

منزهیت در تهران

بررسی یکصد کودک مبتلى به منزهیت

مجله نظام پزشکی

سال پنجم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۹۶ ، سال ۲۵۳۶

*دکتر فریبا زندگریمی

است و بلطف خامت حال عمومی پونکسیون لمبر انجام نشده بود از این مطالعه حذف شدند.

نتیجه: از یکصد طفل مورد مطالعه ۶۰ تن پسر و ۴۰ تن دختر بودند. جدول زیر معرف کروه سنی مبتلایان است. چنانکه ملاحظه میشود بیشتر مبتلایان ۱ تا ۳ ماهه و بطور کلی زیر یکسال بوده‌اند. بیشتر این عده در ماههای فروردین وارد بیهشت بستری شده بودند. درحالیکه غالباً فعالیت بیمارستان در ۱۳ روز اول فروردین بسیار کاهش می‌یابد ولذا تعداد کمتری بستری میشوند.

جدول شماره ۱- گروههای سنی مبتلایان

تعداد	سن - سال	تعداد	سن - ماه
۴ تن	۲	۱۲ تن	کمتر از یکماه
۳۴	۲	۲۲	۱ تا ۳ ماه
۵	۴	۹	۴ تا ۶ ماه
۳	۵	۱۰	۷ تا ۹ ماه
۲	۶	۷	۱۰ تا ۱۲ ماه
۶	۷	۸	۱۳ تا ۲۳ ماه
۱	۸		
-	۹		
۵	۱۰		
۱	۱۱		
۱	۱۲		

مقدمه: منزهیت چر کی حادترين بيماري کودکان است و در هر سنی دیده میشود، اما در سال اول زندگی شایعتر است و میتوان در ظرف چند ساعت سبب مرگ گردد. ۸۰٪ موارد منزهیت که در دوران کودکی اتفاق میافتد اگر درمان نشود مرگ قطعی بدنبال دارد و با تأخیر در درمان و یا درمان نسأافی علاوه بر مرگ و میر بروز عوارض هوشی، روانی و اختلالات عصبی بسیار است (۱).

لذا شناخت چنین بیماری مذهبی در اجتماع ما که در حدود ۴۵٪ جمیعت را کودکان تشکیل میدهد (۲) و همچنین بررسی شدت و چگونگی آن ضرور بنظر میرسد. این مقاله بمنظور آشنائی بیشتر همکاران با این بیماری خطرناک، امکان تشخیص سریع و درمان فوری مبتلایان با مید کاهش مرگ و میر و پیشگیری از عوارض آن نوشته شده است.

روش مطالعه: بررسی مابدروش «گذشته نگر» = Retrospective انجام گرفته است به این معنا که پرونده یکصد تن از مبتلایان به منزهیت بستری شده در بیمارستان در سالهای ۱۳-۳۴ و ۳۴-۲۵ بطور متواالی و غیر انتخابی مورد تحقیق قرار داده ایم. در این بیمارستان، کودکان از بدو تولد تا ۱۳ سالگی بستری میشوند. بیشتر کودکان این بیمارستان فرزندان کم در آمدترین مردم هستند. تشخیص منزهیت فقط با نشانه های ثابت آزمایشگاهی مایع نخاع پذیرفته شد. کودکانیکه تشخیص منزهیت آنان بالینی بوده

* بیمارستان کودکان شهر آزاد - خیابان ظفر - تهران.

شمارش گلوبولهای سفید در همه انجام شده و نتیجه بدینفراد بود:

میانگین تعداد گلوبولهای سفید خون ۱۴۲۴۸ (حداکثر ۳۰۰۰
حداکثر ۳۷۴۵) در هر میلی متر مکعب.

آزمایش کامل ادرار در همه انجام شده و تغییرات چندانی در هیچ یک نشان نداده بود.

تشخیص ۹۵ مورد منژیت چرکی و ۵ مورد منژیت سلی.

درمان: بیشتر این بیماران در روزهای اول بستری مایعات موردن لزوم خود را از راه وریدی دریافت کردند. به همه آنان آنتی-بیوتیک داده شد، حتی در برخی که احتمال منژیت ویروسی وجود داشت. سایر داروها چون داروهای ضد تشنج و تب نیز در موارد لزوم داده شد. فهرست زیر روش درمان با آنتی-بیوتیک را در این گروه نشان میدهد. از آنجاکه پزشکان متعددی در این بیمارستان کار میکنند طبیعاً روش‌های گوناگونی در درمان بکار برده‌اند.

آمپی سیلین (۴۰۰ میلی گرم بازاء هر کیلو گرم وزن در ۳۱ تن	باضافه پنی سیلین
۱۴ تن	۱۴
۸	۸
۲۱	۲۱
۲	۲
۷	۷
۱	۱
۱	۱
۵	۵
۲	۲
۳	۳
۵	۵
۳۱ تن از اینعدد در گذشته و ۶۹ تن بیمارستان را ترک کردند.	باضافه سفالوریدنی

جدول شماره ۳ تعداد مبتلایان در ماههای مختلف سال

فروردین	دی ۱ تن	مهر ۷ تن	تیر ۱۵ تن	دی ۱۹ تن
اردیبهشت	بهمن ۹	آبان ۹	مرداد ۵	» ۱۴
خرداد	اسفند ۲	آذر ۹	شهریور ۵	» ۵

جدول شماره ۴- نشانه‌هایی که سبب بستری شدن اطفال شده به ترتیب وفور عبارتنداز:

نشانه‌ها	کمتر از یک‌سال	یک‌سال بالا	جمع
تب و تنفس	۱۳ تن	۱۲ تن	۲۵ تن
تب، تشنج، استفراغ	۷	۹	۱۶
تب	۱۴	۱	۱۵
تب و استفراغ	۸	۶	۱۴
استفراغ، سرد و تب	-	۹	۹
تشنج	۴	۲	۶
تشنج و استفراغ	۴	-	۴
استفراغ، سرد	-	۴	۴
استفراغ	۲	۱	۳
تب، تشنج، سرد	-	۳	۳
تب، تشنج، استفراغ، سرد	-	۱	۱

جدول شماره ۴- نشانه‌های فیزیکی

نشانه‌ها	کمتر از یک‌سال	یک‌سال بالا	جمع
فوتنال بر جسته	۱۷	۲	۱۹
سختی گردن	۷	۱۷	۲۴
فوتنال بر جسته و سختی گردن	۶	۳	۹
فوتنال و گردن طبیعی	۲۷	۲۱	۴۸

جدول شماره ۵- نشانه‌های آزمایشگاهی مایع نخاع

آزمایش	منظره	پر و تئین میلی گرم درصد	قندمیلی گرم درصد	تعداد سلولهای ارادمده‌لیمیتر مکعب							
نتیجه	شاف	کدر	کمینه	کمینه	میانگین	بیشینه	میانگین	کمینه	بیشینه	میانگین	کمینه
تعداد موارد	۴۷	۲۹	۱۰	۱۴۰۰	۲۴۱	۱	۱۷۶	۴۳	۷	۲۲۵۰۰	۱۳۶۰

جدول شماره ۶- آزمایش مستقیم

کوکسی گرم مثبت	کاندیدا (آلوودگی)	میکروب‌سل	باسیل کلی	پنوموکوک	نیسریا
۱۰	۱	۳	۱	۴	۱

بیمارستان و بالاخره شروع مبادلات عفونی بیماران در این بیمارستان است.

۰،۶٪ مبتلایان به منژیت ، در گروه سنی صفر تا ۱۲ ماهه بودند که مرگ و میر در آن %۳۵ بود .

در حالیکه تشخیص منژیت در این عده مشکلتر است متأسفانه در برابر این بیماری آسیب پذیرترین گروه اطفال را نیز تشکیل میدهدن .

نتایج حاصل شده از این مطالعه را میتوان بدینشکل خلاصه کرد :

- ۱- توجه بیشتر به احتمال وجود منژیت در کودکان بویژه کمتر از پیکسل .

۲- لزوم آزمایش مایع نخاع در صورت وجود تشنج در کودکان .

۳- بسترهای کردن سریع بیماران مشکوک قبل از اقدام به درمان با آنتی بیوتیک .

۴- استفاده از روش ایمونو آگلو تیناسیون مایع نخاع در تشخیص نوع منژیت بمنظور انتخاب بهتر آنتی بیوتیک های مورد لزوم .

خلاصه : بررسی یکصد مورد منژیت در کودکان و فور این بیماری را در سال اول زندگی (%) و مرگ و میر زیاد آنرا (%) ۳۱ نشان داد . مبتلایان پسر بیشتر بودند (%۶۰). فقط در ۵٪ کشت ، مایع نخاع مثبت بود . تب و تشنج از نشانه های شایع بودند . علل مرگ و میر زیاد و اقدامات لازم بمنظور کاهش آن مورد بحث قرار گرفته است .

بدینوسیله از راهنمایی جناب آقای دکتر سلیم پور در انجام این مطالعه تشکر میکنم .

پرونده های بیماران حاوی کارنهای پیکری بعدی نمی باشد ولذا از عوارض و عواقب احتمالی منژیت در این بیماران اطلاعی در دست نیست . در طی مدتی که بیماران بستری بوده اند از دست رفتن کامل بینائی و شناوری در یکنفر و «Subdural effusion» در یک مورد دیده شده و یکی از بیماران نیز بعلت عقب افتادگی رشد جسمی و غزی مجدداً پس از چندی به بیمارستان آورده شد .

بحث : تعداد مبتلایان پسر بدختر مثل بیشتر دیگر بیماری های عفونی افزایش نشان داد . تصویر اینکه پسران بیشتر مورد توجه بوده و به بیمارستان آورده شده اند بعید بنظر میرسد . بیشتر بیماران را شر خواران تشکیل میدادند . نشانه های کلاسیک بیماری مانند تب ، استفراغ ، سرد رو و تشنج فقط در یک مورد مشاهده گردید . نشانه شایع ، تب بود که در ۸۳ نفر دیده شد . تشنج در ۵۸ تن یعنی بیش از ۱ کودکان مشاهده گردید که اهمیت این نشانه را در منژیت معلوم می دارد ولزوم آزمایش مایع نخاع را در صورت بر روز تشنج تأیید میکند . در حالیکه تغییرات مایع نخاع بهترین معیار تشخیص بیماری منژیت است . بعلت شروع درمان قبل از تشخیص در این کودکان و پیش از اینکه به بیمارستان فرستاده شده باشند ، سبب شد که با وجود آزمایش سریع مایع نخاع در بیمارستان فقط ۵٪ از کشت ها مثبت باشد . دیگر تغییرات مایع نخاع چون پر و تئین و قند نیز نمیتواند کمک چندانی به تشخیص بکند (۳) . لذا مجموعه نشانه های بالینی و آزمایشگاهی است که میتواند رهنمون تشخیص باشد .

۳۱ تن (۳۱٪) فوت شده اند که رقمی است بسیار بالا و احتمالاً بعلت سوء تغذیه بیشتر این مبتلایان و دیر آوردن این کودکان به

REFERENCES :

1. John O. Forfar and Gavin C. Arneil 1973, Text-book of Pediatrics, P. 1305, Churchill Livingstone Edinburgh and London.
- ۲- حبیب الله خزانه و ابوالقاسم سادات در بندی : اردیبهشت ۱۳۵۲ - پیشینی و گذشته نگری جمعیت شهری و روستای ایران - سازمان برنامه و بودجه - مرکز آمار ایران .
3. Silver T.S. and Todd J.K. Pedit 58:67-71 July 1976.