استفراغ می کند؟	• آیا کودک خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری* دارد؟

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
در صورت وجود هر یک از علائم و نشانه ها؛ • قادر به نوشیدن یا شیرخوردن نیست. • استفراغ های مکرر دارد • خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری* دارد.	بیماری خیلی شدید	اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تجویز نمایید. (صفحه ۲۱) • برای پیگیری از پایین آمدن قند خون اقدام شود. (چارت ۷ صفحه ۲۰) • از گرم نگه داشتن کودک اطمینان حاصل کنید. • کودک را فوراً انتقال دهید. • در صورت عدم امکان انتقال اقدامات صفحه ۲۱ را انجام داده و هر زمانی که امکان انتقال وجود داشت کودک را انتقال دهید.

طبقه بندی کنید

* اختلال هوشیاری: در صورتی که کودک تنها با تحریکات کلامی (verbal) یا تحریک غیر دردناک پاسخ می دهد، اختلال هوشیاری محسوب می شود.

- چنانچه کودک بیمار، ابتلاء قطعی به ایدز دارد یا از مادر مبتلا به ایدز متولد شده است، جهت اطلاع از چگونگی درمان و پیگیری به راهنما مراجعه کنید.
- در صورتی که کودک دچار نقص سیستم ایمنی می باشد و یا از داروهای مهارکننده سیستم ایمنی استفاده می کند، پس از انجام اقدامات درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

سرفه یا تنفس مشکل

آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
- وجود هر یک از علائم و نشانه های خطر یا وجود هر یک از علائم زیر: - استریدور در کودک آرام - تنفس خیلی تند (بیش از ۷۰ در دقیقه) - پرش پره های بینی - ناله	پنومونی شدید یا بیماری خیلی شدید	- اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب (صفحه ۲۱) را بدهید. - کودک را فوراً انتقال دهید.***
- تو کشیده شدن قفسه سینه یا وجود هر یک از علائم زیر: - تنفس تند - شنیدن کراکل (رال) واضح	پنومونی	- برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید.*** - در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی گشادکننده برونش استنشاقی به مدت ۵ روز بدهید.*** - سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید. (صفحه ۲۳) - در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را از نظر احتمال ابتلا به سایر بیماری ها مثل آسم و سل (جدول ۲ و ۳ صفحه ۱۲) و ایدز (جدول ۵ صفحه ۱۳) بیشتر ارزیابی و جهت اقدام مناسب به راهنما مراجعه کنید. - به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) - جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه کند.
هیچ نشانه ای از پنومونی یا بیماری خیلی شدید ندارد.	سرفه یا سرماخوردگی	- در صورت داشتن ویزینگ (حتی اگر بعد از تجویز داروی گشادکننده برونش، کودک بهبود یابد) یک داروی گشادکننده برونش استنشاقی به مدت ۵ روز بدهید. - سرفه را با اقدامات بی ضرر خانگی یا درمان های غیردارویی تسکین دهید. (صفحه ۲۳) - در صورت سرفه بیش از ۱۴ روز یا ویزینگ راجعه، کودک را جهت بررسی احتمال سایر بیماری ها مثل آسم و سل (جدول ۲ و ۳ صفحه ۱۲) و ایدز (جدول ۵ صفحه ۱۳) بیشتر ارزیابی و جهت اقدام مناسب به راهنما مراجعه کنید. - به مادر توصیه کنید که چه موقع فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) - در صورت عدم بهبودی ۵ روز بعد مراجعه کند.

اگر بله:

- برای چه مدتی؟

مشاهده و بررسی کنید:*

- کودک باید آرام باشد
- شمارش تعداد تنفس در یک دقیقه
 - تو کشیده شدن قفسه سینه
 - شنیدن استریدور
 - شنیدن ویزینگ
 - شنیدن کراکل (رال) واضح
 - باز و بسته شدن سریع (پرش) پره های بینی (nasal flaring)
 - ناله (Grunting)

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

کودک :

تنفس تند:

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

* چنانچه پالس اکسی متر در دسترس می باشد، اشباع اکسیژن را اندازه گیری کنید؛ اگر از ۹۰٪ پایین تر است، کودک را فوراً انتقال دهید.

** اگر انتقال امکان پذیر نیست، اقدامات صفحه ۲۱ را انجام دهید.

*** چنانچه تنفس تند بدون تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، می توان آموکسی سیلین خوراکی به مدت ۳ روز تجویز نمود.

**** سالبوتامول خوراکی توصیه نمی شود مگر در مواردی که سالبوتامول استنشاقی مطلقاً موجود نباشد.

آیا کودک اسهال دارد؟

اگر بله سوال کنید:

برای چه مدتی؟
آیا در مدفوع خون وجود دارد؟

مشاهده و بررسی کنید:

• حال عمومی کودک؛

- خواب‌آلودگی غیر عادی، اختلال هوشیاری
- بیقراری و تحریک پذیری
- فرو رفتگی چشم‌ها

• به کودک مایعات بدهید؛

- عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن
- تشنه است و با ولع می نوشد

• پوست شکم را بین دو انگشت بفشارید؛

- خیلی آهسته به حالت طبیعی بر می گردد (بیش از ۲ ثانیه)
- آهسته به حالت طبیعی بر می گردد.

طبقه بندی کنید

اسهال حاد
کمتر از ۱۴ روز
(کم آبی)

اسهال پایدار*
۱۴ روز یا بیشتر

وجود خون
در مدفوع

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد: • خواب آلودگی غیرعادی یا اختلال هوشیاری • فرورفتگی چشم‌ها • عدم توانایی نوشیدن یا کم نوشیدن • در نیشگون پوستی، پوست خیلی آهسته به حال طبیعی برمی گردد	کم آبی شدید	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد، فوراً او را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او.آر.اس 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 نمی گیرد، برای درمان کم آبی، مایعات را طبق برنامه درمانی (ج) بدهید. (صفحه ۲۲) • اگر سن کودک ۲ سال یا بیشتر است و وبا شیوع دارد، آنتی بیوتیک مناسب برای وبا بدهید. (صفحه ۲۵)
۲ نشانه از نشانه های زیر را دارا باشد: • بیقراری و تحریک پذیری • فرورفتگی چشم‌ها • تشنه است و با ولع می نوشد • در نیشگون پوستی، پوست آهسته به حال طبیعی برمی گردد.	کم آبی نسبی	• اگر کودک در طبقه بندی شدید دیگری قرار می گیرد، فوراً او را همراه مادرش انتقال دهید و در صورت توانایی نوشیدن در بین راه او.آر.اس 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. (صفحه ۲۲) • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) • در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
• نشانه های کافی برای طبقه بندی کم آبی شدید و نسبی را ندارد	کم آبی ندارد	• برای درمان اسهال در منزل مایعات، روی (Zinc) و غذا را طبق برنامه درمانی الف (ص ۲۱) و مشاوره تغذیه ای بدهید (صفحه ۳۱) • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) • در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد مراجعه کند.
• کم آبی دارد یا • سن کمتر از ۴ ماه	اسهال پایدار شدید	• کودک را فوراً انتقال دهید. • کم آبی را قبل از انتقال درمان کنید. • درمان کم آبی را طبق طبقه بندی کم آبی صفحه ۲۲ و ۳۱ شروع کنید.
• کم آبی ندارد	اسهال پایدار	• به مادر در مورد تغذیه کودک مبتلا به اسهال پایدار (صفحه ۳۱) توصیه کنید. • مولتی ویتامین و مینرال شامل روی به مدت ۱۴ روز تجویز شود. • جهت پیگیری بیماری ۳ تا ۵ روز بعد مراجعه کند.
• خون در مدفوع	اسهال خونی	• کم آبی را درمان کنید. (صفحه ۲۲) • در صورت شک به انواژیناسیون، کودک را فوراً انتقال دهید. • برای مدت ۵ روز آنتی بیوتیک مناسب بدهید. (صفحه ۲۵) • مطابق توصیه های تغذیه ای اسهال حاد (صفحه ۳۱) اقدام کنید. • جهت پیگیری بیماری ۲ روز بعد مراجعه نماید.

* در موارد اسهال پایدار مقاوم به درمان، جهت بررسی بیشتر از نظر نقص ایمنی (نقص ایمنی اولیه، ایدز و) به راهنما مراجعه شود.

آیا کودک تب* دارد؟

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
در صورت داشتن هر یک از علائم و نشانه های خطر یا هر یک از علائم زیر: • سفتی گردن • پتشی، پورپورا • فوتتائل برآمده	بیماری تب دار خیلی شدید	• اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را بدهید (صفحه ۲۱) سپس کودک را فوراً انتقال دهید. • برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون اقدام کنید. (صفحه ۲۰) • در صورت تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، یک نوبت استامینوفن بدهید. (صفحه ۲۴) • در مناطق با خطر بالای مالاریا به (صفحه ۲۵) مراجعه کنید.
• داشتن علائم و نشانه های موضعی یا • بثورات پوستی	بیماری تب دار با علائم موضعی	• در صورت تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، یک نوبت استامینوفن بدهید. (صفحه ۲۴) • در صورت داشتن علائم موضعی، طبق (جدول ۷ صفحه ۱۴) بیشتر ارزیابی کنید. • در صورت داشتن بثورات پوستی، طبق (جدول ۸ صفحه ۱۵) بیشتر ارزیابی کنید.
هیچ یک از علائم و نشانه های فوق را ندارد	بیماری تب دار بدون علائم موضعی	• در صورت تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، یک نوبت استامینوفن بدهید. (صفحه ۲۴) • به مادر توصیه کنید چه موقع فوراً برگردد. (صفحه ۳۲) • در صورت داشتن تب بیش از ۳ روز، بیشتر ارزیابی کنید. (جدول شماره ۶ صفحه ۱۶) • به مادر توصیه کنید در صورت تداوم تب، ۲ روز بعد مراجعه کند.
تب بیشتر از هفت روز	تب طول کشیده	• اگر تب بیش از ۷ روز و هر روز ادامه داشت، طبق جدول ۹ صفحه ۱۵) بیشتر ارزیابی کنید. • در صورت تب طولانی مداوم یا متناوب و بیشتر از ۱ ماه، جهت بررسی بیشتر از نظر نقص ایمنی (نقص ایمنی اولیه، ایدز و) به راهنما مراجعه شود.

تب کمتر یا مساوی ۷ روز

طبقه بندی کنید

سوال کنید:

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

معاینه کنید:

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

تب بیشتر از ۷ روز

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

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

مشکل گوش – گلو درد

۲ ماهه تا ۵ ساله

آیا کودک مشکل گوش دارد؟

اگر بله، سوال کنید:

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

معاینه کنید:

- گوش را از نظر خروج چرک
- پرده گوش را از نظر:
 - رنگ
 - برآمدگی
 - سطح مایع هوا
- از نظر وجود تورم دردناک پشت گوش
- اندازه گیری دمای زیر بغل

طبقه بندی کنید

علائم و نشانه ها	طبقه بندی	تشخیص نوع درمان
• تورم دردناک پشت گوش همراه با تب	ماستوئیدیت	• اولین نوبت آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تزریق کنید (صفحه ۲۱) • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن بدهید (صفحه ۲۴) • کودک را فوراً انتقال دهید.
• خروج چرک از گوش دیده می شود و ترشح چرکی به مدت کمتر از ۱۴ روز دارد یا	عفونت حاد گوش	در کودکان کمتر از ۲ سال: • به مدت ۱۰ روز آنتی بیوتیک بدهید. • برای تسکین درد استامینوفن یا ایبوپروفن (صفحه ۲۴) بدهید. • در صورت وجود ترشح، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. • به مادر توصیه کنید که چه زمانی فوراً برگردد. • در صورت عدم بهبودی تب، درد و بیقراری، پس از ۲ روز مراجعه کند.
• درد گوش دارد و یکی از علائم زیر را در معاینه ی پرده گوش دارد: - قرمزی - برآمدگی - سطح مایع هوا		در کودکان بالاتر از ۲ سال: • اگر خروج چرک از گوش، تب شدید (بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد زیر بغلی) یا درد شدید گوش ندارد، بیمار کنترل شود و در صورت عدم بهبودی پس از ۲ روز، آنتی بیوتیک خوراکی مطابق کودکان زیر ۲ سال داده شود. • در صورت وجود هر یک از علائم فوق، درمان آنتی بیوتیکی و سایر اقدامات، مطابق کودکان کمتر از ۲ سال می باشد.
• خروج چرک از گوش دیده می شود و ترشح چرکی به مدت ۱۴ روز یا بیشتر دارد.	عفونت مزمن گوش	• در صورت وجود ترشح گوش، بیش از ۴ هفته، کودک را به مرکز تخصصی ارجاع دهید. • به مادر آموزش دهید مراقب عدم ورود آب به گوش کودک باشد. • درمان با قطره سیپروفلوکساسین برای ۱۴ روز • پس از بهبودی، جهت ویزیت مجدد دو هفته بعد از اتمام درمان مراجعه نماید. • جهت پیگیری بیماری ۵ روز بعد مراجعه کند.
• هیچ نشانه ای از موارد فوق را ندارد	عفونت گوش وجود ندارد	• هیچ درمانی نیاز نیست.

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

اگر بله، سوال کنید:

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

نگاه کنید، لمس کنید:

- حلق را از نظر قرمزی، پتشی و اگزودا نگاه 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
• تب و یکی از نشانه های زیر را داشته باشد (و هیچ یک از علائم عفونت ویرال را نداشته باشد): - اگزودا در حلق - لنفادنوپاتی قدامی گردن - قرمزی منتشر لوزه ها با نقاط پتشی روی کام نرم - بثورات سنباده ای (مخملک)	گلودرد استرپتوکوکی دارد	• یک نوبت بنزاتین پنی سیلین G عضلانی تزریق کنید: ۶۰۰,۰۰۰ واحد: در صورتی که کودک کمتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. ۱,۲۰۰,۰۰۰ واحد: در صورتی که کودک بیشتر از ۲۷ کیلوگرم باشد. • در تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، استامینوفن بدهید (صفحه ۲۴). • به مادر توصیه کنید در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد مراجعه کند.
• دو تا از نشانه های زیر را داشته باشد: - آبریزش بینی - قرمزی چشم - سرفه - خشونت صدا - عطسه	گلودرد استرپتوکوکی ندارد	• اگر در طبقه بندی دیگری قرار دارد اقدامات آن طبقه بندی را انجام دهید. در غیر این صورت هیچ درمانی لازم نیست. • از اقدامات بی ضرر خانگی یا اقدامات غیر دارویی استفاده کنید (صفحه ۲۳).

اختلال رشد

ارزیابی و طبقه بندی اختلال رشد در کودک بیمار باید توسط غیر پزشک انجام شود. در صورتی که کودک بیمار به هر دلیلی خارج از چرخه ارجاع ویزیت می شود، لازم است تا کلیه مراحل ارزیابی، طبقه بندی، مشاوره و اقدامات لازم برای درمان اختلال رشد توسط پزشک و بر اساس جداول و نمودارهای موجود در بوکلت کودک سالم (پزشک) انجام شده و پیگیری شود.

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

کنترل وضعیت واکسیناسیون کودک

۱۲ ماهگی	MMR	بدو تولد	ب.ث.ث - هیپاتیت ب - فلج اطفال خوراکی
۱۸ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - سه گانه - MMR	۲ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه *
۶ سالگی	فلج اطفال خوراکی - سه گانه	۴ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه - فلج اطفال تزریقی
		۶ ماهگی	فلج اطفال خوراکی - پنج گانه

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

کنترل مصرف مکمل های دارویی

برای کلیه کودکانی که با شیر مادر یا شیر مصنوعی تغذیه می شوند، ویتامین A با دوز ۱۵۰۰ واحد بین المللی در روز و ویتامین D با دوز ۴۰۰ واحد بین المللی در روز (معادل یک سی سی قطره A+D یا مولتی ویتامین) از روز ۳-۵ تولد و همزمان با غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان تا پایان ۲ سالگی داده شود.

قطره A+D یا مولتی ویتامین

(در ۶ ماه اول فقط A+D داده شود.)

قطره آهن

با توجه به انواع مختلف قطره چکان مورد استفاده توسط شرکت های دارویی، توجه به مندرجات روی جعبه قطره به منظور مشخص نمودن تعداد قطره های معادل یک سی سی، معادل با ۴۰۰ واحد ویتامین D و ۱۵۰۰ واحد ویتامین A تجویز و نیز آموزش به مادر ضروری است.

توجه: در صورت تغییر دستورالعمل کشوری نحوه مصرف مکمل ها، مطابق با آخرین دستورالعمل اقدام شود.

برای کلیه شیرخواران ترم و سالم که با وزن طبیعی متولد می شوند (اعم از کودکانی که با شیر مادر و یا شیر مصنوعی تغذیه می شوند) دادن قطره آهن از پایان ۶ ماهگی و یا هم زمان با شروع تغذیه تکمیلی با دوز ۱mg/kg/day، حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز تقریباً معادل ۱۵ قطره آهن روزانه توصیه می شود و تا پایان ۲ سالگی ادامه می یابد. در صورتی که به دلیل اختلال رشد کودک، تغذیه تکمیلی بین ۴ تا ۶ ماهگی شروع شود، قطره آهن همزمان با شروع تغذیه تکمیلی به میزان ۱۵ قطره در روز باید به شیرخوار داده شود.

در کودکان نارس و شیرخوارانی که با وزن تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می شوند (اعم از کودکانی که با شیر مادر و یا شیر مصنوعی تغذیه می شوند) قطره آهن با دوز ۲mg/kg/day، حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز معادل ۱۵ قطره از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد می شود، (حدود ۲ ماهگی) شروع گردیده و تا پایان ۲ سالگی ادامه می یابد.

در شیرخوارانی که وزن تولد بسیار کم (کمتر از ۱۵۰۰ گرم) داشته اند، ۳-۴mg/kg/day، حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال (خالص) در روز معادل ۱۵ قطره آهن روزانه از زمانی که وزن کودک ۲ برابر وزن هنگام تولد شود (حدود ۲ ماهگی) توصیه می شود و تا پایان ۲ سالگی ادامه می یابد.

به مادران توصیه شود برای جلوگیری از تغییر رنگ دندان ها، قطره آهن را بین دو وعده شیردهی و در عقب دهان کودک بچکانند و پس از دادن قطره به شیر مادر خوارانی که از ۶ ماهگی قطره آهن را شروع کرده اند، آب سالم و بهداشتی بدهند. در مورد کودکان نارس که وزنشان ۲ برابر هنگام تولد می شود (حدود ۲ ماهگی)، پس از دادن قطره آهن، دادن شیر مادر مانعی ندارد، ولی اگر شیر مصنوعی داده می شود، قطره آهن نباید هم زمان با شیر مصنوعی داده شود.

در کلیه مواردی که در روند ارزیابی و درمان، نیاز به اقدامات در سطوح بالاتر درمانی و انتقال فوری بیمار می باشد، باید بلافاصله با اورژانس ۱۱۵ جهت اعزام بیمار تماس گرفته شود و ضمن انجام اقدامات لازم برای تثبیت وضعیت بیمار هماهنگی های لازم به عمل آید. در سایر موارد که بیمار فاقد علائم تهدید کننده حیات (علائم خطر فوری و علائم و نشانه های خطر) است و نیاز به ارجاع بیمار به سطوح بالاتر خدمت می باشد باید پس از انجام اقدامات توصیه شده، بیمار در اولین فرصت ممکن و با مناسب ترین وسیله به مراکز تعیین شده ارجاع شود. بدیهی است که پس از انتقال یا ارجاع در هر بیمار ضروری است تا طبق بوکلت، پیگیری های لازم در زمان مقرر انجام شود و از مرکز مربوطه پس خوراند دریافت شود.

هر گونه شکایت یا علامت دیگری که مادر بیان می کند یا در بررسی کودک مشاهده می کنید را ارزیابی نموده و در صورتی که امکان تشخیص یا درمان مشکلات طبق بوکلت و جدول تشخیص های افتراقی وجود ندارد، برای ارزیابی بیشتر کودک را ارجاع دهید.

ارزیابی سایر مشکلات

تشخیص های افتراقی

۲ ماهه تا ۵ ساله

جدول ۱- تشخیص‌های افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری، تشنج همراه تب یا بدون تب

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	• Lp مثبت • در شرایطی که Lp امکان پذیر نباشد، سفتی گردن یا برآمدگی فونتانل • راش های پوستی به صورت پتشی (در مننژیت مننکوکی شایع تر است)	اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را به بیمارستان انتقال دهید.
تشنج	• حملات قبلی تشنج های کوتاه به دنبال تب • برگشت هوشیاری بلافاصله پس از قطع تشنج • تب بالا • سن بین ۶ ماه تا ۵ سال • گسترش لام خون محیطی طبیعی از نظر مالاریا (در مناطق مالاریا خیز)	فوراً انتقال دهید.
هیپوگلیسمی (همیشه باید به دنبال علت آن گشت)	• پایین بودن میزان قند خون که به درمان با گلوکز پاسخ می دهد.	گلوکز وریدی بدهید. (چارت شماره ۸، صفحه ۲۰) سپس فوراً انتقال دهید.
گلو مریولونفریت حاد با انسفالوپاتی های ناشی از اختلال عملکرد کبد و کلیه، سندرم های متابولیک	• افزایش فشار خون • تورم صورت یا ادم محیطی • وجود خون، پروتئین یا cast گلبول قرمز در ادرار	ارجاع دهید.
کتو اسیدوز دیابتی	• قند خون بالا • سابقه پرنوشی و پرادراری و پرخوری • تنفس های اسیدوتیک (عمیق و سخت)	فوراً انتقال دهید.
مسمومیت ها	• سابقه مصرف داروها یا مواد مخدر • سابقه تماس با سموم یا مواد شیمیایی	بر حسب نوع آن، اقدامات قبل از انتقال را انجام داده و فوراً انتقال دهید. در مسمومیت با مواد مخدر نالوکسان تزریق کنید.
ترومای سر	• وجود علائم یا ذکر سابقه ضربه به سر	فوراً انتقال دهید.
شوک (شوکی می تواند ایجاد خواب آلودگی یا عدم هوشیاری کند و معمولاً موجب تشنج نمی شود)	• علائم شوک • راش های پوستی به صورت پتشی • علائم دهیدراتاسیون شدید	برای کودک رگ گرفته و سریعاً مایعات وریدی را آغاز کنید. (چارت شماره ۵، صفحه ۲۲) سپس فوراً انتقال دهید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
پنومونی	• سرفه همراه با تنفس تند • رال های خشن در سمع ریه • تو کشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه، پرش پره های بینی	به صفحه ۵ مراجعه کنید.
مالاریا	• تنفس تند در کودک تب دار • پارازیتمی بالا در اسمیر خون محیطی • زندگی یا مسافرت به منطقه مالاریا خیز • در مورد مالاریای شدید تنفس عمیق (اسیدوتیک) / تو کشیده شدن بخش تحتانی قفسه سینه • پاک بودن ریه در سمع	به صفحه ۲۵ مراجعه کنید.
آنمی شدید	• رنگ پریدگی شدید کف دست • هموگلوبین زیر ۶ گرم در دسی لیتر	به صفحه ۲۵ مراجعه کنید.
نارسایی قلبی	• سوفل قلبی - ریتم گالوپ • افزایش فشار ورید جوگولار • رال های fine در قاعده ریه ها • تغییر محل ضربه apex • کبد بزرگ قابل لمس	انتقال دهید.
سل	• اختلال رشد - wasting یا کاهش وزن • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل • وجود علائم رادیو گرافیک در CXR به صورت کمپلکس اولیه یا سل ارزنی	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
سیاه سرفه	• حملات سرفه و به دنبال آن صدای جیغ مانند استفراغ • سیانوز و آپنه • فقدان تب • فقدان تاریخچه تزریق واکسن سه گانه • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• وجود سابقه حالت خفگی ناگهانی • بروز ناگهانی استریدور و یا دیسترس تنفسی • وجود مناطق فوکال ویز یا کاهش صداهای تنفسی	فوراً انتقال دهید.
آمپیم	• Dulness در دق ریه	ارجاع دهید.
پنوموتوراکس	• بروز ناگهانی • صدایی با رزونانس بالا در دق یک طرف ریه • شیفت مدیاستن	فوراً انتقال دهید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
آسم	• تاریخچه ویزینگ عود کننده، بدون ارتباط با سرفه و سرماخوردگی • پرهوایی ریه در CXR • بازدم طولانی، کاهش PFR و کاهش ورود هوا در انسداد شدید هوایی • پاسخ خوب به داروهای گشاد کننده برونش	به صفحه ۲۶ مراجعه کنید.
برونشیولیت	• اولین حمله ویز در کودک زیر ۲ سال • وجود ویز در زمان حداکثر شیوع برونشیولیت های فصلی • پرهوایی ریه در رادیوگرافی • بازدم طولانی	به صفحه ۲۴ 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.
جسم خارجی	• تاریخچه حالت خفگی یا ویزینگ ناگهانی • ویزینگ یک طرفه • Air trapping و شیفت مدیاستن در رادیوگرافی و رزونانس بالا • علائم کلاپس ریه (کاهش ورود هوا و ماتیته در دق) • فقدان پاسخ به گشادکننده های برونش	فوراً انتقال دهید.
رفلاکس معده به مری (GER) و آنومالی های مادرزادی (TEF)	• استفراغ هنگام یا بعد از غذا • وزن گیری نامناسب / FTT • علائم تنفسی (برونکو اسپاسم، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر)	ارجاع دهید.
فیبروز کیستیک (CF)	• وزن گیری نامناسب / FTT • خلط چرکی، تنفس بدبو • کلابینگ انگشتان / پرولاپس رکتوم	ارجاع دهید.

جدول ۴- تشخیص های افتراقی استریدور

جدول ۵- تشخیص های افتراقی سرفه مزمن

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
کروپ ویروسی	• سرفه پارس مانند • دیسترس تنفسی • صدای خشن • در صورت ارتباط با سرخک، وجود علائم سرخک	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
اپیگلوتیت	• تب • بیقراری • دیس پنه • آبریزش از دهان (Drooling) • گرفتگی صدا	از معاینه گلو و دستکاری کودک بپرهیزید و او را فوراً انتقال دهید.
دیفتری	• نمای بال نک (مربوط به بزرگی غدد لنفاوی و ادم) • قرمزی در گلو • غشای خاکستری در فارنکس • ترشحات خونی بینی • فقدان شواهدی دال بر تزریق واکسن سه گانه	فوراً انتقال دهید.
جسم خارجی	• تاریخچه حالت خفگی ناگهانی • دیسترس تنفسی	فوراً انتقال دهید.
آنومالی های مادرزادی	• وجود استریدور از زمان تولد	به بیمارستان ارجاع دهید.

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
سل	• کاهش وزن، بی اشتها، عرق شبانه • بزرگی کبد و طحال • تب مزمن یا متناوب • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل • علائم دال بر وجود مایع در پلور (ماتیته در دق - کاهش صداهای تنفسی)	به صفحه ۲۴ 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 ۲۶ مراجعه کنید.
جسم خارجی	• وجود سابقه خفگی ناگهانی یا بروز ناگهانی استریدور و دیسترس تنفسی • وجود مناطق فوکال ویز 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 واکسناسیون سه گانه • وجود سابقه تماس با فرد دارای سرفه های طولانی	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
محرک های محیطی	• سابقه تماس طولانی با دود سیگار یا مواد آلرژن • سابقه حساسیت (خارش و آبریزش چشم) یا آلرژی در خود یا خانواده	توصیه به پرهیز از 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، پاروتیدیت مزمن، لوکوپلاکیای مویی زبان • عفونت با ویروس تبخال(دهانی یا جلدی) بیش از یک ماه • لنفادنوپاتی ژنرالیزه • تب طولانی مداوم یا متناوب بیش از یک ماه • اسهال پایدار • پنومونی های مکرر و شدید	طبق راهنما
برونشکتازی (CF و ...)	• تاریخچه ابتلا به سل یا اسپیراسیون جسم خارجی • (وزن گیری نامناسب/ FTT) • خلط چرکی، تنفس بدبو • کلایینگ انگشتان/ پرولانس رکتوم	ارجاع دهید.
آنومی های مادرزادی (GFR)	• استفراغ هنگام یا بعد از غذا • وزن گیری نا مناسب/ FTT • علائم تنفسی (برونکواسپام، استریدور، آپنه، پنومونی مکرر)	ارجاع دهید.
سینوزیت	• حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • آبریزش بینی و سرفه برای ۱۰ تا ۱۴ روز • ترشحات چرکی از بینی برای ۳ تا ۴ روز • سردرد	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
آبسه ریه	• کاهش صداهای تنفسی در محل آبسه • خوب وزن نگرفتن • تب • نمای تیپیک در رادیوگرافی قفسه سینه	ارجاع دهید.

جدول ۶- تشخیص های افتراقی تب بدون علائم موضعی

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
عفونت دستگاه ادراری	• حساسیت سوپراپوئیک یا زاویه دنده ای - مهره ای Costo. Vertebral • درد یا گریه هنگام دفع ادرار • تکرر ادرار • بی اختیاری ادرار ثانویه (قبلاً کنترل ادرار داشته است) • گلبول سفید و یا تست نیتريت مثبت در آزمایش ادرار	ارجاع دهید.
سپتیمی سمی	• ناخوشی جدی بدون دلیل واضح • پتشی، پورپورا • شوک، هیپوترمی در شیرخوار زیر دو ماه	فوراً انتقال دهید.
تیفوئید	• ناخوشی جدی بدون دلیل واضح • حساسیت در لمس شکم • شوک • گیجی	ارجاع دهید.
مالاریا	• گسترش لام خون محیطی مثبت • کم خونی شدید • بزرگی طحال • زردی	به صفحه ۲۵ مراجعه کنید.
ایدز	• علائم عفونت HIV	به جدول (شماره ۵ صفحه ۱۳) و راهنما مراجعه کنید.

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

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
مننژیت	• بیقراری شدید • سفتی گردن • فونتال برآمده • راش های منگو کوکال • (پتشی، پورپورا)	اولین نوبت آنتی بیوتیک مناسب را بدهید و برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان کنید، سپس کودک را فوراً انتقال دهید.
اوتیت مدیا	• پرده گوش قرمز در معاینه با اتوسکوپ • خروج چرک از گوش • درد گوش	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید.
ماستوئیدیت	• تورم دردناک بالا یا پشت گوش	فوراً 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	ارجاع دهید.
عفونت پوست و بافت نرم	• سلولیت و پیومیوزیت (عفونت چرکی عضلات) • قرمزی، گرمی و تورم یا تاول پوستی	ارجاع دهید.
لنفادنیت	• بزرگی همراه با قرمزی، گرمی و حساسیت غده لنفاوی	ارجاع دهید.
پنومونی	• سرفه همراه تنفس تند • رال های خشن در سمع ریه • تو کشیده شدن قسمت تحتانی قفسه سینه • پرش پره های بینی	به صفحه ۵ مراجعه کنید
عفونت ویروسی دستگاه تنفس فوقانی	• علائم سرفه و سرما خوردگی • فقدان علائم سیستمیک	درمان علامتی کنید
آبسه حلق	• تریسموس • انحراف بافت نرم داخل حلق • مشکل بلع و قورت دادن بزاق • حساسیت غدد لنفاوی گردن	ارجاع دهید.
سینوزیت	• حساسیت صورت هنگام فشار روی سینوس درگیر • آبریزش بینی و سرفه برای ۱۰ تا ۱۴ روز • ترشحات چرکی از بینی برای ۳ تا ۴ روز • تب بالا • سردرد یک طرفه • سن بیشتر از دو سال	به صفحه ۲۳ مراجعه کنید

جدول ۸- تشخیص های افتراقی تب همراه بثورات پوستی

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
سرخک	• راش تبیک سرخک • سرفه، آبریزش بینی، قرمزی چشم • زخم های دهانی • کدورت قرنیه • تماس اخیر با فرد مبتلا به سرخک • عدم واکسیناسیون سرخک	• درمان علامتی کنید. • به مادر بگویید چه موقع فوراً بر گردد. • طبق دستورالعمل کشوری گزارش داده شود.
عفونت های ویروسی	• علائم سیستمیک خفیف • راش های غیراختصاصی گذرا	درمان علامتی کنید
عفونت مننگوکوکال	• راش های پتشی یا پورپورا • کبودی (Bruising) • شوک • سفتی گردن (در صورت وجود مننژیت)	• فوراً انتقال دهید. • اقدامات پیشگیری از سرایت این عفونت را انجام دهید.
سل	سرفه طول کشیده، هموپتزی، اختلال رشد، PCR یا IGRA مثبت	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
بروسلوز	آرتريت، تیترا رایت و ME-۲ مثبت، تعریق شبانه	ارجاع دهید.
سالمونلا	تب طول کشیده، لکوپنی، همراهی اسهال یا یبوست، کشت خون مثبت	ارجاع دهید.
تب عودکننده (بورلیوزیس)	• راش پتشی، خونریزی های پوستی • زردی • کبد و طحال بزرگ و حساس • تاریخچه تب عود کننده • گسترش خون محیطی مثبت برای بورلیا	ارجاع دهید.
مخملک	• راش ماکولوپاپولر با افزایش آن در چین های پوستی • قرمزی حلق، پتشی روی کام، زبان توت فرنگی • خطوط پاستیا (Pastia Lines)	• یک نوبت بنزاتین پنی سسیلین (۳-۶) عضلانی تزریق کنید. • برای تب بالا یا مساوی ۳۸/۵ درجه سانتیگراد استامینوفن بدهید
کاوازاکی	• تب ۵ روز و طولانی تر • راش پلی مورف شبیه سرخک، مخملک • پر خونی دو طرفه بولبار ملتحمه بدون ترشح چرکی • تغییرات لب و دهان (زبان توت فرنگی، قرمزی حلق) • لنفاد نوپاتی حاد گردنی (معمولاً یک طرفه) • تغییرات در اندام های محیطی (ادم، ارتیم، پوسته ریزی)	ارجاع دهید.
واکنش های دارویی (serum sickness)	سابقه مصرف اخیر دارو، همراهی علایم سیستمیک و یا درگیری مفصلی	ارجاع دهید.
بیماری های کلاژن واسکولار	همراهی علایم سیستمیک، درگیری مفصلی، گرفتاری کلیه	ارجاع دهید.

جدول ۹- تشخیص های افتراقی تب بیشتر از ۷ روز

تشخیص	یافته های کمکی	درمان
آبسه	• تب بدون محل مشخص عفونت (آبسه عمقی) • توده های حساس یا ممتوج • حساسیت موضعی یا درد • علائم خاص مربوط به محل درگیر (ساب فرنیک، پسواس، رتروپریتونئال ریه، کلیه و غیره)	ارجاع دهید.
عفونت سالمونلا	• کودک با بیماری سلول داسی شکل (اوستئومیلیت یا آرتريت شیرخوار)	ارجاع دهید.
اندو کاردیت عفونی	• کاهش وزن • بزرگی طحال • کم خونی • سوفل قلبی • پتشی • خونریزی های خطی در بستر ناخن • کلاپینگ انگشتان	ارجاع دهید.
تب روماتیسمی	• سوفل قلبی که به مرور زمان ممکن است تغییر کند • نارسایی قلبی • نبض تند • Friction rub پریکارد • کره • عفونت اخیر شناخته شده استرپتوکوکی • آرتريت مهاجر	ارجاع دهید.
بدخیمی ها، بیماری های التهابی و روماتولوژیک	• کاهش وزن • کاهش اشتها • کم خونی	ارجاع دهید.
سل ارزنی	• سابقه تماس با فرد مسلول • کاهش وزن • بی اشتها، عرق شبانه • علائم سیستمیک • بزرگی کبد یا طحال • سرفه	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
تب مالت (بروسلوز) (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	• تب مداوم یا مزمن عود کننده • بی حالی • درد عضلانی اسکلتی • درد قسمت تحتانی کمر یا درد مفصل هیپ • بزرگی طحال • کم خونی • سابقه مصرف شیر نجوشیده و لبنیات غیرپاستوریزه	به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.
کالاآزار (شناخت شیوع بیماری در منطقه حائز اهمیت می باشد)	• سائیتونی • ضعف، لاغری • هپاتواسپلنومگالی	ارجاع دهید.

درمان

۲ ماهه تا ۵ ساله

چارت ۱ - نحوه باز کردن راه هوایی در کودک با دیسترس تنفسی پیشرونده یا تنفس منقطع (Gaspings) یا وقفه کامل تنفسی

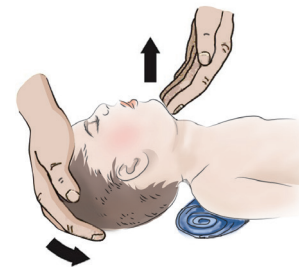
مشکوک به ترومای گردن نیست

در کودک هوشیار

- داخل دهان را نگاه کنید. در صورت رویت جسم خارجی (نه بصورت 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.
- ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.
- به کودک اجازه دهید در راحت‌ترین وضعیت قرار گیرد.

در کودک با اختلال هوشیاری

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



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

مشکوک به ترومای گردن (احتمال صدمه به مهره‌های گردنی)

- گردن را همانند آن چه که در چارت شماره ۴ صفحه نشان داده شده است، ثابت کنید.
- داخل دهان را نگاه کنید و در صورت مشاهده جسم خارجی آن را خارج نمایید.
- ترشحات ناحیه گلو را پاک کنید.
- با نگاه کردن به حرکات قفسه سینه، گوش کردن به صداهای تنفسی و احساس کردن تنفس، وضعیت راه هوایی را کنترل کنید.



بدون خم کردن سر، فک را به طرف جلو بیاورید

اگر علیرغم انجام اقدامات فوق، کودک تنفس نداشت تنفس دهان به دهان یا تهویه مصنوعی با بگ و ماسک را شروع کنید.

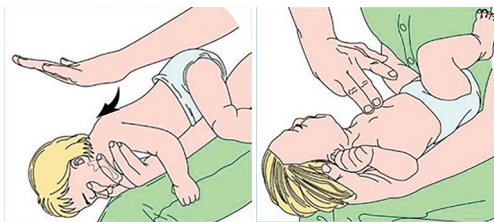
در صورتی که کودک دچار وقفه قلبی تنفسی است و نیاز به احیا دارد، به چارت ۳ صفحه ۱۸ و دستور العمل کشوری احیای پایه کودکان و الگوریتم احیای کودک برای کارکنان بخش سلامت (صفحه ۳۳ و ۳۴) مراجعه نمایید.

چارت ۲ - نحوه باز کردن راه هوایی در کودک دچار آسپیراسیون جسم خارجی (choking) با تنفس غیر موثر یا دیسترس تنفسی پیشرونده

(آسپیراسیون جسم خارجی همراه با دیسترس تنفسی پیش رونده)

در شیرخواران زیر یک سال

- شیرخوار را روی بازو یا ران خود به گونه ای بخوابانید که سر او به طرف پائین 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 می‌کند) (مطابق شکل)

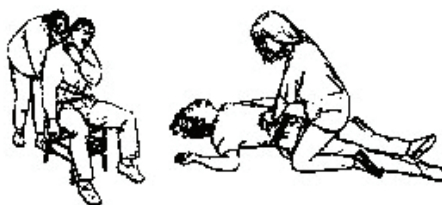


ضربه زدن به پشت

فشردن قفسه سینه

در کودکان بالای یک سال

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



نکات:

۱- پس از هر نوبت مانور، مشاهده داخل دهان از نظر وجود جسم خارجی الزامی است. در صورت رویت جسم خارجی، بدون دستکاری زیاد و با احتیاط انگشت نشانه را وارد دهان کرده به حالت قلاب درآورید و پشت جسم خارجی قرار دهید و جسم را خارج کنید.

۲- مانورهای فوق تا زمانی ادامه می یابد که جسم خارجی از دهان کودک خارج و یا کودک دچار عدم هوشیاری یا قطع کامل تنفس شود.

اگر علیرغم انجام اقدامات فوق، بیمار تنفس نداشت یا هوشیار نبود، 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 صفحه ۱۸). طبق الگوریتم عملیات احیاء پایه ادامه دهید (صفحه ۳۳ و ۳۴)

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

لوله بینی (nasal prong)



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

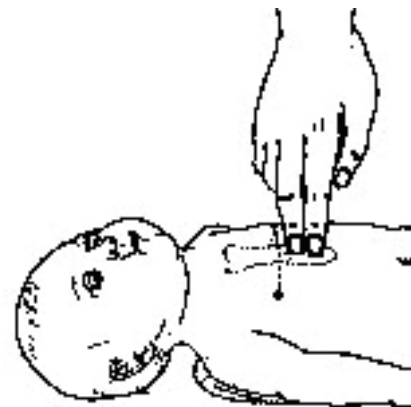
ماسک (mask)



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

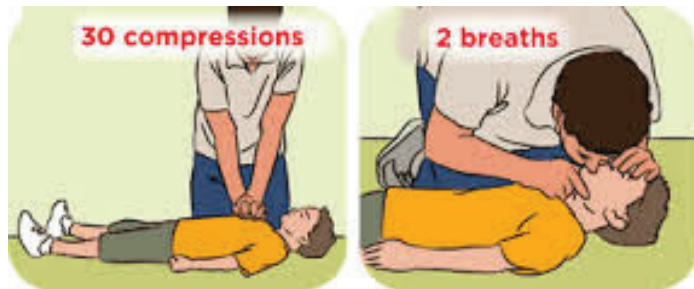
ماساژ قلبی

زیر یک سال: با دو انگشت، روی قسمت تحتانی جناغ، زیر خط فرضی بین دو سینه، 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 دنده ها و یا زائده گزیفویید فشار وارد نکنید. فرد احیاکننده بایستی حداقل به اندازه یک سوم عمق قفسه سینه یا در حدود ۴ سانتیمتر فشردگی 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 دنده ها فشار نیاورید.

در صورت وجود یک احیاگر نسبت ماساژ قلبی به تنفس ۳۰ به ۲ و در صورت وجود دو احیاگر ۱۵ به ۲ خواهد بود.



تنفس کمکی

تنفس دهان به دهان: برای تنفس دادن به یک شیرخوار از تکنیک دهان به دهان و بینی و در کودکان از تکنیک دهان به دهان استفاده نمایید. مطمئن شوید که تنفس ها موثرند (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: یک احیاکننده از هر دو دست جهت هم بازکردن راه هوایی و هم برقراری یک تماس محکم بین صورت و ماسک استفاده می کند در حالی که دیگری بگ را فشار می دهد. هر دو احیاکننده باید قفسه سینه را نگاه کنند تا از بالا آمدن آن اطمینان حاصل نمایند. با توجه به این که احیای دو نفره می تواند موثرتر باشد، مراقب باشید که از دادن حجم های خیلی زیاد که منجر به تهویه بیش از حد می گردد، اجتناب کنید. این روش در احیای یک نفره توصیه نمی شود. به دستورالعمل کشوری احیای پایه کودکان و الگوریتم احیای کودک برای کارکنان بخش سلامت (صفحه ۳۳ و ۳۴) مراجعه نمایید.



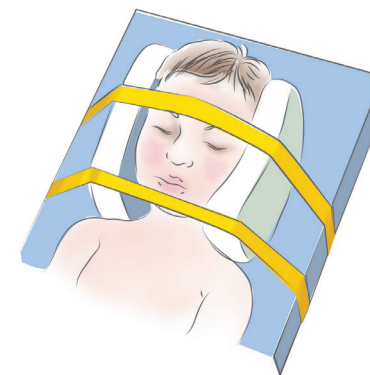
چارت ۴ - نحوه وضعیت دادن به کودک دچار عدم هوشیاری با تنفس موثر

اگر مشکوک به ترومای گردنی نیست:

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

اگر مشکوک به ترومای گردنی است:

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



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

- برای کودک رگ بگیریید* (برای انجام آزمایش های اورژانس، خون گیری کنید)
- سرم رینگر لاکتات یا نرمال سالین وصل کنید. مطمئن شوید که انفوزیون به خوبی جریان دارد.
- 20 ml/kg از مایع فوق را با حداکثر سرعت انفوزیون کنید. مطابق جدول زیر

سن / وزن	حجم رینگر لاکتات یا نرمال سالین 20 ml/kg
۲ ماه تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از 6 kg)	100 ml
۴ ماه تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از 10 kg)	150 ml
۱ سال تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از 14 kg)	250 ml
۳ سال تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از 19 kg)	350 ml

- پس از اولین انفوزیون ارزیابی کنید. اگر بهبودی حاصل نشد، هرچه سریع تر دادن 20 ml/kg را تکرار کنید.

- پس از دومین انفوزیون دوباره ارزیابی کنید. اگر بهبودی حاصل نشد، هرچه سریع تر دادن 20 ml/kg را تکرار کنید.

- پس از سومین انفوزیون، کودک را به بیمارستان انتقال دهید.
- 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 4 ml/kg/h (معادل مایع نگهدارنده) از سرم دکستروز سالین وریدی تجویز کنید.
- در صورت خونریزی، بهتر است از ابتدا خون کامل یا گلبول های قرمز (Packed cell) تزریق شود (در صورت بستری در بیمارستان).

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 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 کودک شود. کودک را فوراً انتقال دهید.

* اگر نمی توانید بی درنگ رگ بگیریید، مایعات را مطابق جدول از راه داخل استخوانی تجویز کنید. چنانچه هیچ یک از دو راه فوق ممکن نیست، ORS را به میزان 20 ml/kg از طریق لوله معده (NGT) به مدت ۶ ساعت 120 ml/kg بدهید.

دiazepam رکتال بدهید:

- دوز لازم را از آمپول Diazepam به داخل سرنگ انسولین (۱ml) بکشید.
- در صورت امکان، مقدار دارو را بر اساس وزن کودک تعیین کنید. سپس سوزن را درآورید.
- سرنگ را به آهستگی ۴ تا ۵ سانتیمتر داخل مقعد کودک فرو برده و محلول Diazepam را داخل آن تخلیه کنید.
- برای جلوگیری از برگشت دارو به خارج، چند دقیقه هر دو باسن کودک را با هم نگه دارید.

سن / وزن	دiazepam رکتال محلول ۱۰mg/۲ml دوز ۰/۱ml/kg = ۰/۵mg/kg
۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶kg)	۰/۵ml = ۲/۵mg
۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰kg)	۱ml = ۵mg
۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴kg)	۱/۲۵ml = ۶/۲۵mg
۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹kg)	۱/۵ml = ۷/۵mg

- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه ادامه داشت، دوز دوم Diazepam رکتال را بدهید. (یا اگر برای بیمار رگ گرفته اید Diazepam وریدی ۰/۳mg/kg به آهستگی در عرض ۳ دقیقه بدهید).
- اگر تشنج پس از ۱۰ دقیقه بعدی نیز ادامه داشت، نوبت سوم Diazepam را به صورت رکتال تجویز کنید یا فنوباریتال را به میزان ۱۵mg/kg به صورت وریدی یا عضلانی حداقل ظرف ۱۵ دقیقه تزریق نمایید.
- چنانچه ناگزیر از تجویز وریدی دوزهای متعدد داروهای ضد تشنج هستید، به دقت وضعیت تنفس کودک را تحت نظر داشته باشید.

گلوکز وریدی بدهید: به چارت شماره ۷ صفحه ۲۰ مراجعه کنید.

اگر کودک تب بالا* دارد (بیشتر از ۳۸/۵°C زیر بغلی) به صفحه ۲۴ مراجعه کنید.

گلوکز وریدی بدهید:

- برای کودک رگ بگیرید.* (برای انجام آزمایش های اورژانس خون گیری کنید)
- قند خون را کنترل کنید.
- 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 (۵ml/kg) داده شود
۲ تا کمتر از ۴ ماه (۴ تا کمتر از ۶kg)	۲۵ml
۴ تا کمتر از ۱۲ ماه (۶ تا کمتر از ۱۰kg)	۴۰ml
۱ تا کمتر از ۳ سال (۱۰ تا کمتر از ۱۴kg)	۶۰ml
۳ تا کمتر از ۵ سال (۱۴ تا کمتر از ۱۹kg)	۸۰ml

- پس از ۳۰ دقیقه دوباره قند خون را کنترل کنید. چنانچه با گلوکومتري کمتر از ۵۰mg/dl بود، تزریق ۵ml/kg محلول گلوکز ۱۰٪ را تکرار کنید. سپس برای بیمار سرم معادل مایع نگهدارنده از دکستروز سالیन با غلظت قندی ۱۰٪ 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، هر گاه قند خون کمتر از ۵۰mg/dl بود، حجم یا غلظت قند سرم را افزایش دهید.
- به خاطر داشته باشید از ورید محیطی نمی توان سرم قندی با غلظت بیش از ۱۲/۵٪ تزریق کرد.
- پس از اطمینان از هوشیاری کامل کودک، یا حداقل ۶ ساعت پس از اتمام تشنج، تغذیه او را شروع کنید.

اگر در صورت تغذیه، امکان خطر آسپیراسیون از راه دهان وجود دارد:
• ترجیحا سرم قندی ۱۰٪ یا شیر مادر از طریق لوله معده (NGT) بدهید.

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

اقدامات قبل از انتقال:

• آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تزریق کنید:

برای کودکانی که باید فوراً انتقال داده شوند، اولین نوبت سفتریاکسون را به میزان ۵۰mg/kg عضلانی تزریق کنید و فوراً کودک را فوراً انتقال دهید.

• برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون درمان اقدام کنید (چارت ۷ صفحه ۲۰).

• از گرم نگه داشتن کودک، اطمینان حاصل کنید.

نکته مهم: قبل از انتقال کودک به مرکز درمانی، در صورت امکان، وضعیت کودک بویژه 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.

اگر انتقال امکان ندارد:

• آنتی بیوتیک عضلانی مناسب را تزریق کنید:

– اولین نوبت سفتریاکسون را به میزان ۵۰mg/kg عضلانی تزریق کنید.

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

• برای پیشگیری از پایین آمدن قند خون، اقدام کنید (چارت ۷ صفحه ۲۰).

• از گرم نگه داشتن کودک، اطمینان حاصل کنید.

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

• موارد منع مصرف سفتریاکسون:

– شیرخواران کمتر از ۲ ماه

– وجود سابقه حساسیت مفرط (شوگ آنافیلاکسی) به ترکیبات سفالوسپورین یا پنی سیلین

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

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

• از سرنگ و سرسوزن استریل استفاده کنید.

• به دقت مقدار دارو را تعیین کنید.

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)

■ به مادر بگویید:

• شیرخوار را مکرراً با دفعات بیشتر از قبل و طولانی تر در هر نوبت با شیر خود تغذیه کند.

• اگر شیرخوار انحصاراً شیر مادر می خورد، علاوه بر شیر مادر به او، او.آر.اس بدهد. اگر کودک شیرمادرخوار نیست، علاوه بر شیر مصنوعی به او آب جوشیده خنک یا او.آر.اس هم بدهد. در صورت شروع تغذیه کمکی برای کودک، غذاهای آبکی (مانند: سوپ و دوغ) داده شود.

• از مایعات خیلی شیرین مثل نوشابه و آب میوه های صنعتی استفاده نشود.

• برحسب سن کودک هر مقدار مایعی که کودک بخواهد تا زمانی که اسهال متوقف گردد، به او بدهد.

■ به مادر نشان بدهید که او.آر.اس را چگونه و با چه مقدار آب مخلوط کند.

• به مادر نشان بدهید چه مقدار او.آر.اس را پس از هر بار دفع آبکی به او بدهد؛

– در شیرخوار زیر ۶ ماه، ۱۰ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن به ازاء هر بار اجابت مزاج آبکی،

– در کودک کمتر از ۲ سال ۵۰ تا ۱۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع.

– در کودک ۲ سال یا بیشتر ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی لیتر پس از هر بار دفع مدفوع.

• او.آر.اس برای مصرف ۲ روز به مادر بدهید.

• محلول او.آر.اس را با فنجان یا قاشق مرتباً جرعه جرعه بدهد.

• اگر کودک استفراغ کرد ۱۰ دقیقه صبر کند، سپس محلول را آهسته تر ادامه دهد.

• تا زمان قطع اسهال دادن مایعات اضافه را ادامه دهد.

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

۳ - بر تداوم تغذیه تأکید کنید (در سن کمتر از ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر).

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

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

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

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

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

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

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

بعد از ۴ ساعت:

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

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

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

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

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

برنامه درمانی ج: درمان سریع کم آبی شدید

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

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

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

- **کودک را هر ۱ تا ۲ ساعت مجدداً ارزیابی کنید.** اگر وضع آب بدن کودک بهتر نشده است سرعت تزریق وریدی را افزایش دهید.
- به محض این که کودک بتواند بنوشد (معمولاً بعد از ۳-۴ ساعت در شیرخواران یا ۱-۲ ساعت در کودکان بزرگتر) به او محلول او.آر.اس (حدود ۵ ml/kg/h) هم بدهید.
- بعد از ۶ ساعت (شیرخواران) یا ۳ ساعت (کودکان بزرگتر) با استفاده از طبقه بندی کم آبی، کودک را دوباره ارزیابی کنید. سپس برای ادامه درمان، برنامه درمانی مناسب (الف، ب، یا ج) را انتخاب کنید.

• کودک را بی درنگ برای درمان وریدی انتقال دهید.

- اگر کودک قادر به نوشیدن است به مادر نشان دهید، چگونه در راه، محلول او.آر.اس را به کودک بدهد.

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

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

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

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

توجه:

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

آیا می توانید بزرگ مایعات وریدی تزریق کنید؟

خیر

آیا درمان وریدی ظرف ۲۰ دقیقه قابل دسترس است؟

خیر

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

خیر

آیا کودک قادر به نوشیدن هست؟

خیر

آیا کودک را برای درمان از راه وریدی یا NGT انتقال دهید.

پنومونی:

- در صورت تو کشیده شدن قفسه سینه، آموکسی سیلین خوراکی به میزان 80 mg/kg/day به مدت ۵ روز تجویز شود. در صورتی که تنفس تند بدون تو کشیده شدن قفسه سینه وجود دارد، می توان آموکسی سیلین خوراکی با دوز فوق به مدت ۳ روز تجویز نمود.
- در صورت امکان، دوز اول آنتی بیوتیک را در مرکز، توسط مادر به کودک بدهید و به او آموزش دهید که چگونه ادامه درمان را در منزل انجام دهد.

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

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

عفونت حاد گوش (اوتیت مدیا):

- آموکسی سیلین $80-90 \text{ mg/kg/day}$ منقسم در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز در صورت عدم پاسخ به درمان:
- کو آموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم mg/kg/day ۶/۴ یا نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱) در ۲ یا ۳ نوبت به مدت ۱۰ روز

درمان خانگی در سرماخوردگی:

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

عفونت مزمن گوش (بیش از ۱۴ روز):

- کو آموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم mg/kg/day ۶/۴ یا نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱) دوبار در روز به مدت ۱۴ روز
- در صورتی که خروج چرک از گوش کودک بیش از ۴ هفته ادامه دارد، باید به مرکز تخصصی ارجاع شود.

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

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

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 نشانه ها (معمولا ۱۰ تا ۱۴ روز) ادامه می یابد.
- در صورت عدم پاسخ به این درمان؛ کو آموکسی کلاو ($80-90 \text{ mg/kg/day}$ آموکسی سیلین و کلاولانات سدیم $6/4 \text{ mg/kg/day}$ یا نسبت آموکسی سیلین به کلاولانات ۱۴ به ۱) دوبار در روز به مدت ۱۴ روز
- در صورت گرفتگی مجرای بینی، استفاده از قطره یا افشانه کلرور سدیم توصیه می شود.

سیاه سرفه:

(شیرخوار زیر ۶ ماه را به بیمارستان ارجاع دهید)

- آنتی بیوتیک ها اگر در مرحله کانارال تجویز گردند، می توانند شدت علائم را کاهش دهند؛ ولی شروع آن ها بعد از استقرار سرفه، تاثیری روی سیر بیماری ندارد؛ هرچند انتشار بیماری به دیگران را کاهش می دهد.
- ماکرولیدها از جمله اریترومايسين درمان استاندارد محسوب می گردند. دوز اریترومايسين $40-50 \text{ mg/kg}$ در ۴ دوز منقسم برای ۱۴ روز می باشد. اریترومايسين در شیرخواران با سن کمتر از ۶ هفته، ۱۰ برابر خطر استنوزهیپرتروفیک پیلور (تنگی ناشی از افزایش بافت پیلور) را افزایش می دهد.
- درمان های جایگزین عبارتند از: کلاریترومايسين $20-15 \text{ mg/kg/day}$ (حداکثر یک گرم روزانه) در دو دوز منقسم به مدت ۷ روز. آزیترومایسین برای شیرخواران کمتر از ۶ ماه 10 mg/kg/day یک بار در روز به مدت ۵ روز و برای بالای ۶ ماه 10 mg/kg/day یک بار در روز در روز اول و 5 mg/kg/day یک بار در روز، 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 هر گونه مداخله ای که باعث ایجاد سرفه می شود، بپرهیزید. کارهایی از جمله ساکشن، معاینه گلو، گذاردن N.G.T می تواند باعث ایجاد سرفه شود.
- از مصرف مهارکننده های سرفه، سداتیو، موکولتیک و آنتی هیستامین بپرهیزید.
- مادر را تشویق کنید تغذیه با شیر مادر یا خوردن مایعات را ادامه دهد.

سل:

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

تب مالت (بروسلوز):

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

برونشیولیت:

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

کروپ ویروسی:

تجویز دگزامتازون خوراکی یک نوبت 0.15 mg/kg

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

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 (بالتر از 37.5 درجه سانتیگراد زیر بغلی):
 - جنتامایسین تزریقی عضلانی (5 mg/kg) یک بار در روز که بر اساس حساسیت آنتی بیوتیکی در کشت ادرار به آنتی بیوتیک خوراکی مناسب تغییر یابد.
 - نسل سوم سفالوسپورین ها به صورت خوراکی سفیکسیم $10-8 \text{ mg/kg/day}$ در ۱ یا ۲ دوز منقسم
 - در موارد زیر جهت درمان به بیمارستان ارجاع گردد: دهیدراتاسیون، استفراغ، عدم توانایی در آشامیدن، ادامه تب در صورت مصرف آنتی بیوتیک مناسب، سابقه اختلالات آناتومیک ادراری و یا هیدرونفروز مادرزادی و علائم دال بر سسپتسمی
 - اگر کودک تب ندارد:
 - مشروط به این که تب بر استفاده نکرده و یا اقدامی برای کاهش تب انجام نداده است
 - سفیکسیم $10-8 \text{ mg/kg/day}$ در ۱ یا ۲ دوز منقسم
 - یا نیتروفورانئوئین خوراکی 5 mg/kg/day در ۴ دوز منقسم در صورتی که مبتلا به کمبود آنزیم G6PD نباشد.
 - توصیه می شود به کودکان مبتلا به عفونت ادراری به طور منظم و مکرر مایعات و شیر مادر داده شود تا به بهبودی عفونت و پیشگیری از دهیدراتاسیون کمک شود.
 - مدت درمان معمول در موارد تب دار $7-14$ روز و در موارد بدون تب $3-5$ روز می باشد.
 - پیگیری پاسخ به درمان بعد از 48 ساعت از شروع آنتی بیوتیک بایستی انجام گیرد.
 - کلیه کودکان دارای عفونت ادراری تب دار، در اولین فرصت برای بررسی بیشتر به متخصص ارجاع شوند.

اگر کودک تب بالا* دارد (بیشتر از 38.5°C زیر بغلی)

- استامینوفن $15-10 \text{ mg/kg/dose}$ هر ۴ تا ۶ ساعت
- ایبوپروفن $10-5 \text{ mg/kg/dose}$ هر ۶ تا ۸ ساعت (تجویز ایبوپروفن در سن کمتر از ۶ ماه ممنوع است)
- درمان های فوق تا قطع تب، ادامه یابد.
- جهت توصیه های تغذیه ای در کودک تب دار به صفحه ۳۰ مراجعه نمایید.
- سایر داروها نظیر دیکلوفناک، دگزامتازون و در درمان تب به هیچ وجه توصیه نمی شود.
- * جز در موارد تشنج ناشی از تب، 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 صورت گیرد.
- در صورت وجود عفونت روده ای (مانند شینگلوز) درمان عفونت روده انجام شود.
- مقادیر مناسب مایعات جهت پیشگیری از کم آبی تغذیه:
- بر تداوم تغذیه تاکید کنید.
- در سن کمتر از ۶ ماه، تغذیه انحصاری با شیر مادر
- برای کودک بالای ۶ ماه غذای جامد و مناسب سن با کالری مناسب داده شود.
- رژیم 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 رژیم روزانه توصیه شده به مدت ۱۴ روز (به عنوان مثال برای کودک یک ساله رژیم روزانه (یک RDA) عبارت است از فولات ۵۰mcg، روی ۱۰mg، ویتامین A ۴۰۰mcg، آهن ۱۰mg، مس ۱mg، منیزیم ۸۰mg)
- به مادر توصیه شود ۵ روز بعد جهت پیگیری مراجعه نماید.

اسهال پایدار شدید:

- اگر کودک ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشت و همچنین دچار کم آبی نسبی یا شدید بود، بیماری کودک را به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی کنید. همچنین در هر کودک کمتر از ۴ ماه که ۱۴ روز یا بیشتر اسهال داشته باشد، اسهال وی به عنوان اسهال پایدار شدید طبقه بندی می شود. اسهال پایدار شدید معمولاً همراه با علائم سوءتغذیه و اغلب، عفونت های جدی خارج روده ای مانند پنومونی می باشد. در صورت وجود اسهال پایدار شدید، کم آبی کودک را درمان کنید و اقدامات لازم برای درمان اسهال پایدار شدید را انجام دهید.
- کودکان ممکن است به تغییر رژیم غذایی نیز نیاز داشته باشند. آن ها همچنین به آزمایش نمونه مدفوع و نمونه ادرار برای تشخیص دلیل اسهال نیاز دارند.
- درمان اسهال پایدار شدید:
- کم آبی را قبل از ارجاع درمان کنید.
- ارجاع داده شود.

اسهال خونی:

- سفیکسیم ۸mg/kg/day در دو دوز منقسم یا نالیدیکسیک اسید* ۵۵mg/kg/day به صورت منقسم هر ۶ ساعت برای ۵ روز به صورت خوراکی بدهید.
- نالیدیکسیک اسید برای شیرخواران زیر ۳ ماه منع مصرف دارد.
- در صورت عدم پاسخ به درمان، سیپروفلوکساسین خوراکی ۱۵mg/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 با ملاحظه الگوهای مقاومت میکروبی، آنتی بیوتیک توصیه شده برای کودکان عبارت است از:
- آزیترومایسین (۲۰mg/kg/single dose) و یا سیپروفلوکساسین (۱۵mg/kg/dose) برای ۲ نوبت در روز برای ۳ روز می باشد.

مالاریا:

- بر اساس آخرین دستورالعمل کشوری مالاریا، در درمان مالاریای ویواکس، کماکان از کلروکین و پریماکین استفاده می شود، در حالی که در درمان مبتلایان به مالاریای فالسیپاروم از داروهای ترکیبی با مبنای آرتیمیسین باید استفاده شود.
- در حال حاضر خط اول درمان مالاریای فالسیپاروم در کشور، ترکیب آرتسونیت و فنسیدار می باشد. میزان مصرف آرتسونیت (۴mg/kg/day) به مدت ۳ روز و برای فنسیدار (۲۵mg/kg/day) به مدت ۳ روز بر اساس جزء سولفادوکسین می باشد.
- کلروکین نیز به میزان (۱۰mg/kg) و پریماکین به میزان (۰/۲۵mg/kg) فقط یک بار تجویز می شود.

آزمی:

- در صورت آزمی شدید (Hb<۶g/dl همراه علائم دیگر یا Hb<۴g/dl به تنهایی) فوراً به بیمارستان برای بررسی های بیشتر و تزریق خون ارجاع دهید، در غیر این صورت درمان در منزل:
- برای ۱۴ روز قرص آهن/ فولات یا شربت آهن و قرص اسید فولیک بدهید. (اگر کودک برای مالاریا سولفادوکسین/ پریمتامین می گیرد فولات را تا ۱۴ روز بعد تجویز نکنید. فولات ممکن است با داروهای ضد مالاریا تداخل کند).
- کودک را روز چهاردهم دوباره معاینه کنید. در صورت امکان، درمان را برای ۳ ماه ادامه دهید (۲-۴ هفته برای اصلاح آزمی و ۳-۱ ماه برای پرشدن ذخایر آهن).
- آزمایش مدفوع از نظر انگل بدهید و بر اساس آن درمان کنید.
- به مادر درباره تغذیه خوب کودک توصیه های لازم را بکنید.
- از دادن آهن به کودکان با سوءتغذیه شدید در فاز حاد بپرهیزید.

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

اختلال رشد

بر اساس بوکلت و راهنمای کودک سالم اختلال رشد را درمان کنید.

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 زیاد	احتمال متوسط	احتمال کم
بروز علائم سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به دنبال عفونت تنفسی فوقانی بیش تر از ۱۰ روز	بروز علائم سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به دنبال عفونت تنفسی فوقانی بیش تر از ۱۰ روز	بروز علائم سرفه، خس خس سینه و تنگی نفس به دنبال عفونت تنفسی فوقانی کمتر از ۱۰ روز
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	دو تا سه حمله در سال
کودک در فواصل حملات، طی بازی یا خنده دچار سرفه، خس خس سینه یا تنگی نفس می شود.	بروز علائم سرفه، خس خس سینه یا تنگی نفس بعضی اوقات در فواصل حملات	در فواصل حملات بدون علائم
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 (صراهنما) را انجام دهید.

درمان آزمایشی (Trial) در کودکان زیر ۶ سال

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

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

اصول استفاده از داروهای استنشاقی در کودکان

استفاده از محفظه مخصوص در کودکان ضروری است و پزشک یا مراقب بهداشتی باید نحوه استفاده صحیح از آن را به شکل زیر به بیمار آموزش دهد.

- ۱) افشانه را از طریق برداشتن در پوش آن، تکان دادن و قراردادن آن در وضعیت عمودی به نحوی که به مدخل محفظه مخصوص متصل باشد، آماده کنید.
- ۲) مخزن افشانه را به پایین فشار دهید و یک پاف از دارو را به داخل محفظه وارد کنید. قسمت دهانی محفظه مخصوص را حدود ۱۰ ثانیه داخل دهان نگه دارید و ۵ بار به طور عادی دم و بازدم انجام دهید.
- ۳) اگر نیاز به بیش از یک پاف دارو است، حداقل ۳۰ ثانیه صبر کنید، بعد مراحل ۲ و ۳ را تکرار کنید. به خاطر داشته باشید که قبل از پاف بعدی محفظه دارو را تکان دهید.
- ۴) برای کودکان زیر ۴ سال که مستقیماً نمی توانند از محفظه مخصوص استفاده کنند از محفظه مخصوص دارای ماسک استفاده می گردد.

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

در هر مورد که کودک بیمار انتقال یا ارجاع فوری داده شده است، پس از ۲۴ ساعت پیگیری صورت گیرد.

پنومونی / بعد از ۲ روز:

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

سوال کنید:

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

درمان:

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

اسهال

اسهال حاد (کم آبی نسبی) / در صورت عدم بهبودی، بعد از ۲ 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 کنید.

سوال کنید:

- آیا اسهال قطع شده است؟
- چند بار در روز دفع مدفوع شل داشته است؟

درمان:

- اگر اسهال هنوز متوقف نشده است (هنوز ۳ بار و بیشتر در روز مدفوع شل دارد) کودک را کامل ارزیابی کنید. در صورت وجود کم آبی آن را درمان کنید. مطابق توصیه های تغذیه ای صفحه ۳۹ اقدام کنید. برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.
- در کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند، پس از ۵ روز رعایت توصیه های تغذیه ای و عدم بهبودی اسهال، در صورت وجود علائم کمبود لاکتاز (وجود اسهال حجیم و آبکی، نفخ، تهوع و استفراغ و سوزش 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 بگوید توصیه های تغذیه ای معمول برای سن کودک را ادامه بدهد.

تب / در صورت تداوم تب، بعد از ۲ روز:

- کودک را طبق چارت ارزیابی و طبقه بندی ارزیابی کنید.
- اگر هنوز تب دارد و در طبقه بندی دیگری قرار می گیرد، درمان را مطابق با دستورات همان طبقه بندی انجام دهید. اگر تب به تنهایی باقی مانده و در طبقه بندی دیگری قرار نمی گیرد ارزیابی بیشتر کنید (جدول ۶ صفحه ۱۴) و در صورت عدم امکان ارزیابی و درمان، بیمار را برای ارزیابی بیشتر ارجاع دهید.

اسهال خونی / بعد از ۲ روز:

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

درمان:

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

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

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

درمان:

- اگر تورم دردناک در پشت گوش با تب بالای ۳۸/۵ درجه سانتیگراد (زیر بغلی) وجود دارد کودک را فوراً انتقال دهید.
- در صورت وجود ترشح چرکی، گوش را به وسیله فتیله گذاری خشک کنید. درمان را با آنتی بیوتیک مناسب ادامه دهید و بیمار ۲ روز دیگر مراجعه کند. 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 موثرترین درمان عفونت مزمن گوش، خشک کردن آن می باشد و اگر گوش کودک را خشک نکند شنوایی او کم خواهد شد. بعد از ۱۴ روز درمان، اگر کودک بهبود پیدا نکرد ارجاع دهید.
- اگر ترشحات چرکی یا تب کمتر شده است، مادر را برای درمان خوب او تحسین کنید و چنانچه درمان با آنتی بیوتیک کامل نشده است به مادر توصیه کنید دوره ۱۴ روز درمان را کامل کند.

گلودرد استرپتوکوکی / در صورت عدم بهبود علائم بعد از ۲ روز

- در صورتی که در گلودرد استرپتوکوکی بعد از ۲ روز تب یا گلودرد یا مشکل غذا خوردن بهبود نیافته یا تشدید شده باشد، ارجاع دهید.

۲ ماهه تا ۵ ساله

مشاوره با مادر

توصیه های تغذیه ای در بیماری:

۲ ماهه تا ۵ ساله

غذا و نحوه تغذیه کودک:

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

اگر کودک خوب رشد نمی کند:

اگر شیرخوار کمتر از ۶ ماه سن دارد:

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

اگر کودک بالای ۶ ماه سن دارد:

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

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

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

- 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 تاکید می شود.
- غذا به دفعات بیشتر و با حجم کمتر به کودک داده شود و از غذاهایی که کودک بیشتر دوست دارد استفاده بیشتری شود.
- در صورت گرفتگی بینی ابتدا بینی را تمیز کرده و بعد غذا داده شود.

اسهال حاد

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

عفونت حاد تنفسی

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

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 (10mg) در سن کمتر از ۶ ماه و 20mg در سن بیشتر از ۶ ماه و فولات (50 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 افزایش تغذیه با شیر مادر
- جایگزین کردن با فرآورده های شیر مانند ماست (در صورت عدم امکان، حداکثر 500ml/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 هر 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.

در صورت عدم مراجعه کودک در زمان مقرر برای پیگیری بیماری، ظرف ۲۴ ساعت آینده پیگیری نمایید.

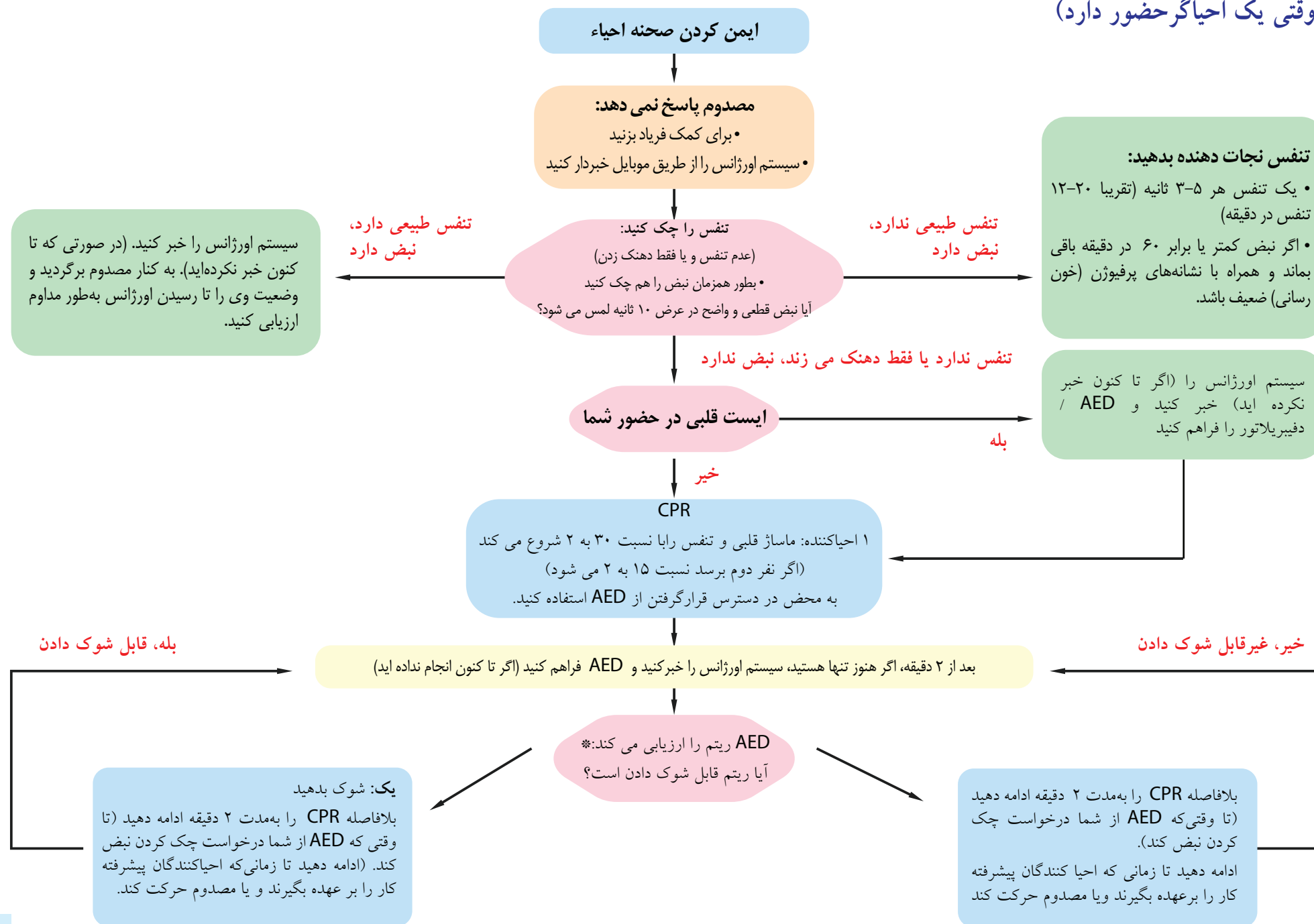
به مادر توصیه کنید اگر کودک هر کدام از نشانه های زیر را داشت، باید فوراً برگردد:

• کودک که مبتلا به هر بیماری است باید فوراً برگردد اگر:	• قادر به نوشیدن یا خوردن شیر مادر نیست • بیماری او شدیدتر شده است • تب کند
• کودک که پنومونی ندارد و دچار سرفه یا سرماخوردگی است، باید فوراً برگردد اگر:	• تنفس تند دارد • تنفس مشکل دارد
• هر کودک مبتلا به اسهال، باید فوراً برگردد اگر:	• دچار بیحالی، خواب آلودگی، بیقراری یا تحریک پذیری شود • اسهال کودک شدیدتر شود • قادر به نوشیدن مایعات و یا خوردن غذا نباشد • تب کند • خون در مدفوع دیده شود • استفراغ مکرر داشته باشد • تشنگی زیاد داشته باشد

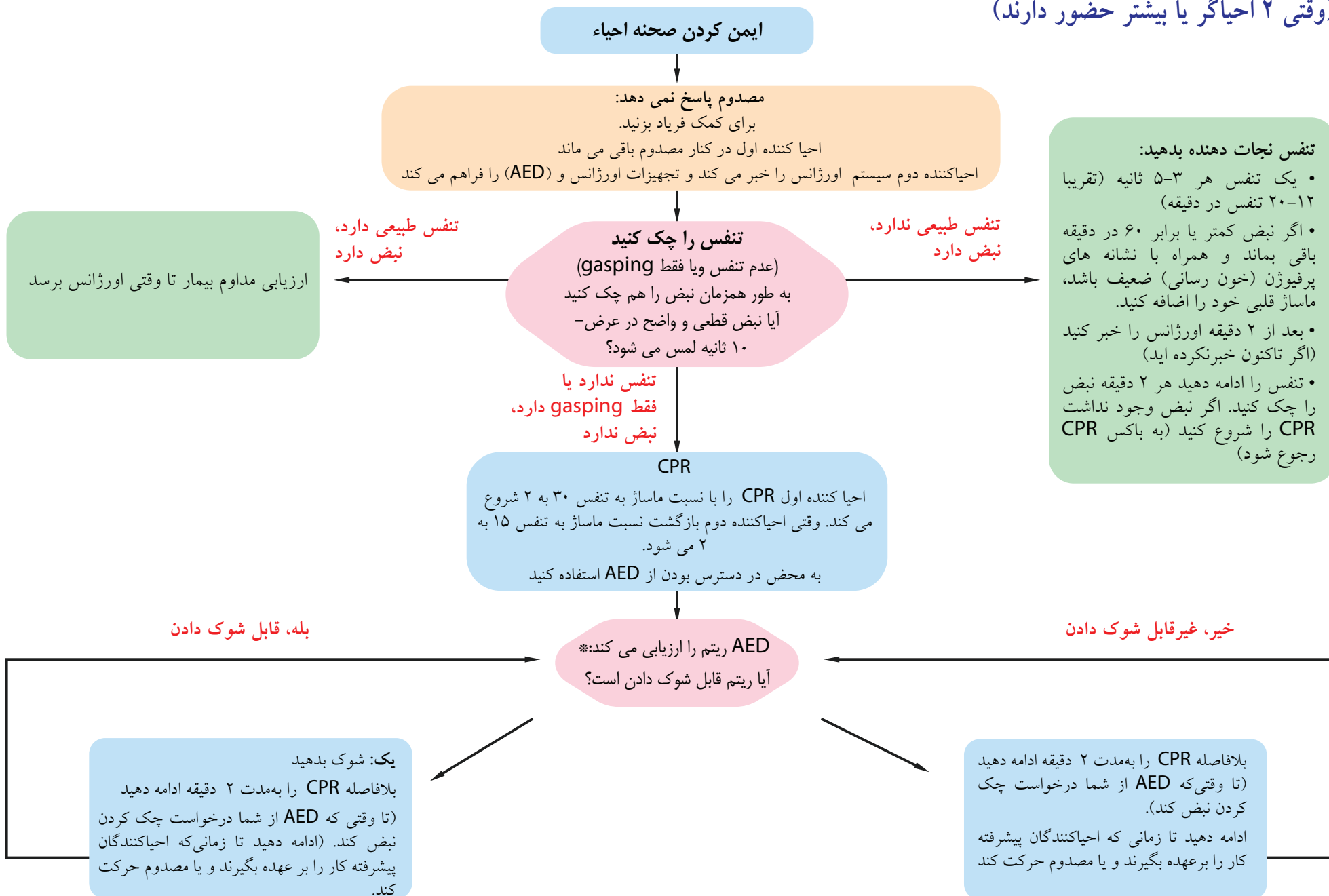
به مادر توصیه کنید اگر کودک هر یک از نشانه های زیر را داشت، برای پیگیری برگردد:

• اسهال حاد (کم آبی نسبی) عفونت حاد گوش گلودرد تب	• در صورت عدم بهبودی، ۲ روز بعد
• پنومونی اسهال خونی	• ۲ روز بعد
• اسهال پایدار عفونت مزمن گوش	• ۵ روز بعد
• اسهال حاد (کم آبی ندارد) مشکلات غذا و نحوه تغذیه سرفه یا سرماخوردگی	• در صورت عدم بهبودی، ۵ روز بعد
• اختلال رشد	• ۱۵ روز بعد (۲ ماه تا یک سال) • ۳۰ روز بعد (بالای یک سال)

(وقتی یک احیاگر حضور دارد)



(وقتی ۲ احیاگر یا بیشتر حضور دارند)



مراقبت‌های ادغام‌یافته ناخوشی‌های اطفال
«مانا»

ویژه پزشکی
۱۳۹۵