

راهنمایی بالینی بر خورد با کودک مبتلا به عفونت تنفسی حاد

تهیه کننده:

دکتر سید ناصرالدین مصطفوی اصفهانی

(فوق تخصص عفونی کودکان - دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

با همکاری:

آقای دکتر محسن رئیسی: (فوق تخصص ریه کودکان؛ دانشیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

آقای دکتر مجید کیوانفر: (فوق تخصص ریه کودکان؛ استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

آقای دکتر محمدعلی پورمیرزائی: (فوق تخصص ریه کودکان؛ استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

آقای دکتر مازیار رحیمی: (فوق تخصص ایمونولوژی و آلرژی کودکان، استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)

تایپ و صفحه آرایی:

سرکار خانم زهرا خانی: (کارشناس ارشد مدیریت آموزشی) و **سرکار خانم مرضیه حسینی:** (کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات)

اسفند ماه ۱۴۰۲

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۳	۱- مقدمه
۴	۲- الگوریتم ۱) برخورد با کودک مبتلا به عفونت حاد تنفسی
۷	۳- الگوریتم ۲) برخورد با کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد + تنگی تنفس خفیف
۹	۴- الگوریتم ۳) درمان کroup تیپیک
۱۰	۵- الگوریتم ۴) برخورد با کودک مبتلا به برونشیت حاد تیپیک
۱۲	۶- الگوریتم ۵) برخورد با کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد و تب بیش از ۴ تا ۵
۱۴	۷- الگوریتم ۶) درمان سرپائی پنومونی باکتریال
۱۵	۸- الگوریتم ۷) بررسی و درمان سرفه شدید و مداوم در کودکان
۱۷	۹- الگوریتم ۸) برخورد با حمله حاد آسم یا سرفه ناشی از آسم در کودکان
۱۸	۱۰- پیوست ۱: علائم مؤید بد حال بودن کودک
۱۸	۱۱- پیوست ۲: موارد مشکوک به آنفلوانزا
۱۹	۱۲- پیوست ۳: اندیکاسیون شروع درمان آنفلوانزا در کودک مشکوک به آنفلوانزا
۲۰	۱۳- پیوست ۴: دوز اسلتامیویر در درمان آنفلوانزا
۲۱	۱۴- پیوست ۵: علائم بالینی مؤید کroup تیپیک و شواهد سایر تشخیص‌های افتراقی
۲۱	۱۵- پیوست ۶: تقسیم بندی شدت کroup
۲۲	۱۶- پیوست ۷: علائم برونشیت حاد تیپیک
۲۲	۱۷- پیوست ۸: شواهد مؤید ماستوئیدیت حاد
۲۳	۱۸- پیوست ۹: درمان فارنژیت استرپتوکوکی در کودکان
۲۳	۱۹- پیوست ۱۰: کرایتریاهای تشخیص اوتیت مدیای حاد باکتریال
۲۴	۲۰- پیوست ۱۱: مواردی از اوتیت مدیای حاد باکتریال که درمان آنتی بیوتیکی لازم دارد
۲۴	۲۱- پیوست ۱۲: درمانهای آنتی بیوتیکی مؤثر بر اوتیت مدیای حاد، سینوزیت باکتریال و پنومونی باکتریال سرپائی در کودکان
۲۵	۲۲- پیوست ۱۳: شواهد مؤید آسم یا معادل‌های آسم
۲۶	۲۳- پیوست ۱۴: تشخیص‌های افتراقی سرفه‌های شدید و مداوم
۲۷	۲۴- پیوست ۱۵: درمان‌های خانگی سرماخوردگی
۲۸	۲۵- پیوست ۱۶: برخورد با ترس ناشی از تب در والدین
۲۹	۲۶- پیوست ۱۷: درمان علامتی تب و درد در کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد
۳۰	۲۷- پیوست ۱۸: درمان علامتی سرفه در کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد
۳۰	۲۸- پیوست ۱۹: درمان علامتی آبریزش بینی در کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد
۳۱	۲۹- پیوست ۲۰: درمان علامتی گرفتگی بینی در کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد
۳۱	۳۰- پیوست ۲۱: شواهد مؤید برونشیت شدید
۳۲	۳۱- پیوست ۲۲: تعیین شدت حمله آسم در کودکان
۳۲	۳۲- پیوست ۲۳: دستورالعمل نحوه استفاده از اسپری در کودکان
۳۳	۳۳- پیوست ۲۴: انواع فرآورده‌های آموکسی سیلین کلاولونات و نحوه تهیه فرآورده با نسبت آموکسی سیلین به کلاولونات ۱۴ به یک

به نام خدا

مقدمه:

بدون شك عفونت‌های تنفسی شایعترین علت مراجعه کودکان به پزشکان عمومی و متخصصان کودکان می‌باشد. در طی سالهای اخیر دستورالعمل‌های تشخیص و درمان این بیماران تغییرات زیادی کرده است.

هدف از تهیه این کتاب آشنایی پزشکان درمان کننده کودکان با آخرین دستورالعمل‌های پزشکی در تشخیص و درمان عفونت‌های تنفسی حاد در کودکان می‌باشد. در تدوین این راهنمای بالینی سعی شده است از بیان مطالب پیچیده و سخت پرهیز شود و مطالب به شیوه آسان و قابل فهم و البته دقیق و مبتنی بر آخرین توصیه‌های پزشکی باشد.

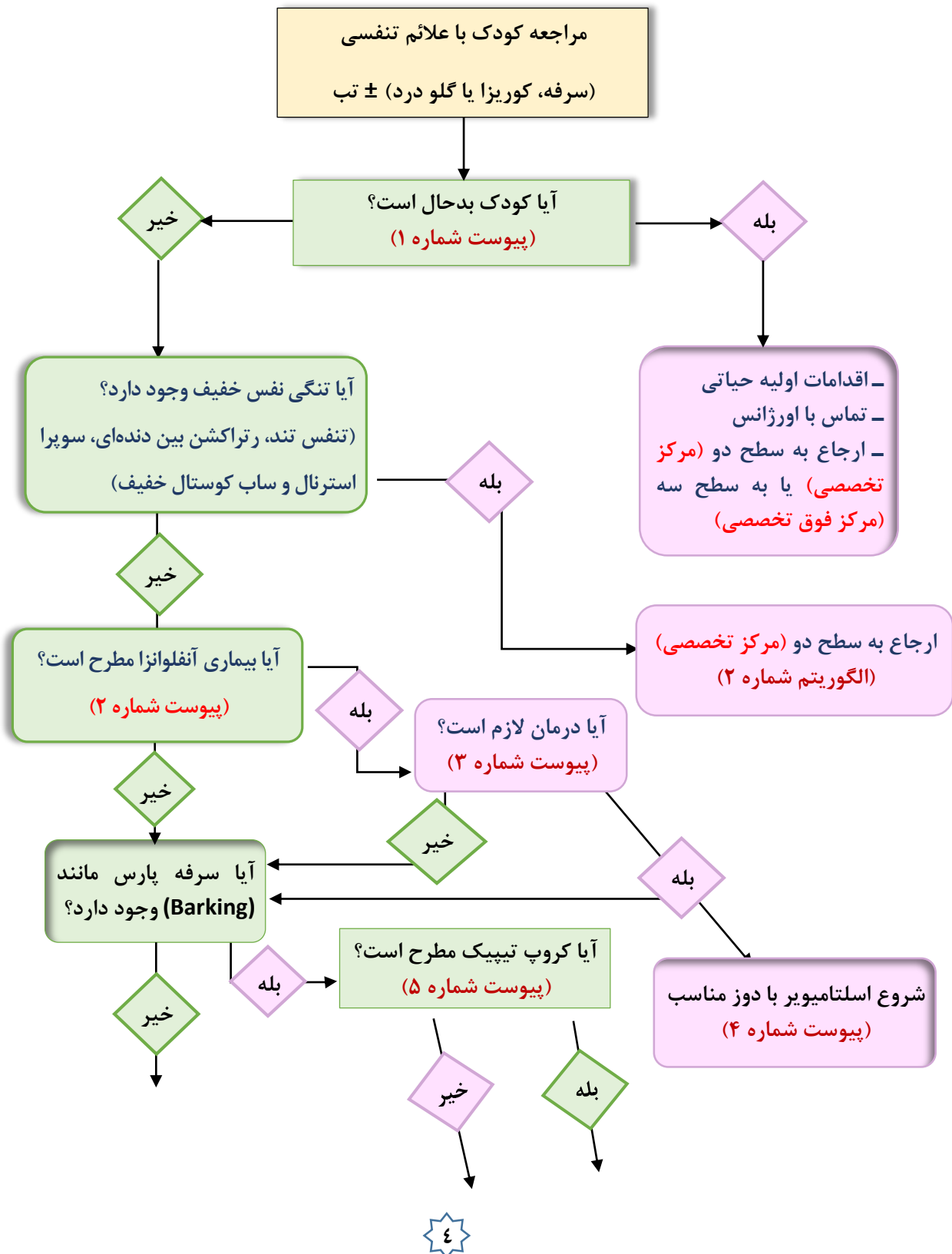
بدون شك هیچ کاری کامل و بدون اشکال نمی‌باشد. از همه همکاران و اساتید محترم خواننده این نوشتار درخواست می‌نمایم تا در جهت دقیق‌تر شدن و روان‌تر شدن دستورالعمل‌ها، نکات مورد نظر خود را بدون درنگ به اینجانب (n_mostafavy@med.mui.ac.ir) اطلاع رسانی فرمائید تا در ویرایش‌های بعدی مورد اصلاح قرار گیرد.

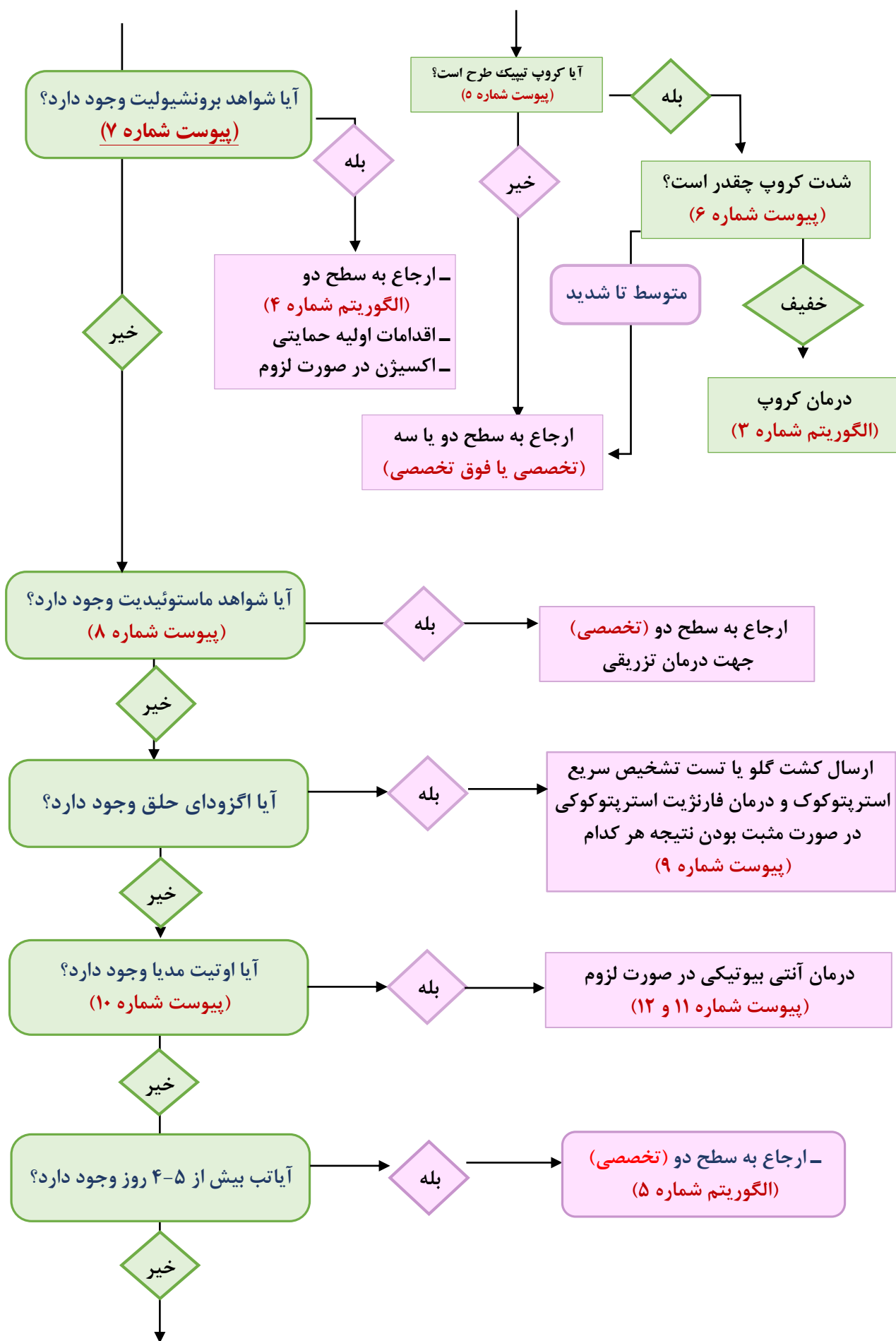
دکتر سید ناصرالدین مصطفوی اصفهانی

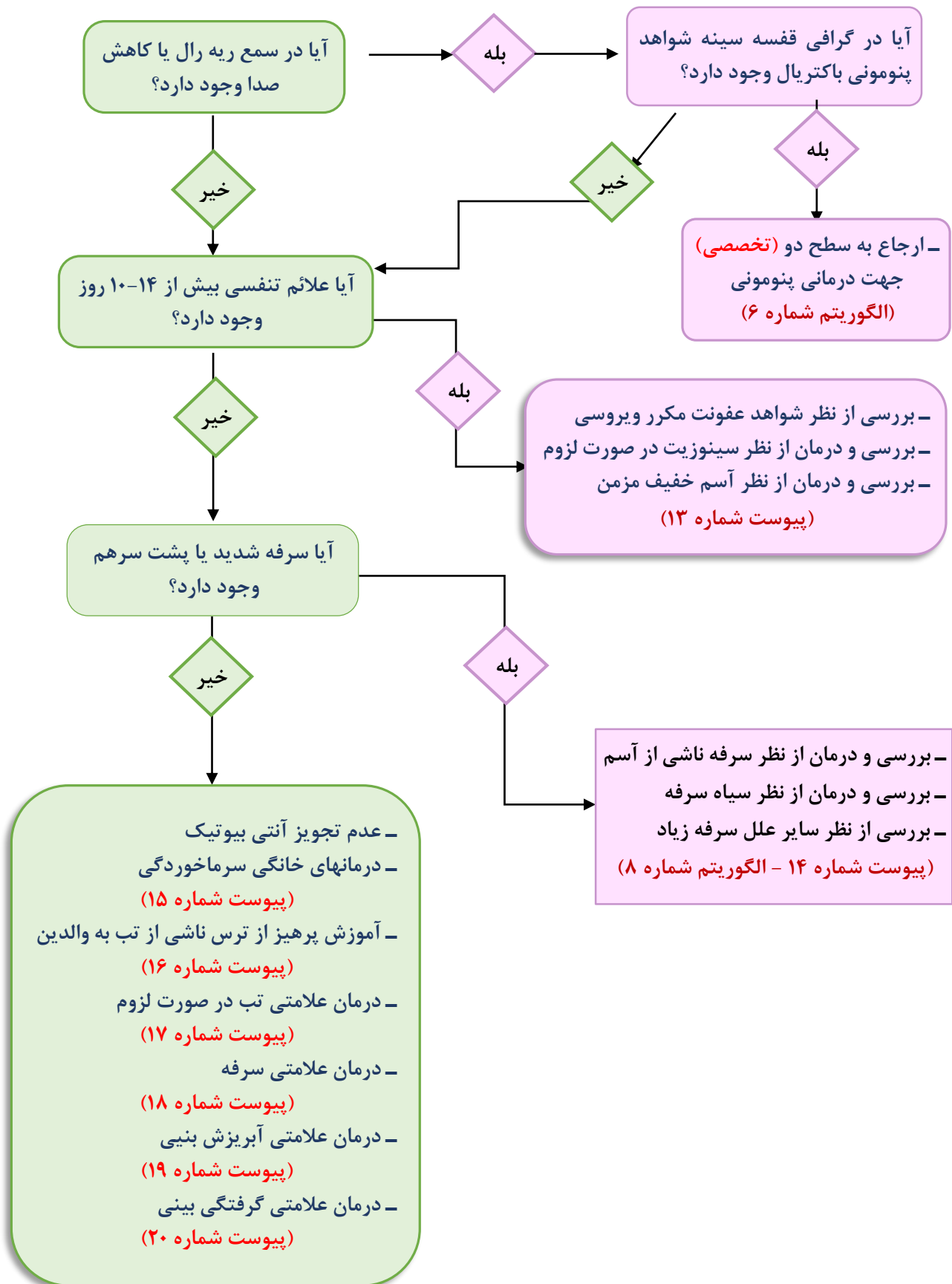
اسفند ۱۴۰۲

الگوریتم ۱

برخورد با کودک مبتلا به عفونت حاد تنفسی

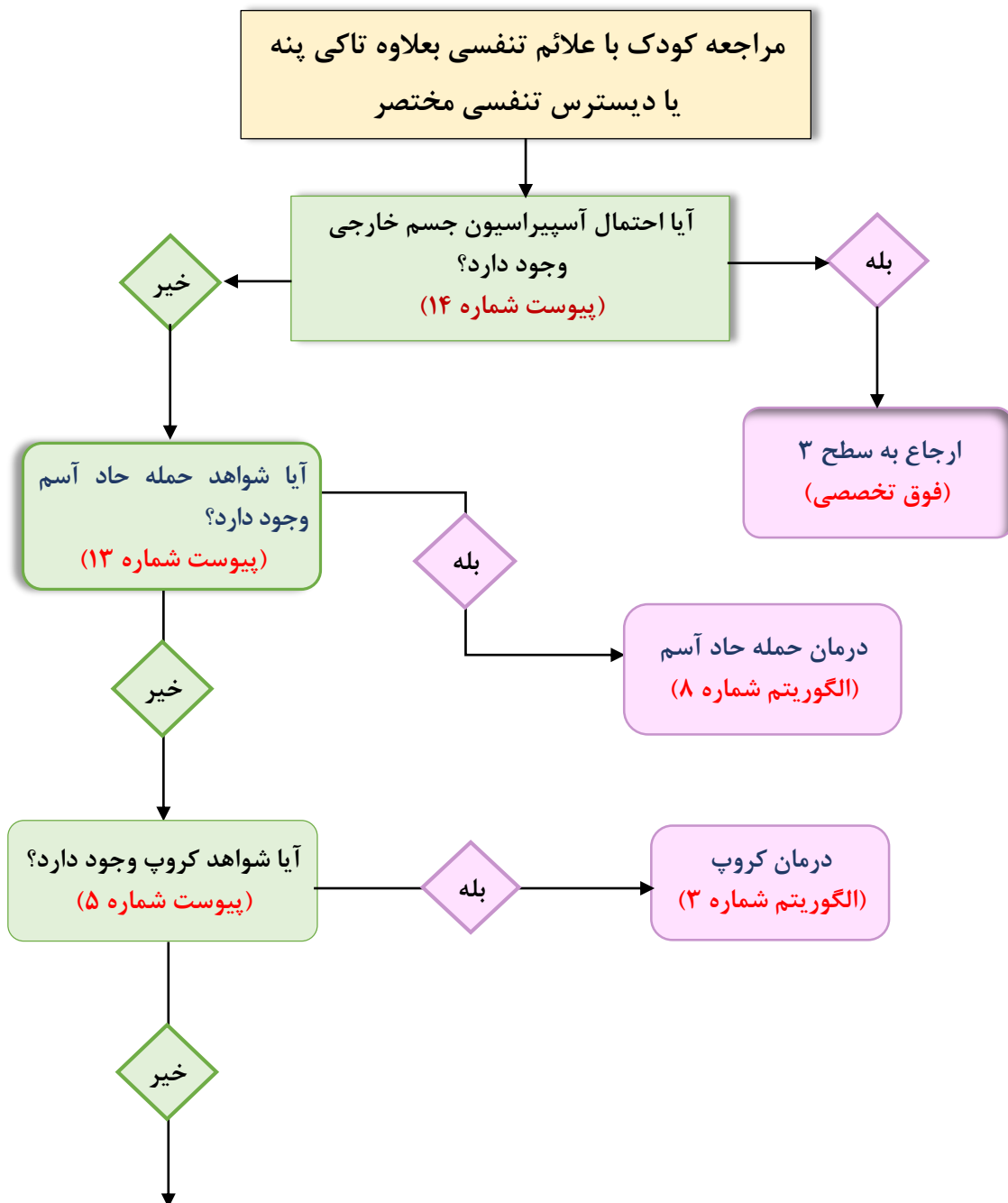


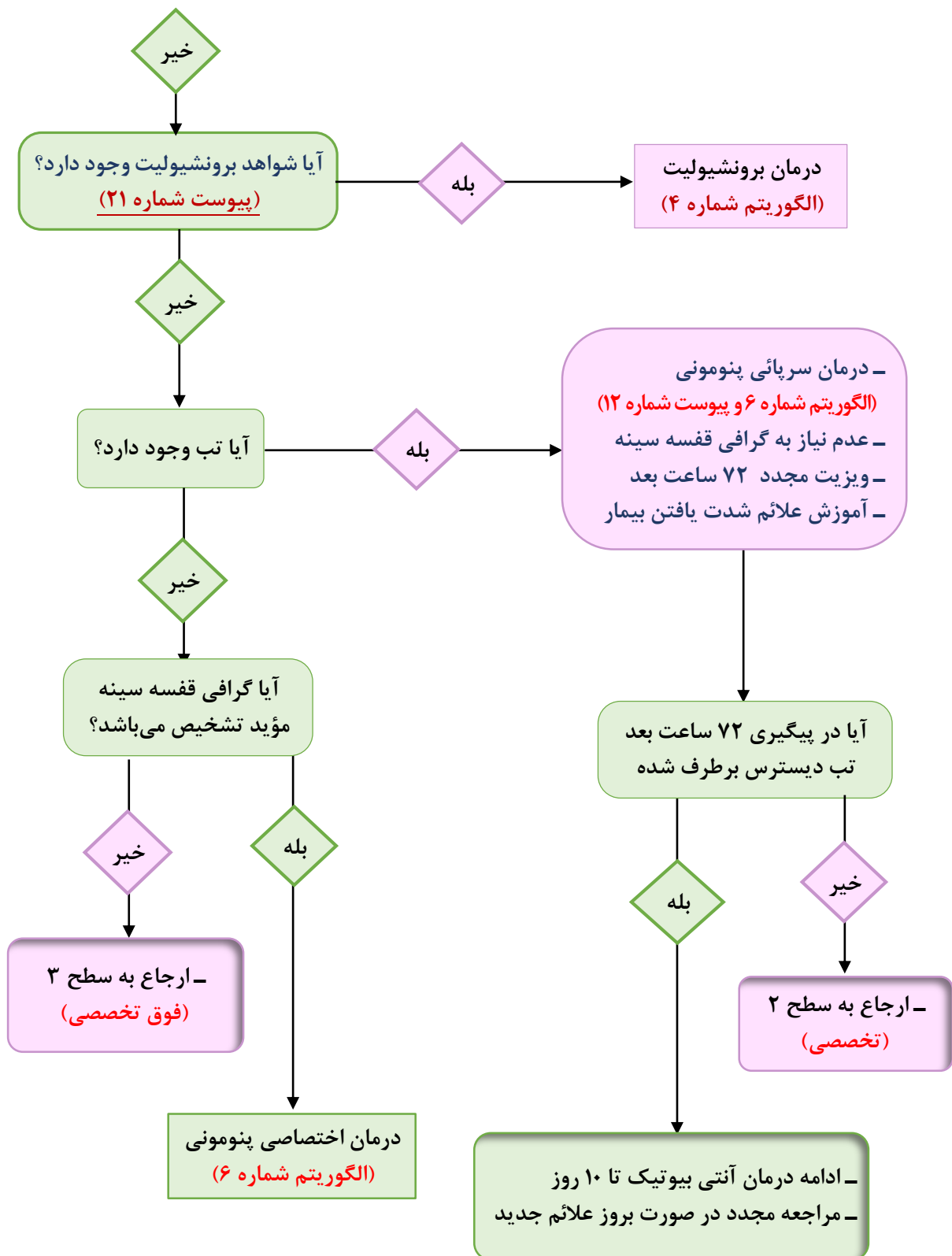




الگوریتم ۲

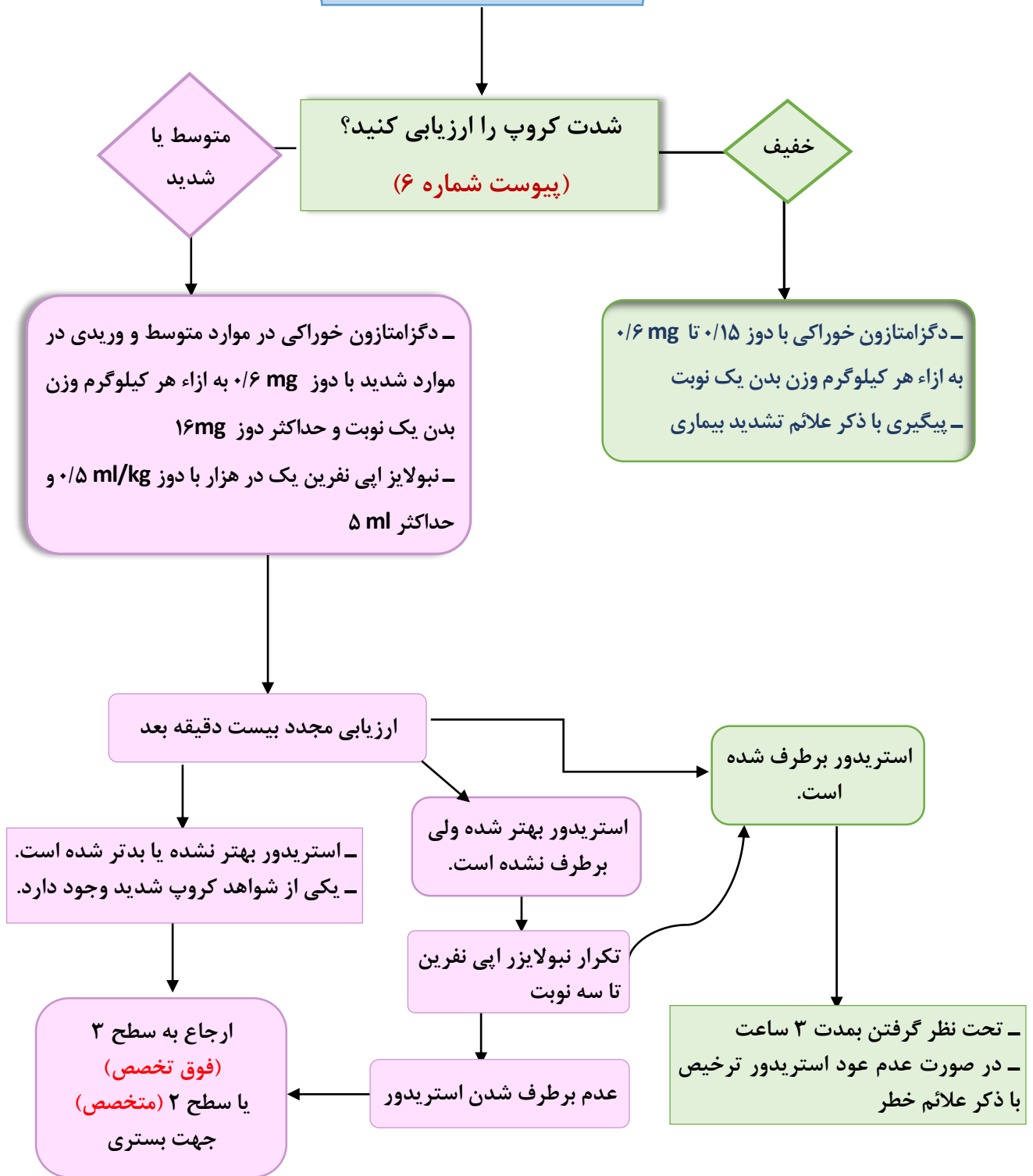
- برخورد با کودک مبتلا به علائم تنفسی به علاوه تنگی نفس خفیف
(تاکی پنه، رتراکشن مختصر)





الگوریتم ۳

درمان کroup تیپیک



الگوریتم ۴

برخورد با کودک مبتلا به برونشیت حاد تیپیک

- ترشحات بینی را با پوار و قطره کلورسدیم ساکشن کنید.
- وضعیت تغذیه کودک را بررسی کنید.
- درصد اکسیژن فوق شریانی را چک کنید و در صورت مقادیر کمتر از ۹۰٪ اکسیژن جلوی بینی داده شود.

۲۰ دقیقه بعد مجدداً ارزیابی کنید

آیا بیماری شدید وجود دارد؟
(پیوست شماره ۲۱)

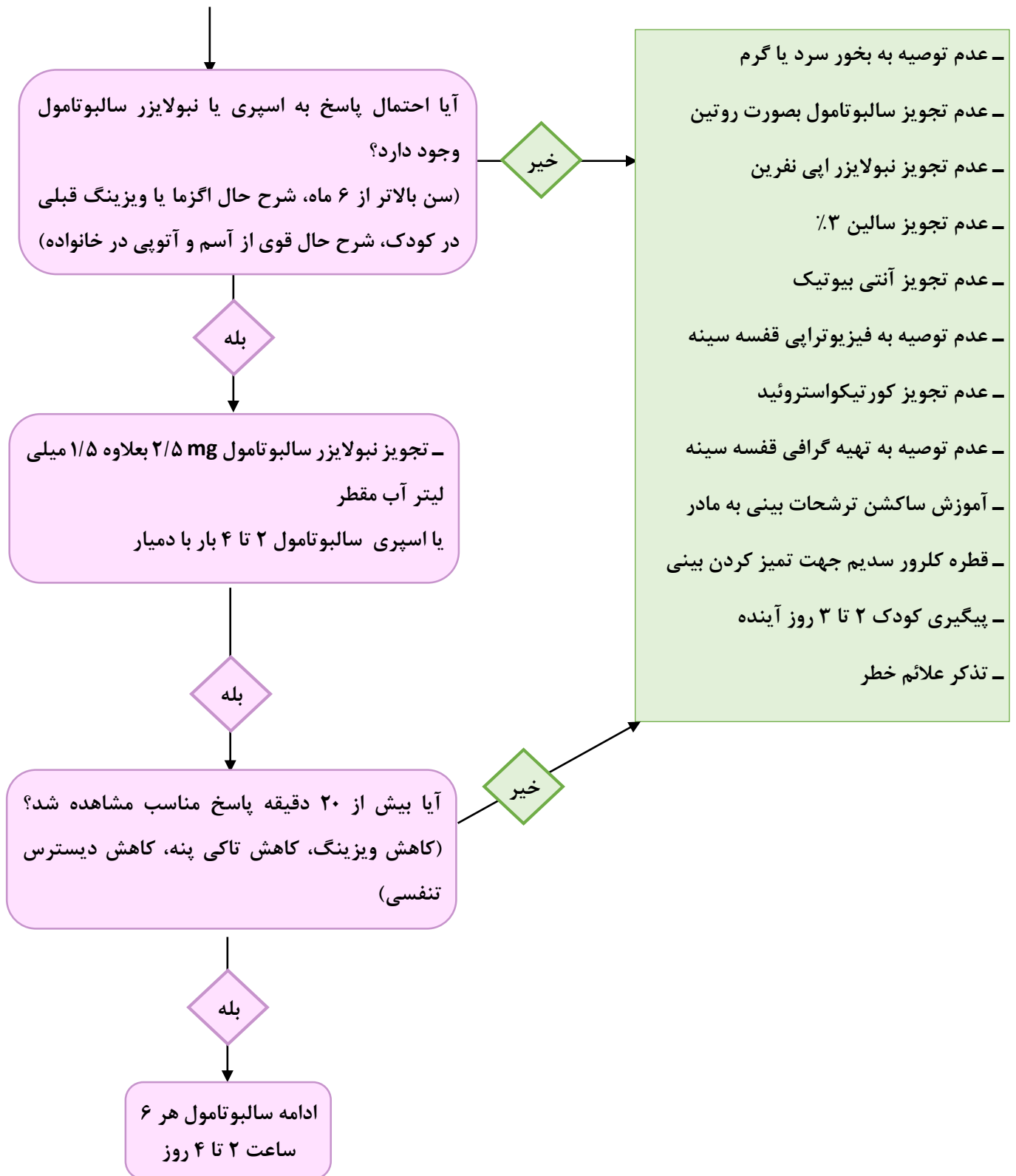
خیر

آیا بیماری زمینه‌ای مستعد کننده بیماری شدید وجود دارد؟
(شامل بیماری قلبی، دیسپلازی برونکوپولمونی، بیماری نورولوژیک و یا نقص ایمنی)

خیر

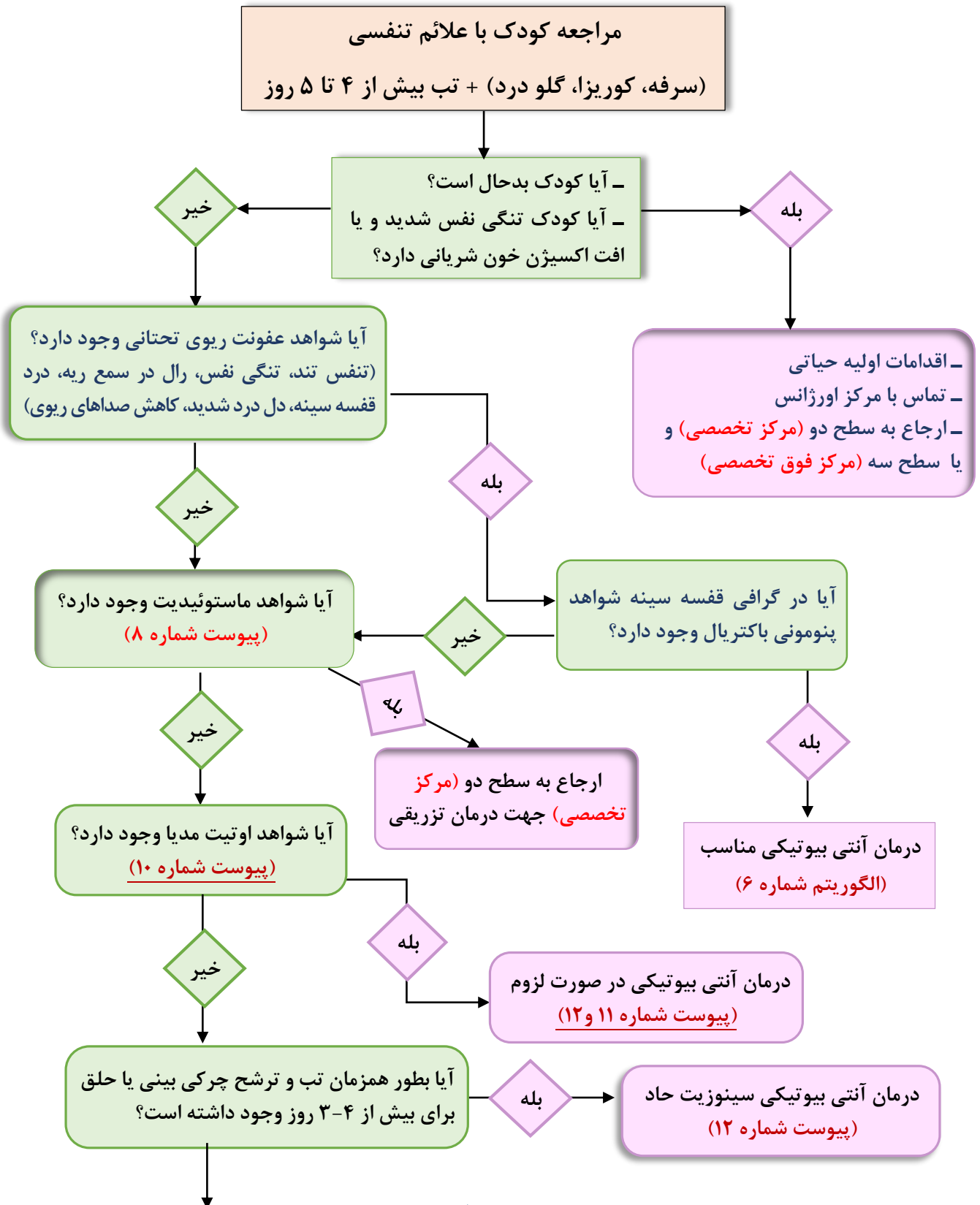
بله

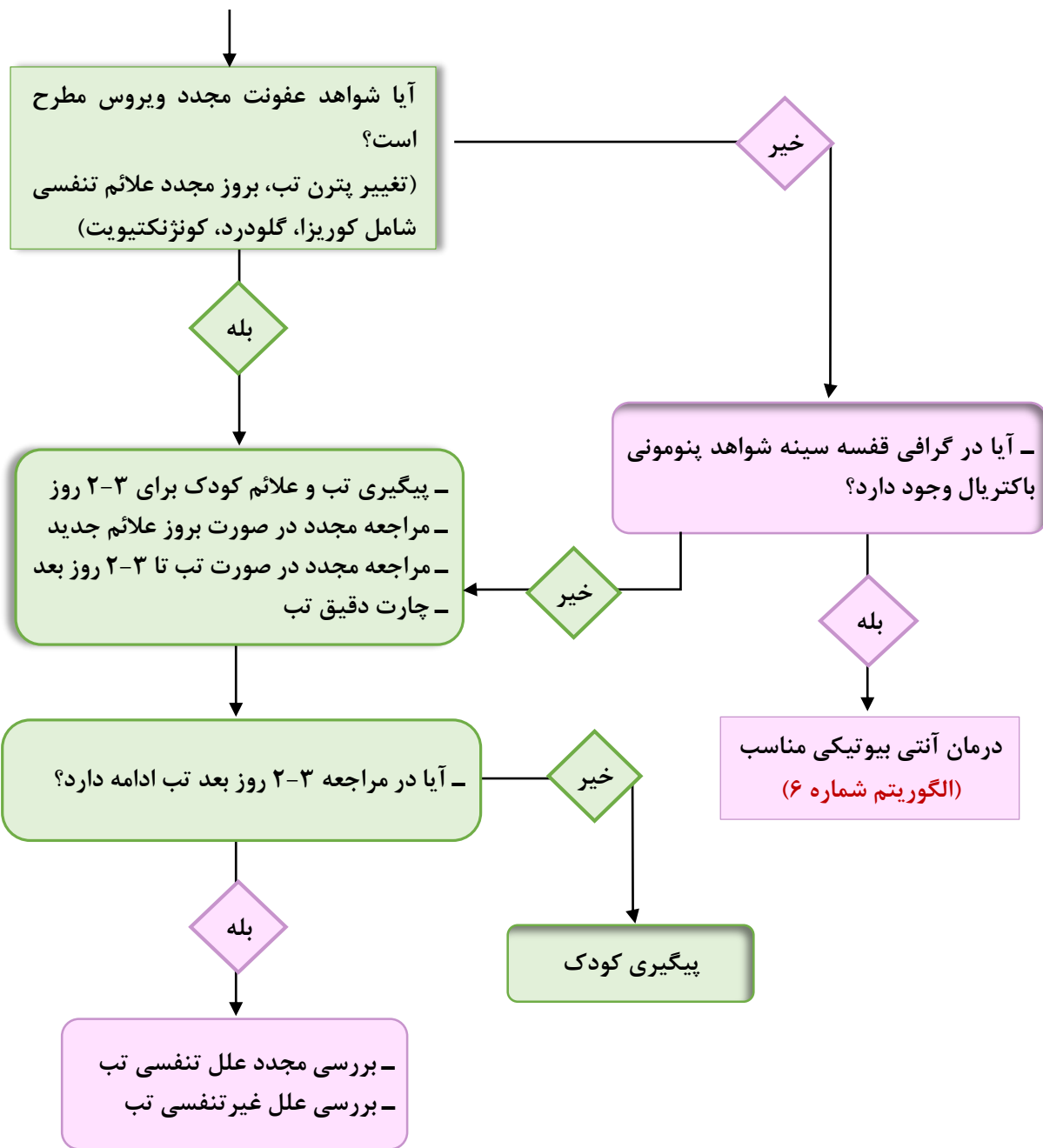
ارجاع به بیمارستان سطح دو
(متخصص) جهت بستری



الگوریتم ۵

برخورد با کودک دارای علائم تنفسی و تب بیش از ۴ تا ۵ روز

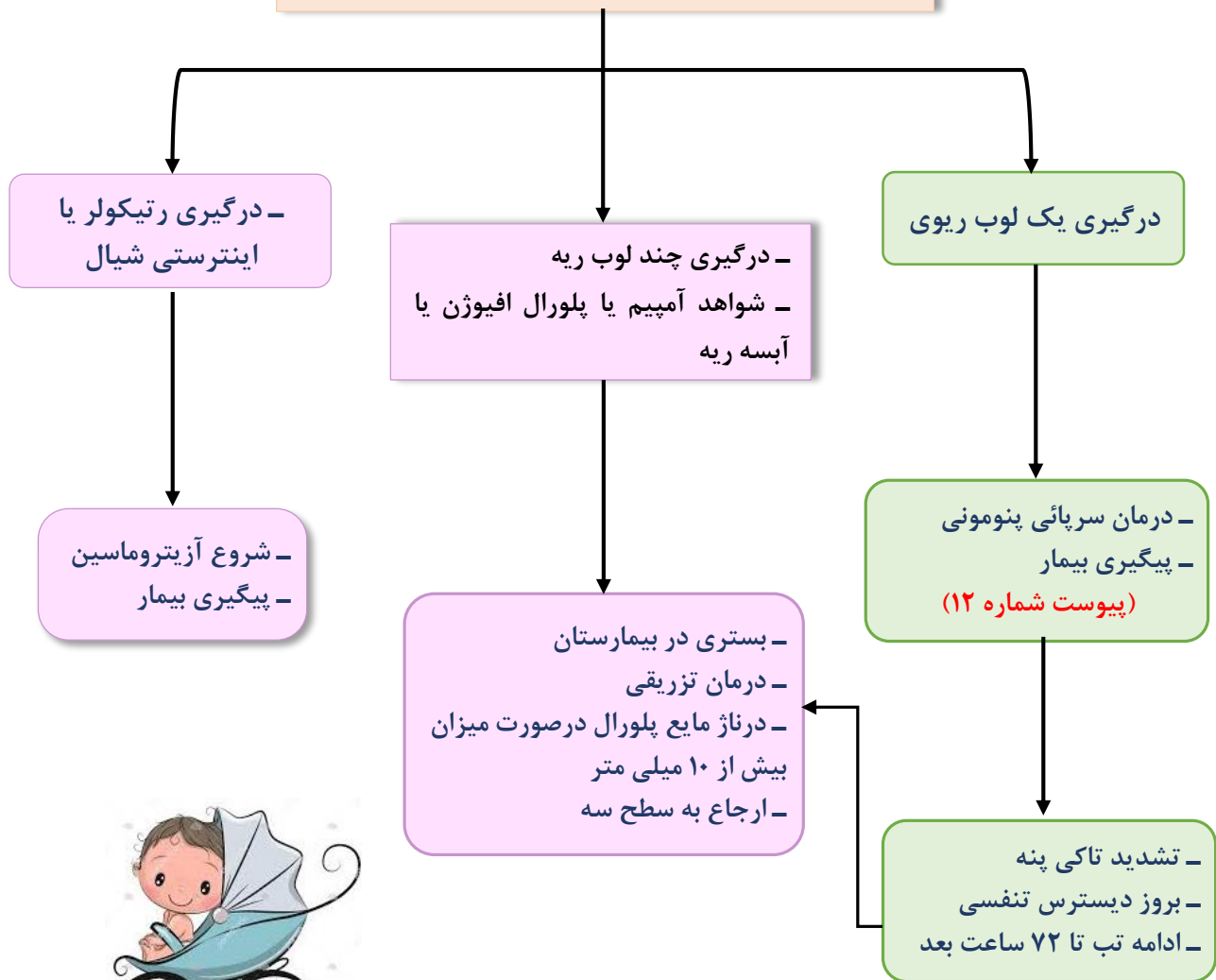




الگوریتم شماره ۶

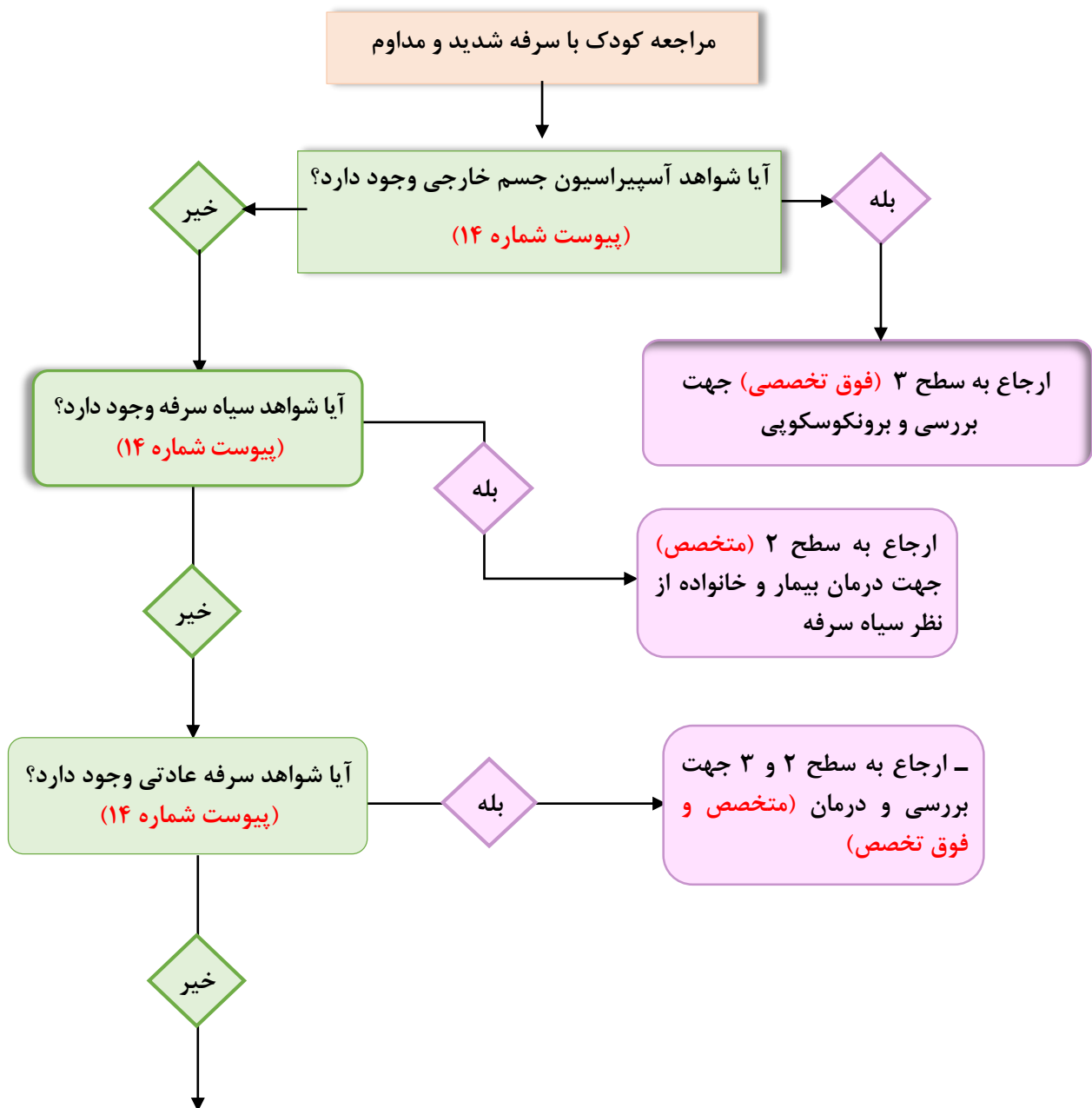
درمان پنومونی

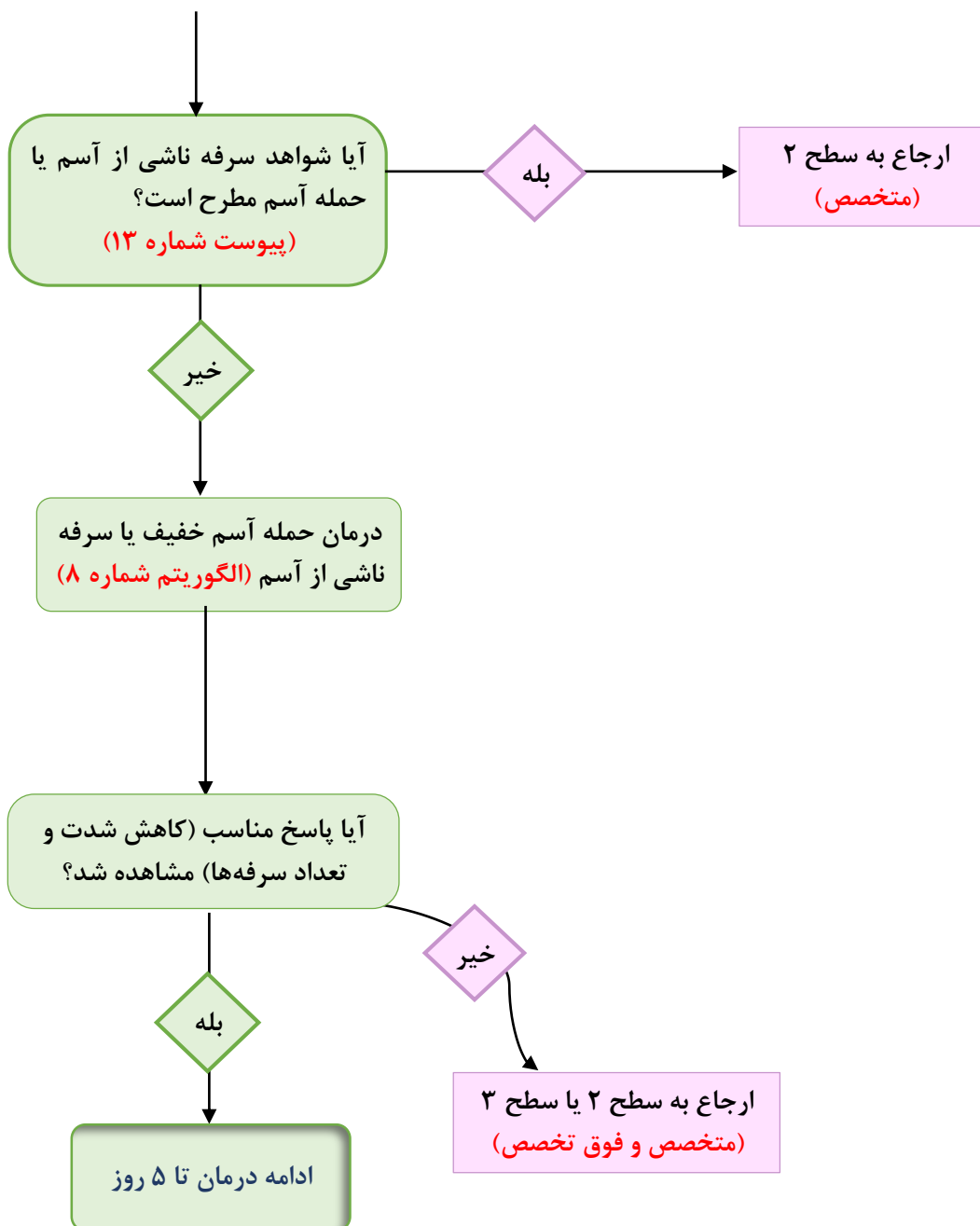
نوع درگیری ریوی در گرافی قفسه سینه چگونه است؟



الگوریتم ۷

بررسی و درمان سرفه شدید و مداوم در کودک مبتلا به علائم حاد تنفسی





الگوریتم ۸

بر خورد با حمله حاد آسم یا سرفه ناشی از آسم در کودکان



پیوست شماره ۱

علائم مؤید بدحال بودن کودک

- ۱- شواهد شوک سپتیک: تاکی کاردی، تاکی پنه، افت فشار خون، نبض های ضعیف، انتهای سرد، مدت پرشدن مویرگی بیش تر از ۳ ثانیه، افت هوشیاری
- ۲- شواهد درگیری مغزی: کاهش هوشیاری، تشنج استاتوس، سردرد شدید، علائم درگیری مغز شامل سفتی گردن، کرنیگ، برودزنسکی
- ۳- شواهد نارسائی تنفس: دیسترس شدید تنفس، سیانوز، آپنه، افت درصد اشباع خون شریان به کمتر از ۹۰٪

پیوست شماره ۲

موارد مشکوک به آنفلوانزا

- در فصل آنفلوانزا (اواسط آبان ماه تا اواسط فرودین سال بعد) در هر کودک با یکی از شرایط زیر بایستی به آنفلوانزا شک کرد:
- تب تنها در سن زیر یک سالگی
 - تب و علائم تنفسی حاد (سرفه، کوریزا، گلودرد)
 - تب و تشدید بیماری زمینه ای ریوی (مانند آسم، فیبروز سیستیک)
 - پنومونی کسب شده از جامعه

پیوست شماره ۳

اندیکاسیون شروع درمان آنفلوانزا در کودک مشکوک به آنفلوانزا

۱- بستری در بیمارستان

۲- بیماری شدید و پیشرونده

۳- ریسک بالای عوارض شامل: نقص ایمنی، چاقی $BMI \geq 40$ ، سکونت در مراکز نگهداری کودکان، مصرف دراز مدت آسپیرین، سن زیر ۵ سال و بویژه زیر دو سال، بیماری مزمن زمینه ای (ریوی، قلبی، کلیوی، کبدی، خونی، غددی، متابولیک، عصبی)

۴- تمایل والدین به درمان

توضیح: درمان در ۱۲ الی ۴۸ ساعت اول شروع علامت تأثیر دارد و هر چه زودتر شروع شود مؤثرتر است و بعد از ۴۸ ساعت بجز در بیماران بسیار بدحال و یا بیماران مبتلا به نقص ایمنی نیاز به شروع درمان نمی‌باشد.

پیوست شماره ۴

دوز اسلتامیویر



– سن بالاتر از یک سال:

- وزن زیر ۱۵ کیلوگرم: ۳۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت
- وزن ۱۵–۲۳ کیلوگرم: ۴۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت
- وزن ۲۳–۴۰ کیلوگرم: ۶۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت
- وزن بالاتر از ۴۰ کیلوگرم: ۷۵ میلی گرم هر ۱۲ ساعت

– سن کمتر از یک سال:

- شیرخواران نارس تا رسیدن به سن حاملگی ۴۰ هفتهگی: ۱/۵–۱ mg/kg/dose هر ۱۲ ساعت
- سن کمتر از ۹ ماه: ۳ mg/kg/dose هر ۱۲ ساعت
- سن بالاتر از ۹ ماه: ۳/۵ mg/kg/dose هر ۱۲ ساعت

توضیح یک: مدت درمان ۵ روز می باشد.

توضیح دو: در مواقعی که فرآورده شربت ۶۰ میلی گرم این دارو موجود نمی باشد می توان محتویات کپسول ۷۵ میلی گرمی را در مایعات شیرین حل کرد و به صورت خوراکی به کودکان داد.

پیوست شماره ۵

علائم بالینی مؤید کroup و شواهد سایر تشخیص ها مانند جسم خارجی

تشخیص	سن	نحوه شروع	سیانوز و هیپوکسی	زمان استریدور
کroup تیپیک	۶ ماه تا ۳ سال	تدریجی و در روز دوم تا سوم سرماخوردگی	غیرمعمول	دم *
تشخیص های افتراقی (جسم خارجی ...)	زیر ۶ ماه و بالای ۳ سال	حاد و بدون شواهد سرماخوردگی	معمول	دم و بازدم

* استریدور در کroup شدید می تواند دمی و بازدمی باشد.

پیوست شماره ۶

تقسیم بندی شدت کroup

شدت کroup	استریدور در حالت استراحت	تاکی پنه و دیستوس تنفسی	سطح هوشیاری	هیپوکسی و سیانوز
خفیف	ندارد	ندارد	نرمال	ندارد
متوسط	دارد	خفیف دارد	نرمال - کمی بیقرار	ندارد
شدید	شدید و در دم و بازدم دارد	قابل توجه دارد	خواب آلود یا شدیداً بیقرار	دارد

پیوست شماره ۷

علائم برونشولیت حاد تیپیک

شواهد مؤید بیماری برونشولیت حاد تیپیک (همه شرایط بایستی وجود داشته باشد)

- سن زیر دو سال (اغلب زیر یکسال)
- وجود یک تا سه روز علائم سرماخوردگی (کوریزا - سرفه)
- سرفه مداوم
- تاکی پنه یا دیسترس تنفسی در معاینه
- سمع ویز یا کراکل یا هر دو در معاینه ریه
- تب می تواند وجود داشته باشد.
- کم شیر خوردن می تاند وجود داشته باشد.
- در سن زیر ۸ ماه، علائم شدید و می تواند همراه آپنه باشد.

پیوست شماره ۸

شواهد مؤید ماستوئیدیت حاد

هر کدام از علائم زیر :

- تندرns شدید ناحیه ماستوئید
- اریتم، تورم و گرمی ناحیه ماستوئید
- رانده شدن رو به جلو لاله گوش

پیوست شماره ۹

درمان فارنژیت استرپتوکوکی

هر کدام از موارد زیر :

- قرص یا شربت پنی سیلین وی جهت وزن زیر ۲۷ کیلوگرم ۲۵۰ میلی گرم و بالای وزن ۲۷ کیلوگرم ۵۰۰ میلی گرم هر ۸-۱۲ ساعت به مدت ۱۰ روز کامل
 - کپسول یا شربت آموکسی سیلین معادل ۵۰ mg/kg/day حداکثر ۱۰۰۰mg در روز در یک یا دو دوز منقسم به مدت ۱۰ روز کامل
 - آمپول بنزاتین پنی سیلین G جهت وزن زیر ۲۷ کیلوگرم ۶۰۰,۰۰۰ واحد و جهت وزن بالاتر از ۲۷ کیلوگرم ۱,۲۰۰,۰۰۰ واحد بصورت عضلانی تک دوز
- توضیح:** فارنژیت استرپتوکوکی اغلب در سن بالاتر از ۵ سال دیده می شود و در سن زیر ۳ سال بندرت دیده می شود.



پیوست شماره ۱۰

کرایتریاهای اوتیت مدیای حاد باکتریال

هر کدام از موارد زیر:

- برآمدگی (Bulging) متوسط یا شدید پرده صماخ
- خروج ترشح چرکی از گوش (اتوره) بدون وجود اوتیت خارجی
- برآمدگی (Bulging) خفیف پرده صماخ بعلاوه یکی از موارد زیر: اریتم شدید پرده صماخ، درد گوش

پیوست شماره ۱۱

مواردی از اوتیت مدیای حاد و باکتریال که درمان آنتی بیوتیکی لازم است انجام شود:

- اوتیت مدیای دارای پارگی پرده صماخ
- اوتیت مدیای حاد در سن زیر ۶ ماه
- اوتیت مدیای دو طرفه در سن زیر دو سال
- علائم شدید اوتیت مدیای حاد شامل تب بالاتر از 38.5° سانتی گراد یا گوش درد شدید
- مدت علائم بالینی بیش تر از ۴۸ تا ۷۲ ساعت
- بیماران مبتلا به نقص ایمنی یا اختلالات کرانیوفاسیال مانند شکاف گام

پیوست شماره ۱۲

درمانهای مؤثر به اوتیت مدیای و سینوزیت در کودکان



- آموکسی سیلین با دوز 90 mg/kg/day در دو دوز منقسم به مدت ده روز (حداکثر دوز روزانه 3 mg/kg/day)
- کوآموکسی کلاو با نسبت آموکسی سیلین بر کلارولونات سدیم ۱۴ به ۱ با دوز آموکسی سیلین 90 mg/kg/day در دو دوز منقسم به مدت ۱۰ روز (حداکثر دوز روزانه 3 gr/day) (پیوست شماره ۲۴)
- آمپول سفتریا کسون با دوز $75-50 \text{ mg/kg/day}$ بصورت تک دوز روزانه برای یک تا سه روز متوالی در موارد عدم تحمل خوراکی یا عدم پاسخ به درمان خوراکی اولیه
- قرص لووفلوکساسین با دوز 20 mg/kg/day در دو دوز منقسم جهت تعیین زیر ۵ سال و با دوز 10 mg/kg/day در یک روز روزانه جهت سنین بالاتر از ۵ سال
- سفورکسیم با دوز 30 mg/kg/day در دو دوز منقسم حداکثر 1 gr/day

پیوست شماره ۱۳

شواهد شدید آسم یا معادل‌های آسم (Cough Variant Asthma/ episodic wheezing)

- تشدید سرفه در اوائل خواب در نیمه شب
- سرفه شدید صبحگاهی (پیک سرفه ساعت ۶ صبح می‌باشد)
- بدتر شدن سرفه با فعالیت و سرما
- سابقه حملات مشابه در قبل
- سابقه پاسخ مناسب به برونکودیلاتور در گذشته
- سابقه آسم و آتوپی در خانواده
- ویزینگ یا بازدم طولانی در سمع ریه
- رد سایر علل سرفه زیاد (جسم خارجی، سرفه عادت‌ی و...)

تشخیص افتراقی سرفه های شدید و مداوم

شواهد زیر تشخیصی	تشخیص
<p>هر کدام از موارد زیر :</p> <ul style="list-style-type: none"> - شرح حال بروز حالت خفگی حین تغذیه قبل از شروع سرفه ها - ویزینگ مونوفونیک یا یکطرفه - کاهش صدای یکطرفه ریوی - سرفه ناگهانی بدون شواهد عفونت تنفس فوقانی 	جسم خارجی
<ul style="list-style-type: none"> - شرح حال سرفه شدید در یکی از افراد خانواده طی یک ماه اخیر - سرفه های پشت سرهم حین یک بازدم (سرفه پاروگزیسمال) - سیانوز بعد سرفه ها - استفراغ بعد سرفه ها - خستگی و بی حالی مفرط بعد از حمله سرفه - صدای whoop در پایان حمله سرفه - فقدان تب - معاینات نرمال در بین حملات - تشدید حملات با تغذیه 	سیاه سرفه
<ul style="list-style-type: none"> - فقدان سرفه در شب - اکثراً سن ۴ تا ۱۸ سال - تشدید سرفه در مکانهای شلوغ و موقع مراجعه به پزشک - معاینات و بررسی نرمال - سرفه های کوتاه، منفرد و خشک یا بلند و خشن 	سرفه عادت‌ی

درمانهای خانگی سرماخوردگی

این اقدامات اثر اثبات شده ندارد ولی ضرر هم ندارند و کم هزینه هستند و در جوامع مختلف از قدیم توصیه می شوند و قابل توصیه می باشند.

- ❖ مصرف مایعات کافی (آب سیب - آب لیموشیرین)
- ❖ مصرف مایعات گرم شامل سوپ مرغ، چای، شیر گرم
- ❖ ساکشن ترشحات بینی با پولار
- ❖ قطره یا اسپری کلروسدیم بصورت مکرر در بینی یا شست و شوی مکرر بینی با سرم نرمال سالین
- ❖ بخور سرد (و نه بخور گرم)
- ❖ جهت کاهش سرفه ها : مایعات گرم، عسل در بالای یکسال و زیر ۵ سال $2/5^{\text{CC}}$ هر ۸ ساعت و بالای ۵ سال 5^{CC} هر ۸ ساعت در آب نیم گرم)، آب نباتهای سفت (در سن بالای ۶ سال)، آدامس های ضدسرفه (در سن بالای ۶ سال)

برخورد با ترس ناشی از تب در والدین

نکات زیر بایستی به والدین آموزش داده شود :

- تب یک پاسخ طبیعی بدن به عفونت می باشد که می تواند باعث کاهش رشد میکروارگانیسم ها و افزایش پاسخ ایمنی بدن شود.
- در اکثر موارد نیازی به کاهش تب بدن وجود ندارد.
- تب باعث بدتر شدن بیماری نمی شود.
- تشنج ناشی از تب نوعی بیماری ژنتیکی می باشد که فقط در درصد کمی از کودکان و در جریان بیماری تب دار اتفاق می افتد.
- تشنج ناشی از تب با کاهش تب قابل جلوگیری نمی باشد.
- تشنج ناشی از تب در ساعات اولیه تب و عمدتاً در ۲۴ ساعت اول تب می باشد و پس از آن احتمال کمی جهت وقوع دارد.
- تشنج ناشی از تب بیماری خوش خیمی می باشد و تا کنون عارضه ای حین تشنج و یا در دراز مدت در این کودکان اتفاق نیفتاده است.
- هدف از مصرف داروی ضد تب کاهش درد و بی حالی و بی اشتها می باشد.
- نیازی به بیدار کردن کودک خواب جهت تجویز داروی ضد تب وجود ندارد.
- نیازی به چک درجه تب بعد از مصرف ضد تب نمی باشد.
- درمان تب با مصرف مایعات بیشتر و کاهش فعالیت می باشد.

درمان علامتی تب و بدن درد و گلودرد در کودک مبتلا به علائم تنفسی حاد

- فرم خوراکی یا شیاف استامینوفن با دوز ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن هر ۴ تا ۶ ساعت
 - ❖ حداکثر دوز دارو در ۲۴ ساعت در سن زیر ۳ ماه 40 mg/kg/day و در سن ۳ تا ۲۴ ماه 60 mg/kg/day و در سن بالای ۲۴ ماه 90 mg/kg/day می باشد.
 - ❖ حداکثر دوز دارو در ۲۴ ساعت در بالغین ۴ گرم می باشد.
- فرم خوراکی یا شیاف ایبوپروفن در سن بالای ۶ ماه با دوز $5-10 \text{ mg/kg/dose}$ و حداکثر ۶۰۰ میلی گرم هر ۶-۸ ساعت
 - ❖ حداکثر دوز دارو در ۲۴ ساعت 40 mg/kg/day می باشد.
 - ❖ بایستی توصیه شود که دارو همراه غذا مصرف شود.
- سایر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی شامل دیکلوفناک و استروئیدها نظیر دگزامتازون نباید در کودکان مصرف شود.
- درمان همزمان با استامینوفن و بروفن توصیه نمی شود.
- درمان با هردو دارو بصورت یکی در میان (هر ۳ ساعت یکی از این دو دارو) ندرتاً قابل توصیه است.
- فرم شربت و قطره بایستی حتماً بصورت میلی لیتر جهت هر نوبت مصرف توصیه شود.

پیوست شماره ۱۸

درمان علامتی سرفه

- دکسترومتورفان از طریق مرکزی باعث کاهش سرفه می‌شود. اثر اثبات شده ندارد ولی توسط WHO جهت سرفه‌های زیاد در سن بالای ۲ سال توصیه شده است.
- داروهای خلط آور و رقیق کننده خلط مانند گایافنزین، برم هگزین، استیل سیستئین اثر اثبات شده‌ای نداشته اند.
- داروهای ضد گیاهی تأثیر اثبات شده ای ندارند. در اغلب موارد عوارض آنها بررسی نشده است.

پیوست شماره ۱۹

درمان علامتی آبریزش بینی

- اسپری ایپراتروپیوم 0.06% ۲ پاف در هر بینی ۳ بار در روز برای ۴ روز مؤثر است و در سن بالای ۵ سال قابل توصیه است.
- درمانهای خانگی نظیر اسپری کلورسدیم و پوار در سنین کمتر قابل توصیه است.

پیوست شماره ۲۰

درمان علامتی گرفتگی بینی

- قطره و اسپری کلروسدیم و ساکشن ترشحات بینی در شیرخواران
- شربت پسودو افرین در سنین بالاتر از ۶ سال قابل توصیه است ولی ریسک تاکی کاردی و طپش قلب وجود دارد.
- قطره فنیل افرین و نفازولین در سن بالاتر از ۶ سال قابل توصیه است. ریسک خونریزی از بینی و خشکی مخاط بینی وجود دارد. بیش از ۴ روز نباید توصیه شود.
- بخور مواد فرار مانند منتول و اکالیپتوس می تواند باعث احساس باز شدن بینی و کاهش سرفه می شود. ولی در کودکان توصیه نشده است.
- آنتی هیستامین های نسل اول مانند دیفن هیدرامین می تواند باعث کاهش گرفتگی بینی شود ولی در سن زیر ۶ سال توصیه نمی شود.

پیوست شماره ۲۱

شواهد برونشیت شدید:

- دیسترس تنفسی زیاد و کار تنفسی زیاد
- درصد اشباع اکسیژن خون شریانی کمتر از ۹۰٪
- عدم تحمل خوراکی یا دهیدراتاسیون
- شرح حال آپنه
- عدم توانائی والدین در نگهداری و مراقبت پزشکی کودک در منزل

پیوست شماره ۲۲

تعیین شدت حمله آسم در کودکان

میزان شدت حمله	سطح هوشیاری	دیسترس تنفسی	ویزینگ	درصد اشباع اکسیژن خون شریان	تاکی پنه و تاکی کاردی
خفیف تا متوسط	هوشیار	ندارد - خفیف	انتهای بازدم	>95%	ندارد
شدید	بیقرار	واضح	بازدمی دم + بازدم	>92-95%	ندارد
بسیار شدید	خواب آلوده - منگ	شدید	دم + بازدم Silent Chest	>92%	دارد

پیوست شماره ۲۳

دستورالعمل نحوه استفاده از اسپری در کودکان

- ۱- اسپری را به مدت ۵ ثانیه محکم تکان دهید .
- ۲- دم یار کودکان و یا بزرگسالان را به روش مناسب جلوی دهان شیرخوار یا کودک قرار دهید.
- ۳- درب اسپری را باز نموده و اسپری را در جای مناسب قرار دهید.
- ۴- کودک ۶-۵ نفس عمیق بکشد یا در کودکان بزرگتر یک نفس عمیق بکشد و به مدت ۱۰ ثانیه نفس را نگه دارد.
- ۵- پس از مصرف اسپری شستشوی دهان با آب انجام شود.
- ۶- داخل فضای دم یار بصورت هفتگی و بدون لمس سطح داخل آن با آب یا آب صابون تمیز شود.

پیوست شماره ۲۴

انواع فرآورده‌های آموکسی سیلین کلاوولانات و نحوه تهیه فرآورده با نسبت آموکسی سیلین به کلاوولانات ۱۴ به یک

- فرآورده‌های شربت ۱۵۶ mg/5mL، شربت ۳۱۲ mg/5mL، قرص ۳۱۲ mg و قرص ۶۲۵ mg: نسبت ۴ به یک می‌باشد و لازم است ۲/۳ آموکسی سیلین مورد نیاز از فرآورده‌های حاوی آموکسی سیلین تنها تأمین شود.
- فرآورده‌های شربت ۲۲۸ mg/5mL و شربت ۴۵۷ mg/5mL: نسبت ۷ به یک می‌باشد و لازم است ۱/۲ آموکسی سیلین مورد نیاز از فرآورده‌های حاوی آموکسی سیلین تنها صورت پذیرد.
- فرآورده شربت ۶۴۳ mg/5mL: نسبت ۱۴ به یک می‌باشد

بسلامتی همه کودکان سرزمینمان

ایران و همه کودکان جهان

