

# Initial Management

التدبير الأساسي

## مقدمة

تذكر أن الطفل معرض ولأيام عديدة للعديد من  
المشاكل التي يجب مراقبتها ...  
و لا يبدأ وزن الطفل بالتزايد إلا عندما يستقر وضع  
الطفل لاحقاً وتزول كل هذه المشاكل

نقص السكر

انخفاض الحرارة

الصدمة

فقر الدم الشديد

تقرح القرنية

التجفاف

تحضير ReSoMal

اختيار الصاد المناسب وحساب الجرعات

تدوين التدبير الأساسي والعلاج المطبق

# نقص السكر

# نقص السكر

## تعريف

مستوى سكر الدم أقل من 54 ملغ/ دل  
(3ملمول / لتر )

# نقص السكر الأعراض

- انخفاض الحرارة
- التعب
- النعاس والوسن
- فقد الوعي
- قد لا يلاحظ التعرق والشحوب في الطفل المصاب بسوء تغذية ولديه نقص سكر وغالباً ما يكون تغييم الوعي العلامة الوحيدة قبل الوفاة .

## الأسباب

- نقص التغذية (الوارد) : الأطفال المصابين بسوء تغذية معرضون لنقص السكر ويجب أن تتم تغذيتهم بشكل متواتر وخاصة خلال الليل
- قد يصل الطفل للمشفى ولديه نقص سكر وذلك بسبب :
  - إقواء , غير قادر على الطعام بسبب شدة مرضه
  - رحلة طويلة بدون طعام
  - انتظار قبوله طويلا بالمشفى
- نقص السكر يعتبر خطرا جدا وقد يموت الطفل إذا لم يعط الغلوكوز ( وشم التغذية ) بسرعة أو إذا كان هناك وقت طويل بين الوجبات

# نقص السكر

اختبار مستوى غلوكوز الدم

أخذ عينة

أو باستخدام ( strips ) Dextrostix أو Glucostix

- أما إذا لم يكن اختبار السكر متاحاً
- أو إذا لم تتمكن من أخذ ما يكفي من الدم للاختبار
- فاعتبر عندئذ أن الطفل مصاب بنقص السكر تبعاً للأعراض



# نقص السكر



نقص السكر وانخفاض الحرارة قد يكونان علامتين على  
احتمال وجود انتان هام

# نقص السكر

## الوقاية من نقص السكر

إذا لم يكن مستوى السكر منخفضاً إبدأ مباشرة بتغذية الطفل  
بـ F75 و غذّ الطفل كل ساعتين ليلاً ونهاراً .

الوزن كغ X 130 = الحاجة اليومية

# نقص السكر

## علاج نقص السكر

إذا كان هناك نقص في سكر الدم أو شك بوجود ذلك , أعط مباشرة للطفل كمية 50 مل من غلوكوز 10% أو سكروز 10%

□ إذا كان الطفل قادراً على الشرب يعطى الغلوكوز فمويّاً

□ إذا كان الطفل واعي ولكنه غير قادر على الشرب يعطى الغلوكوز

بواسطة الأنبوب الأنفي المعدي .

□ هذه الكمية هي صغيرة جداً ولكنها ستؤثر إيجابياً على الطفل بشدة

□ الغلوكوز مفضل لأن الجسم يستخدمه بسهولة بينما يجب تحطيم السكروز من قبل الجسم قبل استخدامه

## علاج نقص السكر :

إذا كان الغلوكوز غير متوفر، فيمكن إعطاء ملعقة من السكر ممدد في قطرات من الماء تحت اللسان، وتكرر كل 20 دقيقة لمنع الانتكاس مع مراقبة قدرة الطفل على البلع .

ويجب البدء مباشرة في حال وجود نقص سكر الدم بالصادات الخلالية .

# نقص السكر

## علاج نقص السكر

فإذا كان الطفل واهناً، أو غير واعٍ أو مختلج (طريق الفم أو الأنبوب غير ممكن) :

- فأعطه 5 مل /كغ من وزنه غلوكوز 10% وريدياً
- ثم أتبعها بـ 50 مل غلوكوز 10% أو سكروز بالأنبوب الأنفي المعدي
- وإذا لم يمكنك إعطاء الجرعة الوريدية مباشرة فبادر إلى إعطاء الجرعة عبر الأنبوب الأنفي المعدي أولاً .

# نقص السكر

## علاج نقص السكر

- إذا كان من المحتمل أن يعطى الطفل سوائل بالوريد للصدمة، فليس من اللزوم اتباع نظام إعطاء الـ 10% غلوكوز بالوريد كمية 50 مل بالأنبوب الأنفي المعدي، طالما أن الطفل سيستمر في اخذ الغلوكوز بالوريد.

# نقص السكر

## علاج نقص السكر

- بادر إلى إعطاء F75 بعد مرور نصف ساعة من إعطاء الغلوكوز، وأعطه سائل F75 كل نصف ساعة خلال أول ساعتين، بمقدار يعادل ربع الكمية التي تعطى خلال الساعتين الأوليتين .

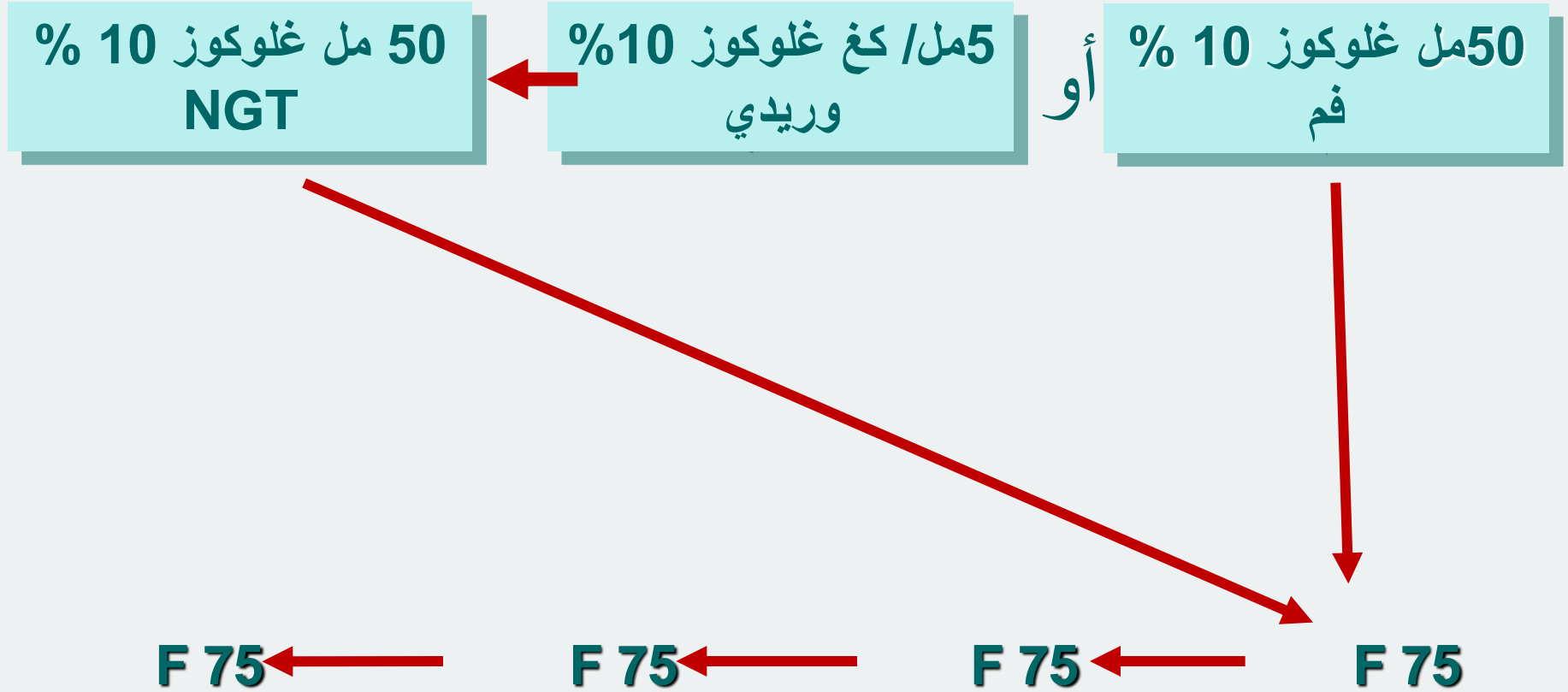
# نقص السكر

## علاج نقص السكر

- يعاير السكر بعد مرور ساعتين، فإذا كان مستوى السكر 54 مغ/دل أو أكثر فغيّر نظام التغذية إلى وجبة كل ساعتين من سائل F75 أما إذا بقي سكر الدم منخفضاً فتأكد أن الصادات و سائل F75 قد أعطيت جيداً وحافظ على نظام النصف ساعة



# نقص السكر



# الحالة الأولى

الطفل سعيد وزنه 7.4 كغ ، مصاب بنقص سكر و قد أُعطي  
50 مل بلعة من غلوكوز 10% فمويّاً بسرعة بعد وصوله  
للمشفى ، بعد مضي نصف ساعة يجب إعطاء الطفل سعيد=  
ربع مقدار الساعتين من F75 المناسب لوزنه، مقدار  
الساعتين هو 80 مل ، فإذاً ، يجب إعطاؤه 20 مل كل  
نصف ساعة مدة ساعتين، وبعد ذلك إذا كان سكر الدم لديه  
54 مغ/دل أو أكثر يجب إعطاء 80 مل من F75 كل  
ساعتين

● الطفل سعيد : ع = 1.8 سنة ؛ ط = 79 سم ؛ و = 7.4 كغ

ماهي درجة سوء التغذية ؟

—4 انحراف معياري

ماهي كمية الـ F75 الواجب إعطاؤها كل ساعتين؟

80 مل

بالفحص السريري : إعياء , وهن , النبض = 100 /د

عدد مرات التنفس = 24/د , زش = 3 ثا , نهاية الأطراف باردة .

ماهو الإجراء حسب هذه المعطيات ؟

هو تقييم سكر الدم

- لا تتوفر المعايرة الرقمية لسكر الدم, والمشرع اللوني حدد المعايرة التقريبية لسكر الدم بين 2-4 ملمول/ل .
- ماهو الإجراء المتوقع سلوكه ؟
- اعطاء 50 مل سكري 10% انبوب الأنفي المعدي .
- ماهو الإجراء عند صعوبة معايرة سكر الدم ؟
- نفس الإجراء السابق
- خلال دقائق من وصول الطفل حدث لديه إختلاج معمم دام لمدة دقيقة , تلاه سبات
- ماهو الإجراء المتوقع سلوكه ؟
- اعطاء 5مل /كغ غلوكوز 10% ويريدي .
- يعادل  $7.4 \times 5 = 37$  مل .

● تحسن وعي الطفل بعد الإجراء السابق , ماهو الإجراء التالي ؟

● اعطاء 50 مل محلول سكري دكستروز أو سكروز 10% عن طريق الفم أو الأنبوب الأنفي المعدي يتبع ذلك وعي الطفل وقدرته على الشرب .

● اعطاء ربع الكمية من حاجته من 75 f كل ساعتين  $80/4 = 20$  مل وذلك كل 30 دقيقة .نعاير السكر واذا كان طبيعي..

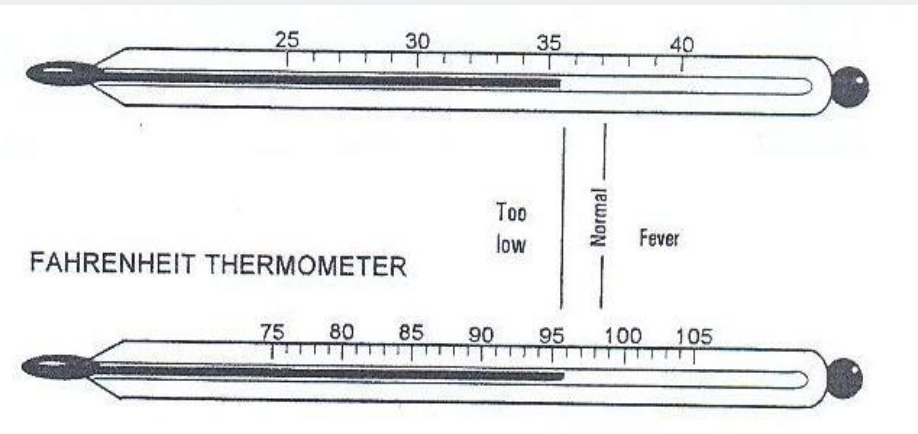
● العودة إلى الحاجة من 75 f كل ساعتين = 80 مل .

# تدبير انخفاض الحرارة

# تدبير انخفاض الحرارة

## تعريف

هو انخفاض حرارة الجسم عن 35.5 د.م شرجياً  
أو أقل من 35 د.م تحت الإبط  
(95 فهرنهايت=35م)





# تدبير انخفاض الحرارة

## السبب

- ليس لديه الكمية الكافية من الحريرات كما قد يكون مصاباً بنقص السكر أيضاً
- إن كلاً من انخفاض الحرارة ونقص السكر علامتان على أن الطفل مصاب بانتان جهازى جدي.
- لذلك كل طفل مصاب بانخفاض الحرارة يجب علاجه لنقص السكر والانتان.

# تدبير انخفاض الحرارة

طرق قياس الحرارة

طريق الشرج هو أفضل الطرق ( دقيقة واحدة )  
تحت الإبط ( 3 دقائق )

# تدبير انخفاض الحرارة

## الوقاية من نقص الحرارة

- الحفاظ على الطفل دافئاً يحافظ على طاقته أيضاً :
- 1. غط كل جسم الطفل بما في ذلك رأسه.
- 2. أوقف تهوية الغرفة وأبعد الطفل عن النوافذ.
- 3. أبق حرارة الغرفة 25 - 30 م إذا كان ممكناً .
- 4. حافظ على تغطية الطفل في الليل.
- 5. قم بتدفئة يديك قبل لمس الطفل.
- 6. تجنب ترك الطفل بدون تغطية أثناء الفحص أو وزنه ( أو نقله ) الخ.
- 7. انتبه لتغطية الطفل أثناء تغيير ثيابه وبعد الاستحمام .
- 8. جفف الطفل جيداً بعد الحمام .
- 9. تغيير الملابس والاعطية المبتلة مع التغطية التامة .

# تدبير انخفاض الحرارة

- إذا تمت تغطية المريض, وتدفئة الغرفة, وما زال المريض يعاني من انخفاض الحرارة, يجب استخدام طرق إعادة التدفئة وهي كالاتي:
- حمل المريض مع تلامس الجلد قدر الإمكان, مع تغطية الاثنين (طريقة الكنغرو).
- استخدام السخان, ولكن بحذر شديد, ومتابعة قياس درجة الحرارة كل 30 دقيقة, للتأكد من عدم ارتفاع درجة حرارة المريض, ويجب ايقاف اعادة التدفئة عند بلوغ درجة حرارة المريض الدرجة الطبيعية.
- ملاحظة : يمنع استخدام الاوعية المليئة بالماء الدافئ, نسبة لخطورتها في حرق الجلد الممزق.
- 8- تدبير الصدمة



# الحالة الثانية

● الطفل سعيد : تم قياس درجة حرارته الإبطية لمدة دقيقة=35 د . ماهو الإجراء المتوقع ؟

الإجراء وضع الميزان لفترة أطول 3 دقائق أو الأفضل الحرارة الشرجية

- إذا كانت الحرارة الشرجية لمدة دقيقة= 34.5, ماهو الإجراء المتوقع؟  
الإجراء هو تدفئة الطفل كما ورد سابقاً بمساعدة الأم أو استخدام مشع

- هل لإنخفاض الحرارة وإنخفاض عيار السكر دلالة معينة ؟  
نعم الدلالة هي الإنتان

- ماهي الإجراءات التي يجب تجنبها في رفع درجة حرارة الطفل ؟  
وضع الطفل قريباً جداً من المشع أو استخدام قوارير الماء الساخن



# فقر الدم الشديد



# فقر الدم الشديد

## تعريف

هو انخفاض خضاب الدم عن 4 غ/دل  
(أي أن حجم الكريات الحمراء  $> 12\%$ )  
أو أقل من 6 غ / دل في حال وجود قصور تنفسي مرافق

# فقر الدم الشديد

## السبب

سوء التغذية الشديد لا يسبب عادة فقر دم شديد جداً ولهذا فمن الهام البحث عن أسباب أخرى ممكنة مثل الملاريا والطفيليات المعوية (مثل دودة الأنكلستوما) ، أما **فقر الدم البسيط أو المتوسط** فشائع جداً عند أطفال سوء التغذية الشديد ويجب علاجه لاحقاً **بالحديد**

**لا تعط الحديد** في بداية العلاج لأنه يسبب أضراراً على أغشية الخلايا ويجعل الانتان اسوأ إنذاراً و أشد وطأة

# فقر الدم الشديد

## التحليل

إذا لم يكن بالإمكان عيار الخضاب فاحكم بوجود فقر الدم اعتماداً على الوضع سريرياً بالبحث عن علاماته مثل شحوب الراحيتين والشفاه والملتحمتين



# فقر الدم الشديد

## التدبير

✓ أوقف كل السوائل الفموية والوريدية أثناء نقل الدم

✓ راقب علامات قصور القلب الاحتقاني التي قد تحدث أثناء نقل الدم  
( تسرع التنفس ، عسرة تنفسية ، تسرع نبض ، احتقان الأوردة الوداجية ،  
أيدي وأقدام باردة ، زرقة الأصابع وتحت اللسان )

✓ أعط مدرأً لإزاحة مكان الدم/ Furosomide (1ملغ/كغ وريدي) وهو  
أفضل المدرات في هذه الحالة

✓ قم بنقل دم كامل 10مل/كغ ببطئ على مدة ثلاث ساعات، أما إذا كان  
هناك علامات قصور قلب، فأعط 5-7مل/كغ من الكريات الحمراء  
المجففة

# فقر الدم الشديد

## التدبير

- يجب نقل الدم لأطفال سوء التغذية الحاد الشديد إذا كان لديهم فقر دم شديد أي في حال الخضاب أقل من 4 غ/دل أو أقل من 6 غ/دل في حال وجود علامات لشدة تنفسية .

# الحالة الثالثة

● الطفلة رندة : العمر = 4 سنوات ؛ طول = 93 سم ؛ وزن = 8.5 كغ .  
وهن شديد؛ وذمة + ؛ جلد معتل + ؛ الحرارة الشرجية 36  
شحوب معمم؛ عيار سكر الدم = 65 ملغ/دل؛ الخضاب = 3.5 غ/دل  
النبض = 120/د ؛ التنفس = 25/د  
ماهي درجة سوء التغذية ؟  
أقل من - 4 انحراف معياري

كيف تكون طريقة التغذية وكميتها ؟  
عن طريق الفم أو الأنبوب الأنفي المعدي أما الكمية 92 مل كل ساعتين.

ماهو الإجراء الأساسي في معالجة الطفلة رنّدة ؟  
نقل الدم الطازج أو الكريات الحمر المركزة .

هل فقر الدم الشديد شائع في سوء التغذية الشديد ؟  
كلا , وعند وجود فقر دم شديد , يجب البحث عن السبب .



- ماهي كمية الدم المنقول في هذه الحالة ؟
- تعطى الكمية 85 مل لمدة 3 ساعات (يعطى مدر عند بدء النقل).
- ماهو الإجراء عند وجود علامات قصور قلب احتقاني مثلاً إنتباج الوريد الوداجي ؟
- 1- إعطاء المدرات 8,5 ملغ من Furosomide .
- 2- إعطاء مركز الكريات الحمر 38-60 مل لمدة 3 ساعات
- هل يستطب اعطاء المدرات لإزاحة السوائل من الوذمات؟
- بل هو مضاد استطباب .
- هل يستطب إعطاء الحديد باكراً ؟
- لايعطى باكراً بل يؤخر لبعد البدء بمستحضر F100 (الأسبوع الثاني) .

# التقترح القرني

# التقرح القرني

## تعريف

- هو زوال سطح القرنية
- ويمكن للعين المصابة أن تكون حمراء للغاية أو مدماة، و يمكن أن يُبقي الطفل عينه مغلقة



# التقرح القرني

## فحص العين

اغسل يديك, إذا كان الطفل مغلق عينيه بسبب حساسيته  
للضوء فانتظر حتى يفتحها أو جر الجفن السفلي بلطف  
وافحص العين, اغسل يديك بعد الفحص



# التقريح القرني

## العلاج

- أعط الفيتامين A

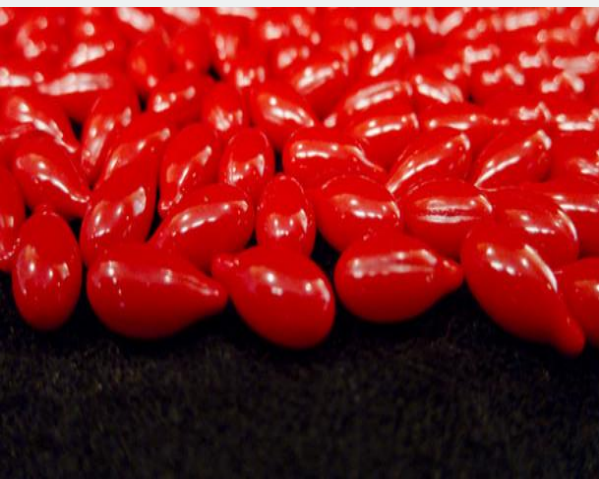
– > 6 اشهر 50.000 و.د

– 6 - 12 شهراً 100.000 و.د

– < 12 شهراً 200.000 و.د

- الأتروبين 1%

- نقط التتراسيكلين



# التقترح القرني

- الفيتامين A الفموي (الشكل الزيتي) مفضل في كل الحالات
- الأتروبين (1%) نقطة بالعين مباشرة لإرخاء العين ووقاية العدسة من الاندفاع للخارج
- نقط التتراسيكلين العينية والضماد العيني لازم أيضاً ،

# الحالة الرابعة

● الطفلة رندة ( الحالة السابقة ) مع المعطيات السابقة لديها تقترح في  
القرنية للعين اليسرى ومفرزات قححية من العينين  
هل علاج التقرح العيني إسعافي ؟  
نعم هو اسعافي .

كيف نعالج الإصابة العينية ؟

- 1- اعطاء الفيتامين A فموي مقدار 200,000 ود .
- 2- اعطاء قطرة الأتروبين 1% في العين المصابة .
- 3- اعطاء قطرة صاد حيوي في العينين وإغلاق العين المصابة .



# الصدمة

# الصدمة

## تعريف

الصدمة هي حالة خطيرة مع ضعف شديد، تتظاهر بوهن أو غياب وعي وبرودة أطراف ونبض سريع وضعيف

# الصدمة

## الأسباب

- ❑ نقص الحجم: الإسهال والتجفاف الشديد، النزوف , الحروق
- ❑ الانتان

## المعايير المميزة للإصابة بصدمة

1. واهناً أو غير واع

2. أطراف باردة

بالإضافة إلى :

3. زمن الامتلاء الشعري بطيء (أكثر من 3 ثوان)

4. نبض ضعيف وسريع.

■  $160 < \text{د} / \text{د بعمر 2-12}$  شهراً

■  $140 < \text{د} / \text{د من 12}$  شهراً إلى 5 سنوات .

➤ تعطى السوائل الوريدية للطفل المصاب بسوء التغذية الشديد فقط إذا حقق المعايير السابقة



# الصدمة

## العلاج

1. أعط الأوكسجين

2. أعط غلوكوز 10% مقدار 5 مل /كغ بالطريق الوريدي

3. أعط سوائل وريدية

4. أبق الطفل دافئاً

5. تغطية واسعة بالصادات

• الصدمة من التجفاف والتجثم من المحتمل أن تترافقا في طفل سوء التغذية وبالتالي فمن الصعب تفريق أعراض كل منها على حده، و يمكن التفريق بينهما بطريقة استجابة الطفل لإعطاء السوائل، فالمصاب بالتجفاف سيستجيب على السوائل أما المصاب بصدمة إنتانية بدون تجفاف فلن يستجيب لإعطاء السوائل

# الصدمة

## إعطاء السوائل الوريدية

- راقب عدد مرات التنفس والنبض وسجلها على ورقة مراقبة العناية
- أعط سوائل وريدية بمقدار 15 مل/كغ على مدار ساعة واحدة، واستعمل واحداً من السوائل التالية المذكورة بالترتيب حسب الأفضلية :
  - محلول دارو Darrow نصف تركيز مع سكري 5%
  - محلول رينجر لاكتات مع سكري 5%.
  - محلول ملحي 0,45% (نصف نظامي) مع سكري 5%.
  - (نصف غلوكوز 10% + نصف ملحي نظامي)

**darow=a mixture of potassium chloride, sodium chloride and sodium lactate; used in fluid therapy to repair a potassium deficit.**

**Called also lactated potassium saline injection**



# الصدمة

إعطاء السوائل الوريدية  
طريقة الحصول على محلول ملحي نصف نظامي:

- لكل ( 100 مل ) سكري 5% + ( 5 مل ) كلور صوديوم 10% + ( 1 مل ) كلور البوتاسيوم 14.9% .
- أو : ( 50 مل ) سكري 10% + ( 50 مل ) سالين نظامي 9% بالالف + ( 1 مل ) كلور البوتاسيوم 14.9%

# الصدمة

## إعطاء السوائل الوريدية

- أضف كلور البوتاسيوم (20 – 30 ممك / لتر) إلى هذه السوائل
- و عندئذ راقب الطفل وتابع نظم التنفس والنبض لديه كل 10 دقائق.
- إذا **تزايد** نظم التنفس أو النبض **فأوقف** السوائل الوريدية.
- إذا أصبح نظم التنفس والنبض **أبطأ** بعد مضي ساعة **وتحسنّت** حالة الطفل،  
فقم **بإعادة** نفس المقدار من السوائل الوريدية ساعة أخرى، وتابع مراقبة  
التنفس والنبض كل 10 دقائق .

# الصدمة

## إعطاء السوائل الوريدية

- بعد ساعتين من السوائل الوريدية قم بتحويل الطريق إلى السبيل الفموي أو بواسطة الأنبوب الأنفي المعدي باستخدام سائل الإماهة الخاص بأطفال سوء التغذية الشديد Resomal، وأعط 5-10 مل /كغ من Resomal بالتناوب كل ساعة مع F75 لمدة حتى عشرة ساعات واطرك الطريق الوريدي مفتوحاً لاستخدامه عند الحاجة
- إذا لم يتحسن الطفل على إعطاء السوائل الوريدية فتوقع إمكانية إصابته بصدمة انتانية، فعندئذ أعطه سائل وريدي للصيانة (4 مل/كغ /الساعة) بانتظار وصول الدم
- وعندما يصبح الدم جاهزاً للنقل أوقف السوائل الفموية والوريدية وأعطه مدرّاً لتترك مجالاً للدم الذي سيدخل إلى جسم الطفل ، فإذا حدث أعراض لقصور القلب فأعطه كريات حمراء مكثفة وليس دماً كاملاً

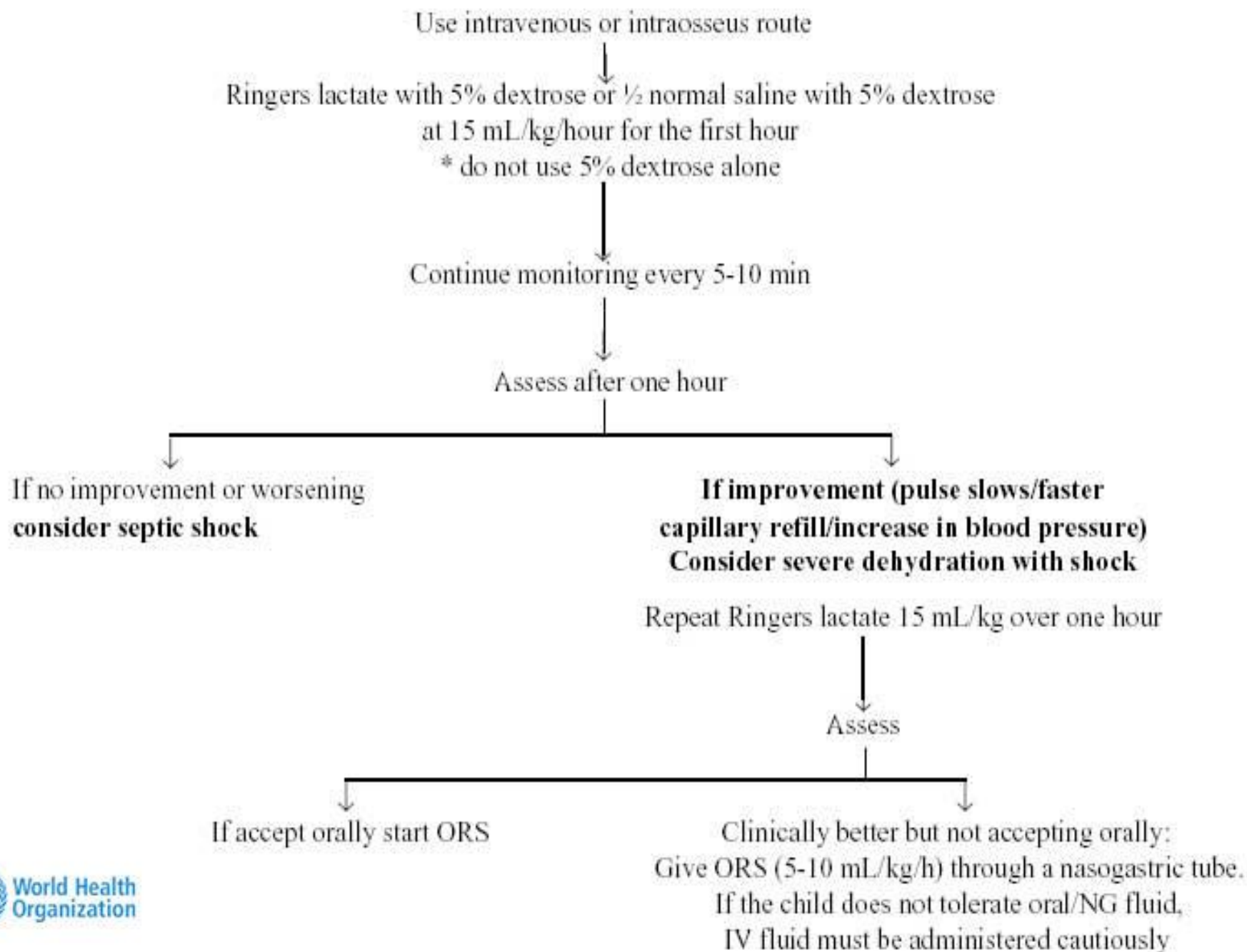
تدبير السوائل عند أطفال سوء التغذية الحاد الشديد مع صدمة

### التوصيات الدائمة

- في حال الصدمة مع وهن أو غياب عن الوعي, فإن الإماهة الوريدية ينبغي أن تبدأ حالا باستخدام 15مل/كغ /ساعة بأحد السوائل الموصى بها.
- من الضروري مراقبة الطفل بحذر كل 5-10 دقائق لتحري علامات فرط الحمل وقصور القلب الاحتقاني. وإيقاف السوائل الوريدية حالا في حال تطور هذه العلامات .
- إذا لم يتحسن طفل سوء التغذية المصدوم بعد الساعة الأولى من إعطاء السوائل الوريدية عندها يجب نقل الدم (10 مل /كغ ببطء خلال 3 ساعات )

# الصدمة

- كل أطفال سوء التغذية الحاد الشديد مع وجود علامات لصدمة كالوهن أو الغياب عن الوعي ينبغي علاجهم **للصدمة الإنتانية** وهذا يتضمن على وجه الخصوص مايلي :
  - الأطفال مع علامات تجفاف دون وجود قصة إسهال مائي .
  - الأطفال مع انخفاض حرارة.
  - أو هبوط سكر الدم.
  - والأطفال المتوذمين مع علامات تجفاف .



# الحالة الخامسة

● الطفل سعيد 1,8 سنة الوزن (7,4 كغ) : لديه المعطيات السابقة مع التعديل التالي :

ن = ضعيف 165/د ؛ ت = 40/د ؛ زش = أكثر من 6 ث .

الطفل شاحب ؛ عيار ال HG = 9 غ / دل .

لم يذكر الأهل سوابق إسهال وإقياء . التشخيص؟

يعاني الطفل من علامات الصدمة , الصدمة الإنتانية هو الإحتمال الأول

ماهي طريقة التدبير حسب الأولوية ؟

1. اعط الأوكسجين .

2. اعط 37مل من دكستروز 10% وريدي خلال فترة قصيرة .

3. اعط 111مل من السوائل المحددة سابقاً لمدة ساعة مع مراقبة النبض والتنفس .

4. تدفئة وصادات واسعة الطيف



● ماهي علامات الإستجابة للعلاج؟  
● تحسن عدد مرات النبض والتنفس مع تحسن الوعي وزمن الإمتلاء الشعري .

- بفرض أن المعالجة ناجحة , كيف نتابع؟
- 1- نكرر 111مل من السوائل السابقة مع كلور البوتاسيوم لمدة ساعة .
  - 2- نعطي من 37-74 مل من Resomal و F75 بالتناوب كل ساعة حتى 10 ساعات . نترك الطريق الوريدي مفتوحاً خلال هذه الفترة .
  - 3- نعود لنظام الساعتين من F75 = 80مل .

- يتظاهر فشل العلاج بالعلامات التالية :
- عدم عودة النبض والتنفس للحدود الطبيعية مع ظهور علامات قصور قلب احتقاني .
- لماذا يحدث إزدياد الحمل الوعائي ؟
- بسبب آلية الصدمة الإنتانية في إحداث عجز في القلب والأوعية لرفع الضغط الوعائي .

● ماهو الإجراء الذي يجب تطبيقه عند فشل العلاج؟

1- اعطاء 30مل | ساعة من السوائل الوريدية ( سوائل صيانة ) بانتظار تحضير الدم الموافق .

2- اعطاء 7,4 ملغ من Furosonid .

3- اعطاء 74 مل من الدم الطازج أو 37 مل من الكريات  
الحمراء المركزة

ماهو الإنذار ؟

الإنذار سيء .

# التجفاف

# التجفاف

## علامات

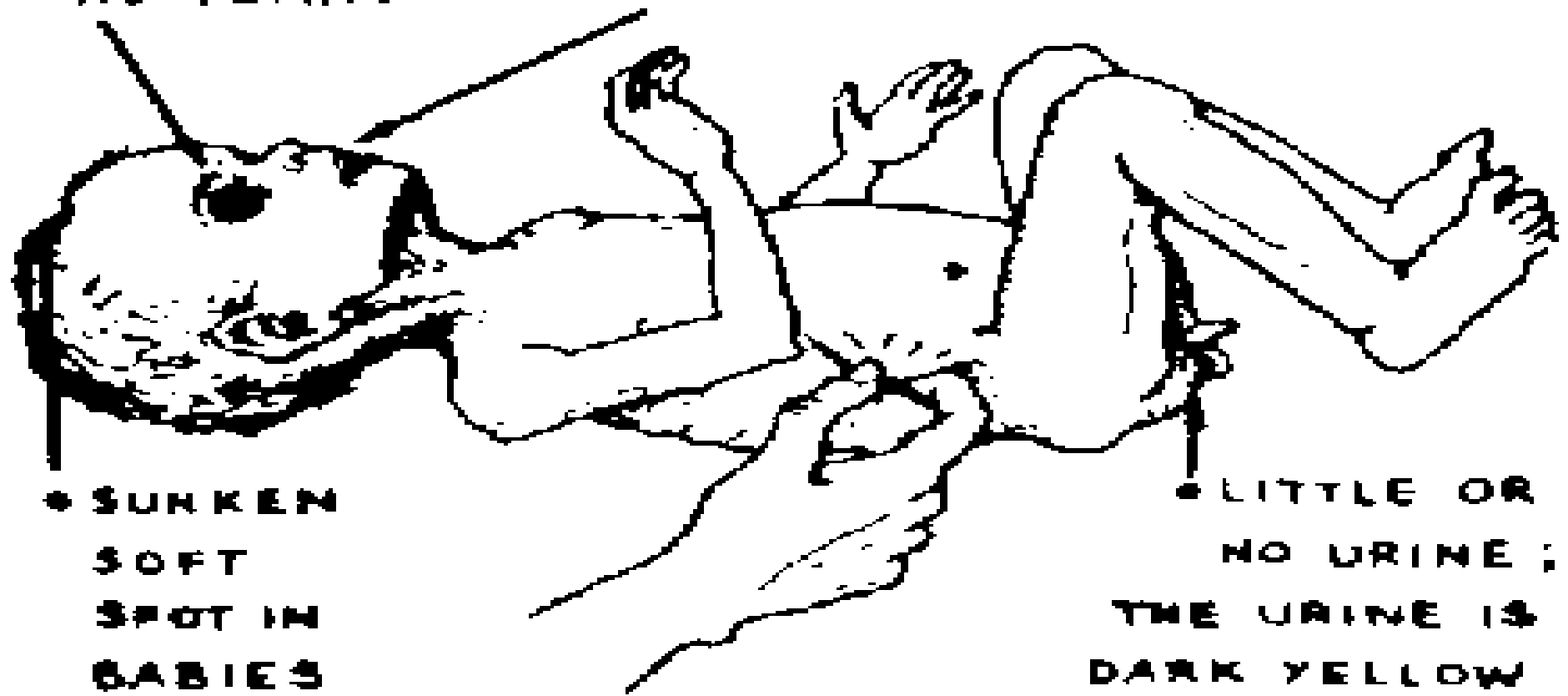


- خمول
- قلق
- استثارة
- غياب الدمع
- غوور العينين
- جفاف الفم واللسان
- عطش
- ثنية جلدية تعود ببطء
- نقص الصبيب البولي

# SIGNS OF DEHYDRATION

• SUNKEN EYES;  
NO TEARS

• DRY MOUTH



• SUNKEN  
SOFT  
SPOT IN  
BABIES

• LITTLE OR  
NO URINE;  
THE URINE IS  
DARK YELLOW

• SUDDEN  
WEIGHT LOSS

• WHEN PINCHED, SKIN  
DOES NOT SPRING BACK

# التجفاف

- يبقى من الصعب تحديد وضع التجفاف لطفل سوء التغذية الشديد، لأن العديد من علامات التجفاف (كالوهن , غوور العينين) يمكن أن توجد عند الطفل في كل الوقت إن كان متجففاً أو لا
- إسأل الأم إذا كان الطفل مصاباً بإسهال مائي أو إقياء عندها اعط ReSoMal ( إسأل أيضاً عن الدم في البراز باعتبار أن ذلك يؤثر على اختيار الصادات) .
- و حتى لو كان الطفل متوذكماً فقد يكون متجففاً، إذا كان مصاباً بالإسهال أو الإقياء

## ReSoMal

Special rehydration solution for children with  
sever malnutrition

هو سائل الإماهة لأطفال سوء التغذية الشديد المصابين  
بالإسهال حيث لا يجوز إعطائهم المحلول النظامي

ORS





	Na <sup>+</sup> Mmol/l	K <sup>+</sup> Mmol/l	Lactate* (HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> )	Glucose Mmol/l
ORS	75	20	10	111
ReSoMal	37.5	40	5	~ 200

INGREDIENT	AMOUNT
Water	2LTRS
WHO-ORS	ONE 1LTR PACKET
Sucrose	50g
Electrolyte/mineral soln	40ml

يتوفر ReSoMal تجارياً في بعض الأماكن، ولكن يمكن أن يتم تحضيره اعتباراً من المحلول النظامي بإضافة بعض العناصر كما يلي :

## ReSoMal طريقة التحضير

## المحتويات

ORS معد أساساً لحله بنصف لتر ماء

ظرف

ماء

لتر واحد

سكر

12.5 غ

محلول الخليط معدني  
بدلاً منه كلور البوتاسيوم

30 ملي مكافئ

- يستعمل محلول الخليط المعدني لتحضير F75, F100 ويمكن تحضيره في صيدلية المشفى ويوجد له بديل تجاري جاهز للاستعمال يمكن استخدامه مباشرة بدون الحاجة إلى تحضير : يدعى المركب المعدني الفيتاميني.



# اعطاء الزنك

- ينبغي إعطاء الزنك (10-20 ملغ /يوم ) لكل الأطفال في أقرب وقت ,  
وحيثما فإن مدة وشدة نوب الإسهال تبدأ بالتناقص ,مما يقلل من  
خطورة التجفاف

## التجفاف

- ينبغي **عدم** استخدام محلول إعادة الإماهة الفموية النظامي لمنظمة الصحة العالمية كامل القوة ذو الأوزمولية المنخفضة (75 ملمول /لتر صوديوم) فمويا أو عبر الأنبوب الأنفي المعدي لإماهة أطفال سوء التغذية الحاد الشديد مع بعض التجفاف أو تجفاف شديد. حيث يستخدم إما الريزومال أو محلول منظمة الصحة العالمية منخفض الأوزمولية نصف النظامي مع إضافة البوتاسيوم والسكر **إلا في حال الكوليرا أو الإسهال المائي الغزير.**

### حساب مقدار ReSoMal اللازم إعطاؤه

المقدار المعطى في هذا الهامش ( من 5-10 مل ) يعتمد على مقدار ما يشرب  
الطفل والمقدار الضائع مع البراز ( أي يمكن زيادته حسب الضائع مع البراز  
و حسب تقبل الطفل له ) ، و يعطى هذا السائل بالتناوب كل ساعة مع F75 خلال  
هذه المرحلة حتى إماهة الطفل.

المدة الفاصلة لإعطاء Resomal	المقدار اللازم إعطاؤه
كل ثلاثين دقيقة في الساعتين الأوليين (سوائل وريدية في حالة الصدمة )	5مل/كغ من الوزن
بالتناوب كل ساعة مع F75 أول عشر ساعات	5-10مل/كغ من الوزن

# إعطاء ReSoMal ببطء

- من الضروري إعطاء Resomal ببطء (أكثر مما يجب عليك إعطاء محلول ORS النظامي لطفل سوي التغذية)، فإعطاء الكثير من السوائل وبسرعة لطفل سوء التغذية يمكن أن يسبب قصور قلب.

- ينبغي أن يتم التحقق من علامات تحسن حالة الإماهة أو تطور فرط الحمل من السوائل كل نصف ساعة خلال أول ساعتين ثم كل ساعة .

# إعطاء ReSoMal ببطء

- إن أفضل طريقة لإعطاء Resomal هي تناوله بالكأس حتى لو كان الطفل منهكاً للغاية، و قد يحتاج الطفل إلى استعمال ملعقة أو سيرنغ إذا لم يكن قادراً على تناول السائل من الكأس مباشرة . على أن يتم ذلك ببطء.







CODE 15-511-10

**unicef** 

**NEW FORMULATION - LOW OSMOLARITY  
ORAL REHYDRATION SALTS BP**

FOR THE TREATMENT OF DEHYDRATION  
DUE TO DIARRHOEA  
FOR CHILDREN AND ADULTS

**NOUVELLE FORMULE - OSMOLARITÉ BASSE  
SELS DE RÉHYDRATATION ORALE BP**

POUR LE TRAITEMENT D'ÉTATS DE DESHYDRATION  
LORS DE DIARRHÉE  
POUR ENFANTS ET ADULTES

**NUEVA FÓRMULA - OSMOLARIDAD BAJA  
SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL BP**

PARA EL TRATAMIENTO DE LA DESHIDRATACIÓN  
CAUSADA POR LA DIARREA  
EN NIÑOS Y ADULTOS

Each sachet contains:

Glucose anhydrous Food Grade  
Sodium chloride BP 50  
Trisodium citrate dihydrate BP 50  
Potassium chloride BP 50  
Net wt.: 26.5 g

13.5 g  
2.6 g  
2.9 g  
1.5 g



# إعطاء ReSoMal ببطء

- ينبغي استعمال أنبوب أنفي معدي إذا كان الطفل **متعباً** أو مصاباً **بإقياء** أو لديه **تنفس سريع** أو **إصابات مؤلمة** في اللسان. ويعطى Resomal بنفس التواتر



## إعطاء ReSoMal ببطء

- لا يجوز أن تستخدم السوائل الوريدية في إصلاح التجفاف (إلا في حالة الصدمة كما تقدم سابقاً)
- وعلى اعتبار أنه لا يمكن تحديد درجة التجفاف لدى طفل سوء التغذية الشديد، وباعتبار أن الإفراط في إعطاء السوائل يمكن أن يسبب قصور قلب ،
- فمن الهام جداً عدم إجبار الطفل على تناول السوائل ، فعندما تعطى السوائل فمويّاً فإن الطفل يميل لمساعدتك في تنظيم المقدار اللازم إعطاؤه بدون أن يضطرك لإجباره في أغلب الأحوال .

# مراقبة طفل يتناول ReSoMal

راقب تطور الطفل كل نصف ساعة خلال أول ساعتين ، ثم راقبه كل ساعة و في كل مرة يتناول فيها F75 أو Resomal .

## علامات المراقبة:

عدد مرات التنفس في دقيقة كاملة.

عدد مرات النبض في ثلاثين ثانية تضرب باثنين.

واتر التبول، اسأل: هل تبول الطفل منذ المراقبة السابقة.

عدد مرات التبرز أو الإقياء، اسأل: هل طرح الطفل براز أو حدث لديه إقياء منذ المراقبة الأخيرة.

علامات الإمهاء: هل لديه جفاف دمع؟ هل الفم جاف؟ هل الطفل واهن أو مستثار؟ هل العينان أقل غووراً؟ هل تعود الطية الجلدية بشكل طبيعي ؟

اكتب المعلومات السابقة على ورقة مراقبة العناية وعندئذ أعط Resomal وسجل المقادير المعطاة، واكتب التغيرات عندما تراقب العلامات السابقة.

## علامات تحسن حالة الإمالة

- تصبح علامات التجفف أقل
- إن العديد من أطفال سوء التغذية الشديد لن تبدو هذه التغيرات عندهم حتى لو تمت إعادة الإمالة تماماً.
- و من العلامات الهامة لعودة الإمالة :
- 1. تباطؤ سرعة التنفس والنبض
- 2. إفراغ البول.
- 3. عدم العطش .
- إذا كان الطفل يملك ثلاثة أو أكثر من العلامات السابقة الدالة على تحسن الإمالة أوقف Resomal الروتين بالتناوب مع F75 كل ساعة ، وأعط Resomal بعد كل مرة يتبرز فيها الطفل:
- للأطفال تحت عمر سنتين أعط 50 – 100 مل بعد كل تبرز.
- للأطفال سنتين وما فوق أعط 100-200 مل بعد كل تبرز.

## علامات فرط الإماهة

- **أوقف ReSoMal** إذا بدت العلامات التالية:
  1. زيادة عدد مرات التنفس أو النبض (يجب أن يزيد كلاهما معاً لكي تعتبر أنّ هنالك مشكلة ) .
  2. احتقان الأوردة الوداجية ( قد يشاهد بعض النبضان في الرقبة).
  3. تورم الأجفان ,تطور أو تفاقم وذمة موجودة
  4. زيادة في حجم الكبد

# الصدمة... التجفاف

## تجفاف



Resomal 5 مل/كغ /  $\frac{1}{2}$  سا لمدة  
ساعتين - فم

## صدمة



سوائل 15 مل/كغ/سا لمدة  
ساعتين - وريد

Resomal 10-5 مل/كغ بالتناوب مع F75 كل ساعة حتى 10 ساعات

لم يحث  
تحسن  
بعد سا  
1

Resomal بعد كل تبرز اسهال

نقل دم

# الحالة السادسة

● الطفلة رندة : ع = 4 سنوات ؛ ط = 93 سم ؛ و = 8.5 كغ .

وهن شديد؛ وذمة ++ ؛ جلد معتل + ؛ الحرارة الشرجية 36

إقياء وإسهال منذ 5 أيام ؛ عيار سكر الدم = 65 ملغ/دل ؛ عيار

الخصاب = 10 غ/دل .

الفحص السريري : جفاف أغشية مخاطية، بكاء دون دموع ،

غؤور المقلتين، سهاف وعدم بوال لأكثر من 18 سا

ماهو التشخيص ؟

الطفلة مصابة بسوء تغذية شديد موزم مع علامات تجفاف .



● هل التثية الجلدية وحدها كافية لوضع التشخيص؟

● كلا , لأنها موجودة عند الكثير من اطفال سوء التغذية الشديد .

● علاج التجفاف في هذه الحالة يتضمن :

1- اعطاء RESOMAL 43 مل كل 30 دقيقة لمدة ساعتين .

2- اعطاء 43-85 مل من محلول الإماهة بالتناوب كل ساعة مع F75 حتى عشر ساعات .

عند البدء بالطريق الوريدي لسبب وجود علامات الوهط الوعائي , كيف نتابع العلاج بعد غياب العلامات السريرية للصدمة ؟

نبدأ مباشرةً بالمرحلة الثانية أي مرحلة التناوب لعشر ساعات .

# تمرين

سمير مريض سوء تغذية حاد شديد لديه إسهال مائي غزير ويبيدي علامات التجفاف (غؤور عينيّن, عطش, مع انخفاض في الصبيب البولي خلال الساعات الأخيرة), زمن الامتلاء الشعري 2 ثا ماهو التصرف الأمثل؟



- أ- إعطاء سمير محلول الريزوما .
- ب- إعطاء سمير محلول منظمة الصحة العالمية منخفض الأوزمولية .
- ج- لا ينبغي أن يعطى شيء لعدم وجود علامات صدمة .
- د- إعطاء سمير 15 مل/كغ/سا سوائل وريدية

# 1 استقبال طفل مصاب بسوء تغذية حاد شديد مختلط



# إعطاء العادات

# إعطاء الصادات

المبدأ الأساسي هو أن كل طفل سوء تغذية ينبغي أنه يتلقى  
الصادات.

# إعطاء الصادات

## اختيار الصادات وطريقة وصفها :

- إذا لم تكن هناك اختلاطات، أعط فموياً أموكسي سيلين .
- إذا وجدت اختلاطات، أعط جنتامايسين مع أمبيلسيلين ثم أموكسيسيلين. (الصدمة الإنتانية، نقص السكر، انخفاض الحرارة، إنتان الجلد، اعتلال الجلد مع جلد هش و تشققات، إنتان تنفسي أو بولي، منظر الطفل مريض وخامل )
- إذا لم يتحسن الطفل خلال 48 ساعة فأضف الكلورامفيكول، (وغالباً ما يتحسن الأطفال على الجنتامايسين والأمبيسيسيلين، ونادراً ما يحتاج الأمر إضافة الكلورامفيكول ) .
- إذا ما تم تشخيص إنتان يستدعي استخدام صادات خاصة لم تعط سابقاً، أعط صادات إضافية موجهة لهذا الإنتان

إذا	أعط
لا اختلاطات	أموكسي سيللين 30-45 ملغ/كغ/يوم مقسمة ل 3 جرعات مدة 7-10 أيام
اختلاطات (صدمة ، نقص سكر ، انخفاض حرارة ، اعتلال جلد، جلد معتل/نواسير- انتان تنفسي أو بولي ، أو وهن/منظر مريض )	جنتاميسين(1) وريدي أو عضلياً ( 7.5 ملغ /كغ)،مرة يومياً 7 أيام، مع : أمبيسيللين وريدي أو عضلي (50ملغ/كغ)، كل 6ساعات يومين يتلوه:أموكسيسيللين(2)فموي (15ملغ/كغ)، كل 8ساعات خمسة أيام .
إذا كان التحسن ضعيفاً بعد48ساعة، أضف :	صاد خاص كما يرد صفحة 30-33 من الدليل
إذا وجد إنتان خاص يتطلب إضافة صاد ، أعط أيضاً :	صاد خاص كما يرد صفحة 30-33 من الدليل

- (1)إذا لم يفرغ الطفل البول ، فيمكن للجنتاميسين أن يتراكم في الجسم ، و يسبب الصمم ، لا تعط جرعة أخرى تالية إلا إذا أفرغ الطفل البول .
- (2)إذا لم يتوفر الأموكسيسيللين ، يمكن إعطاء الأمبيسيللين ، 50 ملغ/كغ/فموياً كل 6 ساعات مدة خمسة أيام .

# اختيار أفضل طريق للإعطاء

- الإعطاء العضلي مؤلم جداً لطفل سوء التغذية الشديد، فإذا كان الطريق الوريدي مفتوحاً لإعطاء السوائل فيفضل إعطاء الصادات بهذا الطريق
- وإذا كنت تحتاج لحقن أكثر من 2 مل فوزّع الجرعة و احقنها في مكانين مختلفين.



التغذية غير المختلط و

لذلك فإن التو

إن تصنيف غير مختلط ينبغي عدم  
تفسيره بأن الانتان غير موجود  
بالضرورة إنما أن الحالة العامة للطفل  
تدل على أن التدبير الخارجي يمكن أخذه  
بعين الاعتبار .

سوء التغذية  
وغير ال  
والذين

م الصادات

ينبغي إعطاؤهم شوطا علاجيا  
بالصادات الفموية مثل الأموكسي  
سيلين .

# مريض سوء تغذية

غير حاد  
شديد

حاد  
شديد

لا يوجد دليل  
على إنتان

يوجد دليل  
على إنتان

لا تستخدم  
الصادات

تستخدم  
الصادات

توجد اختلاطات  
مثل الصدمة الإنتانية, نقص السكر, نقص الحرارة,  
الإنتانات الجلدية, إنتانات السبيل التنفسي أو البولي  
والذين يبدون مريضين بشدة أو مع ميل للنوم

العمر أكبر من  
6 أشهر بدون  
اختلاطات

يقبل في المشفى و تستخدم  
الصادات الخلالية وذلك تبعا لأنماط  
المقاومة المحلية ومدى توفرها

يعالج خارجيا و  
يعطى صادات  
فموية

# الحالة السابعة

## ● إستخدام الصادات الحيوية :

1- وزن 10 كغ سوء تغذية حاد شديد, لا يوجد علامات  
توضع إنتاني , ماهو الصاد المناسب, الجرعة العلاجية  
والمدة ؟

**30 mg/kg/day amoxicillen every 8 hours  
for 7 days .**

2- وزن 6 كغ , إسهال مخاطي مدمى  
ماهو الصاد المناسب , الجرعة العلاجية والمدة ؟

**Gentamycin IV or IM 45 mg once a day  
for 7 days and Ampicillin IV or IM 300  
mg every 6 hours for 2 days followed  
by Amoxicillin oral 90 mg every 8 hours  
for 7 days +metronidazol.**

3- الوزن 8 كغ , علامات صدمة , تقرح جلدي وخشكريشة  
ماهو الصاد المناسب , الجرعة العلاجية والمدة ؟

**cephalosporin 3th generation +  
vancomycin if available .if not  
chloramphenicol IV 200 mg every 8  
hours for 5-7 days .**

# الميترونيديازول

## وصف الميترونيدازول إذا كانت السياسة تستوجب ذلك

- يعطي بعض الأطباء الخبراء الميترونيدازول روتينياً (فموياً 7.5 ملغ/كغ كل ثمانية ساعات مدة سبعة أيام) والغاية من ذلك قتل الجراثيم الممرضة التي قد تنمو في الأمعاء، ولكن فعالية هذا الدواء غير مؤكدة حتى الآن بدراسات سريرية، كما أن التأثيرات الجانبية للميترونيدازول مثل القمة والغثيان والطعم المعدني قد تظهر على الطفل.



# تسجيل الموجودات الأساسية

# تسجيل الموجودات الأساسية والعلاجات و إبلاغها للفريق الطبي

- عندما يتم استقبال الطفل من غرفة الإسعاف فيجب الاتصال بالفريق الطبي شفهيًا وكتابيًا (ورقة مراقبة العناية ) وشرح:
- ✓ أعراض الطفل.
- ✓ العلاجات التي تم إعطاؤها.
- ✓ ماذا ينبغي إعطاؤه والاستمرارية لمتابعة العناية والتغذية
- ✓ شرح ما إذا كان الطفل يحمل اختلاطات تحتاج لبقاء الممرضات قربه

شكراً لإصغائكم