

فهرست مطالب :

پرستاری کودکان
نقش های پرستار کودکان
تفکر انتقادی و فرآیند پرستاری در کودکان
تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی بر تامین سلامت کودک
اثرات خانواده بر تامین سلامت کودک
مراقبت خانواده محور
برقراری ارتباط و مصاحبه با کودک
اخذ شرح حال در کودک
رشد و تکامل کودکان
نکات طلایی رشد و تکامل در دوره های مختلف سنی کودک

✓ دوره شیرخوارگی

✓ دوره نوپایی

✓ دوره خردسالی (کودک سن قبل از مدرسه)

✓ دوره کودک سن مدرسه

✓ دوره نوجوانی

ارتقای سلامتی در سنین مختلف کودکی

مشکلات بهداشتی اوایل خردسالی (نوپایی و قبل از مدرسه).....

مننژیت باکتریال

مننژیت غیر باکتریال (آسپتیک).....

انسفالیت:.....

مونوکلئوز عفونی:

(HIV) ویروس نقص ایمنی اکتسابی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS).....

سوء رفتار با کودک:.....

بیماریهای انگلی روده:

ارتقاء سلامت در کودکان سن مدرسه.....

رشد زبان.....

ارتباطات اجتماعی و همکاری:

ارتباطات با خانواده:.....

ارتقای سلامتی در سالهای مدرسه.....

اختلالات دفعی.....

اختلالات رفتاری.....

ارتقاء سلامت نوجوان و خانواده

نوزاد پر خطر.....
هیدروسفالی.....
ناهنجاریهای آرنولد چیری.....
اسپاینا بیفیدا.....
دیسپلازی تکاملی مفصل هیپ.....
پای چماقی مادرزادی clubfoot :.....
شکاف لب / شکاف کام.....
آترزی مری (EA) و فیستول تراکتو ازوفاژ (TEF).....
ناهنجاری های آنورکتال : (مقعد و راست روده).....
آمفالوسل :.....
فتق دیافراگماتیک مادرزادی.....
هیدروسل.....
نهران بیضگی (کریپتوزکیدیسم).....
هیپوسپادیاس / اپیسیپادیاس.....
اکستروفی مثانه.....
ابهام جنسی :.....
مشکلات متابولیکی :.....
گالاکتوزومی.....
آنتروکولیت نکروزان.....
تشنج های نوزادی :.....
استرسورهای بستری شدن در بیمارستان و واکنش کودکان.....
درد در کودکان.....
ایمنی-کنترل عفونت.....
شیوه های محدود کردن کودک با هدف درمانی.....
اثر بیماری مزمن بر کودک.....
آگاهی از مرگ در کودکان.....
واکنش کودکان نسبت به مرگ.....
اختلال شناختی :.....
نقص ذهنی.....

- سندرم داون.....
- آنومالی های مادرزادی :
- اختلالات حسی.....
- اختلالات بینایی.....
- اختلالات آب و الکترولیت ها.....
- درهیدراتاسیون.....
- اسهال :
- عفونت سیستم ادراری (UTI).....
- ریفلاکس مثانه :
- تومور ویلمز.....
- سندرم نفروتیک :
- اختلالات تنفسی.....
- سندرم های کروپ شامل :
- لارنژیت حاد.....
- تراکتیت باکتریال.....
- پنومونی (ذات الریه).....
- فیبروز کیستیک.....
- اکسیژن درمانی.....
- آسم.....
- اختلالات گوارشی:
- بیماری هیرشپرونگ.....
- ریفلاکس معده به مری.....
- درهم رفتگی روده ها.....
- انواژیناسیون.....
- تنگی هایپرتروفیک پیلور HPS.....
- بیماری سلیاک (آنتروپاتی حساس به گلوتن).....
- بیماری های قلبی مادرزادی CONGENITAL HEART DISEASE.....
- نارسایی احتقانی قلب CHF.....
- بیماری کاوازاکی KAVASAKI DISEASE.....

- اختلالات خونی
- تالاسمی
- هموفیلی
- لوسمی
- اختلالات عصبی
- اختلالات تشنجی
- صرع
- فلج مغزی

www.nokhbegaan.com

اختلال شناختی :

اختلال شناختی یک واژه عمومی است که هر گونه اشکال ذهنی یا نقص را در بر گرفته و مترادف عقب ماندگی ذهنی است.

نقص ذهنی

- فعالیت ذهنی کمتر از حد متوسط
 - عیوب در رفتار سازشی
 - ضریب هوشی کمتر از ۷۵ - ۷۰
- نکته: اگر عقب ماندگی ذهنی توام با محدودیت سازشی ناشی از صدمه و بیماری پس از ۱۸ سالگی باشد جزء عقب ماندگی محسوب نمی شود.

تذکر: در صورتیکه افراد با بهره هوشی نزدیک به ۷۵ قادر به سازش با محیط باشند عقب مانده ذهنی محسوب نمی شوند. پس ضریب هوشی پایین تنها ملاک عقب ماندگی نیست.

از نظر اهداف آموزشی کودکان مبتلا به عقب ماندگی خفیف (۸۵٪) آموزش پذیر و کودکان مبتلا به عقب ماندگی متوسط (۱۰٪) ترتیب پذیر محسوب می شوند.

نکته: اصول مراقبت خانواده محور کلید اصلی است و تلاش پرستاران در جهت آموزش مهارت های عملکردی به این کودکان است.

تشخیص :

- تاخیر در تکامل (تاخیر تکامل زبان و مهارت های حرکتی)
- احتمال وجود سندرم ها
- ضعیف بودن عملکرد درسی
- نمرات پایین در تست های استاندارد هوش
- رایج ترین تست در شیرخواران تست تکاملی بایلی
- تست وکسلر III : تست هوش کودکان در سالیان مدرسه
- تست اختصاصی مقیاس بین المللی عملکرد لیتر (Leiter) جهت ارزیابی کودکان (تفاوت های زبانی، فاقد تکلم، اختلالات گفتاری و حرکتی)

*رفتارهای اولیه نشان دهنده اختلال شناختی

- عدم پاسخ دهی به ارتباط
- تماس چشمی ضعیف در حین تغذیه
- کاهش فعالیت خودبخودی
- کاهش هوشیاری نسبت به صدا و حرکت
- تحریک پذیری
- تغذیه آرام

سوال: در کودک مبتلا به اختلال شناختی، گزارش درد بر اساس کدام علائم است؟ (ارشد ۹۶)

- الف) گریه، بیش فعالی، کم خوابی
- ب) عدم همکاری، پرت شدن حواس به سادگی، حساسیت به لمس
- ج) نگهداشتن نفس، شلی اندامها، تعامل کم با اطرافیان
- د) تعریق، بی قراری، بستن دهان و فشردن لبها

پاسخ: گزینه د /

اتیولوژی

- عفونت های هنگام بارداری
- صدمات فیزیکی حین تولد
- کمبود های غذایی
- اشکالات متابولیکی
- بیماریهای مغزی
- عیوب کروموزومی
- عیوب روانی (اوتیسم)
- عوامل قبل از تولد (میکروسفالی و هیدروسفالی)
- علل خانوادگی، اجتماعی، محیطی و جسمی مطرح است

طبقه بندی عقب ماندگی ذهنی

سطح ضریب هوشی

- خفیف (۵۵- ۵۰ الی ۷۵ - ۷۰) ← آموزش پذیر
- متوسط (۴۰ - ۳۵ الی ۵۵ - ۵۰) ← تربیت پذیر
- شدید (۲۵ - ۲۰ الی ۴۰ - ۳۵) ← نیاز به نظارت
- عمیق (کمتر از ۲۵ - ۲۰) ← حمایت پذیر

پیشگیری

سطح اول :

- واکسیناسیون بر علیه سرخجه
- مشاوره ژنتیک (سندرم داون)
- استفاده از مکمل های اسید فولیک در حین بارداری
- آموزش خطرات مصرف الکل در بارداری و تماس با سرب در دوران کودکی
- کاهش صدمات سر
- مراقبت مناسب دوران بارداری و تغذیه کافی در دوران کودکی

سطح دوم :

- برنامه ریزی در جهت دستیابی به تشخیص سریع و شروع درمان (جلوگیری از آسیب مغزی)

سطح سوم :

- متمرکز بر درمان جهت به حداقل رسانیدن پیامدهای درازمدت و ارائه خدمات نوتوانی

تدابیر مراقبتی

- استفاده از استراتژی های آموزشی در تعلیم کودک
- *نمایش در مقایسه با توضیحات شفاهی در تعلیم ارجحیت دارد
- *یک جنبه حیاتی در یادگیری کودکان تقویت مثبت و انگیزش با دادن پاداش است

- * انگیزش از جوانب حیاتی یادگیری و تائی مهم در اختلال شناختی کودکان دارد.
- * از مسائل اختلال شناختی، نقص در حافظه کوتاه مدت است.
- * تکرار جز مهم یادگیری است.
- * تضمین سلامت جسمی کودک، بعد مهم دیگری از ارتقا تکامل و عزت نفس است.
- * مهارت های کلامی در مقایسه با سایر مهارت های فیزیکی تاخیر بیشتری دارد.
- * تقویت منفی: یک محرک بیزارکننده نقش اصلی را دارد (نظریه اسکینر)
- * رفتار نامطلوب فقط نادیده گرفته می شود و به آن تقویت منفی گویند
- ارائه برنامه های مداخله ای اولیه برای جلوگیری از پیشرفت نقایص شناختی
- کمک در تکامل مهارت های کلامی
- اعمال انضباط و معیارهای کنترل با تقویت اعمال مطلوب
- کمک به اجتماعی شدن کودک
- کمک در تکامل جنسی و آموزش درباره خطرات جنسی
- آموزش درباره اهمیت ورزش
- آموزش درباره دسترسی به استقلال در تغذیه
- ارتقاء مهارت های مستقل خودیاری
- تعلیم استفاده از لگن
- کمک به والدین در سازش با مراقبت در مراحل آتی
- مراقبت از کودک در جریان بستری در بیمارستان

سندرم داون

شایع ترین اختلال کروموزومی است شیوع آن یک در ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ تولد زنده می باشد. در سفید پوستان بیشتر از سیاه پوستان

اتیولوژی

ناشناخته

اختلال ژنتیک سلولی آن به خوبی شناخته شده است تقریباً ۹۵-۹۲٪ از تمام موارد DS به دلیل یک کروموزوم اضافی در کروموزوم شماره ۲۱ می باشد.

سوال: خطر تولد بچه با سندروم داون در مادران با سنین ۴۰ سال چقدر است؟ (ارشد ۹۸)

الف) ۱ به ۱۰۰ (ب) ۱ به ۳۰ (ج) ۱ به ۳۵۰ (د) ۱ به ۱۰

پاسخ: گزینه الف /

* هر چند ممکن است والدین کودکان مبتلا به تریزومی در هر سنی باشند اما از نظر آماری احتمال بروز این مساله در زنان مسن به خصوص سن بالای ۳۵ سال بیشتر می شود.

تظاهرات بالینی

چین در گوشه داخلی هر دوچشم، کام کوچک و باریک، دست های پهن و کوتاه و چین عرضی کف دست

ویژگی های بارز

هوش: از عقب ماندگی شدید تا هوش متوسط و پایین متغیر است

تکامل اجتماعی:

این کودکان کفایت نسبی در توانایی های اجتماعی کسب کرده و تمایل به الگوی کودک آسان زیست را دارند

آنومالی های مادرزادی:

حدود ۴۵-۴۰٪ از این کودکان، مبتلا به بیماری های مادرزادی قلب (CHD) می باشند دیگر نقایص شامل ، آترزی کلیه ، آترزی دوازدهه ، بیماری هیرشپرونک و فیستول بین نای و مری است .
نقایص اسکلتی : در رفتگی کشکک زانو ، نیمه در رفتگی مفصل هیپ و ناپایداری اولین و دومین مهره گردنی

مسائل حسی:

مشکلات بینایی (آستیگماتیسم، استرابیسم، نیستاگموس و)
مشکلات و فقدان شنوایی از نوع انتقالی، مختلط و حسی - عصبی، بروز مکرر اوتیت میانی و
- اختلالات جسمانی دیگر :
- عفونت های تنفسی بسیار شایع است به خصوص همراه با آنومالی های قلبی
- شیوع لوسمی بیشتر از افراد عادی است.
- اختلال کاری تیروئید؛ هیپوتیروئیدیسم رایج است.
رشد: در این کودکان رشد قد و وزن کم است . اما کسب وزن سریع تر از رشد قد صورت می گیرد .
تکامل جنسی: تکامل ناقص یا به تاخیر می افتد . ژنتیال مردانه کوچک بوده ، همچنین بروز صفات ثانویه جنسی کامل نیست ، مردان مبتلا عقیم هستند ، زنان ممکن است بعد از بلوغ قدرت باروری داشته باشند .

تدابیر درمانی

- برای سندرم داون درمان وجود ندارد
- تصحیح آنومالی های مادرزادی (انجام جراحی)
- انجام مراقبت های بهداشتی منظم

تدابیر پرستاری

- درد مداوم گردن ، از دست دادن مهارتهای حرکتی ، از دست دادن کنترل ادرار و مدفوع و تغییر در حس ها نیاز به مداخله فوری دارد .
- حمایت از خانواده در هنگام تشخیص
- کمک به خانواده در پیشگیری از مشکلات جسمی
- ارتقاء تکامل کودک
- کمک به تشخیص قبل از تولد و مشاوره ژنتیک

اختلالات حسی

اختلال شنوایی

نقص شنوایی یکی از ناتوانی های رایج در کودکان است .
درجات مختلف ناشنوایی:

ناشنوایی مختصر: ۲۵ تا ۱۵ دسی بل

ناشنوایی خفیف: ۴۰ تا ۲۶ دسی بل

ناشنوایی متوسط: ۶۵ تا ۴۱ دسی بل

ناشنوایی شدید: ۹۵ تا ۶۶ دسی بل

ناشنوایی کامل: ۹۶ دسی بل

Hard of hearing: شخصی که با استفاده از سمعک قادر به تحلیل اطلاعات زبانی از طریق شنوایی است.

انواع :

۱. ناشنوایی انتقالی: بر اثر ناهنجاری‌های مادرزادی ژنتیکی و یا هر عامل که باعث التهاب یا انسداد گردد ایجاد مانع در مسیر امواج صوتی وجود دارد. اختلال در گوش میانی است. رایج‌ترین نوع می باشد.
 ۲. ناشنوایی حسی-عصبی: عامل ژنتیکی مثل سندرم داون استفاده از داروها صدمات و صدای بلند مشکل در اعصاب شنوایی هشتم است و بیشتر مربوط به گوش داخلی است.
- ناشنوایی مختلط (انتقالی - حسی عصبی) ناشی از اوتیت میانی عودکننده و عوارض آن است.
- Deaf**: شخصی که با استفاده از سمعک یا بدون آن قادر به تحلیل موفقیت آمیز اطلاعات زبانی از طریق شنوایی نیست.
- آسیب مرکز شنوایی**: در نتیجه صدمات زایمانی: کاهش اکسیژناسیون و توکسوپلاسموز ایجاد می شود.
- اختلال درک شنوایی مرکزی دو نوع است: ۱- ارگانیک ۲- فعالیتی
- ارگانیک**: عیب در دریافت محرکین شنوایی در سرتاسر مسیرهای مرکزی و تعبیر پیام به صورت ارتباط معنی دار
- فعالیتی**: هیچگونه ضایعه ارگانیک جهت توضیح ناشنوایی مرکزی وجود ندارد. اختلال تبدیلی از نوع اختلال روانی
- سوال: کدام گزینه، از علایم اختلالات شنوایی در شیرخواران است؟ (ارشد ۱۴۰۰)**

- الف) تشخیص منابع صدا در سن ۶ ماهگی
- ب) ثبات پلک به دنبال صدای بلند
- ج) عدم هماهنگی حرکات سر با منبع صدا
- د) بیدار شدن از خواب در صداهای بلند محیطی
- پاسخ: گزینه ب/

تست: کودکی در سر کلاس به صحبت‌های معلم بی توجهی از خود نشان می‌دهد، دچار کدامیک از اختلالات شنوایی زیر است؟

- الف) خفیف (ب) متوسط (ج) مختصر (د) شدید
- پاسخ گزینه الف/

نکته: خفیف ۲۵-۱۶، سختی در شنیدن صدای خفیف یا از فاصله دور، موفق در انجام وظایف مدرسه، فاقد عیب تکلم

تست: در چه سنی کودکان صداها را کامل می‌شنوند؟

- الف) ۸ تا ۵ ماهگی (ب) ۱۳ تا ۹ ماهگی (ج) ۱۸ تا ۱۵ ماهگی (د) ۲ سالگی کامل
- پاسخ گزینه ب/

اتیولوژی

در ناشنوایی انتقالی: انتقال هوایی مختل و انتقال استخوانی طبیعی است. از علل آن می‌تواند تجمع سرومن یا آترزی مجرای خارجی گوش باشد.

ناشنوایی درکی یا حسی - عصبی زمانی رخ می‌دهد که صدمه به عصب شنوایی یا حلزون وارد شده باشد. دلایل ژنتیکی مثل سندرم داون، مسائل مادرزادی مثل سرخجه و سیتومگالوویروس، بیماریهای عفونی پس از تولد مانند مننژیت داروهای آمینوگلیکوزیدی و نیز داروهای شیمی درمانی می‌توانند باعث ناشنوایی حسی - عصبی شوند.

در آسیب مرکز شنوایی، شنوایی سنجش گوش طبیعی است ولی کودک قادر به تفسیر یا شناسایی انواع خاص اصوات نیست این مشکل به علت صدمه زایی، توکسوپلاسموز یا محرومیت از اکسیژن به وجود می‌آید

تدابیر درمانی

بستگی به علت و نوع اختلال شنوایی دارد.

در نوع انتقالی به درمان طبی یا جراحی پاسخ می‌دهد. (آنتی بیوتیک)

۱- استفاده از سمک ها: در نوع انتقالی دائمی جهت تقویت صداها

۲- لب خوانی

Cued speech (استفاده از حرکات دست جهت تشخیص لغات مشابه) به طور کمکی در لب خوانی زبان اشاره : روش بینایی - اشاره ای (علائم دستی) مطابقت با لغات خاص و مفاهیم زبان مورد نظر **گفتار درمانی** : وظیفه خطیر در آموزش کودک با ناشنوایی عمیق است . تکلم با استفاده از چند حس (بینایی ، بساواایی ، حرکتی ، تحریک شنوایی) انجام می شود .

۳- وسایل کمکی ۴- اجتماعی شدن

سوال: کودک چهار ساله ای به منظور جراحی فتق در بخش بستری شده او دچار اختلال شنوایی مادرزادی شدید و بسیار بی قرار است. اولویت اقدام پرستار برای او چیست؟ (ارشد ۹۹)

الف) برقراری ارتباط مستقیم با کمک لب خوانی

ب) کنترل علائم حیاتی

ج) تزریق آرامبخش

د) بی قراری مسیر وریدی

پاسخ: گزینه الف /

تدابیر پرستاری

- کمک به شناخت و کشف به موقع خصوصاً در ۳ سال اول زندگی

- حمایت عاطفی و آموزش خانواده

- سوق دادن کودک به سوی رشد و تکامل طبیعی

- کمک به تدابیر تصیح کننده .

- ایفاء نقش مشاور

نقش عمده پرستار، پیشگیری از ناشنوایی است.

اختلالات بینایی

انواع :

۱- بینایی نسبی : حدت بینایی ۲/۷۰ الی ۲/۲۰۰ بوده و قادر به قرائت روزنامه نیست

۲- بینایی کم : درک نور ۲۰/۲۰۰ با عدسی های تصیح کننده

۳- نابینایی : شدت بینایی ۲۰/۲۰۰ با کمتر در چشم بهتر با بهترین تصیح است

۴- نابینایی کامل : قادر به تشخیص نور از تاریکی

تست: در صورت عدم وجود خیرگی روی شی در چند ماهگی باید عیب شدید بینایی کودک را حدس زد؟

الف) ۱ ماهگی ب) ۲ سالگی ج) ۴ ماهگی د) ۶ ماهگی

پاسخ گزینه ب /

سلول های استوانه ای : دید نزدیک با نور کم

سلول های مخروطی: نورهای روشن- رنگ و جزئیات

اتیولوژی

الف (زمینه ژنتیکی : بیماری های ژنتیک مانند سندرم داون ،)

ب) عوامل دوران حاملگی: سیفلیس، توکسوپلاسموز، سرخجه

ج) عوامل هنگام تولد: رتینوپاتی ناشی از غلظت زیاد اکسیژن

د) عوامل محیطی: سرخک، آبله مرغان، لوسمی، تروما و عفونت‌ها

سوال - در مراقبت از کودک مبتلا به کونژکتیویت، مهم‌ترین نکته آموزشی کدام است؟ (ارشد ۱۴۰۱)

الف) پیشگیری از انتقال عفونت به سایر اعضا خانواده (ب) جداسازی اتاق کودک از سایر اعضا خانواده

ج) استحمام روزانه با آب ولرم (د) کمپرس گرم هر سه ساعت

پاسخ گزینه الف/

نکته: کونژکتیویت (چشم صورتی): التهاب شایع و قابل درمان ملتحمه چشمی می‌باشد.

درمان: پیشگیری از انتقال عفونت به دیگران، استفاده از دارو، شستشوی چشم با آب ولرم، گذاشتن کمپرس گرم برای تسکین

چشم، استفاده از قطره‌های چشمی، شستن زیاد دست‌های فرد مراقبت‌کننده و کودک

هدف اصلی پرستاری پیشگیری از اختلال بینایی است

۱- غربالگری پیش از تولد برای زنان باردار در معرض خطر

۲- مراقبت کافی در حین بارداری و زایمان

۳- غربالگری دوره ای تمامی کودکان از نوزادی تا خردسالی

۴- ایمن سازی

۵- مشاوره ایمنی در مورد علل شایع ترومای چشمی

• ضربه علت شایع نابینایی در کودکان است.

• لنزهای تماسی جایگزینی برای عینک‌های متداول می‌باشد.

تست: درجه سنی دید کودک ۲۰/۲۰۰ می‌شود؟

الف) ۱۲-۶ ماهگی (ب) ۱۸ تا ۱۲ ماهگی (ج) ۲۴ تا ۱۸ ماهگی (د) ۳۶ تا ۲۴ ماهگی

پاسخ گزینه ب/

تست: کدام یک از اختلالات زیر شایع‌ترین اختلالات بینایی می‌باشد؟

الف) کاتاراکت (ب) گلوکوم (ج) آمبلیوپیا (تنبلی چشم) (د) خطاهای انکساری

پاسخ گزینه د/ عیوب انکساری شایع‌ترین انواع اختلالات بینایی در کودکان است.

اختلال در مایعات و مواد محلول در آن ارتباط نزدیکی به یکدیگر دارند. تغییر در حجم مایع بر روی کنترلیت‌ها تاثیر

داشته و تغییر در غلظت کنترلیت‌ها نیز تاثیری در جابجایی مایعات دارد.

اختلالات آب و کنترلیت‌ها

بدلیل دارا بودن چندین ویژگی، شیرخواران و کودکان کوچکتر نیاز بیشتری به آب دارند و بیشتر از دیگران در معرض

خطر تغییر در تعادل مایعات و کنترلیت‌ها هستند.

- مساحت سطح بدن

- میزان متابولیسم

- عملکرد کلیه (نارس)

- نیازهای مایع

دزهدیراتاسیون

یک اختلال شایع در مایعات بدن است که در کودکان و شیرخواران رخ می دهد . هنگامی رخ می دهد که دفع مایعات بیشتر از دریافت آن باشد .

انواع :

دزهدیراتاسیون ایزوتونیک : فقدان آب و الکترولیت تقریباً به اندازه مساوی است شوک بزرگترین عامل تهدید کننده حیات می باشد.

دزهدیراتاسیون هیپوتونیک : دفع الکترولیت بیشتر از دفع آب صورت می گیرد غلظت سدیم پلاسما کمتر از ۱۳۰ است.

دزهدیراتاسیون هیپرتونیک : دفع آب بیشتر از دفع الکترولیت ها می باشد غلظت سدیم پلاسما بیشتر از ۱۵۰ است. تشنج بیشتر رخ می دهد.

علائم :

- افزایش تعداد ضربان قلب (اولین علامت)
- خشکی پوست و مخاط پوششی
- فرورفتگی فونتانل ها
- علائم نارسایی گردش خون (سردی و لکه لکه شدن انتهای اندامها)
- کاهش خاصیت ارتجاعی پوست
- تاخیر در زمان پر شدگی مویرگی

در بسیاری از موارد مشابه عیوب انکساری علت ناشناخته است

سوال: در بررسی کودک دچار دزهدیراتاسیون، اولین علامت پیشرفت عارضه کدام است؟ (ارشد ۹۶)

- (الف) هیپوترمی (ب) افت فشار خون (ج) خشکی پوست و مخاط (د) تاکی کاردی

پاسخ: گزینه د /

سوال - مقدار مایع نگهدارنده مورد نیاز یک کودک ۱۸ ماهه با وزن ۱۲ کیلوگرم چقدر است؟ (ارشد ۱۴۰۱)

- (الف) ۱۱۰۰ سی سی (ب) ۱۲۰۰ سی سی (ج) ۱۸۰۰ سی سی (د) ۲۴۰۰ سی سی

پاسخ گزینه الف /

سرم تریای حالت اورژانسی در کودکان دچار دزهدیراتاسیون شدید: 40 Cc/kg - 10 یا بطور میانگین 20 cc/kg در طی ۱ تا ۳ ساعت (در صورت شوک)

مایع نگهدارنده: (*maintenance*) در ۲۴ ساعت اول:

۱- به اندازه هر ده کیلوگرم 100^{cc} به ازای یک کیلو وزن بدن

۲- ده کیلوگرم دوم $\leftarrow 50^{\text{cc}}$ به ازای یک کیلو وزن بدن

۳- به ازای هر یک کیلوگرم بیشتر از ۲۰ کیلو وزن \leftarrow به ازای هر کیلو ۲۰ سی سی

سوال: بهترین محل ارزیابی تورگور پوستی کودکان کدام است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (الف) کشاله ران (ب) روی شکم (ج) بازوها (د) پشت سر

پاسخ: گزینه ب /

سوال: مهمترین خطر به دنبال دزهدیراسیون کودکان کدام مورد است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (الف) کم ادراری (ب) شوک (ج) آریتمی (د) افت فشار خون

پاسخ: گزینه ب /

اسهال :

اسهال علامتی است که در اختلالات مختلف مانند اختلال در جذب ، هضم و عملکرد ترشحاتی بروز می کند و به معنای افزایش تعداد یا کاهش قوام مدفوع است .
اسهال به دو دسته حاد و مزمن تقسیم می شود .
اسهال حاد عامل مهلک در کودکان کمتر از ۵ سال بوده و در اکثر موارد عامل آن عفونی است
اسهال مزمن معمولاً بوسیله وضعیت هایی از قبیل سندرم های سوء جذب ، بیماری التهاب روده ، نقص دفاعی و حساسیت غذایی ایجاد می شود .
شایع ترین علت اسهال حاد در شیرخواران روتاویروس ها می باشند .

سوال: کودکی شیرخوار دچار استفراغ و اسهال شدید به درمانگاه ارجاع داده شده است. تشخیص پرستاری ناندا کدام است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- (الف) کاهش فشار خون
(ب) نقصان حجم مایعات
(ج) کاهش توگور پوستی
(د) افزایش درجه حرارت بدن
- پاسخ: گزینه ب /

علائم بالینی اسهال

به طور کلی هر گونه افزایش در حجم، دفعات و رقت مدفوع نسبت به قبل اسهال گفته می شود.

- دفع مدفوع آبکی
- علائم دهیدراتاسیون
- سوء تغذیه
- اختلالات الکترولیتی

تست: کدام مورد زیر در پرستاری از کودک مبتلا به اسهال شدید حائز اهمیت است؟ (سراسری ۷۶)

- (الف) کنترل درجه حرارت از راه رکتال
(ب) بستری نمودن و شروع مایعات وریدی
(ج) مراقبت از پوست به وسیله پماد
(د) دادن آنتی بیوتیک وعدم تغذیه کودک
- پاسخ گزینه ب /

تست: در مورد علت اسهال در نوزادانی که فتوتراپی می شوند، کدام گزینه صحیح است؟

- (الف) قطع شیر مادر
(ب) تغذیه با شیرخشک
(ج) دهیدراتاسیون روده
(د) کاهش آنزیم لاکتاز روده
- پاسخ گزینه د /

تست: مشخصات مدفوع در اسهال شدید چگونه است؟ (سراسری ۷۵)

- (الف) سبز و آبکی
(ب) زرد و آبکی
(ج) قهوه ای و پر حجم
(د) بی رنگ و کف آلود
- پاسخ گزینه د /

تست: در بررسی اسهال اختلال فیزیولوژیک مهم کدام است؟ (سراسری ۷۶)

- (الف) خشکی پوست، کاهش برون ده ادراری
(ب) فرورفتگی قدامی و خشکی مخاط
(ج) کم آبی، اختلال الکترولیتی
(د) وزن مخصوص ادرار بالا، الاستیسیته پوست کم
- پاسخ گزینه ج /

ارزشیابی تشخیصی

- تاریخچه
- کشت مدفوع

- آزمایشات الکترولیت های خون
- نمونه آنالیز مدفوع

تدابیر پرستاری

- شروع مایع درمانی خوراکی در موارد دهیدراتاسیون خفیف و متوسط و مایعات تزریقی در موارد شدید
- دادن او آر اس (ORS) ۱۰ ml به ازای هر کیلوگرم برای هر بار دفع اسهالی.
- شروع رژیم طبیعی و ادامه شیر مادر
- نوشیدن کولای رقیق برای جایگزینی الکترولیت ها

سوال: کدامیک از گزینه های زیر را جهت آموزش تغذیه کودک مبتلا به اسهال انتخاب میکنید؟ (ارشد ۱۴۰۰)

- الف) رژیم غذایی (BRAT موز، برنج، آب سیب و چای)
- ب) مصرف مایعات زیاد حاوی آب میوه جات، ژله، چای و قهوه
- ج) گوشت و جوجه به صورت کبابی همراه با برنج کته و نوشابه
- د) گوشت مرغ پخته شده همراه با برنج کته، سبزیجات پخته و غلات

پاسخ: گزینه د /

سوال: کودک ۲ ساله ای دچار دهیدراتاسیون از نوع متوسط شده است. جهت جایگزینی مایعات وی کدام پروتکل صحیح است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- الف) ارائه ۱۰۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن ORS برای مدت ۴ ساعت
- ب) تزریق مایعات وریدی نمکی به میزان ۵۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن در ۶ ساعت
- ج) ارائه ۵۰۰ سی سی مایع ORS در هر ۲۴ ساعت
- د) تزریق مایعات وریدی قندی به میزان ۴۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن در ساعت

پاسخ: گزینه الف /

سوال: کدامیک از گزینه های زیر را جهت آموزش تغذیه کودک مبتلا به اسهال، انتخاب می کنید؟

- الف) رژیم غذایی BRAT (موز، برنج، آب سیب و چای)
- ب) مصرف مایعات زیاد حاوی آبمیوه جات، ژله و چای و قهوه
- ج) گوشت و جوجه به صورت کبابی همراه با نوشابه
- د) برنج کته همراه گوشت مرغ پخته شده، روغن زیتون و سبزیجات پخته

پاسخ: گزینه د /

سوال: در مراقبت از کودک مبتلا به اسهال کدام صحیح است؟ (ارشد ۹۶)

- الف) اجتناب از دادن برنج و چای به دلیل ارزش کم غذایی
- ب) دادن موز جهت کاهش حرکات روده ای
- ج) تشویق به مصرف آبمیوه ها جهت جبران کم آبی
- د) تداوم مصرف شیر خشک به دلیل تامین الکترولیت ها

پاسخ: گزینه الف /

تجویز آنتی بیوتیک ها

- آموزش رعایت بهداشت شخصی
- رعایت نکات ایزوله
- بررسی دقیق دفع و جذب مایعات و وزن مخصوص ادرار

- رعایت بهداشت پوست پرینه مانند استفاده از اکسید دوزنگ برای جلوگیری از مشکلات پوستی .

سوال: کودک چهار ساله ای با علائم کاهش تورگور پوستی . اسهال حاد و نبض سریع به اورژانس آورده شده است. کودک هوشیار است و از تشنگی شکایت می کند. مهمترین اقدام پرستار کدام است؟ (ارشد ۹۹)

الف) ارزیابی درصد دهیدراتاسیون

ب) برقراری مسیر وریدی

ج) گاوآژ ۱۰۰ ml/kg محلول ORS

د) تشویق به مصرف مکرر آب میوه

پاسخ: گزینه الف /

عفونت سیستم ادراری (UTI)

عفونت سیستم ادراری طیف وسیعی از اختلالات را در برمیگیرد که شامل عفونت در هریک از مجاری و اعضای سیستم ادراری مانند پیشابراه و مثانه (سیستم ادراری تحتانی) و یا حالبها، لگنچه ، کلیهها (سیستم ادراری فوقانی) است .

اوج شیوع سنین ۲ الی ۶ سالگی و بیشتر در جنس مونث است

۸۰٪ موارد عامل بیماری اشرشیا لکی و ارگانیسم های گرم منفی روده ای است

➤ نکته : عوامل آناتومیکی و فیزیکی مانند کوتاه بودن مجرای ادراری در دختران و ترشحات ضد میکروبی

پروستات در پسران باعث تفاوت شیوع عفونت بین دو جنس می شوند .

➤ نکته : مهمترین عامل موثر در بروز عفونت استاز ادراری است . بنابراین در شرایط تخلیه ناکافی مثانه ناشی از

ریفلاکس و عیوب آناتومیکی باعث افزایش بروز عفونت می شود .

یبوست مزمن و متناوب ، سونداژهای مکرر ، پوشاک تنگ ، دیاپره های نامناسب ، آلودگی کرمکی ، حمام در وان از عوامل دیگر مستعد کننده عفونت ادراری می باشند.

تست: در پیشگیری از عفونت ادرار کودکان کدام اقدام موثر است؟ (سراسری ۸۰)

ب) خودداری از تماس با افراد آلوده

الف) تخلیه زود به زود مثانه

د) مصرف زیاد الکترولیتها

ج) حمام دادن به طور مکرر

پاسخ گزینه الف /

تظاهرات بالینی :

علائم به سن کودک بستگی دارد.

شیرخواران: علائم غیراختصاصی؛ اسهال، استفراغ، نفخ، تب، زردی، سپسیس، بوی بد ادرار و بثورات.

علائم کلاسیک در کودکان بالاتر از ۲ سال: شب ادراری ، بی اختیاری در کودکی که قبلاً اختیار ادرار کسب کرده است،

تب، تکررادرار، ادرار بدبو. درد ناحیه پهلو، دیزوری، هماچوری، استفراغ است.

➤ نکته: تب بالا، لرز، درد پهلو شدید، لکوسیتوز نشانه پیلونفریت است.

علائم اختلال عملکرد دفع ادرار

- عفونت دستگاه ادراری فاقد تب

- تغییر در تناوب دفع ادرار

- یبوست

- چمباتمه زدن

- شب ادراری
- تقلا جهت دفع ادرار
- فوریت در ادرار

ارزشیابی تشخیصی

- یافته های فیزیکی و بالینی
- آزمایشات میکروسکوپی ادرار مانند آنالیز و کشت
- سونوگرافی
- سیستواورتروگرافی تخلیه ای برای تعیین ریفلکس
- اسکن DSMA برای تعیین عیوب آناتومیکی

سوال: برای جمع آوری نمونه ادرار در کودک شیرخوار مشکوک به عفونت ادراری کدام گزینه زیر صحیح است؟ (ارشد ۱۴۰۲)

- الف) جمع آوری با کیسه ادراری در همه رده های سنی کودکان زیر ۲ سال قابل اطمینان است.
- ب) برای کودکان زیر ۲ سال جمع آوری ادرار از طریق سوپراپیوبیک (فوق عانه) قابل اطمینان تر است.
- ج) اگر جواب نمونه اخذ شده با کیسه ادراری مثبت شد، جواب قابل اطمینان است.
- د) نمونه ادراری اخذ شده توسط کیسه ادراری تا ۴ ساعت قابل نگهداری در دمای محیط است.

پاسخ: گزینه ب/

تدابیر درمانی

- آنتی بیوگرام و تعیین آنتی بیوتیک مناسب
- انجام کشت های دوره ای
- ارزیابی مکرر برای تعیین اسکار کلیوی (زیر ۴ سال)
- برطرف کردن عیوب آناتومیکی

تدابیر پرستاری

- کمک به تعیین کودکان در معرض خطر
- کمک به جمع آوری نمونه ها و رعایت اصول صحیح نمونه گیری
- آموزش به والدین در مورد مصرف داروها و نیز مصرف مایعات کافی 100 ml/kg
- اجتناب از مصرف مایعات دارای کافئین و کربوهیدرات
- آموزش جهت پیشگیری از عود عفونت

ریفلکس مثانه به حالب (VUR):

ریفلکس به معنی پس زدن ادرار از مثانه به درون میزنای ها است
نکته : ریفلکس توام با عفونت شایع ترین علت پیلونفریت در کودکان است
ریفلکس از نظر شدت به پنج درجه و از نظر اتیولوژی به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می شود
اولیه : ناشی از عیوب مادرزادی محل اتصال میزنای به مثانه
ثانویه : ناشی از عوامل دیگر مانند عفونت ادراری ، اختلال نوروپاتی مثانه و انسداد گردن مثانه

تدابیر درمانی :

درمان طبی و محافظتی در ریفلکس درجه یک و دو (آنتی باکتریال ها و کشت های مکرر)

درمان طبی درجه سه در صورت عدم وجود عوارض

نکته: در ابتدای درمان، ادرار را باید مکرراً کشت داد تا زمانی که جمعاً سه بار متوالی کشت منفی شود.

درمان جراحی در درجات چهار و پنج

(انجام سونوگرافی و سیستویورتروگرام تخلیه، یک و شش ماه بعد از جراحی برای تعیین اثر بخشی لازم است.)
به کودکان مبتلا به ریفلاکس درجه بالا که دچار UTI می‌شوند در معرض خطر چشمگیر پیلونفریت و اسکار کلیوی قرار دارند.

➤ **نکته:** جراحی جهت اصلاح انسداد میزنا می‌گردد جراحی آنتی ریفلاکس شامل پیوند مجدد میزنا به مثانه است.

➤ **نکته:** هر چه سن ابتلا به ریفلاکس مثانه پایین تر باشد احتمال ایجاد اسکار کلیوی بیشتر است.

تومور ویلمز (wilms)

نفروبلاستوما یا تومور ویلمز شایع ترین توده شکمی دوره کودکی نوع رایج کانسر کلیه است.
اوج سنی آن سه سالگی است و مسئله وراثت در آن مطرح می‌باشد.
عیوب دیگری مانند هیپوسپادیس و ژنیتال مبهم ممکن است همزمان وجود داشته باشند

تظاهرات بالینی

- توده سفت، غیرحساس، یکطرفه و عمقی ناحیه پهلو
 - هماچوری در یک چهارم موارد
 - کم خونی ثانویه
 - افزایش فشارخون بعلت ترشح مقادیر زیاد رتین بوسیله تومور
 - اتلانف وزن و تب
 - تنگی نفس، سرفه، کوتاهی نفس و درد سینه در صورت متاستاز ریوی
- *تشخیص از روی علائم بالینی و مطالعات رادیوگرافی مسجل می‌شود

درجه بندی تومور

مرحله I: تومور محدود به کلیه است

مرحله II: تومور کمی بیشتر از کلیه رشد دارد

مرحله III: تومور باقیمانده غیر خونی و محدود به شکم است

مرحله IV: متاستاز خونی. رسوبات تومور به ریه، کبد، استخوان و مغز انتشار یافته است

مرحله V: درگیری دو طرفه کلیه در زمان تشخیص وجود دارد

تست: کدام یک از اقدامات زیر در مراقبت از کودک مبتلا به تومور ویلمز مهم می‌باشد؟ (سراسر ۷۵)

الف) کنترل علائم حیاتی (ب) کنترل درد (ج) عدم لمس شکم (د) حمایت‌های عاطفی
پاسخ گزینه ج/

درمان و پیش آگهی:

درمان توام جراحی و شیمی درمانی با یا بدون پرتودرمانی بر حسب مرحله بالینی و مشخصه پاتولوژیک است.
موثرترین داروها اکتینومایسین D و وین کریستین است.
در مواردی نفرکتومی دو طرفه ضرورت می‌یابد که آخرین انتخاب است

میزان بقای تومور ویلمز در بین تمام سرطان های دوره کودکی بیشترین است
کودک مبتلا به درجه (II,I) تومور ویلمز ۹۰٪ شانس معالجه با درمان های چند روشی را دارد .

مراقبت های پرستاری

- کمک به تشخیص بیماری
- توجه بسیار شدید به مسئله اجتناب از دستکاری شکم
- مراقبت های حین شیمی درمانی و پرتودرمانی
- آماده کردن والدین برای جراحی
- کنترل و ثبت فشار خون
- ارائه مراقبت بعد از عمل
- کنترل فعالیت های گوارشی مانند صداهای روده بعد از عمل بعثت خطر بالای ایلتوس (ناشی از جراحی و وین کریستین)
- کنترل علائم عفونت
- حمایت از والدین

سوال: مراقبت های پرستاری در بیوپسی کلیه کدام است؟(ارشد ۹۶)

- الف) پایش کودک از نظر علائم درد شکمی، تندرینس و جذب و دفع مایعات
- ب) NPO کردن کودک ۸ ساعت پیش از انجام بیوپسی
- ج) کنترل واکنش های احتمالی کودک به ماده حاجب
- د) تشویق کودک به استراحت در تخت تا ۱۲ ساعت بعد از بیوپسی

پاسخ: گزینه الف /

سوال - مراقبت پرستاری بعد از بیوپسی کلیه کدام است؟(ارشد ۱۴۰۱)

- الف) پوزیشن ترندلنبرگ
 - ب) استراحت در تخت تا ۲۴ ساعت
 - ج) کنترل واکنش کودک به ماده حاجب
 - د) منع مصرف دهانی تا ۲۴ ساعت
- پاسخ گزینه ب /

سندرم نفروتیک :

شایع ترین شکل صدمه گلوامرولی در کودکان است که با پروتئینوری وسیع ، کاهش آلبومین خون و افزایش لیپید و ادم مشخص می شود

تست: به عنوان پرستار کدامیک از رژیم های غذایی زیر را برای کودک مبتلا به سندرم نفروتیک توصیه می - کنید؟

- الف) بدون پروتئین، بی نمک، پرکالری
 - ب) پرپروتئین، کم نمک، پرکالری
 - ج) کم پروتئین، کم نمک، کم کالری
 - د) کم پروتئین، کم نمک، پرکالری
- پاسخ گزینه ب /

انواع

اولیه : محدود به آسیب کلیوی

ثانویه : ناشی از یک بیماری ثانویه

با وجود اشکال مختلف بافت شناسی شایع ترین شکل (سندرم نفروتیک با حداقل تغییرات) می باشد . شکل دیگر آن نوع مادرزادی می باشد .

سندرم نفروتیک با حداقل تغییر بیشترین موارد سندرم نفروتیک در کودکان را تشکیل می دهد که در جنس مذکر دو برابر مونث دیده می شود .

اتیولوژی

علت نامشخص دارد ، اما ۸-۴ روز قبل از آن معمولاً یک عفونت ویروسی سیستم تنفسی فوقانی بروز کرده است . سندرم نفروتیک ثانویه معمولاً بعلت صدمه گلوبولینی ناشی از گلوبولونفریت حاد یا مزمن و یا ناشی از بیماری های عروقی کلاژن مانند لوپوس رخ می دهد .

پاتوفیزیولوژی

در سندرم نفروتیک غشاء گلوبومرول نسبت به آلبومین و پروتئین های درشت خود نفوذ پذیر شده در نتیجه به علت فشار هیدروستاتیک ادم و آسیت ، هیپوولمی و احتباس آب و سدیم رخ می دهد . علت افزایش لیپیدهای خون مشخص نیست.

تست: کودکی مبتلا به سندرم نفروتیک است. انجام کدام مراقبت پرستاری ضرورت دارد؟ (ارشد ۸۳)

- (الف) تغذیه با مواد پرکالری، به مقدار کم و فاصله زیاد (ب) آموزش به والدین در مورد مصرف آنتی بیوتیک ها
(ج) ایزولاسیون، رساندن مایعات فراوان (د) مراقبت از پوست، پیشگیری از عفونت
پاسخ گزینه د/

تست: کودک مبتلا به سندرم نفروتیک تحت درمان با پردنیزولون است. توصیه پرستار به والدین کودک کدام است؟ (سراسری ۸۳)

- (الف) عدم تماس با افراد مبتلا به عفونت (ب) کنترل مرتب فشار خون
(ج) استراحت در تخت (د) قطع دارو در صورت چاقی
پاسخ گزینه الف/

تظاهرات بالینی

- ادم جنرالیزه
- پف کردگی اطراف چشم ها
- آسیت
- اسهال ، تهوع و استفراغ
- رنگ پریدگی
- لتارژی
- بی اشتهایی
- ادم اسکروتوم ها
- حساسیت به عفونت

ارزشیابی تشخیصی

- تظاهرات بالینی
- آزمایشات تشخیصی (هایپوآلبومینمی ، هایپر کلسترومی ، پروتئینوری
- بیوپسی کلیه

تدابیر درمانی

- رژیم کم نمک و پرپروتئین (در صورت وجود از تمی و نارسایی کلیه پروتئین غذا حذف می شود)
- کورتیکواستروئید تراپی
- درمان با سرکوب کننده های ایمنی مانند سیکلوفسفامید (سیتوکسان)
- مدرها در ادم شدید

سوال: رعایت کدام رژیم در خصوص کودک مبتلا به سندرم نفروتیک صحیح می باشد؟ (ارشد ۹۹)

الف) کم سدیم در ادم شدید و کورتیکواستروئید تراپی

ب) پرپروتئین در ازوتمی و نارسایی کلیه

ج) رژیم معمولی در وضعیت خاموشی بیماری

د) الف و ج

پاسخ: گزینه د /

تدابیر پرستاری

- کنترل ادم
- کنترل جذب و دفع مایعات
- مراقبت پوستی و تغییر وضعیت مکرر
- بالا قرار دادن اسکروتوم متورم
- کنترل از نظر علائم عفونت
- بررسی از نظر عوارض جانبی کورتیکواستروئیدها
- ایزوله کردن بیمار در صورت مصرف سرکوب کننده های ایمنی
- آموزش درباره رژیم غذایی و دارویی
- آموزش درباره اثرات داروها

سوال - در طرح ترخیص کودک مبتلا به سندرم نفروتیک، تاکید بر کدام مورد اهمیت دارد؟ (ارشد ۱۴۰۱)

الف) ضرورت انجام سالیانه آزمایش ادرار

ب) جلوگیری از تماس نزدیک با کودکان

ج) توجه به علائم عود بیماری

د) عدم انجام واکسیناسیون

پاسخ گزینه ج /

سوال: بعد از جلسه آموزش مراقبت در منزل، ذکر کدام مورد از طرف مادر کودک مبتلا به سندرم نفروتیک

نشان دهنده نیاز به آموزش بیشتر است؟ (ارشد ۹۷)

الف) پیشگیری از بروز چاقی به دلیل مصرف داروها

ب) جلوگیری از بازی کودکان با کودکان مبتلا به سرماخوردگی

ج) ضرورت انجام هفتگی آزمایش ادرار

د) مراجعه به پزشک در صورت بروز ادم

پاسخ: گزینه ج /

اختلالات تنفسی

سندرم های کروپ: [کروپ یا لارنگوتراکئوبرونشیت (LTB)].

شایعترین سندرم عفونی انسداد مجاری هوایی فوقانی کروپ است. کروپ تقریباً همیشه علت ویروسی دارد و ویروس پارا آنفلوآنزا ۱ و ۲ شایعترین عامل آن است.

کروپ به مجموعه ای از علائم اطلاق می شود که با گرفتگی صدا، سرفه خروسکی و درجات متفاوتی از استریدور دمی و دیسترس تنفسی ناشی از تورم و انسداد حنجره مشخص می شود.

➤ نکته: عفونت های حاد حنجره بعلت کم بودن قطر راههای تنفسی و خطر انسداد اهمیت زیادی در کودکان خردسال و شیرخواران دارد. در سنین بین ۶ ماهگی تا ۳ سالگی. حمله تیپیک آن نشانه های عفونت مجرای تنفسی فوقانی (سرماخوردگی) شروع می شود و کمتر از ۵ روز طول می کشد.

سوال: علت استریدور (تنفس صدادار) کدام است؟ (ارشد ۹۶)

الف) انسداد راه های هوایی تحتانی
ب) تنگی راه های هوایی فوقانی
ج) کاهش سورفاکتانت ریوی
د) قطع تنفس

پاسخ: گزینه ب/

سندرم های کروپ شامل:

اپی گلو تیت

لارنژیت

لارنگوتراکتو برونشیت

تراکتیت

اپی گلو تیت التهاب گلو ت است که بیشتر در کودکان ۵-۲ سال دیده شده و عامل آن عمدتاً هموفیلوس آنفلوآنزا است.

تظاهرات بالینی اپی گلو تیت:

شروع ناگهانی، گلودرد، پیشرفت سریع به دیسترس تنفسی، بی قراری، تب، احساس کسالت، تمایل کودک به حالت نشسته و خم شدن به جلو و باز نمودن دهان، ریزش بزاق، توهم و اضطراب، رتراکسیون جناغی و سیانور.

نکته: علامت Tripod: حالت نشسته و به جلو خم شده چانه، دهان باز و زبان خارج شده

➤ نکته: سه علامت عمده بالینی پیش بینی کننده اپی گلو تیت:

- فقدان سرفه خودبخودی

- ریزش بزاق

- تحریک پذیری

➤ نکته مهم: اپی گلو تیت را با انجام رادیوگرافی از نیمرخ گردن می توان از کروپ شدید متمایز نمود (در رادیوگرافی اپی گلو ت متورم و نمای انگشت شست را دارد).

تدابیر درمانی

- برقراری مایعات وریدی

- انتوباسیون در موارد شدید ← انتوبه کردن یا گذاشتن لوله تراشه یک روش درمانی برتر است.

- مصرف آنتی بیوتیک و کورتیکو استروئیدها

آنتی بیوتیک مناسب (سفتریاکسون) برای درمان هموفیلوس آنفلوآنزا، سریعاً تجویز شود.

تدابیر پرستاری

- کنترل مداوم وضعیت تنفسی
- انفوزیون مداوم مایعات وریدی

لارنژیت حاد

لارنژیت ناشی از ویروس ها در کودکان شایع بوده و شکایت اصلی گرفتگی صدا می باشد که ممکن است با علائم تنفسی دیگر مانند گلودرد ، زکام ، احتقان بینی و تظاهرات عمومی بروز کند . التهاب حاد حنجره ، تراشه و برونش رایج ترین سندرم کروبی است که باعث بستری شدن کودک در بیمارستان می شود و عمدتاً کودکان زیر ۵ سال را مبتلا می کند .

تست: مهمترین اقدام پرستاری بعد از عمل دوز بعد دارو کدام است؟ (سراسری ۸۲)

- (الف) مشاهده مستقیم حلق
 - (ب) گزارش فوری بلع مکرر
 - (ج) اندازه گیری درجه حرارت
 - (د) دادن مایعات سرد
- پاسخ گزینه ب /

تست: در مراقبت از کودک مبتلا به لارنژیت کدامیک از موارد زیر اهمیت بیشتری دارد؟

- (الف) استراحت کافی بیمار
 - (ب) صحبت نکردن بیمار
 - (ج) NPO نگاه داشتن بیمار
 - (د) آرامش روحی کودک
- پاسخ گزینه ب /

درمان

علامتی است ، مایع رسانی و رطوبت سازی هوا

تظاهرات بالینی لانگو تراکتوبرونشیت (LTB)

لانگو تراکتوبرونشیت: التهاب حاد حنجره، تراشه و برونش و نوع شایع کروب است. منجر به بستری شدن کودکان در بیمارستان می شود. درگیری کودکان کمتر از ۵سال و شروع با یک تب خفیف

- سرفه خروسکی ، گرفتگی صدا
- تب خفیف ، دیسترس تنفسی
- علائم هیپوکسی
- شدت علائم در شب

تدابیر درمانی

هدف اصلی: حفظ راه هوایی و فراهم آوردن تبادلات تنفسی مناسب

- رطوبت زیاد با بخار سرد
- تامین اکسیژن
- تشویق به مصرف مایعات
- استفاده از اپی نفرین
- استفاده از کورتیکواستروئیدها
- تحت نظر قرار گرفتن وضعیت تنفسی با پالس اکسی متری

➤ نکته: در کودکان با دیسترس تنفسی شدید نباید چیزی از راه دهان داده شود .

تدابیر پرستاری

- تامین وضعیت نشسته
- حفظ آرامش کودک
- تداوم رطوبت و مایع رسانی کافی
- حمایت عاطفی از والدین و کودک

➤ نکته: مهمترین هدف تحت نظر قرار دادن وضعیت تنفسی و گازهای خون شریانی است

لارنژیت حاد اسپاسمودیک (کroup نیمه شب)

تظاهرات بالینی:

حمله ناگهانی در شب
این عارضه کودکان ۱-۳ سال را درگیر کرده و معمولاً سابقه ای از حملات به مدت ۲-۵ روز وجود دارد

تدابیر درمانی:

- بخور سرد
- تامین مایعات
- استفاده از اپی نفرین
- کورتیکواستروئیدها

تراکئیت باکتریال

عفونت فوقانی مخاط تراشه است

بیماری در کودکان کمتر از ۳ سال دیده می شود

بسیاری از تظاهرات تراکئیت باکتریال مشابه تظاهرات LTB می باشد اما به درمان LTB پاسخ نمی دهد

*علائم عمده آن تولید ترشحات چرکی زیاد می باشد .

نکته: شایعترین ارگانسیم مسئول استافیلوکوک طلائی است ولی استرپتوکوک گروه A و هموفیلوس آنفلوآنزا نیز دخالت دارند.

درمان

- تجویز اکسیژن مرطوب
- ضد تب
- آنتی بیوتیک

پنومونی (ذات الریه)

التهاب پارانشیم ریه که در دوره شیرخوارگی و نوپایی رخ می دهد و در دوره کودکی شایع تر است.

این بیماری بر اساس مرفولوژی به عامل اتیولوژی یا نوع بالینی تقسیم بندی می شود .

تقسیم بندی پنومونی

- ۱- ویروسی
- ۲- باکتریال
- ۳- میکوپلازما
- ۴- اسپیراسیون جسم خارجی

تقسیم بندی پنومونی بر اساس مرفولوژی

- ۱) لوپار : تمام یا بخش زیادی از یک یا چند لوب ریه درگیر است .
 - ۲) برونکوپنومونی : التهاب ریه و برونشلولهای انتهایی
 - ۳) پنومونی بین بافتی (اینترستیسیال) التهاب دیواره های آلوئولی و اطراف برونش و بافتهای بین لوپرلر .
- پنومونی ویروسی بیش از باکتریال دیده شده و ویروس سن سیشیال تنفسی در شیرخواران و پارآنفلوانزا ، آنفلوانزا و آدنوویروسها در کودکان بزرگتر شایع ترین پاتوژن ها می باشند

تظاهرات بالینی

تب خفیف ، سرفه ، بی حالی ، نشانه های انفیلتراسیون در رادیوگرافی

تدابیر درمانی و پرستاری

درمان علامتی (اغلب)

ارتقاء اکسیژناسیون و آرامش بیمار (تجویز اکسیژن با بخور خنک)

فیزیوتراپی سینه

درناژ وضعیتی

ضد تب

مصرف مایع و حمایت خانوادگی

پنومونی آتی پیک اولیه اساساً در فصول پاییز و زمستان دیده شده و پاتوژن رایج آن مایکوپلازما پنومونیه است شایع در مکان های شلوغ

تظاهرات بالینی پنومونی مایکوپلاسمایی

تب ولرز و ضعف

سردرد ، بی اشتها

درد عضلات ، علائم سرماخوردگی ، مانند گلودرد ، رینیت و سرفه خلط دار (در شروع بیماری بدون خلط)

درمان پنومونی مایکوپلاسمایی نیز علامتی می باشد و بهبودی ۱۰ - ۷ روز و بستری در بیمارستان به ندرت

پنومونی باکتریال

یک عفونت جدی می باشد که در اثر استرپتوکوک پنومونیه ، استرپتوکوک گروه A و استافیلوکوک ها ایجاد می شود . التهاب ملتحمه از علائم پنومونی استافیلوکوکی می باشد

تظاهرات بالینی :

دیسترس تنفسی

علائم گوارشی

سرفه چرکی

تغذیه ضعیف

تب شدید

شروع حاد و ناگهانی

ظاهر بدحال

بی قراری

سردرد

لرز

درد سینه

درمان :

- اولین داروی انتخابی به صورت تزریقی Cefuroxime است. اریترومايسين خوراکی یا وریدی تا زمان وجود پنومونی در کودکان بالای ۵ سال باید استفاده شود. آموکسی سیلین خوراکی برای درمان سرپایی شیرخواران و کودکان کمتر از ۵ سال به طور گسترده استفاده می شود.
- استراحت و مایعات فراوان
- اکسیژن در موارد دیسترس تنفسی
- تب بر

- نکته: آمپیم، پنوموتوراکس فشاری از عوارض پنومونی استافیلوکوکی است
- نکته: اوتیت حاد میانی و جنب ترشعی از عوارض پنومونی پنوموکوکی است
- نکته: امروزه پنی سیلین G به دلیل تولید باکتری های غیرهوازی بتالاکتاز، داروی معتبری محسوب نمی شود.
- نکته: توراسنتز در صورت تنگی نفس ناشی از تجمع مایع در حفره جنب ضرورت دارد.

تدابیر پرستاری

- بررسی مداوم وضعیت تنفسی
- برقراری ایزوله تنفسی
- تامین راحتی و استراحت و وضعیت نیمه نشسته
- تامین مایعات وریدی
- استفاده از چادر اکسیژن مرطوب
- کنترل تب و پاشویه

سوال: کودکی دچار گلو درد پرکی استرپتوکوکی گروه A همراه با سردرد و تب شده است. داروی پنی سیلین خوراکی برای وی شروع می شود. کدام آموزش زیر را به وی و خانواده اش می دهید؟ (ارشد ۱۴۰۲)

الف) بعداز مصرف کامل آنتی بیوتیک ها احتمال بروز بیماری ثانویه استرپتوکوک وجود ندارد.

ب) انجام کشت گلو به صورت دوره ای جهت پیگیری لازم می باشد.

ج) کودک احتمال خطر ابتلا به گلومرونفریت و تب روماتیسمی را دارد.

د) احتمال خطر ابتلا به روماتیسم مفصلی در بزرگسالان برای این کودک وجود دارد.

پاسخ: گزینه ج /

**برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳(لاهیجان)

خرید اینترنتی:

<https://nk1.ir>