



تب در کودکان: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین

شواهد (۲۰۲۵-۲۰۲۶)

مقدمه

تب یکی از شایع‌ترین علل مراجعه کودکان به بخش‌های اورژانس و درمانگاه‌های سرپایی است و به عنوان یک علامت بالینی مهم، نه یک بیماری مجزا، در نظر گرفته می‌شود. اگرچه تب یک پاسخ فیزیولوژیک مفید برای مبارزه با عفونت‌هاست، اما به دلیل ترس و نگرانی قابل توجه والدین (که به عنوان "فوبیای تب" شناخته می‌شود)، می‌تواند منجر به مراجعات غیرضروری و مصرف بی‌رویه داروها شود. پرستاران به عنوان عضو کلیدی تیم درمان، نقش محوری در ارزیابی دقیق، تشخیص و افتراق موارد خطرناک از عفونت‌های خفیف و خودمحدودشونده، مدیریت علائم و آموزش به خانواده‌ها ایفا می‌کنند. این مقاله بر اساس آخرین شواهد علمی از جمله راهنمای بیمارستان پرث (۲۰۲۳)، دستورالعمل بالینی AAP (۲۰۲۱) و مقایسه راهنماهای قدیم و جدید (۲۰۲۵) تدوین شده است.

تعریف تب و اندازه‌گیری دقیق دمای بدن

تب چیست؟

تب به افزایش موقت دمای بدن در پاسخ به یک بیماری یا التهاب گفته می‌شود و به عنوان دمای ≥ 38 درجه سانتی‌گراد (100.4 درجه فارنهایت) در شیرخواران زیر ۲ ماه و ≥ 38.3 درجه سانتی‌گراد (101 درجه فارنهایت) در کودکان بالای ۲ ماه تعریف می‌شود. این افزایش دما نتیجه فعالیت سیستم ایمنی و ترشح مواد تب‌زای درون‌زا (مانند اینترلوکین‌ها و TNF) بر روی هیپوتالاموس است که با افزایش تولید و کاهش دفع گرما، دمای بدن را بالا می‌برد.

روش‌های دقیق اندازه‌گیری (نقش کلیدی پرستار)

روش اندازه‌گیری	گروه سنی مناسب	نکات کلیدی
رکتال	نوزادان و شیرخواران تا ۳ سال	استاندارد طلایی و دقیق‌ترین روش. با احتیاط کامل و استفاده از روان‌کننده انجام شود.
دهانی	کودکان بالای ۴ سال	قابل قبول است، اما تنفس سریع (ناک‌پنه) می‌تواند دقت آن را کاهش دهد.
شریان گیجگاهی	شیرخواران بالای ۳ ماه	دقت قابل قبول برای غربالگری.
گوشی (تمپانیک)	کودکان بالای ۶ ماه	نیاز به قرارگیری صحیح دارد و جرم گوش می‌تواند دقت را کاهش دهد.
زیربغلی (اکسیلاری)	هر سنی	کم‌دقت‌ترین روش و صرفاً برای غربالگری اولیه کاربرد دارد.

نکته مهم: دمای رکتال و تمپانیک معمولاً ۰.۶ درجه سانتی‌گراد بیشتر از دمای دهانی است و لازم نیست قرائت‌ها بر اساس محل اندازه‌گیری تنظیم شوند. در نوزادان زیر ۳ ماه، هرگونه تب ≤ 38 درجه سانتی‌گراد (رکتال) نیاز به ارزیابی فوری دارد.

ارزیابی و طبقه‌بندی خطر (نقش کلیدی پرستار)

سیستم "چراغ راهنما" برای شناسایی خطر بیماری جدی

ارزیابی دقیق و سیستماتیک کودک مبتلا به تب، سنگ‌بنای تصمیم‌گیری بالینی صحیح است. سیستم سه‌رنگی (Traffic Light System) که در بسیاری از راهنماهای معتبر استفاده می‌شود، به پرستاران کمک می‌کند تا خطر بیماری جدی را به سرعت ارزیابی کنند.

گرددش خون و هیدراتاسیون	تنفس	رنگ (ظاهر)	درجه خطر (رنگ)
پوست و چشم‌ها طبیعی، مخاط مرطوب	طبیعی، بدون دیسترس تنفسی	رنگ طبیعی، پاسخ مناسب به محیط، لب‌خند می‌زند، بیدار می‌ماند	کم (سبز)
تاکی‌کاردی، $CRT \geq 3$ ، خشکی مخاط، تغذیه ضعیف	پرزدن بینی، $SpO_2 \geq 95\%$ ، کراکل، تاکی‌پنه	رنگ‌پریدگی گزارش‌شده، پاسخ نامناسب، بیدار شدن با تحریک طولانی، بی‌حالی	متوسط (زرد)
کاهش تورگور پوست	ناله (گرائتینگ)، رترواکسیون شدید قفسه سینه، تاکی‌پنه شدید	رنگ پریده، سنگ‌مانند، آبی یا خاکستری، عدم پاسخ به محرک‌ها، بی‌حال	خطر بالا (قرمز)

نکته مهم: شدت تب به تنهایی پیش‌بینی‌کننده خوبی برای بیماری جدی نیست و به ویژه در کودکان بالای ۳ ماه، باید بر اساس ظاهر و رفتار کلی کودک قضاوت کرد، نه عدد دماسنج. یک کودک با تب ۴۰ درجه که شاداب و فعال است، معمولاً خطر کم‌تری نسبت به کودکی با تب ۳۸.۵ درجه و بی‌حالی شدید دارد.

عوامل خطر ویژه (پرچم‌های قرمز)

بر اساس جدیدترین راهنماها، گروه‌های زیر نیاز به ارزیابی فوری و جدی‌تری دارند:

سن: شیرخواران زیر ۳ ماه با هرگونه تب ≤ 38 درجه سانتی‌گراد (حتی با ظاهر خوب)

نقص ایمنی: کودکان با بیماری‌های نقص ایمنی یا تحت درمان سرکوب‌کننده ایمنی

سابقه بیماری: سابقه سپسیس، نارس بودن، یا بیماری مزمن زمینه‌ای

وضعیت واکسیناسیون: واکسیناسیون ناقص یا عدم انجام واکسیناسیون

مدت تب: تب بیش از ۵ روز یا تب با منشأ ناشناخته (FUO) که بیش از ۷ روز طول کشیده باشد

مراقبت‌های پرستاری بر اساس شدت و سطح خطر

الف) مدیریت در منزل و کلینیک (خطر پایین تا متوسط)

۱. مدیریت تب و ناراحتی (مبتنی بر شواهد ۲۰۲۵)

توصیه‌های جدید بر مدیریت علامتی و کاهش ناراحتی (distress) کودک، به جای پایین آوردن عدد تب، تأکید دارند.

شرح و نکات	اقدام
فقط در صورت وجود ناراحتی یا درد (و نه صرفاً برای پایین آوردن عدد تب) تجویز شود. تجویز ضدتب برای پیشگیری از تشنج ناشی از تب مؤثر نیست.	زمان تجویز داروی ضدتب
استامینوفن (۱۵ میلی‌گرم/کیلوگرم هر ۶-۴ ساعت) یا ایبوپروفن (۱۰ میلی‌گرم/کیلوگرم هر ۸-۶ ساعت) در کودکان بالای ۳ ماه. آسپرین در کودکان ممنوع است.	داروهای خط اول
تجویز همزمان استامینوفن و ایبوپروفن توصیه نمی‌شود. در صورت تداوم ناراحتی، می‌توان ۲-۳ ساعت پس از یک دارو، داروی دیگر را شروع کرد.	تجویز همزمان یا متناوب
توصیه نمی‌شود و می‌تواند باعث لرز، افزایش متابولیسم و ناراحتی بیشتر کودک شود.	اسفنج‌گذاری با آب خنک (Tepid Sponging)

لباس و پوشش	کودک نباید بیش از حد پوشانده شود یا برهنه شود. لباس مناسب و سبک (یک لایه بیشتر از لباس بزرگسال) کافی است.
هیدراتاسیون	تشویق به مصرف مایعات کافی (در شیرخواران، شیر مادر بهترین گزینه است). علائم دهیدراتاسیون (فونتانل فرورفته، خشکی دهان، چشم‌های گودرفته، کاهش اشک و ادرار) پایش شود.

۲. آموزش به والدین (نقش کلیدی پرستار)

یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده (۲۰۲۵) نشان داد که استفاده از آموزش ویدئویی و بروشور در بخش اورژانس، آگاهی والدین را در مورد تب به طور قابل توجهی افزایش داده و باورهای غلط را کاهش می‌دهد. پرستاران باید به والدین آموزش دهند که:

تب یک واکنش طبیعی بدن برای مبارزه با عفونت است و معمولاً خودبه‌خود بهبود می‌یابد.
داروهای ضدتب صرفاً برای کاهش ناراحتی تجویز می‌شوند و جایگزین درمان علت اصلی نیستند.
در صورت بروز علائم زیر، فوراً به پزشک مراجعه کنند: تشنج، راش غیرقابل برطرف شدن، بی‌حالی شدید، تب بیش از ۵ روز، یا اگر کودک از وضعیت قبلی بدتر شده باشد .
کودک را در طول شب چک کنند و در صورت ادامه تب و ناراحتی، برای مراقبت بیشتر اقدام کنند .

ب) مدیریت در اورژانس و بستری (خطر بالا)

بر اساس دستورالعمل AAP (۲۰۲۱) و راهنمای بیمارستان پرث، رویکرد به شیرخواران تب‌دار بر اساس سن به شرح زیر است :

۱. نوزادان زیر ۱ ماه (نئونات)

شروع فوری: تمام نوزادان با تب ≤ 38 درجه سانتی گراد (رکتال) نیاز به ارزیابی کامل سپتیک و بستری فوری دارند.

اقدامات: انجام CBC ، CRP ، کشت خون، آنالیز ادرار (با نمونه SPA یا کاتتر) کشت ادرار، مایع مغزی-نخاعی (LP) و شروع آنتی بیوتیک وریدی تجربی .

۲. شیرخواران ۱ تا ۳ ماه

ارزیابی: این گروه نیز خطر بالایی دارند و نیاز به ارزیابی دقیق دارند.

اقدامات: CBC ، CRP ، کشت خون، آنالیز و کشت ادرار (با کاتتر یا SPA) LP بر اساس وضعیت بالینی و درخواست پزشک انجام می شود. در صورت بدحالی، بستری و شروع آنتی بیوتیک وریدی .

۳. کودکان ۳ ماه تا ۳ سال

کودک بدحال: انجام CBC ، CRP ، کشت خون، آنالیز و کشت ادرار LP. در صورت شک به مننژیت. بستری و شروع آنتی بیوتیک وریدی .

کودک با ظاهر خوب: بررسی علت تب با معاینه دقیق و در صورت نیاز، انجام آنالیز ادرار (بر اساس راهنمای عفونت ادراری). در صورت عدم وجود منبع مشخص، از سیستم چراغ راهنما برای تصمیم گیری استفاده شود .

تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
هیپرترمی	پایش دقیق درجه حرارت و علائم ناراحتی. -تجویز استامینوفن یا ایبوپروفن بر اساس نیاز و در صورت وجود ناراحتی. -کاهش پوشش اضافی و تهویه مناسب محیط. -استفاده از کمپرس خنک (نه سرد) در صورت تجویز پزشک (در موارد خاص و با احتیاط)
خطر کاهش حجم مایعات (کم آبی)	پایش دقیق ورودی و خروجی مایعات. -تشویق به مصرف مایعات کافی (مایعات شفاف، شیر مادر). -شناسایی و گزارش علائم دهیدراتاسیون (خشکی دهان، کاهش ادرار، فونتanel فرورفته)
خطر تشنج ناشی از تب	-اگرچه درمان ضدتب از تشنج پیشگیری نمی‌کند، پایش دقیق کودک و آموزش والدین در مورد رفتار در هنگام تشنج ضروری است. -در صورت بروز تشنج، حفظ راه هوایی، قرار دادن کودک به پهلو و محافظت از آسیب
اضطراب والدین (فوبیای تب)	کاهش اضطراب با ارائه اطلاعات دقیق و مبتنی بر شواهد. -استفاده از مواد آموزشی (بروشور یا ویدئو) برای افزایش آگاهی و کاهش باورهای غلط. -پاسخ به سوالات و نگرانی‌های والدین با صبر و حوصله.
کمبود دانش والدین	آموزش در مورد تعریف تب، سیر طبیعی آن، مدیریت صحیح در منزل و علائم هشداردهنده. -تأکید بر اینکه تب به خودی خود باعث آسیب مغزی

	نمی‌شود و داروهای ضدتب از تشنج پیشگیری نمی‌کنند. -آموزش زمان مراجعه مجدد (تب < ۵ روز، بدتر شدن علائم، راش غیرقابل برطرف شدن)
--	---

جمع‌بندی

تب در کودکان یک علامت شایع است که با رویکرد ارزیابی دقیق با سیستم چراغ راهنما، مدیریت مبتنی بر کاهش ناراحتی (نه عدد تب) و آموزش مؤثر به والدین قابل مدیریت است. تغییرات مهم در راهنماهای جدید (۲۰۲۵) بر عدم توصیه اسفنج‌گذاری با آب خنک، عدم تجویز همزمان دو ضدتب، و اهمیت ارزیابی ظاهر کلی کودک به جای شدت تب تأکید دارند. پرستاران با ایفای نقش‌های خود به عنوان ارزیاب، مربی و حمایت‌کننده، نقشی حیاتی در کاهش مراجعات غیرضروری، کاهش مصرف بی‌رویه داروها و کاهش اضطراب والدین ایفا می‌کنند.

منابع

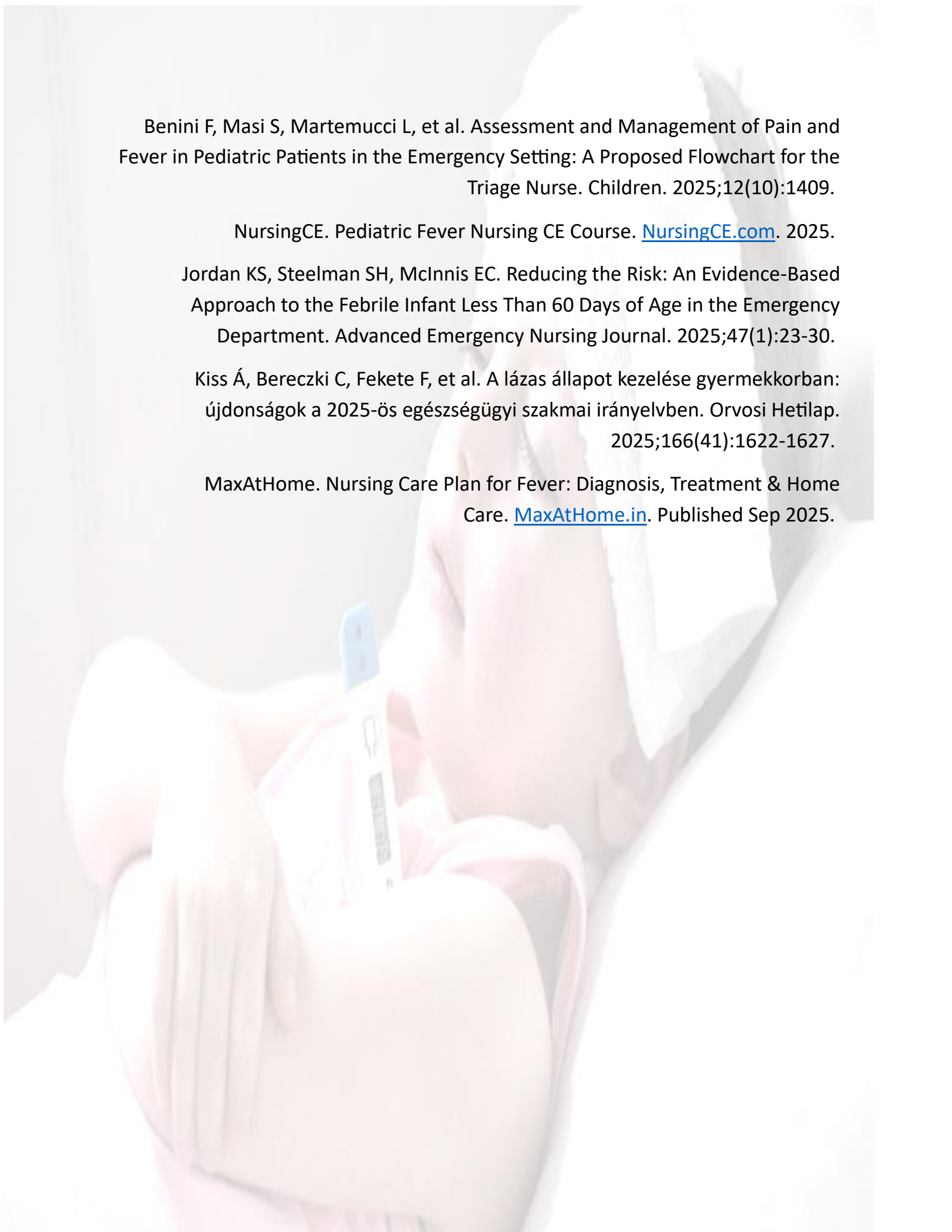
Iowa Department of Education. Fever (accompanied by not feeling well). [iowa.gov](https://www.iowa.gov). Published Sep 2025.

Agency for Clinical Innovation (ACI). Fever (Paediatric ECAT Protocol). [ACI.health.nsw.gov.au](https://www.aci.health.nsw.gov.au). Published Jun 2024.

Kurt A, Dinç F, Güneş Şan E. Video and booklet discharge instructions for mothers for childhood fever in pediatric emergency department: A randomized controlled trial. International Emergency Nursing. 2025;101546.

Ashford and St Peter's Hospitals NHS Trust. Fever in Under 5 Guideline. Published Mar 2022.

Perth Children's Hospital. Fever - Without Source. PCH Emergency Department Guidelines. 2023.



Benini F, Masi S, Martemucci L, et al. Assessment and Management of Pain and Fever in Pediatric Patients in the Emergency Setting: A Proposed Flowchart for the Triage Nurse. *Children*. 2025;12(10):1409.

NursingCE. Pediatric Fever Nursing CE Course. [NursingCE.com](https://www.nursingce.com). 2025.

Jordan KS, Steelman SH, McInnis EC. Reducing the Risk: An Evidence-Based Approach to the Febrile Infant Less Than 60 Days of Age in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2025;47(1):23-30.

Kiss Á, Bereczki C, Fekete F, et al. A lázas állapot kezelése gyermekkorban: újdonságok a 2025-ös egészségügyi szakmai irányelvben. *Orvosi Hetilap*. 2025;166(41):1622-1627.

MaxAtHome. Nursing Care Plan for Fever: Diagnosis, Treatment & Home Care. [MaxAtHome.in](https://www.maxathome.in). Published Sep 2025.