

گاستروآنتریت در کودکان: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری بر اساس آخرین شواهد (۲۰۲۵-۲۰۲۶)

مقدمه

گاستروآنتریت حاد یکی از شایع‌ترین بیماری‌های دوران کودکی است که با شروع ناگهانی اسهال (دفع سه بار یا بیشتر مدفوع شل یا آبکی در روز) و/یا استفراغ مشخص می‌شود و اغلب با تب و دل‌پیچه همراه است. این بیماری یکی از علل اصلی مراجعه کودکان به اورژانس و بستری در بیمارستان‌ها محسوب می‌شود و در کشورهای در حال توسعه، سالانه صدها هزار کودک زیر ۵ سال را به کام مرگ می‌کشد. شایع‌ترین علت آن در کشورهای توسعه‌یافته، ویروس‌ها هستند و حدود ۸۰ درصد موارد را شامل می‌شوند.

پرستاران به عنوان عضو کلیدی تیم درمان، نقش محوری در ارزیابی دقیق کم‌آبی، اجرای پروتکل‌های آبرسانی خوراکی و وریدی، مدیریت علائم، آموزش به خانواده و پیشگیری از انتقال ایفا می‌کنند. این مقاله بر اساس آخرین دستورالعمل‌های بالینی از جمله راهنمای بیمارستان دانشگاه لستر (NHS) و منابع معتبر بین‌المللی تدوین شده است.

اتیولوژی و همه‌گیرشناسی

علل شایع

گاستروآنتریت در کودکان عمدتاً توسط ویروس‌ها ایجاد می‌شود و عوامل باکتریایی و انگلی در موارد کمتری نقش دارند.

علل ویروسی (شایع‌ترین):

روتاویروس: پیش از واکسیناسیون گسترده، شایع‌ترین علت گاستروآنتریت شدید در شیرخواران بود. امروزه با وجود واکسن، بروز آن کاهش یافته اما همچنان در کشورهای در حال توسعه یک تهدید جدی محسوب می‌شود.

نوروویروس: پس از روتاویروس، شایع‌ترین علت گاستروآنتریت ویروسی در کودکان است و شیوع آن در محیط‌های شلوغ مانند مهدکودک‌ها و مدارس شایع‌تر است.

علل باکتریایی (کم‌تر شایع اما جدی‌تر):

شامل گونه‌های سالمونلا، شیگلا، کمپیلوباکتر و اشریشیا کلی (به ویژه سویه‌های تولیدکننده سم مانند O157) می‌شود. عفونت باکتریایی اغلب با تب بالا، اسهال خونی و دل‌پیچه شدید همراه است و می‌تواند به عوارضی مانند سندرم اورمیک همولیتیک (HUS) منجر شود.

تظاهرات بالینی و ارزیابی پرستاری

علائم و نشانه‌های کلیدی

علائم معمولاً در طی ۱ تا ۲ ساعت شروع می‌شوند و سیر بیماری معمولاً خودمحدودشونده است. اسهال معمولاً ۵ تا ۷ روز (و تا ۲ هفته) و استفراغ معمولاً ۱ تا ۲ روز (و تا ۳ روز) طول می‌کشد.

شرح	علامت
دفع مدفوع شل یا آبکی، ≤ 3 بار در روز	اسهال
معمولاً قبل از اسهال شروع می‌شود؛ در نوروویروس، استفراغ علامت غالب است	استفراغ
درد خفیف تا متوسط شکمی	دل‌پیچه
تب خفیف شایع است؛ تب بالا (>39 درجه) یا تب در شیرخواران زیر ۳ ماه (>38 درجه) نیاز به بررسی بیشتر دارد	تب

ارزیابی کم‌آبی (نقش کلیدی پرستار)

تشخیص و تعیین درجه کم‌آبی، اولین و حیاتی‌ترین گام در مراقبت از کودک مبتلا به گاستروآنتریت است. بر اساس پروتکل WHO و راهنماهای بالینی، کم‌آبی به سه دسته اصلی تقسیم می‌شود:

درصد کاهش وزن	علائم (وجود دو یا چند علامت)	سطح کم‌آبی
<۳٪	هوشیار، چشم‌ها طبیعی، مخاط مرطوب، ادرار کافی، تشنگی طبیعی	بدون کم‌آبی
۵-۹٪	بی‌قراری یا تحریک‌پذیری، چشم‌های گودرفته، خشکی مخاط، کاهش ادرار، تشنگی شدید، بازگشت نسبتاً آهسته چین پوست (۱-۲ ثانیه)	کم‌آبی بالینی (متوسط)
≥۱۰٪	خواب‌آلودگی یا بی‌هوشی، چشم‌های بسیار گودرفته، کاهش شدید ادرار (آنوری)، پتک و سردی انتها، بازگشت بسیار آهسته چین پوست (>۲ ثانیه)	کم‌آبی شدید / شوک

عوامل خطر افزایش کم‌آبی:

شیرخواران زیر ۶ ماه (به ویژه با وزن کم هنگام تولد)

قطع شیردهی در طول بیماری

تعداد دفعات زیاد اسهال (≤۶ بار در ۲۴ ساعت) یا استفراغ (≤۳ بار در ۲۴ ساعت)

دریافت ناکافی مایعات قبل از مراجعه

سوء تغذیه

"پرچم‌های قرمز" (علائم هشداردهنده)

پرستاران باید در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً به پزشک گزارش دهند و کودک را برای بررسی بیشتر آماده کنند. این علائم ممکن است نشان‌دهنده تشخیص‌های دیگری غیر از گاستروآنتریت ساده باشد:

تب بالا: $>39^{\circ}\text{C}$ (یا $<38^{\circ}\text{C}$ در شیرخواران زیر ۳ ماه)

استفراغ صغراوی (سبز رنگ)

درد شدید یا موضعی شکم، دفاع عضلانی (گاردینگ) یا ریباند

مدفوع خونی یا همراه با مخاط

بی‌حالی شدید یا کاهش سطح هوشیاری

سفتی گردن یا بثورات پوستی (نقطه‌ای یا غیرقابل برطرف شدن با فشار)

دیسترس تنفسی

اسهال بیش از ۱۰ روز

مراقبت‌های پرستاری: رویکرد گام‌به‌گام مبتنی بر شواهد

۱. مدیریت آبرسانی (هسته اصلی درمان)

آبرسانی موفق، سنگ‌بنای درمان گاستروآنتریت در کودکان است. انتخاب روش آبرسانی بر اساس درجه کم‌آبی و تحمل بیمار تعیین می‌شود.

برنامه A: بدون کم‌آبی (درمان در منزل)

ادامه تغذیه معمول: شیر مادر یا شیرخشک باید در طول بیماری ادامه یابد. در شیرخواران شیرده، دفعات شیردهی افزایش یابد.

مایعات اضافی: پس از هر بار اسهال، مایعات اضافی (ترجیحاً ORS) طبق جدول زیر تجویز شود:

وزن کودک	مقدار ORS پس از هر اسهال
>5 کیلوگرم	۵۰ میلی‌لیتر
۵ تا ۱۰ کیلوگرم	۱۰۰ میلی‌لیتر

۲۰۰ میلی لیتر	۱۰ تا ۲۰ کیلوگرم
۳۰۰ میلی لیتر	۲۰ < کیلوگرم

پرهیز از نوشیدنی‌های مضر: از آبمیوه‌های صنعتی، نوشابه‌های گازدار و نوشیدنی‌های ورزشی خودداری کنید، زیرا قند بالا و الکترولیت کم دارند و می‌توانند اسهال را تشدید کنند.

برنامه B: کم‌آبی متوسط (درمان در منزل یا بخش اورژانس)

تجویز: ORS: مقدار ۷۵ میلی لیتر/کیلوگرم ORS طی ۴ ساعت تجویز شود (مثلاً برای کودک ۱۰ کیلوگرمی، ۷۵۰ میلی لیتر در ۴ ساعت).

روش مصرف: در شیرخواران، ۵ میلی لیتر هر ۵ دقیقه با سرنگ یا قاشق چای‌خوری داده شود. در کودکان بزرگتر، جرعه‌های مکرر با فنجان.

مدیریت استفراغ: اگر کودک ORS را استفراغ کرد، ۱۰-۵ دقیقه صبر کرده و سپس با حجم کمتر (مثلاً ۲.۵ میلی لیتر هر ۵ دقیقه) دوباره شروع کنید.

ارزیابی مجدد: پس از ۴ ساعت، کودک مجدداً ارزیابی شده و برنامه درمانی بر اساس وضعیت جدید تنظیم می‌شود.

برنامه C: کم‌آبی شدید یا شوک (نیاز به بستری و مایعات وریدی)

دسترسی وریدی: تعبیه کانول وریدی یا داخل استخوانی (IO)

احیای مایع: بولوس ۲۰ میلی لیتر/کیلوگرم نرمال سالین ۰.۹٪ یا رینگر لاکتات در ۶۰-۳۰ دقیقه اول (تکرار در صورت نیاز تا بهبود علائم شوک).

ادامه آبرسانی: برنامه WHO برای کم‌آبی شدید:

۳۰ میلی لیتر/کیلوگرم در ۱ ساعت اول (شیرخواران) یا ۳۰ دقیقه (کودکان بزرگتر)

سپس ۷۰ میلی لیتر/کیلوگرم در ۵ ساعت (شیرخواران) یا ۲.۵ ساعت (کودکان بزرگتر).

۲. مدیریت دارویی (نقش کلیدی پرستار)

دسته دارویی	موارد مصرف و نکات
اندانسترون	می‌تواند قبل از شروع آبرسانی خوراکی یا در صورت استفراغ مداوم، برای تسهیل پذیرش مایعات تجویز شود. مصرف آن به عنوان داروی ترخیص توصیه نمی‌شود زیرا ممکن است طول مدت اسهال را افزایش دهد
داروهای ضداسهال	در کودکان توصیه نمی‌شود و ممنوع است، زیرا می‌توانند عوارض جدی ایجاد کنند
آنتی‌بیوتیک‌ها	فقط در موارد عفونت باکتریایی تأییدشده با کشت یا در گروه‌های خاص (مانند بیماران با نقص ایمنی) و با نظر متخصص تجویز می‌شوند
پروبیوتیک‌ها	در محیط مراقبت اولیه به طور روتین توصیه نمی‌شوند

۳. تشخیص‌های پرستاری و مداخلات کلیدی

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
خطر کاهش حجم مایعات (کم‌آبی)	ارزیابی دقیق درجه کم‌آبی؛ اجرای برنامه‌های A ، B یا C؛ پایش ورودی و خروجی و علائم حیاتی؛ پایش علائم بهبودی (افزایش ادرار، کاهش تشنگی، بهبود هوشیاری)
خطر عدم تعادل الکترولیت و اسیدوز	پایش سطح هوشیاری، تنفس (تنفس اسیدوزی)، و در موارد شدید، بررسی گازهای خون و الکترولیت‌ها

اسهال	پایش تعداد و قوام مدفوع؛ مراقبت از پوست اطراف مقعد (پس از هر بار دفع، با آب ولرم شسته و خشک شود) برای جلوگیری از سوزش و عفونت
کمبود دانش والدین	آموزش طرز تهیه و مصرف ORS؛ آموزش علائم هشداردهنده و زمان مراجعه مجدد؛ آموزش ادامه تغذیه (شیردهی) در طول بیماری؛ آموزش پیشگیری از انتقال (بهداشت دست‌ها)

۴. مراقبت‌های تغذیه‌ای

ادامه تغذیه: در طول بیماری، تغذیه نباید قطع شود. در شیرخواران، شیردهی یا شیرخشک باید ادامه یابد. پس از آبرسانی: به محض تثبیت وضعیت (کم‌آبی متوسط)، رژیم غذایی معمول کودک باید هرچه سریع‌تر شروع شود. این امر به ویژه در کودکان شیرده اهمیت دارد.

معیارهای بستری و ترخیص

نیاز به بستری

کودکان با شرایط زیر باید بستری شوند:

کم‌آبی شدید (شوک) یا ناتوانی در دریافت مایعات خوراکی

استفراغ صفراوی (سبز رنگ)

اسهال خونی حاد و دردناک

کودک بسیار بدحال یا بی‌حال

شک به تشخیص دیگر (مانند آپاندیسیت، انواژیناسیون، مننژیت، سپسیس)

شیرخواران زیر ۳ ماه با هرگونه علائم

عدم پاسخ به آبرسانی خوراکی یا NGT طی ۴-۶ ساعت

معیارهای ترخیص

کودک حتی در صورت ادامه استفراغ، در صورتی که کم‌آبی نداشته باشد و توانایی نوشیدن جرعه‌های کوچک مایعات را داشته باشد، می‌تواند ترخیص شود.

آموزش‌های ضروری ترخیص:

مدیریت در منزل: ادامه شیردهی، تغذیه معمول، مصرف ORS پس از هر اسهال

علائم هشداردهنده: بی‌حالی، کاهش ادرار، تب جدید، خون در مدفوع، استفراغ مداوم

پیشگیری از انتقال: شستن مکرر دست‌ها با آب و صابون، ضدعفونی سطوح آلوده، عدم رفتن به استخرهای عمومی تا ۲ هفته پس از قطع اسهال

نقش کلیدی پرستار

پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی زیر، نقشی حیاتی در موفقیت درمان گاستروآنتریت کودکان ایفا می‌کنند:

ارزیاب بالینی: تشخیص سریع و دقیق کم‌آبی و شناسایی علائم "پرچم قرمز".

مدیر آبرسانی: اجرای دقیق برنامه‌های WHO (A, B, C) و پایش پاسخ به درمان.

آموزنده: توانمندسازی والدین با آموزش‌های دقیق در مورد آبرسانی، تغذیه و علائم هشداردهنده.

پیشگیری‌کننده: ترویج واکسیناسیون روتاویروس، بهداشت دست‌ها و پیشگیری از انتقال عفونت.

جمع‌بندی

گاستروآنتریت در کودکان یک بیماری شایع اما بالقوه جدی است که با رویکرد ارزیابی دقیق کم‌آبی، آبرسانی هفتمند (ORS) در موارد خفیف تا متوسط و مایعات وریدی در موارد شدید)، مدیریت علائم و آموزش به خانواده قابل مدیریت است. پرستاران با ایفای نقش‌های خود به عنوان ارزیاب، مربی و حمایت‌کننده، تضمین‌کننده اصلی موفقیت درمان و کاهش عوارض در کودکان مبتلا هستند. شناسایی به‌هنگام علائم هشداردهنده و ارجاع سریع، سنگ‌بنای پیشگیری از عوارض جدی و مرگ در این بیماری محسوب می‌شود.

منابع

- NIH. Viral Gastroenteritis (Nursing). StatPearls. 2025.
- SciELO México. Intravenous fluids in dehydrated children with acute gastroenteritis: evidence is needed. Bol Med Hosp Infant Mex. 2024.
- UHL NHS Trust. Acute Gastroenteritis in Children Clinical Guideline. Version 5. 2022 (review 2025).
- MSD Manuals Professional Edition. Oral Rehydration Therapy in Children. 2025.
- HNY Policy Repository. Gastroenteritis in children (0-5 years old) Pathway. 2025.
- MSF Medical Guidelines. Appendix 14. WHO rehydration plan in patients with diarrhoea.
- Perth Children's Hospital. Gastroenteritis ED Guidelines. 2026.
- MSD Manuals Consumer Version. Gastroenteritis in Children. 2025.