



وزارت صحت عامه
ریاست عمومی طب و خانواده
بیمارستان تغذیه عامه

خلاصه رهنمود تداوی سوء تغذیه حاد (مراقبت داخل بستری)

دکتر سید علی حسینی

سال ۱۳۹۶-۲۰۱۷



Management of Severe Acute Malnutrition Booklet (In-patient Care)

- 10..... کرم های معالجهی.....
- 11..... اسهال مقاوم / دوامدار.....
- 11..... توپرکلوز.....
- 11..... اچ ای وی / ایدز.....
- 11..... سایر انتانات و حالات.....
- 12..... **تداوی عاجل شاک و عدم کفایه احتقانی قلب**.....
- 13..... کخمونی بسیار شدید و مشکلات معدهی معالجهی.....
- 14..... پروتوکولها برای تداوی سوتغذی حاد شدید.....
- 14..... پروتوکول برای اطفال 6-59 ماهه.....
- 14..... پروتوکول برای اطفال مساوی یا بیشتر از 6 ماه و کمتر از 4 کیلو گرام وزن.....
- 14..... پروتوکول برای شیرخوار کمتر از 6 ماه همراه یا مراقبت کننده تغذی یا شیر مادر.....
- 14..... پروتوکول برای شیرخوار کمتر از 6 ماه بدون تغذی یا شیر مادر.....
- 15..... **مراقبت ، محیط عاطفی و شناسایی عدم موفقیت تداوی**.....
- 15..... چگونه عدم موفقیت تداوی را شناسایی نماییم؟.....
- 15..... بروسه برای شناسایی و حل مشکلات.....
- 16..... چطور ارقام افزایش وزن را در مجموع وارد تغذی محاسبه نمود؟.....
- 16..... **مانیورینگ Outcome با پیامد مریض**.....
- 17..... محاسبه فیصدی پیامد ها(Outcomes).....
- 17..... تهیه نمودن محصولات تغذیوی و غیر تغذیوی.....
- 18..... ضمیمه - 1 : کارت مرجع F-75 برای اطفال با یا بدون ادیما شدید.....
- 19..... ضمیمه - 2 : کارت مرجع.....
- 19..... ضمیمه - 3: لیست دواها و وسایل مورد ضرورت برای مراقبت داخل بیمار.....
- 20..... ضمیمه - 4 : کارت مرجع وزن برای طول/قد.....
- 21..... ضمیمه - 5 : تخنیک مکیدن ضمیموی.....
- 22..... ضمیمه - 6 : دستورالعمل برای F-75 و F-100.....

- 1..... سپاهمگزازی.....
- 2..... اختصارات.....
- 3..... تداوی سو تغذی حاد شدید.....
- 3..... علائم سو تغذی حاد شدید.....
- 3..... معیار پذیرش.....
- 3..... اختلالات سو تغذی حاد شدید.....
- 4..... پرنیسمب های تداوی سو تغذی حاد شدید.....
- 4..... 10 قدمه موقفانه تداوی سو تغذی حاد شدید.....
- 4..... قدمه 1 : تداوی و وقایه هلیوی گلاسیسمیا.....
- 5..... قدمه 2 تداوی و وقایه هلیوی ترمیما.....
- 5..... قدمه 3 : تداوی و وقایه دیباپریشن.....
- 6..... قدمه 4 : اصلاح الکترولایتها.....
- 6..... قدمه 5 : تداوی و وقایه انتانات.....
- 7..... قدمه 6 : اصلاح تشوشات مایکروترینتها.....
- 7..... قدمه 7 : شروع با احتیاط تغذی.....
- 8..... قدمه 8 : رسیدن به رشد.....
- 8..... احیا تغذیوی در ساحتیکه تسهلات سر پایی در دسترس میباشد.....
- 8..... تست ائتتها.....
- 9..... پیام های کلیدی که همراه با RUTF آماده گردد.....
- 9..... قدمه 9 : تحریک حسی و حمایت روحی را فراهم نمایید.....
- 9..... قدمه 10 : آماده گی برای رخصت و تعقیب بعد از بهبودی.....
- 10..... تداوی حالات مرتبط با سو تغذی حاد شدید.....
- 10..... کمبود ویتامین.....
- 10..... درماتوزس یا التهاب جلک.....

خلاصه رهنمود تداوی سو تغذی حد شدید توسط دنیارتمنت تغذی عامه وزارت صحت عامه و به کمک مالی و تخنیکي سازمان صحتی جهان تهیه گردیده است. این خلاصه بر اساس رهنمود منجمت تداوی سو تغذی حد اذ عام یافته با IMAM و بسته تربینگ تداوی سو تغذی حد شدید سازمان صحتی جهان طراحی و انکشاف یافته است. وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان از همکاری مالی و تخنیکي سازمان صحتی جهان و گروپ کاری تغذی سپاسگذاری و تشکر مینماید.

1

ACRONYMS

CMAM	Community-based Management of Acute Malnutrition
CMV	Complex Mineral Vitamin
E/M	Electrolyte/Mineral
F-75	Therapeutic milk used in Stabilization Phase of treatment for severe acute malnutrition
F-100	Therapeutic milk used in Transition Phase and Rehabilitation Phase of treatment of severe acute malnutrition
IMAM	Integrated Management of Acute Malnutrition
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IU	International Units
MAM	Moderate Acute Malnutrition
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference
NGT	Naso-Gastric Tube
OTP	Outpatient Therapeutic Program
PR	Pulse Rate
RR	Respiratory Rate
ReSoMal	Rehydration Solution for Malnutrition
RUTF	Ready-to-Use-Therapeutic Food
SAM	Severe Acute Malnutrition
SD	Standard Division
TB	Tuberculosis
TFU	Therapeutic Feeding Unit
W/H	Weight-for-Height

2

A- علائم سوء تغذی حاد شدید و معیارات پذیرش

آیا طفل سوء تغذی حاد شدید دارد؟

- برای علائم سوء تغذی حاد شدید نگاه کنید:
 - برای ذوب شدگی شدید قابل دید نگاه کنید
 - برای پندیدگی هر دو پاها نگاه کنید
 - برای التهابات جلدی نگاه کنید
 - برای علائم چشمی نگاه کنید
- تعیین نمایید:
 - Zscore وزن برای طول / قد
 - اندازه محیط قسمت متوسط بازوی چپ (اطفال < 6 ماه)

معیارات پذیرش

یک طفل با هر یک از مشخصه های ذیل سوء تغذی حاد شدید دارد:

- وزن بر قد/طول کمتر از Zscore -3 (ضمیمه 4) یا
- انیما دو طرفه پاها و / یا
- محیط قسمت متوسط بازو کمتر از 115 ملی متر (اطفال 6-59 ماه)

علائم سوء تغذی حاد شدید

مراقبت دائل بستر	مراقبت سرپا
<ul style="list-style-type: none"> ● اطفال با سوء تغذی حاد شدید همراه با اختلالات طبی * ● اطفال که طرفه پاها (++) ● اطفال که انیما و ذوب شده گی با هم دارند. ● تمام شیرخواران سوء تغذی حاد شدید کمتر از شش ماه بدون در نظر داشتند که اختلالات دارند یا ندارند . ● اطفال فوق الذکر برای تداوی مناسب باید در تسهیل صحی بستری شوند 	<ul style="list-style-type: none"> ● اطفال با سوء تغذی حاد شدید بدون اختلالات طبی و داشتن اشتباهی خوب (□ ذوالادن تست اشتها) باید از طریق مراقبت های سطح جامعه تداوی شوند.

* اختلالات:

<ul style="list-style-type: none"> ● دیهیدریشن شدید ● التانات طرق تنفسی سفلی ● کمخونی شدید ● شاک 	<ul style="list-style-type: none"> ● بیهووش ● هائپوگلاسیسمیا ● تب بالایا ● هائپوترمییا 	<ul style="list-style-type: none"> ● بی اشتها ● استفراغات پایدار ● اختلالات ● بی حالی
--	--	---

منظره قدامی طفل:

- قیرغه های طفل به آسانی دیده میشوند.
- جلد بازوی طفل مثل موم میخورد.
- جلد ران های طفل مثل به نظر میخورد.

منظره خلفی طفل:

- قیرغه ها و استخوان های شانه های طفل به آسانی دیده میشوند.
- انساج نرم نشیمنگاه طفل غائب اند.

● + خفیف: انیما هر دو قدم.

● ++ متوسط: انیما هر دو قدم، قسمت های پایینی پا ها، و قسمت های پایینی بازو ها.

● +++ و خیم: انیما ی عمومی به شمول هر دو قدم، پا ها، دست ها، بازو ها و صورت.

● + خفیف: بی رنگی یا چند لکه درشت جلد

● ++ متوسط: لکه های بیشتر روی بازو ها و پا ها

● +++ و خیم: جلد پوستگی دار، جلد خام، ترکیه گی (نواحی باز در جلد)

علائم چشمی کمبود ویتامین A:

لکه های Bitot، لکه های سطحی کف آلود روی منظمه (قسمت سفیدی چشم).

مکدریت قرنیه، به شکل یک منظره مکرر در قرنیه (لایه شفافگی که مردمک و قیرغیه را آمیوشاند) به نظر میخورد.

تقرح قرنیه، ترکیه گی سطح قرنیه است.

التهاب:

چرک و التهاب (سرخ) نشانه های اتان چشم اند

مرحله

احیاء	ثبات	قدم
6-2 هفته های	7-3 روزهای	2-1 روزهای
تغذیه مکرر برای وقایه هر دو هایپوگلاسیسمیا و هایپوترمی مهم می باشد.	قائشق چایخوری با تئوب فسی یا تئوب انفی محدودی به مریض بدھید.	1. هایپوگلاسیسمیا 2. هایپوترمی 3. دیهیدریشن 4. الکترو لایتنها 5. انان 6. مایکرو نترینتها 7. تغذیه محتاطانه 8. رسیدن به رشد 9. تحریک حسی 10. آماده گی برای تعقیب

وقایه

تداوی

اعراض و علائم

قدم

۱۰ قدم موافقانه تداوی سوتغذی حاد شدید



- هر دو ساعت طفل را تغذیه نمایید
- از تغذیه نمودن در جریان روز و شب مطمئن باشید.

- ۵۰ ملی لیتر محلول ۱۰ فیصده گلوکز یا سکرورز (یک قاشق چایخوری برشکر در 3.5 قاشق غذاخوری آب) را از طریق فسی یا تئوب انفی محدودی به مریض بدھید.
- تغذی را با شیر F75 (مطابق قدم 7) هر ۳۰ دقیقه برای دو ساعت اول (یک چهارم حجم مجموعی توصیه شده تغذی دو ساعته) را بدھید.
- طفل را اگر نگهدارید
- انتی بیوتیک ها (مطابق قدم 5) را بدھید.

اگر طفل بی هوش، گرمایی یا اختلالی مینماید به او بدھید::

- محلول معقم ۱۰ فیصده گلوکز را (۵ ملی لیتر / کیلوگرم وزن بدن) از طریق ورید ، و به تعقیب آن 50 ملی لیتر گلوکز یا سکرورز 10% از طریق تیوب انفی معدوی جهت وقایه از هایپوگلاسیسمیا و اکئشی بدھید. بعدا شیر F75 را مطابق بالا بدھید
- طفل را اگر نگهدارید، آنتی بیوتیکها را بدھید و طوریکه در بالا ذکر شد تغذی نمایند.
- اگر به طفل مایعات وریدی جهت تداوی شاک داده میشود ضرورت نیست که گلوکز ۱۰% را از طریق تیوب انفی معدوی تعقیب نمایند ، طفل دریافت گلوکز را از طریق وریدی ادامه خواهد داد.

- بی حالی
- شلی
- اختلاج
- حرکات تکانه هلد و سریع
- از دست دادن هوش
- کاهش پلک چشم ها، و
- هایپوترمی

هایپوگلاسیسمیا عبارت از کاهش مقدار گلوکز در خون می باشد. (کمتر از ۳ میلی مول / لیتر یا کمتر از ۴۰ میلی گرم / دسی لیتر). علائم هایپوگلاسیسمیا شامل:

نظام 1: هایپوگلاسیسمیا را تداوی و وقایه نمایند

وقایه

- طفل را پوشیده و دور از هوای خشکی نگهدارید
- در صورت امکان درجه حرارت اطراف نباید کمتر از 27 درجه سانتی گرید حفظ گردد
- دست هایمان را قیل از تماس با طفل گرم کنید
- از برهنه نمودن طفل در هنگام معاینه، وزن کردن و غیره خودداری کنید
- از حمام دادن منظم جلوگیری نمائید، طفل را خشک نگه دارید، لباس ها یا بستر مرطوب و تر طفل را فوراً تبدیل کنید
- اجازه بدهید که طفل با مادرش / مراقبت کننده اش در شب جهت گرم بودن اش استراحت نماید
- هر دو ساعت بعد طفل را تغذیه نمائید

تداوی

- طفل را با پوشاندن لباس (بشمول سرو) یا پوشاندن یا گمیل گرم، و طفل را از جریان هوای سرد نگهدارید
- از ندادن درجه حرارت اتاق با بخاری، قرار دادن طفل بالای سینه برهنه مادر (تماس جلد به جلد) و پوشاندن آنها (شکل 5:5) دوباره گرم نمائید
- مطابق قدم 7 طفل را فوراً تغذیه نمائید، و اگر ضرورت باشد ریها بپوش فمی را شروع نمائید
- آنتی بیوتیک ها را (مطابق قدم 5) بدهید از بوتل های آب گرم استفاده نکنید زیرا امکان دارد جلد نازک طفل را بسوزاند
- تمام اطفال هنیو تری میک باید بصورت روئین برای هایپوکلاسمی و افتان تداوی گردند
- هر دو ساعت درجه حرارت مقعدی را اندازه گیری نمائید

اعراض و علائم

- درجه حرارت مقعدی کمتر از 35.0 درجه سانتی گرید یا درجه حرارت زیر بغل کمتر از 35 درجه سانتی گرید
- مراحل استفاده از ترمومتر مقعدی:
- ترمومتر را تکان دهید تا سیماب آن از 35 درجه سانتی گرید بیرون بیفتد، و وضعیت دهید طفل را به یک بغل یا تخته به پشت که پاهایش بلند باشد، و وضعیت دهید ترمومتر را در مقعد طفل طوری داخل نمائید که نوک ترمومتر به اندازه نیم اینچ داخل شود
- ترمومتر را در داخل مقعد برای مدت یک دقیقه همانطور نگهدارید
- مراحل استفاده از ترمومتر زیر بغل:
- ترمومتر را تکان دهید تا سیماب آن از 35 درجه سانتی گرید بیرون بیفتد
- ترمومتر را در زیر بغل طفل بگذارید
- ترمومتر را برای مدت 3 دقیقه نگهدارید
- اگر درجه حرارت کمتر از 35 درجه سانتی گرید بود، بخاطر بدست آوردن درجه حرارت دقیق بدن، درجه حرارت مقعدی را نیز بگیریید

تداوی دیهیدریشن در طفل سو تغذی شدید

اگر طفل بی هوش است

اگر طفل هوشیار است

مایعات وریدی بدهید:

ریزومل بدهید:

- در یک ساعت اول 15ml/kg Ringer's lactate solution with 5% dextrose
- اگر علائم بهبود یافت: برای ساعت دوم 15ml/kg مایعات وریدی را تکرار نمائید، ریها بپوش فمی یا آلفی معدی را با ریزومل شروع کنید
- اگر در یک ساعت اول علائم بهبود نیافت: فرض کنید که طفل شک استیکی دارد

- در یک ساعت اول 5ml/kg هر 30 دقیقه در دو ساعت اول
- اگر طفل هنوز دیهیدره است 5-10 ml/kg ریزومل در ساعات متوالی با F-75 تا حد اکثر 10 ساعت بدهید
- به اطفال که مملون به کو را میباشند نباید ریزومل داده شود به عوض آن محلول فمی استاندارد WHO low-osmolality داده شود

علائم دیهیدریشن:

- تعویین وضعیت دیهیدریشن در اطفال سو تغذی شدید مشکل است
- از مصادر پیرسید که آیا طفل اسهال آبکین یا استفراغ داشته است. اگر طفل اسهال آبکین یا استفراغ دارد، دیهیدریشن را فرض کرده
- حتی اگر طفل سو تغذی شدید انیما داشته باشد، او ممکن دیهیدره باشد
- علائم دیهیدریشن:
 - بیحالی
 - ناآرامی، تخرشیت
 - نبودن اشک
 - چشم های فرورفته
 - دهان و زبان خشک
 - تشنگی
 - چنک جلد به آهستگی بر میگردد

- در جریان ریها بپوشن طفل را هر نیم ساعت بعد برای دو ساعت اول و بعد 1-4 ساعت تحت مشاهده قرار دهید
- سرعت تنفس، سرعت نبض، دفعات ادرار و دفعات تعویض یا استفراغ را چک نمائید
- دادن مایعات دوباره از توقف دهید و بعد از یک ساعت سرعت نبض (افزایش 25 نبض فی دقیقه یا بیشتر از آن)
- افزایش سرعت تنفس (افزایش 5 تنفس فی دقیقه یا بیشتر از آن)
- دقیقاً به یک پلک های چشم یا افزایش انیما و قتیقه طفل اسهال آبکی دارد مهم است که دیهیدریشن در آن وقایه گردد. این کار با اقدامات ذیل انجام می شود
- ادامه تغذی با شیر F-75 (قدمه 7)
- دادن 5-10 ملی لیتر ریزومل فی کیلو گرام وزن بدن بعد از هر تعویض آبکین
- اگر طفل با شیر مادر تغذیه می شود، تغذی شیر مادر با دفعات بیشتر ادامه داده شود

تداوی

کمبود الکترولیتها در نوزاد اطفال سو تغذی حاد شدید بسیار معمول است و اصلاح آن حد اقل دو هفته را در بر می گیرد. به اطفال باید داده شود:

- پیتاسیم اضافی ۳-۴ میلی مول فی کیلوگرام در روز
 - مگنیزیم اضافی ۴-۶ میلی مول فی کیلوگرام در روز
- اضافه نمودن 20 ملی لیتر از این محلول در یک لیتر شیر ، پیتاسیم و مگنیزیم اضافی مورد نیاز را بر آورده خواهد نمود.

اعراض و علائم

- ◀ تمام اطفال سو تغذی حاد شدید در بدن شان سوئیم اضافی دارند ولو اینکه شاید سوئیم پلاسما آنها کم باشند.
- ◀ کمبود پیتاسیم و مگنیزیم قسما مسول انکشاف انیما میباشند .

تمام اطفال سو تغذی حاد شدید باید در هنگام بستری با الی بیوتیکهای وسیع الطیف تداوی گردند.

1. اگر طفل به نظر می رسد که اختلالات ندارد :
 - آموکسی سیلین 20 میلی گرام فی کیلو گرام وزن بدن هر هشت ساعت برای هفت روز یا کوترایموکسازول (25 میلی گرام سفنا میوکسازول + 5 میلی گرام تری میتوپریم فی کیلو گرام وزن بدن هر 12 ساعت) برای 7 روز بهیت .
2. اگر طفل شدیداً مریض است (بی علاقه گی، بی حالی، یا مریض معلوم می شود) یا اختلالات دارند
 - آمی سیلین عضلانی/ وریدی 50 میلی گرام فی کیلو گرام هر 6 ساعت برای دو روز ، بعداً آموکسی سیلین 20 میلی گرام فی کیلوگرام از طریق فمی هر 8 ساعت برای 5 روز ، و
 - جنتامایسین عضلانی/ وریدی روزانه یک زرق ۷.۵ میلی گرام فی کیلوگرام وزن بدن برای ۷ روز بهیت . اگر طفل ادرار دفع ننماید ، جنتامایسین در بدن انوخته شده و باعث کری می گردد. تا وقتیکه طفل ادرار دفع ننموده دوز دومی را به او ندهیت .
 - اگر طفل در ظرف 48 ساعت از نظر کلنیک بهبود پیدا نکرد یا بدتر شد یا اگر طفل در حال حاضر سیتیک شاک یا منحنیت دارد به الی بیوتیک وسیع الطیف ضرورت دارد (سفتراکسون عضلانی/ وریدی 75-100 میلی گرام فی کیلو گرام وزن بدن یکبار در روز همراه با جنتامایسین)

اگر بعد از 5 روز تداوی با الی بیوتیک حالت کلینیکی بهبود نیافت طفل را دوباره ارزیابی نمایند (چک برای سیت های انتان و اورگانیزم های مقاوم بالقوه ای) و اهمتات لازم را اتخاذ نمایند. اگر بعد از 5 روز قسماً بهبودی حاصل نموده دوره کامل ده روزه تداوی را تکمیل نمایند.

یادداشت: بر علاوه، جای که انتان خاصی تشخیص می شود که تداوی اضافی را نیاز دارد ، آنرا اضافه نمایند :

- الی بیوتیک های خاصی که مناسب هستند
- اگر طفل مفلون به ملار یا می باشد تداوی ضد ملار یا
- اگر طفل تویرکلوز تشخیص می شود تداوی ضد تویرکلوز

قدم

قدم 4 : عدم توازن الکترولایت
ها را اصلاح نمایند

نظام 5: انتان را تداوی و وقایه نمایند

تداوی

- ویتامین A را به اطفال سو تغذی حاد شدید که با F-75، F-100، و RUTF تداوی می شوند نباید داد. تنها به اطفال سو تغذی حاد شدید که با مواد ذکر شده تداوی نمی شوند یک دوز در موقع بستری داد (برای سن بیشتر از 12 ماه، 200,000 واحد بین المللی، برای سن 6-12 ماه 100,000 واحد بین المللی و برای سن 0-5 ماه 50,000 واحد بین المللی)
- اگر اطفال در مرحله دوم RUTF دریافت مینمایند ضرورت به دادن تابلیت آهن نمیشاند زیر مقدار کافی آهن در RUTF از قبل موجود است
- زنگ در F75، F100 و RUTF موجود است. واقعات اسهالات باید با آنتی بیوتیک و ریزومل تداوی شوند
- اسید فولیک در F75، F100، و RUTF موجود است. اگر کمخونی متوسط و یا شدید تشخیص میشود 5 mg در روز بستری داده شود. دوزهای روزانه ضرورت نیست.

مشخصات اساسی تغذی در جریان مرحله ثبات عصار تلند از:

- مقدار کم و به دفعات تغذی قوی یا تئوب انفی معوی شیری با اوسمولاریتی و لاکتوز پایین.
- اخذ انرژی معادل 100 کیلو کالوری فی کیلو گرام در روز
- اخذ پروتئین 1-1.5 گرم فی کیلو گرام در روز
- اخذ مجموعی مایعات از طریق تغذی نباید بیشتر از 130 ملی لیتر فی کیلوگرام در روز باشد (اگر طفل انیما شدید) (+++)
- اگر طفل با شیر مادر تغذی می شود، ادامه تغذی با شیر مادر تشویق گردد، لکن مقدار توصیه شده F-75 را به طفل بدهید تا اطمینان حاصل شود که نیاز طفل برآورده می شود.
- اطفال باید با پیاله تغذی شوند. اطفال بسیار ضعیف شاید توسط قاشق، قطره چکان یا سرنج تغذی کردند
- جدول زمانی توصیه شده ازباید تدریجی حجم F-75 و کاهش تدریجی دفعات عصار تلند از:

روزها	دفعات	حجم/کیلو گرام/تغذیه	حجم/کیلو گرام/تغذیه
1-2	2	11 ملی لیتر	130 ملی لیتر
3-5	3	16 ملی لیتر	130 ملی لیتر
6+	4	22 میلی لیتر	130 ملی لیتر



7

وزن روز اول را برای محاسبه که چقدر شیر بدهید بکار ببرید حتی اگر طفل در این مرحله وزن بیارت یا وزن بگیرد.

معلومات عمومی

- اطفال با سو تغذی حاد شدید کمبود ویتامین و منرال دارند.
- دادن آهن در مرحله حاد میتواند اطفال را خرابتر بسازد.
- با آنکه کمخونی معمول است نباید آهن را در ابتدا بدهید، به هر حال انتظار بکشید تا اطفال کنترل شود، اشتها ی طفل خوب و وزنگیری شروع گردد (معمولا در هفته دوم)
- کمبود هر یک از ویتامین ها و منرالها اعراض و علائم بخصوص خود را دارند که به ر فتمود مایکرو نترنتها به تفصیل ذکر شده است.

F-75 برای برآورده ساختن نیازمندی های طفل بدون آنکه سیستم های بدنش را در مرحله مقدم تداوی اضافه بار سازد ساخته شده است. F-75 حاوی 75 کیلوکالوری و 0.9 گرم پروتئین فی 100 ملی لیتر میباشد. F-75 پروتئین و سوئیم کم داشته و غنی از کاربوهایدریت است، که توسط طفل به آسانی استفاده شده و برایش گلوکز زیاد را که نیاز دارد تأمین میکند.

زمانیکه حالت طفل ثبات یافت (معمولا بعد از 2-7 روز)، فورمول شیری "وزنگیری" F-100 یا RUTF برای ساختن دو باره انساج ضایع شده استفاده میگردد. F-100 حاوی مقدار کالوری و پروتئین بیشتر است: 100 کیلو کالوری و 2.9 گرم پروتئین فی 100 ملی لیتر.

فلام 6: کمبود مایکرو نترنتها را اصلاح نمایید

فلام 7: با احتیاط تغذی را شروع نمایید

8: رسیدن به رشد (Catch-up growth)

یکی از دو گزینه زیر را در مرحله انتقالی تطبیق نمایید:

- 1) تغذی با RUTF را در مرحله انتقالی شروع نمایید، به طفل اجازه دهید تا از ادانه آب بنوشد. اگر طفل مقدار توصیه شده RUTF را نگیرد بعداً تغذیه طفل را با F-75 بالا ببرید. مقدار RUTF را در جریان 2-3 روز افزایش دهید تا که طفل تمام مقدار مورد نیاز RUTF بگیرد. یا
- مقدار توصیه شده RUTF را برای مرحله انتقالی به طفل بدهید به او اجازه دهید تا از ادانه آب بنوشد. اگر طفل حد اقل نصف مقدار توصیه شده را در مدت ۱۲ ساعت نگرفت بعداً دادن RUTF را توقف دهید و دوباره F-75 بدهید. این روش را بعد از هر 1-2 روز دوباره آزمایش نمایید تا که طفل مقدار مناسب RUTF بگیرد تا انرژی مورد نیاز آن را برآورده سازد.

2) در مراکز داخل بستر که F-100 در مرحله احیا (rehabilitation) تهیه می شود: زمانی که وزن نگیری سریع با F-100 صورت گرفت باید F-100 را به RUTF تبدیل نمود و مشاهده نمود تا مطمئن شوید که قبل از رجعت دادن به RUTF، OTP، out-patient را تحمل می نماید.

- اگر طفل باثباتر مادر تغذی می شود، مادر تشویق شود که تغذی با شیر خود را در این وعده های تغذی با RUTF انجام دهد.

در جریان مرحله انتقالی برای علایم عدم کفایه قلب مانیتورنگ نمایید:

- سرعت تنفس
- سرعت نبض
- اگر تعداد تنفس در یک دقیقه ۵ بار یا اضافه تر از آن ، یا تعداد نبض در یک دقیقه ۲۵ بار یا اضافه تر از آن برای دو خواتم چهار ساعته سعی در پی از زیاد باید حجم هر وعده تغذیه را کاهش دهید .

- خدمات تفاوتی سریایی در دسترس باشند:
 - ارجاع به out-patient در صورت:
 - برطرف شدن اختلالات
 - داشتن اشتهای خوب
 - داشتن مراقبت کننده در منزل
 - زندگی در فاصله مناسب از تسهیل out-patient
- خدمات تفاوتی سریایی در دسترس نیستند:
 - تغذیه مکرر (حد اقل هر چهار ساعت) F-100 اخذ انرژی را بمقدار 220-150 کالری کالوری فی کیلو گرام فی روز و پروتئین را بمقدار 4-6 گرم فی کیلو گرام در روز برآورده می نماید
 - اگر طفل باثباتر مادر تغذی می شود، مادر تشویق شود که تغذی با شیر مادر را ادامه دهد.
 - غذاهای جامیلی تبدیل شده مثلاً کچوری، ح آهن ضمیمه می: بعد از دو روز تغذی با F-100 روز آنکه الماس آهن 3mg/kg بدهید.

احیا تغذیوی در ساحات که تسهیلات سرپا (OTP) در دسترس می باشد:

تست اشتها	
وزن طفل (کیلو گرام)	RUTF*
کمتر از 4	1/8
۴- ۹	1/4
۱۰- ۱۴	1/2
15 و بزرگتر	3/4

*تعداد اصغری پاکت RUTF را که طفل باید در مدت 45 دقیقه بخورد (پاکت 92 گرم 500 کیلو کالوری میدهد)

وزن طفل (کیلو گرام)	تعداد پاکت در هفته	تعداد پاکت در روز
۳.۹-۳.۵	11	1.5
۴.۹-۴.۰	14	2
۶.۹-۵.۰	18	2.5
۸.۴-۷.۰	21	3
۹.۴-۸.۵	25	3.5
۱۰.۴-۹.۰	28	4
۱۱.۹-۱۰.۵	32	4.5

تعداد RUTF که به صفل در روز یا هفته بر اساس پاکت های 92 گرم حاوی 500 کیلو کالوری و مقدار 200 کیلو کالوری فی کیلو گرام وزن بدن در روز داده شود.

اطفال سو تغذی حاد شدید که برای احیا سر پای یا out-patient مد نظر گرفته شوند باید خصوصیات ذیل را داشته باشند :

- عاری از هر نوع مریضی حاد
- داشتن اشتهای خوب
- داشتن مراقبت کننده در منزل
- زندگی در فاصله مناسب از تسهیل سریایی یا out-patient

طفلی که در حال حاضر در شفابخانه برای مرحله حاد سو تغذی حاد شدید تفاوتی می شود همچنان می تواند برای مرحله احیا تغذیوی در جامعه (out-patient) تفاوتی شود.



- RUTF فقط یک دوا و غذای برای اطفال بسیار لاغر و پندیده است نباید با دیگران شریک ساخته شود.
- اطفال مریض معمولاً دوست ندارند که غذا بخورند، بمقدار کم و منظم RUTF را بدهید و طفل را به خوردن تشویق نمایید (اگر ممکن است هفت مرتبه در روز). طفل شما باید # پاکت را در روز بخورد.
- بری اطفال جوان تغذی با شیر مادر را ادامه دهید ، ابتدا شیر مادر را قبل از هر RUTF به طفل پیشکش کنید .
- RUTF فقط غذا اطفال لاغر و پندیده میباشد که جهت بهبود از سو تغذی ضروری میباشد . همیشه RUTF را قبل از سایر غذا ها مانند حلو آگک به طفل بدهید .
- همیشه به طفل که RUTF میخورد مقدار زیادی آب پاک پیشکش نمایید، این اطفال نسبت به نورمال به آب بیشتری نیاز دارند.
- صابون را برای شستن دست های طفل تان قبل از خورد RUTF بکار ببرید ، غذا را پاک و سر بسته نگهدارید .
- هر وقتیکه وضعیت طفل تان خراب شد یا اگر طفل به اندازه کافی نمی خورد دوباره به تسهیل صحنی برگردید .

پیام های کلیدی که همراه با RUTF آماده گردد

قدم 10 : آماده گی برای رخصت و تعقیب بعد از بهبودی

معیار رخصت از مراقبت داخل بستر در جاهاییکه در آنجا پروگرام تغذی سو تغذی حاد شدید در سطح جامعه وجود ندارد

مادر / مراقبت کننده	طفل
<ul style="list-style-type: none"> • بداند که چطور طفل را بطور مناسب تغذی با شیر ثنیه نماید • بداند که چطور غذا های مناسب را تهیه و طفل را تغذی نماید • بداند که چطور بازبچه مناسب را تهیه و با طفل بازی نماید • بداند که چطور تداوی خانگی برای اسهال ، تب و اثنانات حاد تغذسی را انجام دهد و چطور او علایم را تشخیص دهد که باید برای کمک طبی جستجو نماید • بداند که طفل باید مایکرو و تترینتهای ضمیموی را بگیرد و برنامه ایموپانژیشن را تکمیل نماید • پلان تعقیب را تکمیل نماید 	<ul style="list-style-type: none"> • اطفالیکه به اساس وزن بر قف بستری شده اند وقتیکه SID آنها حد اقل مساوی یا بیشتر از منفی 2 برسد و از دو هفته به اینطرف انیما نداشته باشند . • اطفالیکه به اساس MUAC بیشتر شده اند وقتیکه MUAC شان مساوی یا بیشتر از 125 mm برسد و از دو هفته به اینطرف انیما نداشته باشند . • اطفالیکه به اساس انیما بستری شده اند، میتوان بر اساس هر یک از معیارات فوق الذاکر مرخص شوند.

قدم 9 : تحریک حسی و حمایت روحی را فراهم نمایید

سو تغذی حاد شدید انگخفاف دماغی و سلوک را متأثر می سازد که میتواند با تدابیر مناسب بشمول تحریک حسی و حمایت روحی برگشت نماید.

فراهم نمایید :

- عرضه مراقبت محبت آمیز (لبخند زدن ، خندیدن ، نوازش کردن ، تماس پیدا کردن ، صحبت کردن و غیره)
- محیط شاد و محرک
- ۱۰- ۳۰ دقیقه در روز بازی سازنده، در جلسه های بازی باید از بازبچه های که از مواد محلی در دسترس ساخته شده بکار برده شود.(به ضمیمه ۱۵ رهنمود عملی ببینید)
- فعالیت فیزیکی به مجردیکه طفل به اندازه کافی بهبود یافت.
- نخل ساختن والین/مراقبت کننده وقتیکه ممکن است (مانند، راحت نمودن، تغذی نمودن ، حمام دادن ، بازی نمودن) همچنان مراقبت خاص که در منزل ادامه داده شود.

C - تداوی حالات مرتبط یا سوء تغذی حاد شدید

تداوی

ویتامین A را به اطفال سو تغذی حاد شدید که با F-100 ، RUTF تداوی می شوند نباید داد تنها به اطفال سوء تغذی حاد شدید که با مواد ذکر شده تداوی نمی شوند یک دوز در موقع بستری داد

در روزهای 1، 2، و 14 ویتامین A بدهید.

اگر طفل مکدریت و قرصه قرصه دارد، بخاطر جلوگیری از خلع عصبیه مراقبت های چشمی ذیل را انجام دهید:

- قطره معقم چشمی کلورامفنیکول را هر 2-3 ساعت برای 10 روز در چشم ماقوف بچکانید.
- قطره معقم چشمی آتروپین 1% را روز سه مرتبه برای 3-5 روز بریزید.
- چشم را با پد چشمی معطوش با سلین بپوشانید و بندازید.

اگر اعراض و علائم کمبود ویتامین A نزد مریض وجود ندارد

اگر طفل هر یک از اعراض و علائم چشمی کمبود ویتامین A را نشان دهد

روز	مقدار فی ویتامین A	سن طفل
روزهای 1، 2 و 14	50,000 IU	کمتر از شش ماه
روزهای 1، 2 و 14	100,000 IU	6-12 ماه
روزهای 1، 2 و 14	200,000 IU	بزرگتر از 12 ماه

اعراض و علائم

نشانه چشمی کمبود ویتامین A :

- شبکوری
- علائم چشمی کمبود ویتامین A :
- خشکی منظمه
- نقاط بیوتت
- مکدریت و قرصه قرصه

اگر زخم های جدی ترشخی که معمولاً در نواحی سرین اطفال مصاب کو اشرکوری دیده می شوند وجود داشته باشند بطور ذیل تداوی نمایید :

- نواحی عجان را خشک نگه دارید
- روز نو مرتبه بالای نواحی ماقوف گاز آغوشته یا پیتاسیم بر منگفات را برای ده دقیقه نگاه دارید .
- ابتذات قنگمی (کاندیدا) باید با کریم ضد قنگمی (کلوتریمازول) روزانه دو مرتبه برای دو هفته تداوی شوند. کاندیدازاس فسی باید با نستاتین خوراکی (۱۰۰۰۰۰) واحد بین المللی روزانه چهار مرتبه) تداوی شود.

- بی رنگی یا پر رنگی جدی
- نفیس جدی
- قرصه (زخم های جلد ناحیه عجان ، کشاله ران ، اطراف و عقب گوش ها و زیر بغل)
- زخم های ترشخی (شیه سوختگی شدید) معمولاً با التان ثلثی پشمول کاندیدا

- جلد را در معرض هوا بگذارید
- هرگز از مشمای پلاستیکی استفاده نشود، زیرا جلد را دایما مرطوب نگه میدارد.
- هرگز از مرهم هایه جلد تخریب شده و چرک دار استفاده ننمایید.
- به چین های پوستی توجه خاص بیندازید ، چایکه رطوبت بیشتر اتفاق می افتد.

- علائم درماتوزس شامل :

تداوی های معالی باید تا مرحله احیا تداوی به تاخر انداخته شود. دوز واحد هر یک از نواحی ضد کرم های معالی ذیل از طریق فسی داده شود :

- 200 ملی گرام البندول برای اطفال 12-23 ماه ، 400 ملی گرام البندول برای اطفال مساوی یا بیشتر از 24 ماه . یا
- 100 ملی گرام البندول روزانه دو مرتبه برای سه روز برای اطفال مساوی یا بیشتر از 24 ماه (برای اطفال زیر 24 ماه توصیه نمی شود)
- 10 ملی گرام فی کیلو گرام وزن بدن پائرتیل پموات (برای هر سن)

تشخیص کرم های معالی در اطفال مشکل میباشد

- افزایش افر ازات بینی بیقراری ، بیخوابی ، نا آرامی، تر کردن سست، تخریش چشم ها و خون بینی علائم معمول کرم های معالی میباشد .

2. التهاب جلد یا (درماتوزس)

3. کرم های معالی

تداوی

- با مترونیڈازول (7.5 ملی گرام فی کلو گرام ہر 8 ساعت برای 7 روز) تداوی نمایبد
- شیر حیوانی را با ماست یا رژیمن عاری از لکٹوز جایگزین نمایبد (مانند سوچی برنج، بہہ ضمیمہ 12 رهنمود عملی نگاه کنید)
- معرفی دوبارہ و تدریجی غذاهای شیری در مرحلہ احیا.
- F-75 را کہ بر اساس غلہ جات تهیه و اسمولازیٹی پایبن دارد استفادہ نمایبد.
- بصورت تدریجی F-100 را معرفی نمایبد.

اسہال

آمیپیڈازس و ژ آر دینازس

عدم تحمل لکٹوز

اسہال اسمولاتیک

اعراض و علایم

- اسہال معمولاً ہر اہ با سو تغذی حاد شدید میباشند، ولی باید در جریان ہفتہ اول تداوی با تغذی محتاطانہ فروکش نمایبد.
- طفل میتواند مدفوع شل بی شکل را در جریان مرحلہ احیا دفع نمایبد. اگر وزن گیری رضایت بخش باشد این سبب نگرانی نمی باشد.

4 . اسہال مقاوم / دوامدار:

5 . تویرکلوزس

- اگر قویا بہ تویرکلوز مشکوک می شویڈ (تماس با مرض تویرکلوز، رشد ضعیف با وجود اخذ خوب غذا، سرفہ مزمن بی وقفہ و بیشتر از دو ہفتہ، و عدم پاسخدهی انتان سینہ با انٹی بیوتیک معمولی)

- اگر تست مثبت است یا قویا مشکوک بہ تویرکلوز میباشند.

6 . اچ آی وی / ایدز

1. مادر مبتلا بہ اچ آی وی شناختہ می شود و ولی در شیرخوار اچ آی وی منفی یا نامعلوم میباشند. برای آنہاییکہ سو تغذی شدید دارند، شیوہ تداوی تعقیب رهنمود سو تغذی حاد شدید می باشد.
2. شیرخوار مبتلا بہ اچ آی وی میباشند ولی معیار برای ARVs را تکمیل ننمودہ. شیوہ تداوی تعقیب رهنمود سو تغذی حاد شدید و همچنان دادن پیشگیرانہ کوتراپیموکسازول (بہ قدم 5 بیتیڈ) می باشد.
3. شیرخوار مبتلا بہ اچ آی وی می باشد ولی معیار برای تداوی ARVs را تکمیل نمودہ است. شیوہ تداوی عبارتند از تداوی با ARVs و تعقیب رهنمود سو تغذی حاد شدید میباشند

- وقتیکہ طفل شدیداً سوتغذی میباشند یا توجہ با چگونگی اچ آی وی سہ و وضعیت کہ تداوی را متاثر می سازد.

- در زمان پذیرش یک دوز را برای تمام اطفال شش ماہ و بزرگتر بہ ہیڈ.
- در پایان سن ۹ ماہگی دوز دوم و اکسین سرخکان (دوز معمول) باید دادہ شود.

واکسین سرخکان

- در مناطق انڈونیک و برای مریضان مناطق انڈونیک کہ تست در دسترس نمی باشد، برای تمام مریضان با تب در زمان پذیرش مطابق بہ رهنمود های تداوی روئین ملاریا دادہ شود.
- جالی های بستر (bed net) آغوشتہ شدہ باید ترجیحاً استفادہ شوند.

تداوی ملاریا

تداوی

اعراض و علائم

تداوی شاک :

- اکسیجن بدهید.
- ۵ ملی لیتر فی کیلو گرام وزن بدن گلوکز ۱۰% معقم را از طریق وریدی (طوریکه در بخش هایبو گلاسیما شرح داده شده) بدهید.

مایعات وریدی را طوریکه در زیر شرح داده شده بدهید.

- انتی بیوتیکهای وسیع الطیف بدهید
- سرعت نبض و تنفس را هر ۳۰ دقیقه اندازه گیری و ثبت نمایید
- طفل را گرم نگه دارید

برای واقعات شاک مایعات داخل وریدی بدهید:

- سرعت تنفس و نبض را در شروع چک کرده و آنها را در دوسیه مریض درج کنید. بر علاوه زمان شروع را نیز ثبت نمایید. مایع داخل وریدی را به مقدار ۱۵ ملی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف یک ساعت تطبیق نمایید. یکی از مایعات ذیل را که نظر به برتریت شان ترتیب شده اند استفاده کنید:
 - محلول Ringer lactate با گلوکز ۵%
 - ۰.۴۵% Saline (نیم نورمال) با گلوکز ۵%
- طفل را تحت نظر گرفته و سرعت تنفس و نبض اش را هر ۱۰ دقیقه بعد معاینه نمایید

اگر علائم بهبود یافت (سرعت تنفس و سرعت نبض بعد از یک ساعت انفوزن وریدی آهسته تر گردید) :

- مایع داخل وریدی ۱۵ ملی لیتر فی کیلوگرام را برای یک ساعت دیگر تکرار نمایید. ورید مریض را باز نگاهدارید زیرا که ممکن باز هم به کار شود.
- ریه‌های ریش فی با انفی معدی را با ResoMal شروع کنید. ResoMal را به مقدار ۱۰ ملی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در ساعات متناوب همراه با F-75 تا ۱۰ ساعت بدهید. بعداً تغذی را با آغازگر F-75 ادامه دهید

اگر با مایعات داخل وریدی بهبودی حاصل نشد (سرعت تنفس و نبض افزایش یافت یا بعد از یک ساعت انفوزن وریدی بالا باقی ماند) :

- فرض کنید که طفل شاک سیتیک دارد.
 - در حر بیانی که انتظار خون را می‌کشید، مایعات داخل وریدی را برای جبران نیازمندی های دوامدار طفل (3 ملی لیتر فی کیلوگرام فی ساعت) ادامه بدهید.
 - وقتیکه خون آماده شد، خون مکمل تازه را به مقدار ۱۰ ملی لیتر فی کیلوگرام در ظرف ۳ ساعت تطبیق کنید.
- اگر ****علائم فرط ریه‌های ریش پیدا شد، diuretic، یا مدر Im g/kg (مطابق رهنمود ملی) بدهید.**

شاک چیست؟

یک طفل سو تغذی شدید زمانی گفته میشود که شاک دارد:

بیحال و بی‌هوش است و دستهای سرد دارد

به اضافه یکی از:

دو باره پر شدن بطی شمریه (طولانی تر از ۳ ثانیه) یا

نبض ضعیف یا سریع (۱۶۰ فی دقیقه یا بیشتر برای اطفال ۱۲-۲۰ ماهه، ۱۴۰ فی دقیقه یا بیشتر برای اطفال ۵-۱۲ سال)

- دو باره پر شدن شمریه توسط فشار دادن ناخن شست یا انگشت کلان یا برای ۲ ثانیه تشخیص می شود. شمرین ثانیه ها از زمان رها کردن تا برگشتن رنگ گلانی. اگر زمان متغیر بیشتر از ۳ ثانیه را در بر گیرد، دو باره پر شدن شمریه آهسته است.

۱. تداوی شاک

**** علائم فرط ریه‌های ریش :**

- افزایش سرعت نبض (افزایش 25 نبض فی دقیقه یا بیشتر از آن)
- افزایش سرعت تنفس (افزایش 5 تنفس فی دقیقه یا بیشتر از آن)
- برجستگی اورده وادجی در گردن
- پنبیده گی پلک های چشم یا افزایش انبساط.

افزایش سرعت تنفس (بیش از 60 تنفس در دقیقه در شیرخوران 0-2 ماهه و بیش از 50 در اطفال 12-2 ماهه و بیش از 40 تنفس در دقیقه در اطفال بزرگتر) بعداً استرس تنفسی، نبض سریع، دستهای و پاهای سرد، انبساط و سیانوز. شاید کبد بزرگ شود.

اگر یک طفل سو تغذی حاد شدید کمخونی بسیار شدید دارد مطابق برنامه ذیل تداوی گردد:

۱. تمام مایعات وریدی را توقف دهید.
۲. علائم عدم کفایه احتقانی قلب مانند تنفس سریع، زحرت تنفسی، نبض سریع، بر شدن اورده وادعی، دست ها و پا هایی سرد، سیانوز نهایات انگشتان و زیر زبان جستجو کنید.
۳. فورسامید (۱ ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن وریدی در شروع نقل الدم) دهید.
۴. اگر علائم عدم کفایه احتقانی قلب موجود نباشند، خون مکمل را به مقدار ۱۰ ملی لیتر فی کیلوگرام به آهستگی در ظرف ۳ ساعت دهید. اگر علائم عدم کفایه احتقانی موجود باشند، بوضع خون مکمل، فشرده حرارت را ۵-۷ ملی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف سه ساعت دهید.

- اگر غلظت هموگلوبین کمتر از 40 گرام فی لیتر یا حجم فشرده حرارت کمتر از ۱۲% باشد، طفل کمخونی بسیار شدید دارد.

۳. کمخونی بسیار شدید

تدابیر ذیل باید اتخاذ شود:

- انتی بیوتیک های خط اول و دوم را بشکل زرق عضلی دهید
- اصناف نمودن انتی بیوتیک های خط سوم را در نظر بگیرید.
- سایر دواهای که شاید باعث مسمومیت گردند (مانند مترونیدازول) توقف دهید
- یک دوز واحد مگکیزیم سلفیت را بدهید (۲ میلیتر محلول ۵۰%)
- تیوب انفی معوی را تطبیق نمایید، تخلیه محتوی معده، بعداً شستشوی معده توسط مایع ایزوتونیک. این کار را با تطبیق ۵۰ ملی لتر مایع ایزوتونیک (یکسروز ۵% یا سکروز ۱۰%) در معده و بعداً تخلیه همسه این مایع انجام دهید. به این کار باید تا زمانی ادامه داده شود، که مایع خارج شونده از معده کاملاً صاف شود.
- مقدار ۵ ملی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن محلول سکروز ۱۰% را به معده داخل نموده و آنرا برای یک ساعت در آنجا بگذارید. بعداً معده را تخلیه نموده و حجم مایع تخلیه شده را اندازه نماند. اگر حجم آن کمتر از مقدار تطبیق شده بود، دوز دیگر محلول سکروز را تطبیق نموده یا مایع تخلیه شده را دوباره به معده برگردانید.
- اکثر ابرفک یا انتان کانجیویا معده و مری موجود میباشد: باید شربت نیستاتین یا فلوکو نازول داده شود.
- طفل باید گرم نگاه شود.

این مشکلات به اشکال ذیل تظاهر نموده میتواند:

- معدومیت آواز های معالی،
- توسع معده، و
- صدای مایع در امعاء

اگر بعد از ۶ ساعت بهبود حاصل نشود، آنگاه:

- تطبیق مایعات وریدی باید در نظر باشد. مایعاتی که تطبیق میشود باید حاوی مقدار کافی پیتاشیم باشد. باید محلول معقم پیتاشیم کلوراید (۲۰ ملی مول فی لیتر) در همسه محلولی که پیتاشیم ندارد، علاوه شود. اگر این ماده در دسترس باشد از محلول یک پنجم نارمل نمکی در گلوکوز ۵% استفاده شود؛ در غیر آن محلول رنگر لکتیت در گلوکوز ۵% و یا محلول نیمه نارمل نمکی در گلوکوز ۵% استفاده شود. باید قطرات خیلی آهسته باشند - مقدار مایعی که تطبیق میگردد باید بیشتر از ۲ الی ۴ ملی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن در هر ساعت نباشد.
- تطبیق انتی بیوتیک های خط اول و دوم باید از طریق ورید آغاز گردد.
- زمانی که مقدار مایع تخلیه شده از معده کاهش باید یعنی نصف مایع تطبیق شده در معده جذب شود، تداوی وریدی متوقف ساخته شده و تداوی فمی ادامه داده شود.

2

اگر حالت شعوری طفل خوب نباشد، گلوکوز وریدی تطبیق گردد.

- درین مرحله باید مایعات وریدی تطبیق نگردد. طفل باید برای ۶ ساعت بدون کدام تداوی تحت مراقبت جدی قرار داده شود.
- بهبودی طفل در اوایل از نظر فعالیت معالی سنجش میشود: کاهش در انتفاخ بطن، مشامده حرکات استراری از روی جدار بطن، بازگشت آواز های معالی، کاهش اندازده مایعاتی که از معده تخلیه میشود. نانیا، بهبود در وضعیت عمومی طفل به ملاحظه میرسد. اگر در وضعیت امعاء بهبود حاصل شد، F75 باید از طریق تیوب انفی معوی تطبیق گردد. (نصف مقدار داده شده در جدول تغذی- سپس با حجم مایع خارج شده از معده تنظیم گردد)

4. مشکلات معدی معالی

PD - پروتوکول های تدای سو تغذی حاد شدید

اطفال ۶-۹ ماه

۱. پروتوکول تدای برای اطفال 59-6 ماه

۲. پروتوکول تدای برای اطفال مساوی یا بزرگتر از ۶ ماه سن و کمتر از ۴ کیلو گرام وزن

۳. پروتوکول تدای برای شیرخواران کمتر از ۶ ماه همراه با یک مراقبت کننده تغذی یا شیر مادر

۴. پروتوکول تدای برای شیرخواران کمتر از ۶ ماه بدون تغذی یا شیر مادر

شیرخواران زیر ۶ ماه

W/H < -3 Z score
یا
MUAC < 115 mm

- انیما دو طرفه پاهای ++++
- اگر OTP در مستوس نیست تمام اطفال سو تغذی حاد شدید بدون در نظر داشت اینکه آیا آنها اختلالات طمی دارند یا خیر باید در مرکز تغذی معالجوی بستری گردند.
- اگر OTP در مستوس میباشد: اطفال سو تغذی حاد شدید بدون اختلاط که انیماهای خوب دارند باید از طریق مراقبت های سطح جامعه تدای شوند. و اطفال سو تغذی حاد شدید همراه با اختلالات طمی باید در تسهیل صحنی بستری و تدای گردند

معیار پذیرش

مرحله ثبات:
- F-75 : 130ml/kg/day تقسیم شده به ۱۲ و ۱۲ وقت غذا (روز ۱-۳) ، وقت غذا روز ۳-۵ و ۲ وقت غذا (روز ۶ و بعد)

تدای طمی + سر ویالسن
مرحله انتقال:
- F-100 : 130ml/kg/day تقسیم شده به ۲ وقت غذا (روز ۱ و ۲) ، ۱۰۲ میلی لیتر در هر تغذی موقت امیز.

تداوی

تداوی طمی + سر ویالسن
- RUTF یا F-100 : ۲۰۰ ml/kg/day
تداوی طمی + سر ویالسن

بر ساحتی که IMAM وجود ندارد:

- اطفالی که با وزن کم تر از حد بستری شده اند و قتی که SD آنها حد اقل مساوی یا بیشتر از منفی 2 برسد و از نو هفته به انیماهای SD تا هفته پنجم.
- اطفالی که با MUAC کمتر از 115 mm هستند و قتی که MUAC آنها 125 برسد و از نو هفته به انیماهای SD تا هفته پنجم.
- اطفالی که با انیماهای فوق النکر مرخص شوند هر یک از معیارات فوق النکر مرخص شوند

معیار رخصت

14

- از ساحتی که IMAM وجود دارد:
- از مالتی که اختلالات برطرف گردند و انیماهای خوب یا ضمیمه خدمات سر پاینی بر سنده شوند

شیرخواران زیر ۶ ماه

معیار پذیرش:
• طول کمتر از ۳-۵/۹ یا
• انیما دو طرفه پاهای ++++

- Z-score وزن بر طول کمتر از ۳- یا
- انیما دو طرفه پاهای یا
- طول که Z-score وزن بر طول آن کمتر از 2- و مساوی یا بیشتر از ۳- باشد و یکی از دو معیارات ذیل را داشت باشد:
- مادر گزارش میدهد که او شیر کافی ندارد یا هیچ شیر ندیده ندارد
- طفل بسپال ضعیف است تا بمکد.

تغذی مکتوب (ضمیمه ه)
• مرحله آغاز
• مرحله افزایش وزن سریع
• مرحله افزایش بیشتر سریع

روز ۱ و ۲ : ۲ و ۲ D F100 - 130 ml/kg/day
روز 3 و 4 : 4 و 4 D F100 - 150ml/kg/day
روز 5 و 6 : 6 و 6 D F100 - 170ml/kg/day
از روز ۷ : ۷ و ۷ D F100 - 200ml/kg/day
تغذی تقسیم شود
به محذی که وزن طفل به ۲ کیلو گرام رسیده ، F100 را تقیق شده به F100 تبدیل می گردند. (رشته پروتوکولی که برای اطفال بزرگتر از ۶ ماه که وزن شان زیادتر از ۳ کیلو گرام است)
تداوی طمی + سر ویالسن

وزن بیشتر از ۵ : ۴ کیلو گرام و
برای حد اقل ۷ روز بعد از برطرف شدن انیما

تغذی تمام پروتوکولها بعد از رخصت:

ماه اول هر هفته یک مرتبه ، ماه دوم دو مرتبه ، ماه سوم یک مرتبه

معیار پذیرش:
• رقیق شده توسط پیاله و نمکی به شیرخوار مرسمیک داده شود (۱30ml/kg/day) در ۸ بار غذا تقسیم شده

مرحله ثبات:
• در جریان مرحله انتقالی باید F100 رقیق شده نحو زیر گردد . مقدار F-100 رقیق شده در این مرحله به مقایسه مرحله ثبات یک سوم افزایش داده شود. F100 رقیق شده 130 kcal فی کیلو گرام وزن بدن در روز را فراهم نماید
مرحله انیما:
• شیرخواران بر اساس حجم F100 رقیق شده را که در مرحله ثبات می گرفت دریافت نمایند
تداوی طمی + سر ویالسن

- ۹۰٪ افزایش وزن حفظ شده (وزن زمان پذیرش یا کمتر بین وزن عاری از انیما) و قتی که SD آنها حد اقل مساوی یا بیشتر از منفی 2 برسد
- نود انیما دو طرفه پاهای دو هفته
- در زمان رخصت شیرخوار میباید با فورولا شیرخوار تغذی شود
- به مراقبت کننده شیرخوار به اندازه کافی مشوره داده شده باشد.

عملکرد های مراقبتی در جریان تداوی

چگونه عدم موفقیت تداوی را شناسایی نماییم ؟

- مراقبت اطفال، مهارت های والدین
- ارتقای صحت
- فعالیت های سرگرم کننده (بازی)

- مشکلات در مرکز تداوی**
- محیط نادرست برای اطفال سو تغذی
 - پرسونل در دست تریه نشده یا ناکافی
 - تراژو های نادرست وزن گیری
 - طرز نادرست تهیه غذا و یا دادن آن
 - * برای جزئیات بیشتر به رهنمود عملی (نسخه ۲۰۰۱) مراجعه نمایید.

- مشکلات انفرادی اطفال**
- دادن غذای ناکافی
 - کمبود ویتامین ها یا مینرال ها
 - سوء جذب
 - تشنج ارگردن
 - اختلالات، مخصوصا:
 - اسهال ، پیچش ، اختلالات گش متوسط ، سینه و بعل ،
 - تویر کوز ، اختلال ، یونی ، ملاریا ، آج ای وی /
 - اینتر (برای جزئیات بیشتر به رهنمود عملی نسخه ۲۰۰۱) مراجعه نمایید)
 - امراض زمینه ای جدی


انواع عدم موفقیت تداوی:

- عدم جو ابگونی ابتدایی :
- عدم موفقیت در بدست آوردن بهبودی ابتدایی در یک میزان مقررده .
- عدم جو ابگونی ثانوی :
- اختلال در وضعیت طفل، در حالیکه یک جواب رضایت بخش در ابتدا ایجاد شده بود.

اسباب تشایع

۱. مشکلات را شناسایی نمایید

با نظارت نمودن پیشرفت مریض گرفتن وزن و مراقبت هر مریض به شکل انفرادی، شما ممکن مشکلات را شناسایی نمایید.



۲. اسباب مشکلات را جستجو کنید :


بسیار با اهمیت است تا اسباب یک مشکل را قبل از اینکه به حل آن بگوئید بیابید. اسباب مختلف مستلزم راه حل های مختلف می باشند.



۳. راه حل را معین نمایید


راه حل تابع اسباب مشکلات خواهند بود.

- طرق حل باید:
- سبب مشکل را دور سازد (یا تاثیرات آنرا کاهش دهد).
- امکان پذیر باشد (فراهم باشد، عملی باشد، واقعی باشد) و
- مشکل دیگر را ایجاد نکند.



۴. تطبیق راه حل ها :

تطبیق نمودن یک راه حل ممکن نسبتا ساده بوده و یا کمی عمیق باشد. هر زمانیکه کدام تغییری آورده شود مکالمه خوب پرسوزنل حایز اهمیت می باشد.



THANKS TO YOUR HARD WORK WEIGHT GAINS HAVE IMPROVED THIS MONTH REPEAT GAIN

پروسه برای شناسایی و حل مشکلات

چطور افزایش وزن روزمره محاسبه نمود؟

بعد از اینکه یک طفل 100 - F می گردد، دانشمند باید روزمره وزن آنرا به گرم/ کیلوگرم/ روز افزایش (g/kg/day) محاسبه نماید و مقصودت نماید که آیا گرفتن وزن طفل مناسب است.

وزن امروز (گرم) - وزن روز قبلی (گرم) *	
افزایش وزن =	وزن روز قبلی (کیلوگرم) * (امدت)
برای محاسبه افزایش وزن یک طفل در روز رخصت از فورمول ذیل استفاده نمایند:	
وزن زمان مرخصی (گرم) - پانزدهمین وزن (گرم) (مدت (روزها))	
افزایش وزن =	پانزدهمین وزن (کیلوگرم) * مدت (روزها)

مدت اقامت مرخص در مرکز تغذی تمام روز های را که مرخص در مرکز تغذی از روز پذیرش تا رخصت کردن سیری کرده است در بر می گیرد.

چطور طول مدت اقامت مرخص را در مرکز تغذی محاسبه نمایند؟

- مرخصی با 2SD- وزن برقد در ساحتاقتیکه OTP و حد نذار
- رجعت دهی به OTP بعد از برطرف شدن اختلالات جهت ادامه تداوی (در ساحتی که OTP وجود دارد)
- مرگ
 - علت آشکار مرگ
 - تعداد روز های بعد از بستن شدن
 - وقت روز و یا شب که مرگ به وقوع پیوست.
 - سایر شرایط مربوطه
- ترک و یا مرخصی مقدم و شرایط آن
- عدم رسیدن به معیارات مرخصی بعد از دو ماه

افزایش وزن	پیشرفت	کار که باید انجام شود
<5 g/kg/d	ضعیف	ارزبانی دوباره و کامل طفل ضرورت می باشد
5-10 g/kg/d	متوسط	چک نمایند که آیا اخذ غذا طفل رضایت بخش است ، و آیا انتان ر ضایت نادیبه گرفته شده یا بصورت مناسب تداوی نکر دیبه است نیاز می باشد که سوپروایزر مطمئن شود که غذاها مطابق دستور العمل تهیه می شوند.
>10 g/kg/d	خوب	مادر و پرسونل بخاطر تلاش شان باید تحسین شوند



چطور ارقام افزایش وزن را در مجموع وارد تغذی محاسبه نمود؟

- ماهانه یک بار ریکارد های وارد را برای یک هفته داده شده مرور نمایند.
- اطفالی را که در هفته منکور با 100 - F تغذیه می شدند شناسایی نمایند. (تتها از اطفالی که با 100 - F تغذیه می شوند توقع می رود تا وزن گیرند)
- برای هر یک از این اطفال گرفتن وزن اوسط روزمره را محاسبه کنید
- گرفتن وزن روزمره طفل را برای هفت روز هفت مورد نظر که در CCP ثبت شده جمع نموده و مجموع آنرا بر هفت تقسیم نمایند.
- مشخص نمایند که گرفتن وزن اوسط طفل در جریان هفته خفیف بوده، متوسط و یا خوب بوده است.

نتیجه تداوی هر مرخص را ثبت نمایند

بررسی نتیجه تداوی مرخص

محاسبه فیصدی نتایج (Outcomes)

100 x	تعداد مریضان شفا یاب در جریان ماه	تعداد واقعات خارج شده درین ماه	تعداد واقعات شفا یاب شده =
100 x	تعداد وفیات در جریان ماه	تعداد واقعات خارج شده درین ماه	فیصدی واقعات فوتی =
100 x	تعداد غایب در جریان ماه	تعداد واقعات خارج شده درین ماه	فیصدی واقعات غایب =
100 x	تعداد واقعات انتقالی در جریان ماه	تعداد واقعات خارج شده درین ماه	فیصدی واقعات انتقالی =

یک لیتر آب پاک 10-0 گرام بوره

← در نتیجه یک لیتر آب شکر ۱۰ فیصده تهیه خواهد شد

۲۰ ملی لیتر آب پاک + ۲.۵ گرام (۱ قاشق سرخ) CMV

تهیه نمودن محصولات تغذیوی و غیر تغذیوی

F-75 آماده کردن	آماده کردن
یک پاکت F75 (102.5 g/sachet) را در ۵۰۰ ملی لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید	یک پاکت F75 (410 g/sachet) را در ۲ لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید
← در نتیجه 600 ملی لیتر محلول F75 تهیه خواهد شد	← در نتیجه 2.4 لیتر محلول F75 تهیه خواهد شد

F-100 آماده کردن	آماده کردن
یک پاکت F-100 (114 g/sachet) را در 500 ملی لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید	یک پاکت F-100 (456 g/sachet) را در ۲ لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید
← در نتیجه 600 ملی لیتر محلول F100 تهیه خواهد شد	← در نتیجه 2.4 لیتر محلول F-100 تهیه خواهد شد

آب شکر 10%

← در نتیجه ۱۰ فیصده تهیه خواهد شد

محلول ملر CMV

تهیه ریزومل از او آر اس سازمان صحتی جهان (فارمولا جدید)

مقدار	عناصر
850 ملی لیتر	آب (جوشیده سرد شده)
یک پاکت برای ساختن 500 ملی لیتر	ORS سازمان صحتی جهان (فارمولا جدید)
20 گرام	شکر
نیم پیمانه (پیمانه داخل قطی CMV) ، یا 16.5 ملی لیتر	CMV یا ترکیب ویتامین و منرال ، یا محلول الکترو لایت - منرال (در پایین ببینید)

تهیه محلول الکترو لایت - منرال

محتوی مولدر 20 ملی لیتر	مقدار به گرام	الکترو لایت - منرال
24 mmol	224	پتاسیم کلراید
2 mmol	81	ترای پتاسیم سترات
3 mmol	76	مگنزیوم
300 μmol	8.2	زنک استات
45 μmol	1.4	کاپر سلفات
	2500 ml	آب : تا به

تهیه ریزومل

یک پاکت ReSoMal را در ۲ لیتر آب پاک حل کنید

← در نتیجه ۲ لیتر محلول ReSoMal تهیه خواهد شد

یک پاکت F100 (114 g/sachet) را در ۲۰۷ ملی لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید

← در نتیجه ۲۷۰ ملی لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید

یک پاکت F-100 (456 g/sachet) را در ۲۰۷ ملی لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید

← در نتیجه ۲۰۷ ملی لیتر آب جوش شده سرد شده حل کنید



کارت مرجع F-75 - حجم تغذیه برای اطفال بدون اذیما یا ++، + اذیما

18

وزن طفل (kg) به	تغذیه هر ۲ ساعتها ^۲ (ml)	تغذیه هر ۳ ساعتها ^۳ (ml)	تغذیه هر ۴ ساعتها ^۴ (ml)	مجموع روزانه (130 ml/kg)	%80 مجموع روزانه (حد اقل)
2.0	20	30	45	260	210
2.2	25	35	50	286	230
2.4	25	40	55	312	250
2.6	30	45	55	338	265
2.8	30	45	60	364	290
3.0	35	50	65	390	310
3.2	35	55	70	416	335
3.4	35	55	75	442	355
3.6	40	60	80	468	375
3.8	40	60	85	494	395
4.0	45	65	90	520	415
4.2	45	70	90	546	435
4.4	50	70	95	572	460
4.6	50	75	100	598	480
4.8	55	80	105	624	500
5.0	55	80	110	650	520
5.2	55	85	115	676	540
5.4	60	90	120	702	560
5.6	60	90	125	728	580
5.8	65	95	130	754	605
6.0	65	100	130	780	625
6.2	70	100	135	806	645
6.4	70	105	140	832	665
6.6	75	110	145	858	685
6.8	75	110	150	884	705
7.0	75	115	155	910	730
7.2	80	120	160	936	750
7.4	80	120	160	962	770
7.6	85	125	165	988	790
7.8	85	130	170	1014	810
8.0	90	130	175	1040	830
8.2	90	135	180	1066	855
8.4	90	140	185	1092	875
8.6	95	140	190	1118	895
8.8	95	145	195	1144	915
9.0	100	145	200	1170	935
9.2	100	150	200	1196	960
9.4	105	155	205	1222	980
9.6	105	155	210	1248	1000
9.8	110	160	215	1274	1020
10.0	110	160	220	1300	1040

کارت مرجع F-75 - حجم تغذیه برای اطفال با اذیما شدید +++

وزن طفل (kg) به	تغذیه هر ۲ ساعتها ^۲ (ml)	تغذیه هر ۳ ساعتها ^۳ (ml)	تغذیه هر ۴ ساعتها ^۴ (ml)	مجموع روزانه (130 ml/kg)	%80 مجموع روزانه (حد اقل)
3.0	25	40	50	300	240
3.2	25	40	55	320	255
3.4	30	45	60	340	270
3.6	30	45	60	360	290
3.8	30	50	65	380	305
4.0	35	50	65	400	320
4.2	35	55	70	420	335
4.4	35	55	75	440	350
4.6	40	60	75	460	370
4.8	40	60	80	480	385
5.0	40	65	85	500	400
5.2	45	65	85	520	415
5.4	45	70	90	540	430
5.6	45	70	95	560	450
5.8	50	75	95	580	465
6.0	50	75	100	600	480
6.2	50	80	105	620	495
6.4	55	80	105	640	510
6.6	55	85	110	660	530
6.8	55	85	115	680	545
7.0	60	90	115	700	560
7.2	60	90	120	720	575
7.4	60	95	125	740	590
7.6	65	95	125	760	610
7.8	65	100	130	780	625
8.0	65	100	135	800	640
8.2	70	105	135	820	655
8.4	70	105	140	840	670
8.6	70	110	145	860	690
8.8	75	110	145	880	705
9.0	75	115	150	900	720
9.2	75	115	155	920	735
9.4	80	120	155	940	750
9.6	80	120	160	960	770
9.8	80	125	165	980	785
10.0	85	125	165	1000	800
10.2	85	130	170	1020	815
10.4	85	130	175	1040	830
10.6	90	135	175	1060	850
10.8	90	135	180	1080	865
11.0	90	140	185	1100	880
11.2	95	140	185	1120	895
11.4	95	145	190	1140	910
11.6	95	145	195	1160	930
11.8	100	150	195	1180	945
12.0	100	150	200	1200	960

3: لیست دوا و وسایل مورد ضرورت مراقبت داخل بستر

نوع دوا	دواها - Medicines	وسایل - Equipment
Cap	Vitamin A 200000 IU	Stethoscope
Tab	Folic Acid, 5mg	Sphangomanometer (children)
Tab	Ferrous Sulphate, 60mg	Otoscope (children)
Susp	Amoxicillin 250mg	Thermometer for patient
Susp	Cotrimoxazol	Thermometer for TFU rooms
Vial	Ampicillin , 500mg	Safety box
Vial	Ceftriaxone 1gr	Scissor medium size
Amp	Gentamycin 40mg	Nasogastric tube 6-8 gage
Susp	Ciprofloxacin	Mask and Ambubag (children)
Susp	Nalidexic acide 250mg	IV Canola 24
Susp	Metronidazol 200mg	Syringes 2ml, 5ml and 10ml
Amp	Magnesium Sulphate 50%	Gloves 7 & 7.5
Amp	Furosemide 10mg	Forceps
Amp	Dextrose 5% 500ml	Baby weighing scale
Serum	Ringer 500ml	Height measuring board
Serum	Normal saline 500ml	MUAC Tape
Serum	Paracetamol 125mg	Uniscale/ electronic scale
Syrup	Digoxine	
Amp	Adrenaline 1mg/1ml	
Amp	Calcium Gluconat 10ml	
Amp	Aminophyllin 250mg	
Amp	Water for injection, 5cc.	
Vial	Glucose 50% 50cc	
Skin oint	Nystatine	
Eye oint	Tetracyclin	
Eye drop	Atropin	
Eye drop	Chloramphenicol	
Solution	Povidon iodine (500ml)	
Solution	Gention violet 25 gr	
Solution	Zinc Oxid 0.1%	
sachet	Resosomal	
Psychosocial activities items		
Sewing machine for mothers		
Washable Toys for children		
Kitchen Utensils Equipment		
Cooking pot 10 liter		
Bucket(food proof plastic)		
Water flask 50 liter		
Cups and plate ceramic high quality		
Ladle stainless steel		
Measuring Jugs 1liter, 2 liter		
Serving spoon stainless steel		
Scale Kitchen Type		
Hand mixer		
Brush		
Aprons for children		
Aprons for cook		
Juicer Blender set		
Serving bowls		
Cup stainless steel		
Refrigerator 16 f		
Electronic kettle		

2

کارت مرجع F-100 ، حدود حجم ها برای تغذی آزاد با F-100

وزن طفل په (kg)	دوره حجم های هر 4 ساعته F-100 (9 غذای روز) اصفوی (ml)	اصفوی (ml)	اصفوی (150 ml/kg/day)	اصفوی (220 ml/kg/day)
2.0	50	75	300	440
2.2	55	80	330	484
2.4	60	90	360	528
2.6	65	95	390	572
2.8	70	105	420	616
3.0	75	110	450	660
3.2	80	115	480	704
3.4	85	125	510	748
3.6	90	130	540	792
3.8	95	140	570	836
4.0	100	145	600	880
4.2	105	155	630	924
4.4	110	160	660	968
4.6	115	170	690	1012
4.8	120	175	720	1056
5.0	125	185	750	1100
5.2	130	190	780	1144
5.4	135	200	810	1188
5.6	140	205	840	1232
5.8	145	215	870	1276
6.0	150	220	900	1320
6.2	155	230	930	1364
6.4	160	235	960	1408
6.6	165	240	990	1452
6.8	170	250	1020	1496
7.0	175	255	1050	1540
7.2	180	265	1080	1588
7.4	185	270	1110	1628
7.6	190	280	1140	1672
7.8	195	285	1170	1716
8.0	200	295	1200	1760
8.2	205	300	1230	1804
8.4	210	310	1260	1848
8.6	215	315	1290	1892
8.8	220	325	1320	1936
9.0	225	330	1350	1980
9.2	230	335	1380	2024
9.4	235	345	1410	2068
9.6	240	350	1440	2112
9.8	245	360	1470	2156
10.0	250	365	1500	2200

19

کارت مرجع وزن برای طول / قد

وزن پسر (کیلو گرام)					وزن دختر (کیلو گرام)				
-4 SD	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	Median	-1 SD	-2 SD	-3 SD	-4 SD
1.7	1.9	2.0	2.2	2.4	2.5	2.3	2.1	1.9	1.7
1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.6	2.4	2.2	2.0	1.9
2.0	2.1	2.3	2.5	2.8	2.8	2.6	2.4	2.2	2.0
2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.0	2.7	2.5	2.3	2.1
2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.2	2.9	2.6	2.4	2.2
2.4	2.6	2.8	3.0	3.3	3.4	3.1	2.8	2.6	2.4
2.5	2.7	3.0	3.2	3.5	3.6	3.3	3.0	2.8	2.5
2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	3.8	3.5	3.2	2.9	2.7
2.9	3.1	3.4	3.7	4.0	4.0	3.7	3.4	3.1	2.9
3.1	3.3	3.6	3.9	4.3	4.3	3.9	3.6	3.3	3.0
3.3	3.6	3.8	4.2	4.5	4.5	4.2	3.8	3.5	3.2
3.5	3.8	4.1	4.4	4.8	4.8	4.4	4.0	3.7	3.4
3.7	4.0	4.3	4.7	5.1	5.1	4.6	4.3	3.9	3.6
3.9	4.3	4.6	5.0	5.4	5.4	4.9	4.5	4.1	3.8
4.1	4.5	4.8	5.3	5.7	5.6	5.1	4.7	4.3	3.9
4.3	4.7	5.1	5.5	6.0	5.9	5.4	4.9	4.5	4.1
4.5	4.9	5.3	5.8	6.3	6.1	5.6	5.1	4.7	4.3
4.7	5.1	5.6	6.0	6.5	6.4	5.8	5.3	4.9	4.5
4.9	5.3	5.8	6.2	6.8	6.6	6.0	5.5	5.1	4.7
5.1	5.5	6.0	6.5	7.0	6.9	6.3	5.7	5.3	4.8
5.3	5.7	6.2	6.7	7.3	7.1	6.5	5.9	5.5	5.0
5.5	5.9	6.4	6.9	7.5	7.3	6.7	6.1	5.6	5.1
5.6	6.1	6.6	7.1	7.7	7.5	6.9	6.3	5.8	5.3
5.8	6.3	6.8	7.3	8.0	7.7	7.1	6.5	6.0	5.5
6.0	6.5	7.0	7.6	8.2	8.0	7.3	6.7	6.1	5.6
6.1	6.6	7.2	7.8	8.4	8.2	7.5	6.9	6.3	5.8
6.3	6.8	7.4	8.0	8.6	8.4	7.7	7.0	6.5	5.9
6.4	7.0	7.6	8.2	8.9	8.6	7.8	7.2	6.6	6.0
6.6	7.2	7.7	8.4	9.1	8.8	8.0	7.4	6.8	6.2
6.7	7.3	7.9	8.6	9.3	9.0	8.2	7.5	6.9	6.3
6.9	7.5	8.1	8.8	9.5	9.1	8.4	7.7	7.1	6.5
7.0	7.6	8.3	8.9	9.7	9.3	8.5	7.8	7.2	6.6
7.2	7.8	8.4	9.1	9.9	9.5	8.7	8.0	7.4	6.7
7.3	7.9	8.6	9.3	10.1	9.7	8.9	8.2	7.5	6.9
7.4	8.1	8.7	9.5	10.3	9.9	9.1	8.3	7.7	7.0
7.6	8.2	8.9	9.6	10.4	10.1	9.2	8.5	7.8	7.1
7.7	8.4	9.1	9.8	10.6	10.3	9.4	8.7	8.0	7.3
7.9	8.5	9.2	10.0	10.8	10.5	9.6	8.8	8.1	7.5
8.0	8.7	9.4	10.2	11.0	10.7	9.8	9.0	8.3	7.6
8.2	8.9	9.6	10.4	11.3	11.0	10.1	9.2	8.5	7.8
8.4	9.1	9.8	10.6	11.5	11.2	10.3	9.4	8.7	8.0
8.6	9.3	10.0	10.8	11.7	11.5	10.5	9.7	8.9	8.1

وزن پسر (کیلو گرام)					وزن دختر (کیلو گرام)				
-4 SD	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	Median	-1 SD	-2 SD	-3 SD	-4 SD
8.9	9.6	10.4	11.2	12.2	11.9	10.9	10.0	9.2	8.4
9.1	9.8	10.6	11.5	12.4	12.1	11.1	10.2	9.4	8.6
9.3	10.0	10.8	11.7	12.6	12.4	11.4	10.4	9.6	8.8
9.4	10.2	11.0	11.9	12.9	12.6	11.6	10.6	9.8	9.0
9.6	10.4	11.2	12.1	13.1	12.9	11.8	10.9	10.0	9.1
9.8	10.6	11.4	12.3	13.4	12.9	12.0	11.1	10.2	9.3
9.9	10.8	11.6	12.6	13.6	13.6	12.3	11.3	10.4	9.5
10.1	11.0	11.8	12.8	13.8	13.8	12.5	11.5	10.6	9.7
10.3	11.1	12.0	13.0	14.1	13.9	12.7	11.7	10.8	9.8
10.4	11.3	12.2	13.2	14.3	14.1	12.9	11.9	10.9	10.0
10.6	11.5	12.4	13.4	14.6	14.4	13.2	12.1	11.1	10.2
10.8	11.7	12.6	13.7	14.8	14.7	13.4	12.3	11.3	10.4
11.0	11.9	12.9	13.9	15.1	14.9	13.7	12.5	11.5	10.5
11.2	12.1	13.1	14.2	15.4	15.2	13.9	12.8	11.7	10.7
11.3	12.3	13.3	14.4	15.6	15.5	14.2	13.0	12.0	10.9
11.5	12.5	13.6	14.7	15.9	15.8	14.5	13.3	12.2	11.1
11.7	12.8	13.8	14.9	16.2	16.1	14.7	13.5	12.4	11.3
11.9	13.0	14.0	15.2	16.5	16.4	15.0	13.8	12.6	11.5
12.1	13.2	14.3	15.5	16.8	16.8	15.3	14.0	12.9	11.8
12.3	13.4	14.5	15.8	17.2	17.1	15.6	14.3	13.1	12.0
12.5	13.7	14.8	16.1	17.5	17.5	15.9	14.6	13.4	12.2
12.7	13.9	15.1	16.4	17.8	17.8	16.3	14.9	13.7	12.4
12.9	14.1	15.3	16.7	18.2	18.2	16.6	15.2	13.9	12.7
13.2	14.4	15.6	17.0	18.5	18.6	17.0	15.5	14.2	12.9
13.4	14.6	15.9	17.3	18.9	19.0	17.3	15.8	14.5	13.2
13.6	14.9	16.2	17.6	19.2	19.4	17.7	16.2	14.8	13.5
13.8	15.2	16.5	18.0	19.6	19.8	18.0	16.5	15.1	13.7
14.1	15.4	16.8	18.3	20.0	20.2	18.4	16.8	15.4	14.0
14.3	15.7	17.1	18.6	20.4	20.7	18.8	17.2	15.7	14.3
14.6	16.0	17.4	19.0	20.8	21.1	19.2	17.5	16.0	14.5
14.8	16.2	17.7	19.3	21.2	21.5	19.6	17.8	16.3	14.8
15.0	16.5	18.0	19.7	21.6	22.0	19.9	18.2	16.6	15.1
15.3	16.8	18.3	20.0	22.0	22.4	20.3	18.5	16.9	15.4
15.5	17.1	18.6	20.4	22.4	22.8	20.7	18.9	17.3	15.6

تخنیک مکیدن ضمیموی (Supplementary Sucking Technique)

مادر طفل را هر سه ساعت برای ۲۰ دقیقه از سینه شان شیر دهد، اگر طفل گریبان کرد و یا چنین به نظر رسید که به پیمانه زیادتری شیر می خواد، بیشتر بدید.

یک ساعت بعد از تغذی یا شیر مادر مقادیر نگهدارنده رژیم معالجه ای را با استفاده از تخنیک مکیدن ضمیموی بدید. به شیر خواران سو تغذی حاد شدید بدون ادیما دو طرفه یاها F-100 رقیق شده و به شیر خواران با ادیما دو طرفه یاها F-75 داده شود و بعدا وقتیکه ادیما برطرف اگر طفل در ظرف ۳ روز متواتر وزنش را از دست می دهد، گرسنه معلوم می شود و تمام در غیر ان، مقدار ضمیموی را اخذ می کند، 5ml در هر بار تغذی علاوه کنید.

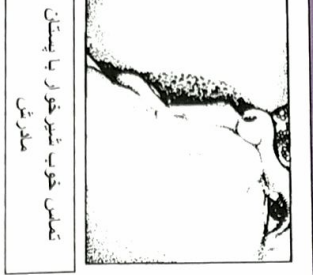
منظم با عین مقدار شیر نمو می کند، به این معنی است که مقدار شیر مادر زیاد شده می رود. اگر بعد از چند روز، طفل تمام مقدار ضمیموی را تمام نمی کند اما به وزن گیری ادامه می دهد، این همچنان به این معنی است که شیر مادر زیاد شده می رود و طفل مقدار کافی را می گیرد. طفل را هر روز با یک ترازوی امتحان شده که به اندازه 10gr دقیق است وزن کنید.

زمانیکه طفل حد اقل برای سه روز متواتر روزانه 20gr وزن گرفت، وزنش هرچی که بود: مقدار F-100 رقیق شده را کم بسازید (نصف اثر بدید)

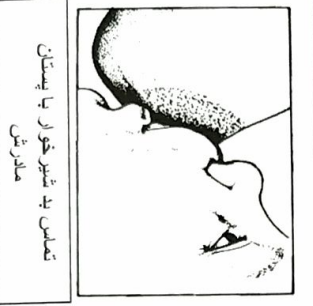
۱. اگر گرفتن وزن بعد از کم ساختن F-100 رقیق شده برای ۲ یا ۳ روز ادامه پیدا کرد، پس مکیدن ضمیموی را کاملا توقف دهید. تنها به تغذی با شیر مادر برای ۵ روز ادامه دهید.

۲. اگر گرفتن وزن ادامه پیدا نکرد، پس مقداری را که می دهید به ۷۵% مقدار قبل از کم ساختن زیاد بسازید.

۳. بعد از توقف F-100 رقیق شده، طفل را در مرکز برای ۵ روز نگهدارید تا مطمئن شوید که او به نمویش توسط تنها شیر مادر ادامه می دهد. زمانیکه مشخص شد که طفل به تنهایی یا شیر مادر وزن می گیرد او باید رخصت گردد، فرق نمی کند که وزن فعلی یا Zscore وزن بر قد او چقدر است.



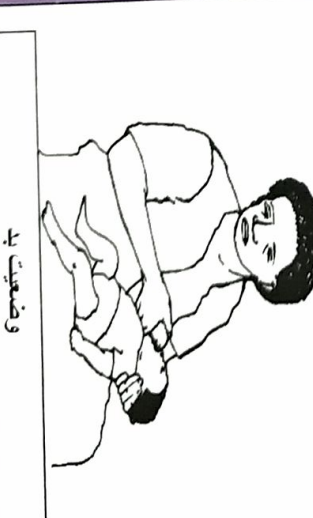
تماس خوب شیرخوار با پستان مادرش



تماس بد شیرخوار با پستان مادرش



وضعیت خوب



وضعیت بد

تماس

وضعیت

- مقدار ضمیموی از طریق تیوب نفی معدوی ۱۸۰۸ داده می شود (۵)
- بیمار خورد است (F-100 رقیق شده در یک پیاله انداخته می شود. مادر اثر ا به دست خود می گیرد.
- نهایت تیوب در پیاله گذاشته می شود.
- توک تیوب بر نشیبه در قسمت حلیمه (توک پستان) گذاشته می شود و نشیبه به نوزاد پیشکش می گردد.
- زمانیکه نوزاد نشیبه را همراه با تیوب در داخل دهن اش می مکد، شیر پیاله از طریق تیوب بالا آمده و توسط نوزاد اخذ می گردد.
- پیاله حد اقل 10cm پایین تر از نشیبه قرار داده می شود و بدین ترتیب شیر سرریعا نمی ریود تا نوزاد را ناراحت سازد.
- مادر تیوب را بر نشیبه یا یک دست می گیرد و از دست دیگر برای گرفتن پیاله استفاده می کند.
- این ممکن یک یا دو روز را در بر گیرد تا نوزاد از تیوب استفاده کند اما مهم است تا استقامت نمود.

دستورالعمل برای تهیه F-75 و F-100

اگر شما آرد غله جات و تسهیلات آشپزی را در دسترس دارید، یکی از دستورالعمل ذیل را برای تهیه F-75 بکار ببرید:			
انتخاب ها	محتویات	مقدار برای F-75	
اگر شیر خشک بدون چربی را داشته باشید	شیر خشک بدون چربی بوره آرد غلات روغن نباتی مخلوط منرالها * آب (تا مقدار مجموعی به 1000 سی سی برسد)	25 g 70 g 35 g 30 g 20 ml 1000 ml**	
اگر شیر خشک کامل داشته باشید	شیر خشک کامل بوره آرد غلات روغن نباتی مخلوط منرالها * آب (تا مقدار مجموعی به 1000 سی سی برسد)	35 g 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml**	
اگر شما شیر تازه گاوی یا شیر کامل که برای مدت زیاد نگهداری میشود، را داشته باشید	شیر تازه گاوی بوره آرد غلات روغن نباتی مخلوط منرالها * آب (تا مقدار مجموعی به 1000 سی سی برسد)	300 ml 70 g 35 g 20 g 20 ml 1000 ml**	
اگر آرد غلات نداشته باشید، یا تسهیلات آشپزی موجود نباشد، یکی از نسخه های (recipes) ذیل را برای F-100 به آشپزی ضرورت نیست			
انتخاب ها	محتویات	مقدار برای F-75	مقدار برای F-100
اگر شیر خشک بدون چربی را داشته باشید	شیر خشک بدون چربی بوره روغن نباتی مخلوط منرالها * آب (تا مقدار مجموعی به 1000 سی سی برسد)	25 g 100 g 30 g 20 ml 1000 ml**	80 g 50 g 60 g 20 ml 1000 ml**
اگر شیر خشک کامل داشته باشید	شیر خشک کامل بوره روغن نباتی مخلوط منرالها * آب (تا مقدار مجموعی به 1000 سی سی برسد)	35 g 100 g 20 g 20 ml 1000 ml**	110 g 50 g 30 g 20 ml 1000 ml**
اگر شما شیر تازه گاوی یا شیر کامل که برای مدت زیاد نگهداری میشود، را داشته باشید	شیر تازه گاوی بوره روغن نباتی مغلق منرالی * آب (تا مقدار مجموعی به 1000 سی سی برسد)	300 ml 100 g 20 g 20 ml 1000 ml**	880 ml 75 g 20 g 20 ml 1000 ml**

* محتویات مغلق منرالی در ضمیمه چهارم این رهنمود تشریح شده. به عوض آن از یک محصول تجارتي به نام مغلق ویتامین و منرال (CMV) استفاده شده میتواند.

** یادداشت مهم در مورد علاوه نمودن آب: فقط همان اندازه آب را علاوه نمایند که مقدار فارمولا به 1000 ملی لیتر برسد. (مقدار این آب از یک recipe تا recipe دیگر فرق خواهد کرد که مربوط به مقدار محتویات آن می گردد). در هر یکی از این فارمولا ها فقط 1000 ملی لیتر آب را علاوه نکنید زیرا فارمولا را بسیار رقیق خواهد ساخت. در ظرف مخلوط کننده فارمولا باید مقدار 1000 ملی لیتر نشانی گردد تا آب در محتویات تنها تا به همان نشان علاوه گردد.

سوءتغذی شدید یکی از معمولترین عوامل مرگ و میر و مصیبت اطفال کمتر از پنج سال در سراسر جهان می باشد. تعداد زیاد اطفال مبتلا به سوءتغذی شدید بدون هیچ گونه مراقبتی در خانه می میرند، حتی زمانی که خدمات مراقبتی در شفاخانه میسر باشد، شاید میزان وفیات بلندتر از 30-15% باشند. اطفال مصیبت به سوءتغذی شدید اکثراً به خاطر جان شنوا از دست می دهند که شمار زیادی از داکتران و سایر کارمندان صحتی از آنده طرزالف های که برای اکثریت اطفال مناسب ، اما برای اطفال مبتلا به سوءتغذی شدید بسیارخطرناک می باشند استفاده می کنند. با معالجه خوب واقعات در شفاخانه و مراقبت تغذیه می توان زندگی تعداد زیاد اطفال را نجات داد، و میزان وفیات را به شکل چشم گیر در واردهای سوءتغذی شدید پایین آورد.



World Health
Organization

Designed by : Dr Shams