پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۹، شماره ۴، زمستان ۸۴، صفحات ۲۸۵ تا ۲۸۸

Editorial

نگاهی ویژه به توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی در درمان گاستروآنتریت حاد کودکان

دکتر سروراسدی ×

× گروه بیماریهای عفونی و گرمسیری، بیمارستان شهید دکتر لبافی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

گاستروآنتریت حاد با ۱/۵ بیلیون حمله بیماری یک علت مهم مرگ و میر در جهان بوده و تخمین زده می‌شود سالانه باعث ۱/۵-۲/۵ میلیون مرگ در بچه‌های زیر ۵ سال شود. گرچه میزان کلی مرگ و میر اسهال هنوز خیلی زیاد است ولی از سالهای ۱۹۸۰ و۱۹۹۰ کمتر شده است بعنوان مثال تخمین مرگ و میر سالانه درسال۱۹۸۲، ۵ میلیون و درسال ۱۹۹۲، ۳ میلیون نفر بوده است. مهمترین علت این کاهش مرگ و میر مصرف ORS (oral rehydration solution) می‌باشد (۱،۲).

اثر بخشی ORT (oral rehydration therapy) در درمان گاستروآنتریت حاد در کشورهای توسعه یافته کمتر مشخص شده و یکی از دلایل مهم آن استفاده کمتر از این روش درمانی، تمایل به درمان وریدی و عدم پذیرش مصرف محلولی با تکنولوژی ساده تولید می‌باشد. تقریبا ۳۰٪ پزشکان (حتی متخصصین) در صورت وجود استفراغ و یا دهیدراتاسیون متوسط ORT را قطع می‌کنند و از طرفی اثبات موثر بودن تغذیه خوراکی و عدم قطع آن در زمان اسهال خیلی مشکل می‌باشد. کوششهای اولیه برای درمان دهیدراتاسیون ناشی از اسهال در سال ۱۸۳۰ در اپیدمی‌های ویبریوکلرا شرح داده شد ولی استفاده وسیع از محلولهای وریدی تا بیش از صد سال بعد نیز امکان‌پذیر نشد (۳). در دهه ۱۹۴۰ محلولهای خوراکی تهیه شده و اثر بخشی جایگزینی پتاسیم در کاهش مرگ ومیر تشخیص داده شد و در نهایت در دهه ۱۹۵۰ بیماران وبائی با محلولهای وریدی بطور موفقیت‌آمیزی درمان شدند (۴،۵).

نتایج حاصل از مطالعات انجام شده و شناخت مشکلات درمان با محلولهای وریدی در افرادی که درسطح اجتماعی– اقتصادی پائین بودند، زیر بنای طرح جایگزینی درمان با محلولهای خوراکی ارزان‌تر وعملی‌تر و با تاثیر خوب بوده است. مطالعات سال ۱۹۶۸ بیماران وبائی در داکا، موثر بودن ORS را حتی در بیماران با حجم زیاد مدفوع نشان داد و در سال ۱۹۷۱ از این محلول در اپیدمی وبا در بنگلادش استفاده شد و با استفاده از نتایج این مطالعات اولین پروتکل درمانی WHO برای درمان کم‌آبی خوراکی (ORT) نوشته و ORS به شکل پودر به صورت تجارتی ساخته و در دسترس قرارگرفت(۱،۲).

در حال حاضر ORT به عنوان یک روش درمانی استاندارد و موثر و مقرون به‌صرفه در درمان گاستروآنتریت حاد مورد قبول می‌باشد.

شروع درمان اسهال در منزل بدون درنظر گرفتن علت آن با ORS امکان‌پذیر بوده و باعث کم شدن ویزیت بیماران در درمانگاهها، اورژانس‌ها و مطب‌های خصوصی شده و میزان بستری و مرگ را نیز کاهش می‌دهد.

امکان بروز کم‌آبی در نوزادان در اثر اسهال حاد بیشتر از بچه‌های بزرگتر می‌باشد که این امر ناشی از بالاتر بودن میزان متابولیسم پایه و سطح بدن به حجم وکمتر بودن میزان ذخیره مایعات و وابستگی آنان برای تامین مایعات ضروری به دیگران است. در نتیجه والدین این نوزادان باید سریعا برای ویزیت توسط پزشک اقدام نمایند.

یکی از موارد مهمی که لازم است بچه‌ها درکلینیک ارزیابی گردند همراهی تب با اسهال است چراکه این علامت می‌تواند نشانگر بیماریهای شدیدی مثل سپتی‌سمی، مننژیت، عفونت سیستم ادراری و تنفسی باشد. همچنین درصورت وجود شرایط زمینه‌ای مثل بیماری متابولیک وکلیوی، نقص ایمنی،

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهید دکتر لبافی نژاد، بخش عفونی، دکتر سرور اسدی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٤/۱۰/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۱۱/۹

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

نارس بودن نوزاد، سابقه جراحی اخیر و علاوه برآن وجود خون و موکوس در مدفوع و اسهال طولانی (بیش از ۱۴ روز) باید سریعا بیماران مورد ارزیابی قرار گرفته و پس از انجام کشتهای لازم تحت درمان آنتی‌بیوتیکی قرار گیرند.

در بیماران اسهالی توجه به وجود استفراغ و علل مهم دیگر آن نیز از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد و بعد از گرفتن شرح حال دقیق پزشکی و رد مسائل مهم ذکر شده، بیماران باید از نظر دهیدراتاسیون ارزیابی شده و درمان گاستروآنتریت حاد بر اساس درجه دهیدراتاسیون شروع گردد که این درمان شامل دو مرحله رهیدراتاسیون و درمان نگهدارنده (maintenance) می‌باشد. در فاز رهیدراتاسیون کمبود مایع باید سریعا در عرض ۴-۳ ساعت جایگزین شود و در فاز دوم مایع و کالری نگهدارنده تجویز گردد. هدف اصلی در این خصوص برقراری زودهنگام تغذیه متناسب با سن بیمار می‌باشد. در اسهال، استراحت روده اندیکاسیون ندارد و شیر مادر حتی در فاز اولیه رهیدراتاسین باید ادامه یابد. در سایر بچه‌ها نیز باید تغذیه برای جبران کاهش برداشت کالری در فاز اولیه هر چه سریعتر شروع گردد.

گرچه محدود کردن لاکتوز ممکن است در بیماران اسهالی با سوء تغذیه و یا بچه‌های با انتروپاتی شدید مفید باشد ولی معمولا لزومی نداشته و تغییر فرمول شیر خشک لازم نیست.

تجویز داروهای ضد اسهال برای نوزادان و کودکان اندیکاسیون نداشته و بررسی مطالعات آزمایشگاهی فقط در موارد خاص توصیه می‌گردد.

برای دهیدراتاسیون خفیف تا متوسط ORS بهترین مایع جایگزین بوده و برای جلوگیری از استفراغ و همچنین در مواردی که استفراغ وجود دارد بهتراست ابتدا با حجم کم در فواصل زمانی کوتاه تجویز شده و کم‌کم حجم آن افزایش یابد ولی در بیمارانی که مبتلا به استفراغ مقاوم بوده و یا زخمهای دهانی وجود دارد خوراندن ORS از طریق لوله نازوگاستریک (NGT) مناسب و کمک‌کننده می‌باشد.

در بعضی شرایط دهیدراتاسیون خفیف و یا متوسط به ORT جواب نداده و یا در شرایطی که حجم مدفوع زیاد باشد، حتی در صورت فقدان دهیدراتاسیون، بیمار باید تا بهبود شرایط تحت نظر باقی بماند. باید به والدین و افرادی که وظیفه نگهداری بچه‌ها را به عهده دارند آموزش کافی برای ادامه درمان و تغذیه در منزل داده شده و شرایطی که نیاز به ویزیت مجدد وجود دارد، گوشزد شود.

موارد دهیدراتاسیون شدید نیاز به اقدامات پزشکی اورژانس و تجویز سریع محلول وریدی ترجیحا با محلول رینگر لاکتات یا نرمال سالین داشته و بهتر است بررسی الکترولیت‌ها، بیکربنات، BUN وکراتینین و قند نیز انجام شود. بهتر است در این موارد از محلولهای هیپوتونیک استفاده نشود. در تمام این مدت بیمار نیاز به مراقبت دقیق داشته و در اولین فرصت که علائم حیاتی بیمار ثابت شد باید درمان وریدی قطع و ORS شروع گردد که این جایگزینی ORS باعث تسریع در پذیرش و تحمل تغذیه خوراکی و بهبود اسیدوز می‌گردد.

علیرغم تمامی توصیه‌هایی که برای ORT صورت می‌گیرد مواردی نیز وجود دارد که باید بیماران حتما در بیمارستان بستری گردند بعنوان مثل عدم امکان مراقبت کافی در منزل، عدم امکان ORT در منزل (بعلت استفراغ شدید و .....)، وجود بیماریهای زمینه‌ای، شدید شدن دهیدراتاسیون و اسهال علیرغم مصرف ORS، دهیدراتاسیون شدید، فقدان امکان ارزیابی بیمار یا پیشرفت علائم و تحریک‌پذیری و خواب‌آلودگی غیر قابل توجیه. لازم بذکر است در مواردی مثل شوک، ایلئوس و یا احتمال انسداد روده، تجویزORS کنتراندیکه می‌باشد.

در مورد ادامه شیر مادر و عدم لزوم به تغییر فرمول شیر خشک اشاره شد، در کل بر ادامه رژیم غذائی کودکان در حین اسهال تاکید شده است، ولی غذاهائی که حاوی قندهای ساده هستند باعث تشدید اسهال شده و نباید مصرف شوند.

بعضی از دستورالعملها مصرف چربی را نیز منع می‌کنند ولی برقراری کالری لازم بدون چربی در رژیم غذائی مشکل می‌باشد. از طرف دیگر، احتمال دارد چربی اثرات مفیدی بر کاهش حرکات روده داشته باشد. این باور که مصرف غذا برای ۲۴ ساعت یا بیشتر متوقف شود، چندان مورد حمایت نمی‌باشد.

بطور معمول رژیم‌های اختصاصی مثل BRAT (toast، applesauce، rice، banana) پیشنهاد می‌شود که ضروری نبوده و باعث محدودیت تغذیه می‌شود. با توجه به اینکه شایعترین علت اسهال در کشورهای توسعه‌یافته ویروس بوده و حتی وقتی که علل میکروبی مطرح باشد در خیلی از موارد خودبخود محدودشونده می‌باشند، مصرف آنتی‌بیوتیک در موارد محدودی اندیکاسیون خواهد داشت. همچنین اثربخشی استفاده از عوامل غیراختصاصی ضداسهال و ضداستفراغ مشخص نبوده و از طرفی باعث افزایش عوارض جانبی و هزینه درمانی می‌شود لذا در درمان گاستروآنتریت حاد توصیه نمی‌گردد.

بررسی‌های فراوان در کشورهای در حال توسعه در مورد تاثیر روی در درمان و پیشگیری از اسهال انجام شده است که

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

اثربخشی آن ثابت شده گرچه مکانیسم آن بطور کامل مشخص نیست (۱۰-۷). یکی دیگر از مسائلی که اهمیت آن در درمان اسهال مشخص شده مصرف پروبیوتیک‌ها (میکروارگانیسم‌های زنده در غذاهای تخمیری که باعث تعادل در میکروفلور روده می‌شود) و پره‌بیوتیکها (کربوهیدرات‌های پیچیده که باعث رشد فلور میکروبی می‌شوند)، می‌باشد (۱۲،۱۱).

پس از گذشت ۲۵ سال مشخص شده است که مصرف WHO-ORS موثر و بی‌خطر بوده و از موفق‌ترین برنامه‌های WHO در جهان بخصوص در کشورهای در حال رشد می‌باشد. با تحقیقات گسترده بالینی در فرمول اولیه تغییراتی داده شده و محلول‌های با غلظت کمتر تحت عنوان new-ORS (کاهش میزان سدیم وگلوکز) و محلولهای جدید مثل short-chain fatty acid–based ORS، aminoacid–based ORS، rice-based ORS نیز ساخته شده است ولی هنوز اولین انتخاب برای اکثریت پزشکان همان WHO-ORSو new ORS می‌باشد.

علیرغم اینکه این پروتکل درمانی WHO در اختیار تمام کسانی که با سلامت کودکان سروکاردارند موجود است ولی هنوز بعلت درمانهای نادرست و غیرمنطقی بسیاری ازکودکان جان خود را از دست می‌دهند. مصرف داروهای غیرضروری علاوه بر ایجاد عوارض داروئی باعث از بین رفتن امکانات شده و زیانهای اقتصادی فراوانی بهمراه خواهد داشت.

درمطالعه‌ای که درایران انجام شده و در این شماره به چاپ رسیده است علیرغم اینکه اکثر پزشکان دانش کافی در مورد ORS داشته‌اند ولی فقط در۴۰٪ موارد گاستروآنتریت حاد ORS تجویز شده است و تعداد داروهای تجویز شده در یک نسخه فاصله زیادی از میانگین بین‌المللی داشته است (۱۳).

آنتی‌بیوتیک (۷۶٪)، متوکلوپرومایید (۳۰٪) و ویتامین B_6 (۲۰٪) بیشترین داروهای تجویزی در نسخ بودند. بطور کلی در بیش از ۷۰٪ نسخ نحوه درمان گاستروآنتریت حاد کودکان اصولی نبوده و برخلاف توصیه‌های WHO بوده است و وضعیت موجود برای درمان اسهال حاد کودکان بهیچ وجه مطلوب نبوده و بنابر این نیاز به مداخله برای تغییر رفتار در نسخه‌نویسی ضروری می‌باشد.

REFERENCES

1. World Heath Organization. Managing acute gastroenteritis among children. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003;52:1-16.
2. World Health Organization. Oral rehydration salts (ORS); a new reduced osmolarity formulation. Geneva، Switzerland: World Health Organization، 2002.
3. Hahn S، Kim Y، Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhea in children: systematic review. BMJ 2001;323:81-5.
4. WHO. Progress report to donors and partners: Progress report towards the safe and appropriate use of injections. WHO/BC/02.05 English. July 2002. Available at: www.injection-safety.org
5. Dzeikan G، Chisholm D، John B، Rouira J، Hutin YJF. The cost–effectiveness of policies for the safe and appropriate use of injections in health care settings. Bull World Health Organ 2003;81(4):277-85.
6. Nager AL، Wang VJ. Comparison of nasogastric and intravenous methods of rehydration in pediatric patients with acute dehydration. Pediatrics 2002;109:566-72.
7. Strand TA, Chandyo RK, Bahl R, et al. Effectiveness and efficacy of zinc for the treatment of acute diarrhea in young children. Pediatrics 2002;109:898–903.
8. Bhutta ZA, Black RE, Brown KH, et al. Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. Zinc investigators' Collaborative Group. J Pediatr 1999;135:689–97.
9. Bhutta ZA, Bird SM, Black RE, et al. Therapeutic effects of oral zinc in acute and persistent diarrhea in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. Am J Clin Nutr 2000;72:1516-22.
10. Bahl R, Bhandari N, Saksena M, et al. Efficacy of zinc–fortified oral rehydration solution in 6– to 35-month– old children with acute diarrhea. J Pediatr 2002;141:677- 82.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]

11. Gibson GR, Roberfroid MB. Dietary modulation of the human colonic microbiota: introducing the concept of prebiotics. J Nutr 1995;125:1401-12.

12. Vanderhoof JA, Young RJ. Use of probiotics in childhood gastrointestinal disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1998;27:323 -32.

۱۳. شیوا فریده، حیدری محمد، عیدی‌خانی عبداللطیف، پادیاب مژگان. شناسائی الگوی درمان سرپائی گاستروآنتریت حاد در کودکان و مقایسه آن با توصیه های سازمان بهداشت جهانی. مجله پژوهش در پزشکی ۱۳۸۴؛ سال ۲۹، شماره ۴: صفحات ۲۸۹ تا ۲۹۳.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-14]