

Feeding

مراحل العلاج

الحادة

قمه

سوء حالة عامة
اضطرابات فيزيولوجية

F75= 75KCal /100 ml

بداية بطاقة محددة

بدون زيادة

وجبات متكررة

أنبوب أنفي معدي ممكن

الاستقرار

شهية جيدة

حالة عامة جيدة

استقرار فيزيولوجي

F100=100 Kcal/100 ml

زيادة الكمية بالتدرج

تباعد الوجبات

تغذية فموية

طريقة التحضير

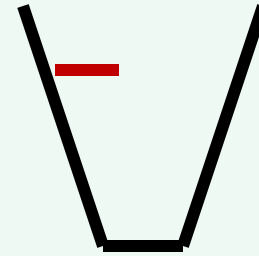
	F75	F100
حليب مجفف/غ	35	110
سكر /غ	100	50
زيت /غ	20	30
ماء/ مل	1000	1000

- المطلوب إيصال المقدار الكلي لـ 1000 مل
- يمكن تحضير كؤوس مؤشر عليها مسبقاً
- توجد أشكال عديدة للوصفات

تحضير الحليب



تحضير F 75 أو F 100



غسل الأيدي
استخدم خلاط أو ملعقة طويلة الساعد
ماء مغلي
اخلط الزيت جيداً بحيث لا ينفصل عن السائل

الطفل و. ل. ، العمر ستة أشهر ، الوزن 3 كغ ، الطول 65 ، لا توجد
وذمات ،

ما هي الحالة ؟ سوء تغذية شديد غير موزن

ما ذا ستطلب من الأهل لتحضير سائل التغذية ؟

حليب مسحوق ، زيت زيتون ، سكر

من سيقوم بتحضير السائل عندك في القسم ؟

المرضة : على مدار 24 ساعة

ما هو المقدار الأولي الذي سيلزم في 24 ساعة بتقديرك ؟

$$390 \text{ مل} = 3 \times 130$$

تمرين

- كيف يمكن لي أن أتأكد أن الوصفات قد حضرت بصورة صحيحة؟
- هل المكونات المطلوبة متوفرة ؟
- هل تحتاج أية إضافات غير متوفرة يجب توفيرها، مثل أوعية قياس بدقة؟

يقوم فريق العمل بتحضير F100 كما يلي :

حليب مجفف 85 غ + سكر قصب 50 غ + زيت 30 غ + و يضيف 1000 مل من الماء . هل يوجد خطأ في التركيب ؟

	F75	F100
حليب مجفف/غ	35	110
سكر /غ	100	50
زيت /غ	20	30
ماء/ مل	1000	1000

• الحليب المجفف 85 غ ، بينما المطلوب 110 غ .
• تمت إضافة 1000 مل من الماء ، بينما المطلوب إيصال المقدار الكلي لـ 1000 مل



وقت تحضير السوائل

حسب الاحتياج

حسب نظام القسم

كل 12-24 ساعة

أو أقل إذا كان ضرورياً

إذا الأهل اشترى المواد :

تحضير السوائل كل 24 ساعة

المرحلة الأولى من العلاج

قمة
سوء حالة عامة
اضطرابات فيزيولوجية

المرحلة الأولى F75

القواعد

F75

بداية بطاقة محددة = 100 كك / كغ / اليوم = 130 مل / كغ / اليوم

بدون زيادة

وجبات متكررة / ساعتين

أنبوب أنفي معدي ممكن

إذا كان الطفل مصاباً بوذمات شديدة (+++) فإن وزنه لن يكون حقيقياً،
حيث أن وزنه قد يكون أكثر بنسبة 30% من وزنه الحقيقي بسبب فرط
السوائل ،

لمعاوضة ذلك، يجب إعطاء الطفل في هذه الحالة 100مل/كغ/اليوم .

في سائل F75 ومقادير السائل في كل وجبة لطفل الوذمات الشديدة
موجودة في القسم الخاص من لوحة F75

فإذا كان وزن الطفل بين هذه الأوزان فاستخدم كمية F75 المقابلة
للوزن الأعلى.

سعيد ، عمره 8 أشهر مصاب بقمه ، سوء حالة عامة،
بدون وذمات . الوزن 4.25 كغ . الطول 68 .

بأي سائل تبدأ ؟ F75

ما هو المقدار ؟ $552=130\times 4.25$ مل

ما هو عدد الوجبات ؟ 12 وجبة

ما هو مقدار الوجبة الواحدة ؟ 46 مل

الطفل يكمل 160 مل فموياً ، هل هو بحاجة لأنبوب أنفي معدي ؟ ولماذا ؟

إذا كان الطفل مصاباً بوذمات بسيطة (+) ، ما هو المقدار اليومي ؟

$552=130\times 4.25$ مل

إذا كان الطفل مصاباً بوذمات شديدة (+++) ، ما هو المقدار اليومي ؟

$425=100\times 4.25$ مل

تمرين

الطفل 1: 6.8 كغ، لاوذمات، وجبة كل 2 ساعات.

أعط مل F75 في الوجبة

الطفل 2: 5.2 كغ، وذمات شديدة (+++) وجبة كل ساعتين

أعط مل F75 في الوجبة.

الطفل 3: 7 كغ، وذمات شديدة (+++) نقص سكر الدم، وجبة كل نصف ساعة

أعط مل F75 في الوجبة

(المرحلة الأولى) F75 تواتر وجبات

وجبة / ساعتين (نقص سكر)

وجبات الليل هامة جداً

المقدار الناقص	المقدار بالأنبوب	المقدار فموي	الساعة
0	10	15	8
0	17	8	10
0	20	5	12
5	10	10	14
5	15	5	16
0	10	15	18
5	0	20	20
0	5	20	22
25	0	0	24
0	0	25	2
25	0	0	4
10	0	15	6
75	87	138	300 الكلي

المطلوب = 12 X 25 = 300 مل

الطريق

فنجان أو سيرنغ أو زجاجات الرضاعة
لا تترك الطفل يتغذى وحيداً
الأم مسؤولة عن التغذية

إذا كان الطفل مصاباً بإسهال مائي مستمر بعد إعادة إماهته، فأعط سائل
Resomal بين الوجبات لمعاوضة خسارة السوائل في البراز ،

الأطفال تحت عمر سنتين يجب أن يعطوا 50-100مل بعد كل تبرز،

أما بعد هذا العمر فيجب أني يُعطوا 100-200مل،

ما يتحكم بالمقادير التي يأخذها في هذا الهامش الواسع هو رغبة الطفل في
الشرب وحسب مقدار الخسارة المستمرة في البراز.

الإقياء

إذا أصيب الطفل بالإقياء أثناء أو بعد الوجبة، فاحسب المقدار الذي تقيأه
و أضف ما يعادله إلى التغذية مجدداً ،

إذا استمر الطفل بالإقياء فأعطه نصف مقدار الوجبة في نصف الوقت، أي
تعطيه وجبة كل ساعة عوضاً عن وجبة كل ساعتين حتى تتوقف الإقياءات.

الطريق – الأنبوب الأنفي المعدي

إذا لم يتم الكمية ($> 80\%$)

اختلاطات

تطبل بطن :

2ml of 50% magnesium sulphate IM

فايزة ، 6 أشهر ، مصابة بسوء تغذية بدون وذمات ، مصابة بالإسهال ،

Resomal

ماذا تعطيها ؟

100-50 مل

ما هي المقادير ؟

متى تعرض عليها السائل ؟ بعد كل تبرز

إذا حدث تطبل بطن : ما ذا تعطيها ؟

2ml of 50% magnesium sulphate IM

إيقاف الأنبوب الأنفي المعدي

تناول الطفل 80% من مقداره اليومي
إتمام وجبتين كاملتين

لا يوقف أثناء الليل

متى تنزع الأنبوب الأنفي المعدي ؟

المقدار الناقص	المقدار بالأنبوب	المقدار فموي	المساحة
	17	8	8
	10	15	10
	5	20	12
	5	20	14
	5	20	16
	0	25	18
	0	25	20
	0	25	22
	0	25	24
	0	25	2
	0	25	4
	0	25	6
	42مل = 14%	258	300مل الكلي

الطفل جاهز للمرور إلى نزع الأنبوب مع نظام وجبة كل ساعتين

تغيير نظام F75

تباعد تدريجي

إتمام كامل الكمية

غياب الإقياء

تناقص الإسهال

مرور من نظام 2 إلى 3 ساعات إلى أربع ساعات

(لا يمكن مباحة الرضعات عند طفل أقل من ستة اشهر لأكثر من ثلاثة ساعات)

قد يتطلب استقرار الطفل وبقاؤه تحت سائل F75 مدة قد تصل إلى خمسة أيام

نهاية المرحلة الأولى = وجبة / 4 ساعات بدون أنبوب أنفي معدي

الطفلة فاطمة ، العمر 9 أشهر ، سغل ، قبلت في المشفى من أجل العلاج ، وزنها الحالي = 5 كغ ، تشرب F75 بدون أنبوب مقدار 480 مل / 24 ساعة مقسمة على وجبة كل ساعتين ، بينما تكمل الباقي بالأنبوب .

ما هو المقدار الذي تتوقع أنها تكمله بالأنبوب ؟

170 مل

هل هي جاهزة للمرور إلى وجبة كل 3 ساعات و لماذا ؟

لا ، لأنها تشرب 74 % من الكمية بدون أنبوب

تغيير نظام F75

نهاية المرحلة 1

وجبة كل ساعتين

تباعد تدريجي

وجبة
/
4 ساعات

غياب الإقياء
تناقص الإسهال
إتمام الوجبة

مراقبة

9	8	7	6	5	4	3	2	1	أيام الاستشفاء
								12/4	تاريخ
								3.8	وزن يومي
								نحسب بعد الوصول في F100	زيادة وزن (غ/كغ)
								0	وذمات 0 ++ +
								في	إسهال/قيء 0 في في
								F75	مخطط التغذية: نوع غذاء
								10	عدد الوجبات اليومية
								400	مقدار المتناول (مل)

ملاحظة 1 : الكمية في المرحلة الأولى

لا تتجاوز 100 كك / الكغ / اليوم

= 130 مل / كغ / اليوم

ملاحظة 2

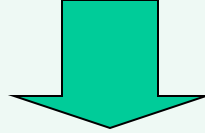
لا تستخدم F100 في المرحلة الأولى

ملاحظة 3 : الإقياء

إنقاص المدة بين الوجبات
تقسيم الكمية على 2 (وجبة كل ساعة)

إتمام كمية الإقياء بعد كل إقياء

ملاحظة 4 : الإسهال



تجفف

ResoMal

طفل > سنتين : 50 – 100 مل بعد كل تبرز

طفل < سنتين : 100 مل بعد كل تبرز

الطفل فاضل ، العمر 11 شهراً ، سغل بدون وزمات ، وزن حالي=6 كغ قيد
العلاج بـ F75 مقدار 780 مل مقسمة على 12 وجبة كل منها 65 مل ، لا يشرب
منها شيئاً و يعطى كامل الكمية بالأنبوب الأنفي المعدي ، يحدث لديه إقياء شديد بعد
كل وجبة . ماذا نفعل ؟

نعطي Resomal
نعطي مضاد إقياء
نجزء الوجبات

كيف نجزء الوجبات ؟

وجبة كل ساعة

ما هو مقدار الوجبة

32.5 مل

Second Phase of treatment

معيار الوصول إلى F100

عودة الشهية وجبة / 4 ساعات

بدون أنبوب أنفي معدي

تناقص الوذمات

حالة عامة حسنة : ابتسام - تفاعل

الطفل أمد ، العمر 7 أشهر ، الطول 61 سم ، الوزن 4.6 سم ، وذمات شديدة
عند القبول مستمرة حتى الآن ، تعالج بـ F 75 مقدار 460 مل / 24 ساعة
مقسمة على 12 وجبة ، تتناول كل السائل بدون أنبوب ، أكثر تفاعلاً
وابتساماً ،

هل هي جاهزة للمرور إلى F100 و لماذا ؟

لا لأنها تعاني من وذمات شديدة لم تتحسن على العلاج

F100

**Second stade : increasing
7 days
200 Kcal /kg/d**

طفل عمره 18 شهراً وزنه في نهاية المرحلة الأولى 7300 ،
انتقل إلى المرحلة الثانية و يتجاوب جيداً مع التغذية بدون مشاكل

ما هو المقدار اللازم للطفل في اليوم الأول و الثاني علماً أن وزنه أصبح 7500 ؟

$975=7.5 \times 130$ مقسمة على 6 وجبات كل وجبة ... مل .

ما هو المقدار اللازم للطفل في اليوم الثالث علماً أن وزنه أصبح 7600 ؟

$988=7.6 \times 145$ مقسمة على 6 وجبات كل وجبة ... مل .

ما هو المقدار اللازم للطفل في اليوم الرابع علماً أن وزنه أصبح 7750 ؟

$1240=7.75 \times 160$ مقسمة على 6 وجبات كل وجبة ... مل .

ما هو المقدار اللازم للطفل في اليوم الخامس علماً أن وزنه أصبح 7850 ؟

$1373=7.85 \times 175$ مقسمة على 6 وجبات كل وجبة ... مل .

ما هو المقدار اللازم للطفل في اليوم السادس علماً أن وزنه أصبح 8050 ؟

$1530=8.05 \times 190$ مقسمة على 6 وجبات كل وجبة ... مل .

ما هو المقدار اللازم للطفل في اليوم السابع علماً أن وزنه أصبح 8200 ؟

$1680=8.2 \times 205$ مقسمة على 6 وجبات كل وجبة ... مل .

مراقبة

تحاشي قصور القلب

مراقبة التنفس و النبض / 4 ساعات

2-12 m : pulse 80-160 resp 20-60

> 12 m : 80-140 20-40

في الطفل السابق 18 شهراً ، في اليوم الرابع من F100 حدث لدى الطفل زلة تنفسية 45 د ، عدد مرات القلب 120 ، هل هناك قصور قلب ؟

2-12 m :	pulse 80-160	resp 20-60
> 12 m :	80-140	20-40

لا ، لأنّ عدد مرات القلب طبيعي ، قد يكون السبب صدرياً .

في الطفل السابق 18 شهراً ، في اليوم السادس من F100 حدث لدى الطفل عدد مرات التنفس 25/ د ، عدد مرات القلب 160 ، هل هناك قصور قلب ؟

لا ، لأنّ عدد مرات التنفس طبيعي ، قد يكون السبب ترفع حروري أو بكاء .

1 st phase

Increase

200 K.Kal/kg/day



	7	6	5	4	3	2		الاستشفاء
		12/9	12/8	12/7	12/6	12/5	12/4	التاريخ
		4	3.9	3.85	3.8	3.8	3.8	الوزن اليومي
		♦25	♦13	نحسب بعد الوصول إلى F100				زيادة الوزن (غ/كغ)
			0	0	0	0	0	وذمات 0 +++ ++ +
			0	0	0	إس	إس	إسهال/إقياء 0 إس إق
		F100	F100	F100	F75	F75	F75	مخطط التغذية: نوع الغذاء
		6	6	6	6	8	10	عدد الوجبات اليومية
			510	510	510	460	400	المقدار الكلي المتناول (مل)

♦ هذا يعني زيادة الوزن بالغ / كغ / اليوم ، ستتعلم كيفية حساب ذلك لاحقاً ، في دليل المراقبة و حل المشاكل .

•لتخطيط وجبات اليوم التالي :

- استخدم وزن الطفل الحالي لتحديد حدود حاجته من F100 كل يوم.
- إذا لم يتم الطفل أغلب وجباته، فأعطه نفس مقدار اليوم السابق.
- لا تتجاوز الحد الأعلى المحدد للوزن الطفل الحالي .



		8	7	6	5	4	3	2		رقم الاستفتاء	
	12/14	12/13	12/12	12/11	12/10	12/9	12/8	12/7	12/6	12/5	التاريخ
	5.15	5.05	5	4.9	4.85	4.8	4.8	4.75	4.75	4.8	الوزن اليومي
	9.9	10	20.4	10.3	10.4	0	نحسب بعد الوصول إلى F100			زيادة الوزن (غ/كغ) (
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	وذمات 0 ++ + +++
	0	0	0	0	0	0	0	0	إس-إي	إسهال/إقياء 0 إس إي	
	F100	F100	F100	F100	F100	F100	F75	F75	F75	F75	مخطط التغذية: نوع التغذية
	6	6	6	6	6	6	6	8	8	12	عدد الوجبات اليومية
		900	850	740	660	660	660	640	570	600	المقدار التالي المتناول (مل)

المرحلة النهائية F100

المرحلة النهائية F100

تغذية حسب الطلب

المرحلة النهائية F100

متى؟

عندما يتم الطفل 35 مل / كغ / الوجبة = 200 مل / الكغ / اليوم

إتمام وجبة كل 4 ساعات

كيف

يتترك الطفل ليتناول 150-220 مل / كغ / اليوم و يراقب الوزن

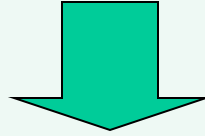
طفل معالج لسوء تغذية شديد ، وزنه الحالي 9.300 غ ، أمضى 7 أيام
على F100 ،

يتناول 6 وحببات ، كل وجبة 250 مل ، هل هو جاهز للانتقال إلى التغذية
الحررة ؟

لا ، لأنه يجب أن يتناول $200 \times 9.3 = 1860$ مل / اليوم
مقسمة على 6 وحببات أي 310 مل / الوجبة

المرحلة النهائية F100

إذا تناول > 150 مل / كغ / اليوم



مشكلة

إنتان

بحاجة للتشجيع

طفل وزنه 7.8 كغ ، يتناول F100 بشكل حر أربع وجبات ،
بمقدار 130 مل في الوجبة .
هل يتناول ما يكفي ؟

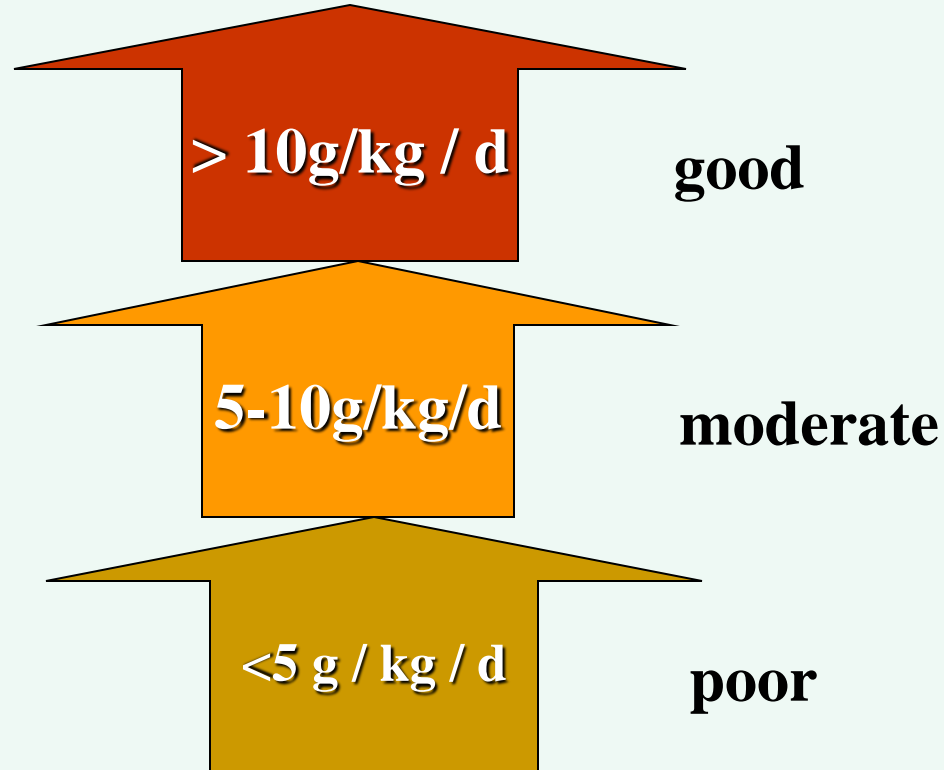
لا ، لأنه يجب أن يتناول كحد أدنى $7.8 \times 150 = 1170$ مل/24 ساعة
أي 192 مل في الوجبة

المرحلة النهائية F100

الوزن هو أهم معيار لحسن العلاج و جودة التغذية
حتى لو بقي الإسهال موجوداً

Rehabilitation

Limits of gain weight



ملاحظات عملية

F100 تحت عمر ستة اشهر

يمدد السائل بمقدار 30 % إضافية .
مثال : 1000 مل + 300 مل ماء إضافي

=====
ي حسب الوارد حسب اللازم من الحريرات :
مثال :

إذا كان يتطلب الطفل 145 حريرة على الكيلو غرام ،
يعطى عندئذ :
193 مل / الكغ

لا يعطى اذا كان سوء التغذيةه موزما تحت عمر ستة اشهر

توقيت التغذية

كتابة مخطط وقت الوجبات كل 2/3/4 ساعات

كل صباح

لا تغير نظام الوجبات في أوقات تغيير فريق التمريض

الوزن اليومي

يوميًا

في نفس الساعة

في نفس الشروط

قبل الوجبة

بدون ثياب

نفس الميزان

محاوَر العمل

تحضير F100 و F75 و ReSoMal

تحضير جداول التغذية

تغذية الطفل و مراقبة الأم

ملاحظات هامة

- لا تؤخر التغذية بعد القبول
- أعلم الأهل أن مدة الاستشفاء طويلة
- السل؟
- تابع الأم
- نظف أدوات التغذية
- أغلب الحالات غذائية المنشأ
- يمكن لزيادة الوزن أن تتأخر
- سيزول الإسهال مع مرور الوقت
- لا تنس الوزن

أوقات التغذية

وقت محدد يبدأ فيه يوم التغذية (يوم التغذية يستمر 24 ساعة) ، عادة هذا الوقت في الصباح.

ينبغي اختيار هذا الوقت بعد أن يكون الفريق قد وصل إلى الشعبة وأمضى وقتاً كافياً لتحضير الغذاء .

يجب تخطيط التغذية حسب نظام وجبة كل ساعتين أو ثلاث ساعات أو أربع ساعات، وهكذا،

يجب التأكد بأنه لن يكون هناك وجبات أثناء لحظات تغيير الفريق المناوب.



F100			F75			اسم الطفل
الكتلي	مقدار الوجبة	عدد الوجبات	الكتلي	مقدار الوجبة	عدد الوجبات	
			660	55	12	سيد
1500	250	6				رامز
1800	300	6				بهية
1080	180	6				نور
			920	115	8	خالدة
1200	200	6				رقية
			800	100	8	سهير
			1200	200	6	ريف
1680	280	6				سنان
			1080	90	12	فاطمة
960	160	6				أحمد
1200	200	6				فندي
900	150	6				عبد السلام
10230	كمية F100 اللازمة لـ 24 ساعة		4660	كمية F75 اللازمة لـ 24 ساعة		
5160	الكمية اللازمة لـ 12 ساعة		2330	الكمية اللازمة لـ 12 ساعة		
6 لتر	الكمية اللازمة للتحضير مقربة بالليترات		3 لتر	الكمية اللازمة للتحضير مقربة بالليترات		

إن أهم ما يواجه الفريق من مهام التغذية هي:

- تحضير سائل F75 و F100 وسائل Resomal
- قياس المقادير الموصوفة لكل واحد من الأطفال.
- تغذية الأطفال .
- تدوين الوجبات (مع الإقياء والإسهال) على مخطط الوارد الغذائي.
- تخطيط برنامج التغذية لكل طفل اليوم التالي.
- تحضير مخطط تغذية الشعبة .

التثقيف: يجب إعلام الفريق (والأفضل بطريقة مكتوبة) عن المهام المناطة به و المتوقعة في التغذية في الشعبة

يشمل التعليم بعض الوسائل المساعدة : مثل بعض الملصقات واللوحات الجدارية ،

جزء من التعليم قد يتم شفهيًا .

الأمثلة: يجب تدريب الفريق على كيفية فعل هذه المهام ، فمثلاً يمكنهم مشاهدة عرض عن طريقة تحضير الوجبات أو طريقة تغذية الطفل المدنف بشدة ، كما يمكن للمتدربين النظر إلى مخطط تغذية 24 ساعة كامل .

التطبيق: يجب على أعضاء الفريق المتدرب أن يقوم بهذه المهمة بنفسه ، مع مراعاة ضرورة مراقبة التطبيق وتقييمه لإثبات القدرة على العمل .



خطّة التخرّيج
للطفل المعالج من سوء التغذية لشديد
(مسدة الأبهات)

اسم الطفل : _____
اسم الطاق : _____
الجنس : _____
رقم الطوق : _____
تاريخ الولادة (بالسن) : _____

Z-SCORE	الطول (سم)	الوزن (كغ)	التليخ	الطوق
			
			

الحالة العامة عند التبرون :

الإرتقاصات :

العلاج :

توصيات النظام الغذائي
(الطرية - التمدية - الفطرية) :

.....
.....

التصريف :

..... يومياً لمدة	فيتامينات معدنية
..... مرة في اليوم لمدة أسبوعين	حمض الفوليك
..... مرة في اليوم لمدة شهر	حديد (3 ملغ في اليوم)
	ادوية أخرى

التوصيات والمتابعة :

سنة	6 شهور	3 شهور	اسبوعين	بدا اسبوع	المراجعة التاريخ
.....	الوزن
					الطول
					Z-score
					التوصيات

الخلاصة

التغذية مركز العلاج

سوائل خاصة

تدرج خاص

دور الأم أساسي في التغذية



جديد المرحلة الإنتقالية في عمر أكبر من ستة أشهر

- من F75 إلى الأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام :
- أ - إبدأ بالأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام (100-135 كيلوكالوري/كغ/يوم. (ظرف لكل 5 كغ))
- تتم زيادة الكمية المستخدمة خلال 2-3 أيام حتى يأخذ الطفل كامل احتياجه (ظرف لكل 2.5 كغ) .
- ويسمح للطفل بشرب الماء بحرية
- ب -إذا لم يأخذ الطفل على الأقل نصف الكمية المحددة في الـ 12 ساعة الأولى عندها أوقف إعطائه وقم بإعطاء F75 مرة أخرى، أعد المحاولة بنفس الطريقة بعد 2-1 يوم حتى يأخذ الطفل الكمية المناسبة من الغذاء العلاجي الجاهز للاستخدام لتلبية احتياجاته من الطاقة.



المرحلة الإنتقالية

- لوحظ أنه خلال هذه الفترة من المهم رصد التغيرات الهامة في النبض والتنفس والتي قد تشير إلى تغيرات فيزيولوجية سلبية.
- ينبغي عدم إجبار أطفال سوء التغذية الحاد الشديد على تناول الطعام من قبل الطاقم الطبي والأمهات ومقدمي الرعاية. وإذا لم يتناول الطفل الأغذية العلاجية عندها يجب تقييمه لوجود إنتان أو اختلاطات سريرية أخرى.

مراحل التغذية

مرحلة إعادة التأهيل
خارج المشفى
1-4 شهور

المرحلة الإنتقالية
مشفى
2-3 أيام

المرحلة الحادة
مشفى
2-7 أيام

الأغذية العلاجية
الجاهزة للإستخدام
أو حليب الأم أو الصناعي إذا عمر تحت
ستة أشهر

فشل

F100
ممدد إذا عمر تحت ستة اشهر
لا يعطى و لو ممددا تحت عمر سنة اشهر اذا كان
سوء التغذية مؤزما

F75

الأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام

- يجب متابعة الإرضاع الوالدي حسب الطلب.
- يراقب الأطفال المدبرين خارجياً استجابتهم للعلاج وتزويدهم بالكميات اللازمة بشكل أسبوعي

الأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام

• الإسهال :

- يمكن إعطاء أطفال سوء التغذية الحاد الشديد الذين يعانون من إسهال حاد أو مستمر الأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام بنفس طريقة إعطائها للأطفال بدون إسهال وبدون تعديل سواء يتم تدبير المريض داخل المشفى أو خارجه.
- فهي لا تزيد انتشار الإسهال أو تسيء للإسهال إن كان موجودا بالأصل، بالمقارنة مع F100

الأغذية العلاجية الجاهزة للاستخدام

- الزنك :إن كميات الزنك الموجودة في هذه الأغذية العلاجية 10-20ملغ تتجاوز الموصى بها يومياً للأطفال المصابين بإسهال (لكن دون سوء تغذية حاد).
- الحديد : تحوي حديد 10-14 ملغ/ 100 غ ، وبالتالي فإن الأطفال لا يحتاجون لإضافة الحديد في مرحلة إعادة التأهيل.

لماذا F75 ثم F100 ؟

- إن الخطورة الأساسية في تقديم غذاء عالي البروتين وعالي الطاقة بسرعة، مثل F100 ، تتجلى بمتلازمة عودة التغذية

متلازمة عودة التغذية

- يكون الاستقلاب التقويضي سائداً لدى مرضى سوء التغذية الشديد والذين يستهلكون كميات قليلة من الكربوهيدرات، و إن كلا من الحموض الأمينية وبشكل أساسي الألانين والجليسرول، وهو جزء من الغليسريدات الثلاثية، سيتم تحويلهم لتزويد السكر لكل من الدماغ والكليتين، ويستطيع الدماغ أيضاً استخدام الأجسام الكيتونية المشتقة من استقلاب الحموض الدسمة كمصدر للطاقة.
- عندما تتم التغذية بشكل مفاجئ بكميات كبيرة من الكربوهيدرات كما ستكون الحالة في إعادة التأهيل التغذوي سيفرز الأنسولين وذلك لتحريك السكر لداخل الخلايا وهذا الأنسولين المفرز سيساهم بحركة الفوسفات والبوتاسيوم والمغنيزيوم لداخل الخلايا وبالتالي حدوث نقص انعكاسي لهم في الدم.
- وقد يحدث اسهال تناضحي واضطراب نظم وقصور قلب وشدة تنفسية وقصور كلوي حاد وكننتيجة لذلك الوفاة،
- وفي ضوء خطورة وشيوع متلازمة عودة التغذية فإنه من الحكمة زيادة الطاقة المقدمة تدريجياً، والانتقال من F75 إلى F100 أو إلى الأغذية العلاجية الجاهزة للإستخدام، عند التحول من مرحلة الإستقرار لمرحلة إعادة التأهيل.
- ليس هناك قاعدة فيزيولوجية للإعتقاد بأن متلازمة عودة التغذية تحدث بشكل أكبر أو أقل مع الأغذية العلاجية الجاهزة للإستخدام مقارنة مع F100 .
- وقد يفسر الممارسون الصحيون هذه التأثيرات كإنتان دم ويغيرون الصادات الحيوية المعطاة
- إن الأساس الفيزيولوجي لمتلازمة عودة التغذية غير واضح لكن يعتقد بأنه نتيجة إفراز الأنسولين كرد على الكميات الكبيرة من الكربوهيدرات في الغذاء.

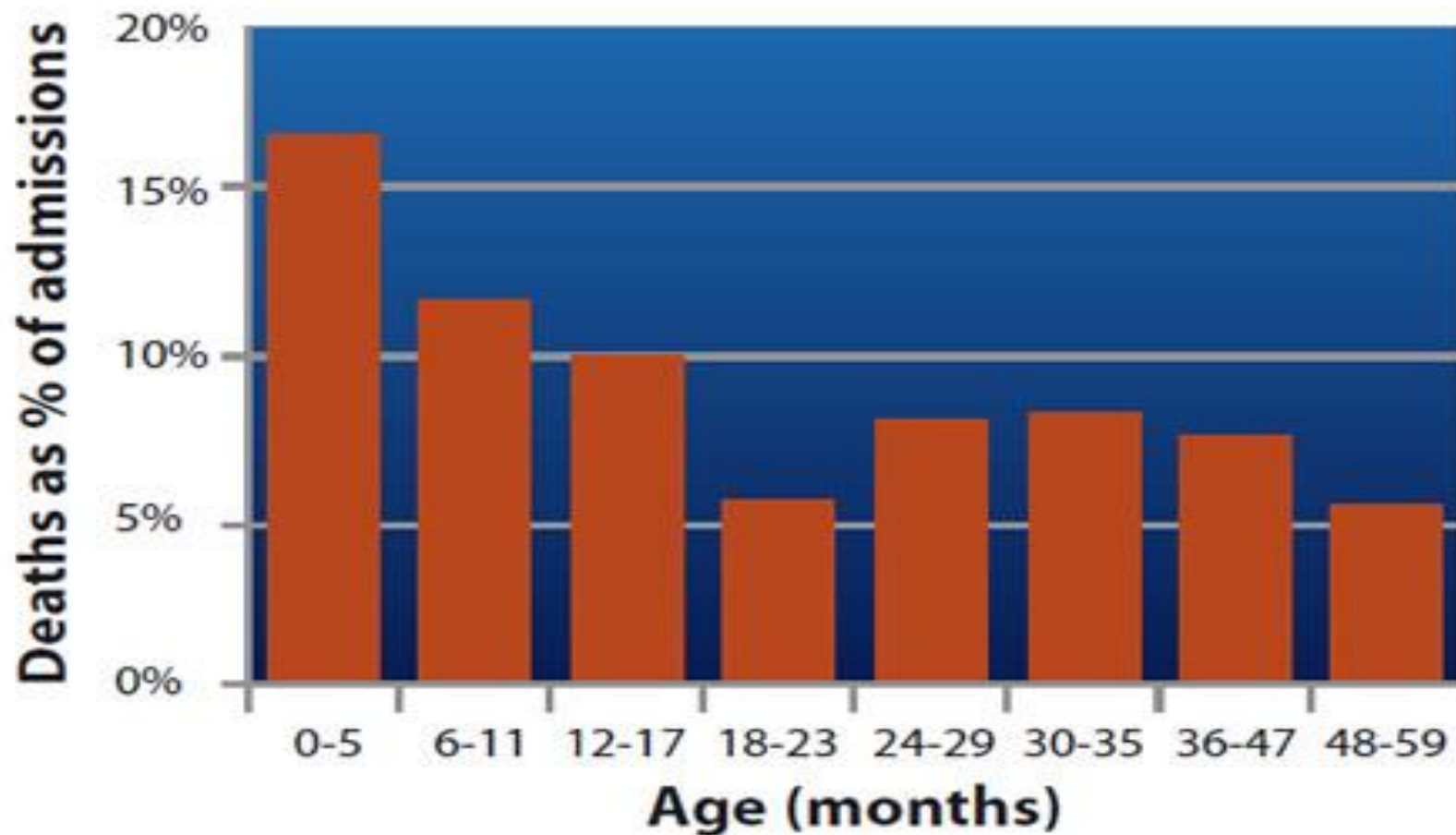
الزنك

- أوصت منظمة الصحة العالمية بأن كل الأطفال الذين يراجعون بإسهال ينبغي أن يتلقوا الزنك بأسرع وقت ممكن وذلك لإنقاص فترة وشدة الإسهال وإنقاص خطورة التجفاف.
- وأوصت بجرعة 10-20 ملغ من الزنك يوميا مدة 10-14 يوماً لعلاج الإسهال وهي أقل من الكمية الموجودة مسبقاً في كل من F75 والأغذية العلاجية الجاهزة للإستخدام
- وبالتالي فإن المعالجين بـ F75 ثم الأغذية العلاجية الجاهزة للإستخدام لا حاجة لتلقيهم مكملات الزنك الفموي

تحديد وتدابير الرضع الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر
ولديهم سوء تغذية حاد شديد

- تتزايد ملاحظة سوء التغذية الحاد الشديد عند الرضع بأعمار أقل من 6 أشهر, وعادة ما يعكس ممارسات التغذية التي تكون دون المستوى الأمثل وخاصة ممارسات الإرضاع الطبيعي والذي لا يزال على مستوى العالم منخفض بشكل مخيب للآمال
- كثيرا ما يرتبط سوء التغذية الحاد الشديد مع معدلات وفيات عالية عند صغار الرضع أكثر من الرضع الأكبر والأطفال.

Box 1: Risks of Death Highest for the Youngest in Therapeutic Feeding Centres in Afghanistan 1999



التوصيات

1- ينبغي قبول الرضع بعمر أقل من ستة أشهر ولديهم سوء تغذية حاد شديد مع أي من الاختلالات التالية في المشفى :

- أ- أي حالة سريرية خطيرة أو اختلاط طبي كما هو محدد عند الأطفال بعمر ستة أشهر أو أكثر مع سوء تغذية حاد شديد .
- ب- نقص وزن حديث أو فشل في كسب الوزن .
- ج- تغذية غير فعالة بعد المراقبة المباشرة مدة 15-20 دقيقة وبشكل مثالي في منطقة معزولة وتحت إشراف .
- د- أي وذمة انطباعية .
- هـ- أي مشكلة طبية أو اجتماعية تحتاج لتقييم أكثر تفصيلا أو للدعم المكثف

التوصيات

ينبغي أن تكون الأولوية في طرق تغذية الرضع بعمر أقل من ستة أشهر ولديهم سوء تغذية حاد شديد لترسيخ أو إعادة التأكيد على الرضاعة الوالدية الحصرية من قبل الأم أو مقدمة الرعاية البديلة.

التوصيات

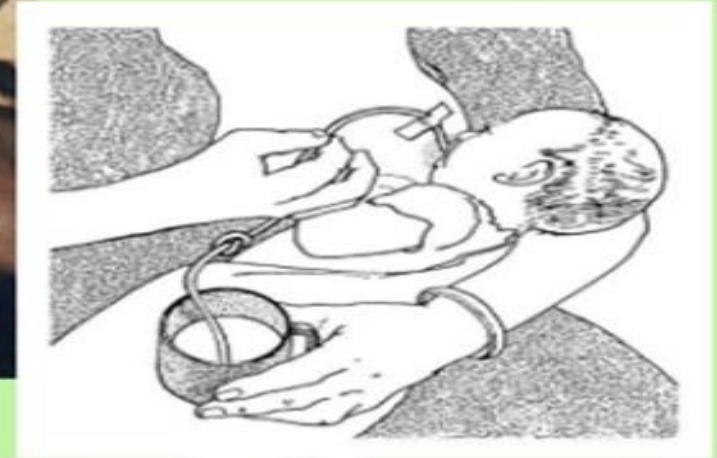
ينبغي تزويدهم بأغذية مكملة :

- طريقة الرضاعة الإضافية ينبغي تفضيلها في حال كانت عملية .

- F75

- بالنسبة للرضع مع سوء تغذية حاد شديد ووذمات يجب استخدام إما الحليب الصناعي أو F75 كمكمل لحليب الثدي .

Supplementary Suckling Technique



(قياس 5 أو 8، مع واحدة من نهاية الأنبوب في NGT تتم التغذية التكميلية باستخدام الأنبوب الأنفي المعدي)
صدر الأم بالقرب من الحلمة والطرف الآخر في الكأس مع الحليب التكميلي. وبذلك يتغذى الرضيع ب
التكميلي المخفف في حين أن عملية الرضاعة تحفز الثدي على إنتاج

التوصيات

يجب إعطاء حليب F100 المخفف بمقدار الثلث (أي يتم
المقدار بثلاث اضايفي من الماء) .

تمرين

الطفل أمد ، العمر 3 أشهر، شخص لديه سوء تغذية موزم +، ويتلقى إرضاع والدي لم يكن فعالا في تحقيق كسب وزن كاف، ينصح لديه في مرحلة الاستقرار باستخدام:

أ- حليب F75 وحده

ب- حليب F75 كمكمل لحليب الثدي

ج- حليب F100 المخفف كمكمل لحليب الثدي

د حليب F100 العادي



تمرين

أوجد بعد عدة أيام لم يعد يكمل كامل كمية
الحليب التكميلي المعطى له ,ومع ذلك وزنه
بازدياد مستمر ,التصرف الأمثل لهذه الحالة :

- أ- إيقاف الإرضاع الوالدي ليكمل الحليب التكميلي
- ب- تجزئة كمية الحليب التكميلي حتى يتمكن
من تناولها .
- ج- إنقاص كمية الحليب التكميلي



ACF, Afghanistan, 2004

• لا يعطى F100 ممددا إذا كان :

1. عمر الطفل تحت ستة أشهر

2. و سوء التغذية لديه مؤزم

3. و يستعاض عنه بحليب الأم أو الحليب الصناعي
المخصص للرضع

5- يمكن نقل الرضع بعمر أقل من ستة أشهر والمقبولين في المشفى إلى الرعاية خارج المشفى عندما:

أ- كل الحالات السريرية والاختلالات الطبية بما فيها الودمة قد تراجعت . و

ب- الرضيع لديه شهية جيدة و جيد سريريا ومتيقظ .و

ج- زيادة وزن مرضية إما على الرضاعة الطبيعية الحصرية أو التغذية البديلة .و

د- تم التأكد من لقاحات الرضيع والتدخلات الروتينية الأخرى .و

هـ- تم ربط الأمهات أو مقدمات الرعاية بالدعم والمتابعة المجتمعية اللازمة.

التوصيات

يمكن تخريج الرضع بعمر أقل من ستة أشهر من كل أنواع الرعاية
داخل المشفى أو الخارجية عندما :

أ- يتم إرضاعه طبيعيا بشكل فعال أو يتغذى جيدا بالأغذية البديلة .و

ب- لديه كسب وزن كاف .و

ج- نسبة الوزن للطول ≤ -2 انحراف معياري حسب جدول Z-score

الرضع بعمر أقل من 6 أشهر ولديهم سوء تغذية حاد شديد و رفضت
الأم القبول للتقييم والعلاج :

أ- ينبغي تزويدهم بالنصح والدعم لتحقيق تغذية مثالية للرضع
وصغار الأطفال وذلك اعتمادا على التوصيات العامة لتغذية
الرضع وصغار الأطفال بما في ذلك الرضع منخفضي وزن
الولادة .

التوصيات

ب- ينبغي مراقبة كسب الوزن بعد التخريج لدى الرضع بشكل أسبوعي لرصد التغيرات.

ج- في حال لم يزداد وزن الرضيع، أو أنه يفقد من وزنه رغم تقديم الدعم لأجل الإرضاع الوالدي، عندها ينبغي إحالته للرعاية داخل المشفى .

د- يجب التشجيع على تقييم الحالة الصحية الجسدية والعقلية للأمهات أو مقدمات الرعاية وتزويدهن بالعلاج والدعم المناسبين

المرحلة الأولى (الحادة) F75		
العمر	مل / الكغ / اليوم	
12-17	65 مل / الكغ / اليوم	
18-50	55 مل / الكغ / اليوم	
أكثر من 50	45 مل / الكغ / اليوم	
المرحلة الثانية F100 (الاستقرار) : عند عودة الشهية و تحسن الوضع العام		
اليوم الأول	12-17	65 مل / الكغ / اليوم
	18-50	55 مل / الكغ / اليوم
	أكثر من 50	45 مل / الكغ / اليوم
اليوم الثاني	12-17	75 مل / الكغ / اليوم
	18-50	65 مل / الكغ / اليوم
	أكثر من 50	55 مل / الكغ / اليوم
اليوم الثالث	12-17	85 مل / الكغ / اليوم
	18-50	75 مل / الكغ / اليوم
	أكثر من 50	85 مل / الكغ / اليوم
اليوم الرابع	12-17	100 مل / الكغ / اليوم
	18-50	80 مل / الكغ / اليوم
	أكثر من 50	70 مل / الكغ / اليوم

جدول العلاج الخارجي للكبار

عدد ظروف plumpy Nut يومياً	الوزن / الكغ
6	29.9-20
7	39.9-30
8	60-40

