

" مایع درمانی خوراکی بوسیله امداد گران در اسهال و دزیدراتاسیون شیر خواران "

دکتر سید جلال الدین شریفی - دکتر فخرالدین قوامی - دکتر ضیاء الدین نوروزی

دکتر مهلقا محمودی

خلاصه:

و بصری و فیلمهای کوتاه در سطوح مختلف به پزشکان و دانشجویان و پرستاران و بهیاران و علی الخصوص مادرها مایع درمانی خوراکی تعلیم داده شود.

این برنامه بعنوان یک جزء لازم بهداشت اولیه موجب استفاده بهتر از منابع انسانی و مالی و موجب فراهم شدن حداکثر بهره مخصوصاً " برای محرومان خواهد بود . قدم اول در این برنامه راضی کردن بالاترین مقامهای کشوری در مورد احتیاج به انجام دادن این برنامه در سطح کشور است .

برای بدست آوردن حداکثر نتیجه باید از خدمات گروههای مختلف و همکاری سایر وزارتخانه ها و سازمانها و مؤسساتی که در رابطه با بهداشت و درمان ، آموزش امور اجتماعی ، کشاورزی ، راه و ترابری ، طرح ریزی امور خانواده ، تغذیه ، خدمات اجتماعی ، همکاری معلمین مدرسه ، پزشکان طب مدرن و سنتی ، گروهها و سازمانهای جوانان ، جهاد سازندگی و گروههای امداد استفاده شود تا دسترسی به مایع درمانی خوراکی گسترده فراهم شود (۱) .

سازمان بهداشت جهانی جزواتی برای تعلیم بهداشتیاران و امداد گران برای درمان و پیشگیری اسهال

در سال ۱۳۵۹ تعداد ۱۰۸ شیرخوار صفر تا ۲۴ ماهه باکم آبی ۷ تا ۱۵ درصد بعلت اسهال و استفراغ بستری و با مایع درمانی خوراکی بوسیله امداد گران با موفقیت و بدون مرگ و میر درمان شدند .

مقدمه:

گروه علمی برنامه کنترل بیماریهای اسهالی سازمان بهداشت جهانی برای تعلیم امداد گران و بهداشتیاران (Community health workers) و استفاده از آنها در سطح کشور برای مایع درمانی خوراکی با همکاری وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه ها و سازمانهایی که خدمات آنها در روستا گسترده است تاءکید فراوان ، دارند و معتقدند این طرح باید در برنامه های آموزشگاهها و کتب درسی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی گنجانیده شود و سازمانها و انجمنهای پزشکی علی الخصوص مجامع طب اطفال این مطالب را در سمینارها و گردهم آئی ها منتشر سازند .

رسانه های گروهی اطلاعات لازم را به عموم مردم برسانند - پوسترها و نقشه ها و کتب ساده فراهم و پخش گردد و بوسیله مجلات و روزنامه ها و جزوه ها و وسائل سمعی

(م-م) و مسئولیت‌های پزشکی و قضائی بعهدہ (ج-ش) بود. بمنظور بررسی مناسب بودن روش درمان در نقاط محروم که دسترسی به آزمایشگاه نیست، هیچگونه امتحان، لابراتواری از بیماران بعمل نیامد.

حاد منتشر کرده است (۲). هدف این تحقیق استفاده از امدادگران برای مایع درمانی خوراکی در کمه آبی ۷ تا ۱۵ درصد و ارزیابی کار آنها برای نقاط محروم که امکانات درمانی وجود ندارد میباشد.

درمان

این روش از دو مرحله جداگانه تشکیل شده است. الف - درمان کمبود ب - درمان نگاهدارنده که از دو محلول بنام الکترولیت A (EB) و الکترولیت B (EB) استفاده میشود - جدول ۱ - در شروع درمان معده بیمارانیکه در موقع بستری استفراغ یا حالت تهوع داشتند با محلول EA شستشو و آسپیره گردید.

این عمل برای جلوگیری از استفراغ بعلت مواد دیگر موجود در معده بود. محلولها بوسیله حل کردن محتوی چهار پاکت در لیتر (یک پاکت در ۲۵۰ میلی لیتر) آب لوله کشی بوسیله امدادگران انجام میشد.

الف - درمان کمبود (Deficit Therapy)
برای درمان کمبود تمام بیماران حتی آنهایکه دزیدراتاسیون شدید یا استفراغ شدید و یا شوک داشتند ابتدا با محلول EA ریه‌دراته شدند. بدین منظور با استفاده از لوله‌گاوژ محلول EA برای شیرخواران تا ۱۰ کیلوگرم با سرعت ۴۰ میلی لیتر/کیلوگرم وزن / ساعت (معادل ۱۰ قطره / کیلوگرم / دقیقه و ۱ سانتیمتر مکعب = ۱۵ قطره) و برای کودکان ۱۰ تا ۲۰ کیلوگرم ۴۰۰ میلی لیتر / ساعت تجویز گردید. اگر بعد از دو ساعت علائم بالینی کم آبی تغییر نکند، درمان خوراکی قطع و درمان تزریقی شروع میشود. اما اگر بعد از دو ساعت از شروع درمان علائم بهبودی پیدا شود، درمان کمبود با همین سرعت ادامه یافته تا کلیه علائم بالینی دزیدراتاسیون برطرف شود (بطور متوسط ۴ تا ۸ ساعت).

ب - درمان نگاهدارنده

(Maintenance Therapy)

برای درمان نگاهدارنده محلول EB بتدریج بمقدار

بیماران و روش

این مطالعه شامل ۱۰۸ بیمار صغرتا ۲۴ ماهه است که بدون توجه به مدت بیماری و وضع تغذیه و درمان‌های قبلی در شهریورالی آبان ۱۳۵۹ در بیمارستان بهرامی بستری شدند. در موقع بستری رضایت کتبی والدین دریافت گردید. ۸ بیمار از ۱۱۶ بیمار بستری شده بعلت احتمال عفونتهای سیستمیک و لزوم تستهای آزمایشگاهی به بخشهای دیگر منتقل و از برنامه حذف شدند. تشخیص بیماران در درمانگاه بوسیله سایر همکاران داده شد.

دزیدراتاسیون بیمار متوسط یا شدید بر مبنای تعاریف سازمان بهداشت جهانی بود (۳). برای پذیرش بیماران مدیر وقت بیمارستان (م-م) ۱۵ تخت از موءسات دیگر دریافت و با تغییراتی در فضای اداری بیمارستان و اطاق کار خود و قسمتی از اطاقهای دفتری را به اینکار اختصاص داد و ضمناً ۲۵ نفر دختران دیپلمه ۱۸ تا ۲۰ ساله امدادگر از حسینیه محلاتیها که کار سه هفته در بیمارستان بدون دریافت وجه را قبول کردند آماده نمود و نتیجتاً بدون بودجه ۱۵ تخت و ۲۵ پرسنل آماده گردید. امدادگران در مدت یک هفته با اصول اولیه بیماری اسهال و استفراغ (از نظر تعریف و علت، خطر دزیدراتاسیون، جایگزینی آب و الکترولیت ها) و همچنین درمان اسهال حاد (مثل ارزیابی بیمار و تشخیص دزیدراتاسیون، آشنائی با محلولها طرز تهیه و سایر داروها و عدم لزوم آنها) و همچنین برنامه های بهداشتی مطابق توصیه های سازمان بهداشت جهانی (۲) آشنا شدند. پس از قبولی در امتحان تمام کارهای بخش اعم از پرستاری تماس با والدین - تهیه شرح حال - تکمیل فرمها - تهیه محلولها - رد کردن لوله گاوژ - تنظیم مایعات ۲۴ ساعته ارزیابی بیماران - توزین روزانه را شخصاً انجام میدادند. هیچیک از پرسنل دیگر بیمارستان در این مورد دخالت نداشتند. مسئولیتهای اخلاقی و اجتماعی گروه بعهدہ

بحث

ما نیز مانند گروه علمی کنترل بیماریهای سازمان بهداشت جهانی (۱) اعتقاد داریم که میتوان از وجود اینگونه افراد برای مایع درمانی خوراکی در نقاط محروم استفاده شود. اگر این گروه تحت شبکه های وزارت بهداشتی زیر پوشش پزشکان قرار گیرند و بیمارانیکه بدرمان جواب ندهند یا احتیاج به معاینات دقیق یا انجام امتحانات پاراکلینیکی برای تشخیص عفونتهای سیستمیک یا پارانتل یا علل اختصاصی دیگر باشند بوسیله پزشکان کنترل شده، احتمال اشتباه کاهش خواهد یافت.

تشکر

از دکتر حسن عارفی وزیر وقت که پشتیبان و مشوق این طرح بوده و از همکاری صمیمانه و شبانه روزی و بسودن توقع ۲۵ نفر گروه امداد گر و سایر همکاران صمیمانه تشکر میشود.

۲۵۰ سانتیمتر مکعب با ۴ هر کیلوگرم وزن در ۲۴ ساعت تجویز گردید. این مقدار را میتوان برحسب احتیاج و شدت اسهال تا $\frac{1}{3}$ کم یا زیاد کرد.

در موارد اسهال شدید که حجم مدفوع بیش از ۱۰ میلی لیتر / کیلوگرم / ساعت است، بجای EB از EA استفاده میشود تا موقعیکه حجم مدفوع به کمتر از ۱۰ میلی لیتر / کیلوگرم / ساعت کاهش یابد.

بطور خلاصه: الف - برای درمان کمبود EA بمقدار یک پاکت / کیلوگرم / در شش ساعت تجویز میگردد.

ب - برای درمان نگاهدارنده EB به مقدار یک پاکت / کیلوگرم / در شبانه روز تجویز می گردد.

تغذیه

۲۴ ساعت پس از بستری یا زودتر بیماران با شیر مادر یا شیر خشک بمقدار ۱۰ تا ۲۰ کیلو کالری در ۲۴ ساعت تغذیه میشدند. این مقدار بتدریج در عرض چند روز به ۱۰۰ کیلو کالری / کیلوگرم / شبانه روز افزایش می یابد، و همزمان مقدار محلول EB بمقدار لازم کاهش می یابد.

برای این بیماران مایعات وریدی و آنتی بیوتیکها و داروهای ضد اسهال و ضد استفراغ تجویز نشد. تمام بیماران در موقع بستری و بعد از ریه در اتاسیون و مرخصی وزن شدند اگر پس از دو ساعت از شروع درمان علائم بالینی دزیدراتاسیون تغییر نکند روش خوراکی را بعنوان ناموفق در آن بیمار بحساب می آوریم.

نتایج (جدول ۲)

صد درصد بیماران بطور کامل در مدت متوسط ۶ ساعت ریه دراته شدند اگرچه ۷۵ درصد بیماران قبل از بستری سابقه استفراغ داشتند فقط ۵ نفر از آنها در طول درمان استفراغ کردند.

۵۷ درصد بیماران زیر ۳ درصد منحنی وزن برای قد مطابق استاندارد (۴) بودند. عدم موفقیت مشاهده نشد. مرگ و میر نداشتیم - دو مورد ورم پشت پلکها مشاهده گردید که با کاهش حجم مایعات برطرف شد. کار این گروه ۱۰۰٪ موفق بود.

جدول ۱ - ترکیب الکترولیتیهای A و B

مواد (میلی مول در لیتر)	EA	EB
سدیم	۸۰	۴۰
پتاسیم	۲۰	۳۰
بیکربنات	۳۵	۲۵
کلر	۶۵	۴۵
دکستروز	۷۰	۱۲۰
اسمولاریتی (میلی اسمول در لیتر)	۲۷۰	۲۷۰

تهیه محلول:

تمام محتوی یک پاکت در ۲۵۰ سانتی متر مکعب (یک لیوان بزرگ یا یک شیشه شیرخوری بزرگ) آب جوشیده سرد شده یا آب لوله کشی با درجه حرارت معمولی حل میشود .

پاکت EA محتوی ۰/۶۵۸ گرم کلرور سدیم ، ۰/۷۳۸ گرم بیکربنات سدیم ، ۰/۳۷۵ گرم کلرور پتاسیم ، ۳/۱۵ گرم دکستروز .

پاکت EB محتوی ۰/۲۲ گرم کلرور سدیم ، ۰/۵۲۵ گرم بیکربنات سدیم ، ۰/۵۶ گرم کلرور پتاسیم ، ۵/۸۵ گرم دکستروز .

" جدول ۲ - مشخصات بالینی بیماران "

متوسط \pm انحراف از میانگین mean \pm S.E	مشخصات
۱۰۸	تعداد بیماران
۸/۱ \pm ۰/۵	سن (ماه)
۵۱ : ۴۹	پسر : دختر (درصد)
۶/۲ \pm ۰/۲	وزن بستری (کیلوگرم)
۷۵	تعداد استفراغ (درصد)
۲/۷ \pm ۰/۲	مدت استفراغ (روز)
۵/۱ \pm ۰/۲	دفعات استفراغ
۳/۹ \pm ۰/۳	مدت اسهال (روز)
۸/۷ \pm ۰/۲	دفعات اسهال
۳۷/۸ \pm ۰/۱	درجه حرارت مقعد موقع بستری (سانتی گراد)
۹۵ : ۵	دزیدراتاسیون شدید : دزیدراتاسیون متوسط (درصد)
۶/۰ \pm ۰/۶	درصد افزایش وزن پس از مرخصی

REFERENCES:

- 1- Clinical Management of Acute Diarrhea. Report of a Scientific Working Comoup. WHO/DDC/1979.3.
- 2- Guidelines for the Trainers of Community Health Workers on the Treatment and Prevention of Acute Diarrhea. WHO/CDD/SER/1980.1.
- 3- WHO-A Manual for the Treatment of Acute Diarrhea. Control of Diarrhea Disease, CDD/SER/1980. 2.
- 4- NCHS Growth Curves for Children Birth-18 years, United States, Hyattsville Md.: National Center for Health Statistics. 1977. (DHEW Publication No(PHS) 78-1650).
- 5- Sharifi, J., Ghavami, F. Oral Rehydration Therapy of Severe Diarrheal Dehydration. Clin.