

کودك ضرب دیده (The Battered Child)

دکتر مهدی باجفلی - دکتر سید قاسم شفا*

مجله نظام پزشکی
سال چهارم، شماره ۲، صفحه ۱۰۶، ۱۳۵۳

سابقه :

سابقه خون ریزی قبلی بخصوص خون ریزی داخل مفصل وجود نداشته و قبل از بروز خون ریزی زیر جلدی و رعاف فعلی ناراحتی دیگری نداشته است در ۲ سالگی سرخک گرفته و تنها بر علیه آبله واکسینه شده است.

سابقه فامیلی: بیمار دارای سه خواهر است که یکی ازدواج کرده و خود دارای دو فرزند است که هیچکدام دارای سابقه خون ریزی نیستند. یک خواهر دیگر ۹ ساله است که تحصیل میکند و خواهر کوچکتر او ۳/۵ ساله که مدت ۳ سال است در پرورشگاه میباشد. مادر کودک سابقه دو سقط داشته و ۱۴ فرزند خود را در سنین یک تا سه ماهگی به علل نامعلوم از دست میدهد. پس از اولین حاملگی خود دچار حملات صرعی شده که تا یکماه بعد از بیستمین حاملگی بطور نامرتب تکرار میشود تا اینکه ناگهان دچار سردرد شدید میشود و پس از دو روز بستری شدن در بیمارستان بیمه کارگران (رضاپهلوی) اصفهان با تشخیص «غده مغزی» فوت میکند. یک سال بعد اولین نامادری کودک که بعلت ناباروری، مجبور به طلاق از شوهر اولش بوده به عقد پدر کودک درمی آید و بعد از ۲/۵ سال عدم ناهماهنگی و ناسازگاری خانه شوهر دوم خود را ترک میکند. ۴ ماه بعد یعنی ۵ ماه قبل از شروع «بیماری خونی» کودک دومین نامادری او در سن ۱۷ سالگی با اصرار پدرش تن به ازدواج با پدر کودک میدهد که پس از دوماه زندگی ظاهر آرام علائم ناسازگاری نتظاهر میکند.

علائم فیزیکی: بیمار کودکی است ۴/۵ ساله، پسر، وزن ۱۵/۵ کیلو گرم، قد ۱۰۱ سانتیمتر، فشارخون ۱۰/۶، در روی سطح قدامی

ضرب و جرح کودکان اگر چه مسأله جدیدی نیست ولی بعلت اهمیتی که در تشخیص افتراقی بیماریهای مختلف طب اطفال دارد شناخت و توجه به آن برای پزشکان بخصوص متخصصین بیماریهای کودکان ضرور است. در کشورهای غربی از جمله آمریکا و انگلستان شیوع روزافزون این عارضه، توجه بسیاری از محققان علوم پزشکی، روانشناسی، پزشکی قانونی و جامعه شناسی را بخود جلب کرده است (۱).

خوشبختانه در کشور ما بعلت عواطف شرقی و علائق خانوادگی موارد کودکان ضرب دیده بمراتب کمتر از غرب دیده میشود، ولی ندرت موارد نباید سبب فراموشی وجود آن گردد و چه بسا که بعلت عدم توجه بوجود آن بخصوص انکار اولیاء و عاملین ضرب و جرح، بیماری تشخیص داده نمیشود. اخیراً در بخش کودکان دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان موردی از این بیماری دیده شد که با توجه به اهمیت موضوع اقدام بگزارش آن گردید و براساس آن، این مقاله تدوین شد.

شرح حال بیمار:

کودکی است پسر ۴/۵ ساله، اهل و ساکن نجف آباد اصفهان که در تاریخ ۱۳/۱۰/۵۲، با تشخیص «بیماری خونی» بستری میگردد. ناراحتی بیمار از یک ماه قبل از بستری شدن با بروز ضایعات اکیموتیک در روی هر دو بازو شروع میشود و دو هفته بعد اکیموز اطراف هر دو پلک چشم ظاهر میگردد. به پزشک محل مراجعه و دستوراتی داده میشود ولی بعداً کودک دچار خون دماغ میشود و در مراجعه مجدد جهت بستری شدن و تعیین علت بیماری خونی به بیمارستان فرستاده میشود.

* اصفهان - دانشکده پزشکی، دانشگاه اصفهان.

پدر کودک اگرچه وجود اکیموزهای هر دو بازو را در نتیجه ضربه نمیدانست، ولی اظهار کرد که قبل از بروز آنها آثار خراشیدگی و ضرب دیدگی در روی صورت کودک ملاحظه کرده که پس از ابراز موضوع با نامادری کودک و اقرار به ایجاد آنها علت را شیطنت کودک و «تأذیب» او بیان داشته است.

بررسی‌های دیگر: پس از آنکه علت خون ریزی‌های جلدی کودک ضربه تشخیص داده شد از مجسمه و سایر استخوانها رادیو-گرافی بعمل آمد که همه منفی بود. امتحان ته چشم آثار خون ریزی را نشان نداد.

بحث: ضایعات پوستی، علائم عصبی و شکستگی‌های استخوانی که علت آنها ظاهراً معلوم نیست، باید پزشک را به مسأله کودک ضرب دیده (Battered Child) متوجه سازد. تنها توجه بوجود این مسأله و در نظر داشتن آن در تشخیص افتراقی ضایعات مختلف (Index of Suspicion) است که سبب تشخیص میشود. این بیماری را بمانند دیگر بیماری‌ها باید خوب شناخت و از آنجائیکه بسیاری از مطالعات و بررسیها درباره آن در سالهای اخیر انجام گرفته مختصراً بدانها در این مقاله اشاره میشود.

سابقه: نوع بسیار شدید این بیماری یعنی ضرب کودک بقصد قتل قبل از اسلام وجود داشته و شاید یکی از علل آن از لحاظ اقتصادی بوده است بطوریکه در قرآن امر به نهي آن شده و این عمل يك خطای بزرگ تلقی شده است.

شیوع: بعلمت اینکه در بسیاری از موارد یا تشخیص داده نمیشود یا بیماران به پزشک مراجعه نمی کنند، شیوع حقیقی این بیماری معلوم نیست. در آمریکا هر سال در حدود ۱۰ تا چهل هزار کودک دچار این بیماری میگردند (۲). البته در صورتیکه مواردی را که بعلمت کمبود محبت (Psycho-Social Malnutrition)، کودکان دچار ناراحتی و بیماری شده اند بحساب بیاوریم تعداد موارد بیش از این خواهد بود.

سن: در تمام دوره‌های طب اطفال دیده شده ولی حداکثر موارد در دوران شیرخوارگی است و از همین جهت در انگلستان میگویند (Battered Baby) (۳). هرچقدر سن بیشتر شود بعلمت دفاع و یا فرار و بخصوص ترس از اینکه بعداً بدیگران بازگو شود از تعداد این بیماری کاسته میشود.

علت: ضربه به اشکال مختلف سبب بروز بیماری میگردد. وسائل ضربه و نحوه ضربه در موارد مختلف متفاوت است، سیلی، لگد، کتک، هل دادن و پرت کردن، خفه کردن، چاقو زدن، با گلوله کشتن و غیره.

هر دو بازو لکه‌های اکیموز به اندازه‌های تقریبی 6×3 سانتیمتر وجود دارد، اطراف هر دو چشم اکیموز دیده میشود، در روی جدار شکم در قسمت هیپو کندر راست ضایعاتی بشکل هلال ماه با حدود کاملاً مشخص دیده میشود (شکل شماره ۱). در روی پوست قفسه صدری آثار خراشیدگی مشهود است. طحال، کبد و غدد لنفاوی بزرگ نیستند. در پوست و دهان پتشی دیده نمیشود. بیمار ختنه نشده است. علامت لاسه منفی و از لحاظ روانی کودکی است باهوش، خوش بیان و معاشرتی که پس از یکی دو روز بستری شدن روابط خوبی با کودکان بخش برقرار میکند.

علائم آزمایشگاهی: آزمایش کامل ادرار، فرمول، شمارش، تعداد پلاکتها، زمان سیلان و انعقاد و زمان پروترمبین همه در حدود طبیعی هستند.

سیر بیماری و نحوه تشخیص: در مدتی که کودک در بیمارستان بود خون ریزی تکرار نشد ضایعات اکیموتیک قبلی بتدریج روبه بهبود رفتند. در روز سوم بستری شدن، کودک به پرستار خود میگوید که ضایعات پوستیش همه در نتیجه ضربه بوده که توسط نامادرش انجام گرفته است. ضمناً اظهار میدارد که نامادرش چندبار روی شکمش می‌ایستاده و بصورت و سینه‌اش سیلی و لگد میزد و انبر داغ روی شکمش می‌گذاشته است (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- سوختگی حاصله در نتیجه گذاشتن انبر داغ در روی شکم.

عوامل مستعدکننده: این عوامل بدو دسته تقسیم میشوند:

۱- عوامل مربوط به کودک که خود به دو دسته دیگر تقسیم میگردد:
الف - رفتار نامتناسب کودک: عمل ضرب و بعلت این انجام گرفته که رفتار کودک متناسب و شایسته اجتماع نبوده است البته این خود یک موضوع قراردادی است. زیرا تعریف جامع و کاملی برای «رفتار طبیعی» نیست. یک عمل ممکن است در یک اجتماع خوب باشد در حالیکه در اجتماع دیگر بد تلقی گردد. گاه تشخیص بدی رفتار کودک نتیجه طرز تفکر والدین است مانند کودکی که بدستگاه تناسلی خودش دست بزند و یا جلق میزند و در معرض تنبیه اولیای خود قرار میگیرد.

ب - شیطنیت کودک: کودکان در صحنه زندگی نمایشگرانی هستند که هر یک دارای نقشی خاص میباشند و اغلب خود از این موضوع آگاه نیستند و دوره های مختلفی از نوزادی و شیرخوارگی و کودکی و بلوغ را گذرانده و بعداً ازدواج میکنند و بچه دار میشوند و میمیرند بی این که فهمیده باشند نمایشی در کار بوده است. ولی گاه آنها برای نقشی که برایشان تعیین شده ساخته نشده اند و در این موارد است که ناراحتی بوجود می آید. مانند کودکی که پدر و مادرش میخواسته اند خیلی آرام و سربزیر باشد در حالیکه خیلی فعال و پر جنب و جوش است. در نتیجه او را شیطان مینامند، بگویم گوها، کن مکن ها و بالاخره کشمکش ها بیشتر میگردد. وجهت تنبیه و تأدیب او اقدام به ضرب و جرح میشود و حتی قانون مجازات عمومی تنبیه کودک را توسط والدین در صورتیکه از حد تأدیب نگذرد جایز دانسته است.*

ولی تأدیب بر حسب موارد و افراد مختلف کاملاً فرق میکند و حد آن کاملاً معین و مشخص نیست.

۲- عوامل مربوط به ضارب (Abuser) - در بررسیهای کشورهای دیگر، ضرب دهنده در ۳۰٪ موارد مادر و در ۲۰٪ موارد پدر و در بقیه موارد، همسایه، شخص دیگر و بالاخره شخص نامعلوم بوده است (۲).

در ایران مطالعات آماری دقیق در دست نیست و بنظر میرسد نامادری (مانند مورد شرح داده شده) و پرستار بیشتر از افراد ضرب دهنده باشند. «بزرگترها» بخصوص برادران بزرگتر جهت تنبیه بچه های دیگر اقدام به ضرب کودک مینمایند. انگیزه ضرب دهندگان کودک همیشه یکسان نبوده و در موارد مختلف کاملاً متفاوت است. گاه اصلاً بی قصد قبلی بوده و سهواً انجام گرفته است و گاه از روی نادانی و عدم توجه به وقوع مخاطرات حاصله اقدام به بالا انداختن کودک و یا تکان دادن شیرخوار شده است که در اقدام اول پارگی احشاء پدید آمده و اقدام دوم عقب افتادگی مغزی را بوجود آورده است (۴).

* ماده ۱۹۳ قانون مجازات عمومی.

در مواردی که عمل ضرب کودک بطور عمدی انجام گرفته عوامل زیر وجود داشته است:

الف - عصبانیت: معمولاً شخص ضرب دهنده عصبی (Nervous) بوده شرایط تشدید حالت عصبانیت نیز بوجود آمده است، در موارد شدید مرضی حالات پسیکوپاتی تهاجمی (Aggressive Psychopath) وجود داشته است مانند پدرانی که اقدام به قتل کلیه فرزندان خود کرده اند.

ب - سابقه ضرب دهنده: در بعضی موارد افراد عامل ضرب، خود در دوران طفولیت مورد ضرب و جرح قرار گرفته و در سابقه آنها خشونت و ناهنجاریهای محیط خانواده بسیار دیده میشود و در حقیقت اعمالی را که انجام میدهند، تکرار تجربیات کودکی خود آنهاست.

پ - عوامل دیگر: نابسامانی خانه ها، ازهم گسیختگی خانواده ها، عدم هماهنگی در ازدواج و اختلافات زناشویی، فقدان و یا کمبود محبت و نوازش پدری و مهر و عطوفت مادری، وجود نامادری و بالاخره حاملگی های ناخواسته و سایر اختلالات عاطفی از عوامل مستعدکننده بوده اند (۲).

علائم بالینی: بر حسب شدت و نوع ضربه فرق میکند، ممکن است هیچ علامتی بوجود نیامد یا برعکس بقدری سخت باشد که سبب مرگ کودک گردد. بطور کلی پوست و استخوان و دستگاه عصبی بیشتر از سایر قسمتها گرفتار میشوند. علائم پوستی اغلب بصورت خراشیدگی، چنگ زدگی، ناخن زدگی، گاز گرفتگی، اکیموز و بالاخره سوختگی به اشکال و درجات مختلف ممکن است دیده شود. در استخوانها بیشتر بصورت شکستگی های متعدد که در زمانهای مختلف بوجود آمده و همچنین خون ریزی زیر پوست ظاهر میگردد. همتوم سودورال از عوارض مهم این بیماری است که در هر مورد باید بفکر آن بود (۴). گاه در اثر ضربه های شکمی خون ریزی در احشاء شکم دیده میشود. و همتوری میکروسکپیک همیشه باید جستجو شود. امتحان ته چشم از لحاظ خون ریزی داخل چشمی و زیر شبکیه باید انجام گیرد (۵).

عوارض: از عوارض مهم بیماری عقب افتادگی روانی در اثر خون ریزی ها و تکان مغز است (۴).

تشخیص: تنها توجه بوجود این بیماری در ضایعات مختلف پوستی، استخوانی و عصبی کودکان است که سبب تشخیص میشود.

تشخیص افتراقی: از نظر علائم رادیولوژیک بخصوص آویتالامینوزت و سیفیلیس ارثی را باید در نظر داشت. در بیماران که عدم حساسیت بدرد دارند ضایعات پوستی و شکستگی های متعدد

ممکن است دیده شود که همیشه در تشخیص افتراقی کودک ضرب - دیده باید در نظر داشت.

درمان و پیشگیری: درمان ضایعات و جراحات و شکستگی‌ها بر حسب نوع و شدت آنها انجام میگیرد. نکته مهم و اساسی پیشگیری از بروز مجدد آنهاست و این خود مسائل پزشکی، اجتماعی، قانونی، مذهبی و فرهنگی را بوجود می‌آورد که بهتر است پزشک بکام افراد صلاحیتدار دیگر اقدام نماید (۳). ارزیابی محیط کودک و مصاحبه با اولیای کودک و آموزش آنها اساس پیشگیری است. گاه باید از قدرت قانون استفاده شود که خود موضوع نسبتاً ساده‌ای نیست. خوشبختانه همانطوریکه اشاره گردید بعلمت علائق فامیلی، عقاید و سنن محلی، معتقدات مذهبی و بالاخره عواطف مادران ایرانی، اینگونه موارد در کشورما کمتر دیده میشود. ولی مسأله وجود نامادری و یا ناپدیری و مشکلات حاصله در اثر ناهماهنگی آنها با کودکان همیشه وجود داشته و شاید بهترین راه پیشگیری از وقوع بیماری کودک ضرب دیده آموزش و راهنمایی اینگونه خانواده‌ها باشد. قضاوت عجولانه و شرمسار ساختن نامادران در هنگام بروز این بیماری کار را مشکل‌تر می‌سازد. درک موقعیت نامادری در منزل و شرایط و عواملی که سبب اقدام به چنین عملی شده، لازم است (۶). در صورتیکه بایک بررسی واقع بینانه تمام جوانب در نظر گرفته شود نتیجه بهتر خواهد داشت. عامل دیگر که در کشورما سبب بروز این بیماری میشود وجود پرستارهایست که گاه و بیگاه نتیجه اعمال خلاف انسانی آنها نسبت به کودکانیکه

به آنها سپرده شده، درجراید منتشر میشود و بهمین جهت است که نه تنها در انتخاب پرستار باید دقت کرد بلکه مرتب باید مواظب وضع رفتار او بود.

خلاصه و نتیجه:

شرح حال کودکی که جهت بررسی «بیماری خونی» مورد مطالعه قرار گرفته و علت بروز خون ریزی‌های جلدی و رفاف اوضربه، و تشخیص بیماری وی، کودک ضرب دیده (Battered Child) بوده در اینجا گزارش داده شده است و بابررسی تحقیقات دیگران بخصوص در کشورهای غربی درباره این بیماری نکات زیر استنتاج می‌شود:

۱- در برابر ضایعات مختلف جلدی، استخوانی و عصبی اطفال، باید همیشه بفکر وجود این بیماری بود، بخصوص در مواردی که کودک نزد نامادری، پرستار یا والدین عصبانی و یا آنها نمیکه باهمدیگر اختلاف دارند بوده است و تنها توجه پزشک به این بیماری است که سبب تشخیص میشود.

۲- از تکان دادن شیرخواران و یا بالا انداختن و گرفتن آنها باید خودداری کرد.

۳- شیطنت کودکان و «اعمال نامتناسب» آنها بستگی به انتظارات و توقعات والدین و قیود و مقررات اجتماعی دارد. واکنش‌های شدید بزرگترها نه تنها سبب پر خاشگری و تهاجم کودک میشود بلکه امکان بروز بیماری کودک ضرب دیده را بیشتر میکند.

REFERENCES:

- 1- Talbot, N.B., et al; Behavioral Science in Pediatric Medicine, W.B. Saunders, Phila. 76-82, 1971.
- 2- Helfer, R.M: The Etiology of Child Abuse. Pediatrics 51, Suppl: 777-779, 1973.
- 3- Nixon, H.H., Court, S.D.M. Non Accidental Injury in Children, A Guide on Management. Br. Med. J.4, 656-657, 1973.
- 4- Caffey, J.; The Parent-Infant Traumatic Stress Syndrome (Caffey-Kempe Syndrome), (Battered Baby Syndrome); Am. J. Roentgenol. Rad. Therapy & Nuclear Med. 2, 114-115, 1972.
- 5- Gellis, S. S. Year Book of Ped, Year Book Med. Pub., Chicago, 150-151, 1973.
- 6- Editorial, The Battered Child: New, Eng. J. Med. 6, 289, 1973.