



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

گاستروانتریت در اطفال

بهار ۱۴۰۲

ای سی یو اطفال بیمارستان بهار

زهرامحمدی

گاستروانتریت

گاستروانتریت عفونت دستگاه گوارش (روده) است. این عفونت بسیار شایع است. بسیاری از کودکان بیش از یک بار در سال دچار گاستروانتریت می شوند. شدت بیماری می تواند از ناراحتی خفیف شکم به مدت یک یا دو روز همراه با اسهال خفیف تا اسهال شدید و استفراغ برای چند روز یا بیشتر متغیر باشد. بسیاری از ویروس ها، باکتری ها، و سایر میکروب ها می توانند باعث گاستروانتریت شوند. رتروویروس ها و آدنوویروس ها شایع ترین عامل گاستروانتریت در کودکان می باشند. ویروس ها به راحتی از طریق تماس نزدیک از یک فرد آلوده به دیگری منتقل می شوند. این اغلب به این دلیل است که پس از رفتن به توالت، ویروس روی دست های فرد آلوده وجود دارد. سطوح یا اشیاء لمس شده توسط فرد آلوده نیز می تواند باعث انتقال ویروس شوند. ویروس همچنین می تواند در حین درست کردن غذا توسط فرد آلوده به دیگران منتقل شود. یک ویروس عامل گاستروانتریت می تواند به راحتی در بیمارستان یا مدارس شیوع پیدا کند. مسمومیت غذایی (در اثر خوردن غذای آلوده به میکروب) باعث برخی از موارد گاستروانتریت می شود. مسمومیت غذایی معمولاً در اثر عفونت باکتریایی ایجاد می شود. کمپیلوباکتر، سالمونلا و اشرشیا کلی نمونه های رایجی از باکتری های عامل مسمومیت غذایی هستند. سموم (توکسین ها) تولید شده

توسط باکتری ها نیز می توانند باعث مسمومیت غذایی شوند. گروه دیگری از میکروب ها به نام انگل ها نیز می توانند باعث مسمومیت غذایی شوند. انگل ها ارگانیسم های زنده ای هستند که درون ارگانیسم های دیگر زندگی می کنند.

آب آلوده به باکتری یا سایر میکروب ها یکی دیگر از دلایل رایج گاستروانتریت است به ویژه در خانواده هایی که بهداشت ضعیفی دارند.

علائم:

علائم اصلی گاستروانتریت اسهال است که اغلب همراه با استفراغ می باشد. اسهال به معنی حداقل سه بار در روز دفع مدفوع شل یا آبکی است. در برخی عفونت ها ممکن است خون یا مخاط در مدفوع دیده شود. اسهال و استفراغ ممکن است باعث کم آبی بدن (دهیدراته شدن) شود.

دل پیچه یا دردهای کرامپی در شکم در گاستروانتریت شایع هستند. هر بار که دفع اسهال (مدفوع آبکی) رخ دهد ممکن است تا حدودی دل پیچه یا دردهای کرامپی کاهش یابد.

تب (دمای بالای بدن)، سردرد و درد اندام های مختلف بدن ممکن است رخ دهد

در اکثر کودکان، علائم خفیف هستند و ظرف چند روز بهبود می یابند. در صورت وجود استفراغ، ممکن است یک یا چند روز ادامه داشته باشد. اغلب موارد بعد از بین رفتن استفراغ، اسهال ادامه پیدا می کند و بهبود اسهال معمولاً ۵ تا ۷ روز به طول می انجامد.

درمان:

درمان گاستروانتریت خفیف در کودکان را می توان در خانه انجام داد. مهمترین اقدام، مایع درمانی خوراکی با مایعاتی است که کودک تمایل به نوشیدن آنها دارد مانند آب سیب خانگی

در صورت اقدامات مناسب، این روش به اندازه سرم درمانی در جلوگیری از بستری شدن در بیمارستان موثر است

برای کم (ORS مانند) محلول های مایع درمانی خوراکی، آبی متوسط توصیه می شود

برای Ondansetron در صورت نیاز ممکن است جلوگیری از استفراغ و بهبود تحمل مایع درمانی خوراکی تجویز شود.

-اندیکاسیون های بستری و مایع درمانی وریدی:

کودکانی که به مایع درمانی خوراکی به اضافه یک داروی ضد استفراغ پاسخ نمی دهند

بیماران مبتلا به کم آبی شدید (یعنی علائم شوک یا - کم آبی بیش از ۱۰ درصد)

شستن مناسب دست ها، تداوم شیردهی و واکسیناسیون - رتروویروس باعث کاهش بروز گاستروانتریت حاد در کودکان می شود.

توصیه های کاربردی کلیدی:

-برای کودکان مبتلا به کم آبی خفیف تا متوسط ناشی از گاستروانتریت حاد، مایع درمانی «خوراکی» توصیه می شود که می تواند به اندازه مایع درمانی وریدی در جلوگیری از بستری شدن در بیمارستان موثر باشد.

-کودکانی که دچار کم آبی خفیف هستند، در گام نخست باید آب سیب طبیعی به صورت نیمه رقیق شده و سپس مایعات مورد علاقه کودک مثل آبمیوه های معمولی و شیر دریافت کنند. این رویکرد نیاز به مایع درمانی وریدی را کاهش می دهد.

-شستن دست ها با صابون روشی موثر برای پیشگیری از گاستروانتریت است. با این حال، شستن دست ها و بهداشت به تنهایی از عفونت روتاویروس جلوگیری نمی کند.

-همه کودکان باید یک نوبت واکسن خوراکی زنده و ضعیف شده روتاویروس را دریافت کنند تا میزان بستری شدن در بیمارستان، بروز گاستروانتریت شدید و مرگ ناشی از عفونت روتاویروس کاهش یابد.

-تداوم تغذیه با شیر مادر باعث کاهش بروز گاستروانتریت حاد و بستری ناشی از بیماری اسهالی در کودکان خردسال می شود.

منابع :

SCOTT HARTMAN, MD; ELIZABETH BROWN, MD, MPH; ELIZABETH LOOMIS, MD; and HOLLY ANN RUSSELL, MD, MS, University of Rochester Medical Center, Rochester, New York

Am Fam Physician. 2019 Feb 1;99(3):159-165.