

بررسی ۱۰۷ کودک مبتلا به تب و تشنج در بیمارستان فیروزآبادی

چکیده

در یک مطالعه مقطعی ۱۰۷ کودک مبتلا به تب و تشنج طی مدت دو سال (مهرماه سال ۱۳۷۶ لغایت مهرماه سال ۱۳۷۸) در بیمارستان فیروزآبادی مورد بررسی قرار گرفتند. این کودکان دارای معیارهای مطالعه بصورت تشنج، درجه حرارت رکتال مساوی یا بیشتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد و آنالیز طبیعی مایع نخاعی بودند. ۶۰/۷٪ کودکان مورد بررسی پسر و ۳۹/۳٪ دختر بودند. سن متوسط شروع تب و تشنج در کل کودکان ۲۰/۵±۹/۸ ماه بود. سن بروز این عارضه در کودکانی که سابقه تب و تشنج در فامیل درجه یک را نداشتند ۲۲/۱±۹/۷ ماه و در گروهی که سابقه تشنج در فامیل درجه یک را ذکر می‌نمودند ۱۴/۸±۸/۰۲ ماه بود. سابقه تشنج در فامیل درجه یک در ۲۱/۴٪ کودکان وجود داشت. ۲۸/۹٪ کودکان سابقه تشنج مکرر را ذکر می‌کردند و در کودکانی که سابقه فامیلی مثبت داشتند تشنج مکرر بیشتر رخ داده بود.

در بررسی علائم بالینی در ۸۱/۳٪ موارد تشنج عمومی (generalized) و در ۱۸/۷٪ موضعی (focal) بود. در ۸٪ موارد تشنج کمتر یا مساوی ۱۵ دقیقه و در ۱۵٪ موارد بیشتر از ۱۵ دقیقه طول کشیده بود. دمای بدن در ۶۷/۴٪ موارد کمتر یا مساوی ۴۰ درجه سانتیگراد و در ۵۳/۳٪ موارد بیشتر از ۴۰ درجه سانتیگراد بود.

کلید واژه‌ها: ۱- تب و تشنج ۲- تشنج عمومی ۳- تشنج موضعی ۴- تشنج مکرر

دکتر فریبا خداپناهنده I

مقدمه

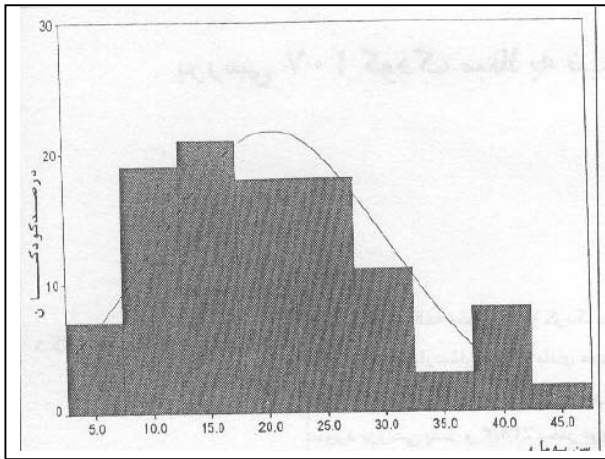
جنسی و برخی علائم کلینیکی مهم مورد بررسی قرار گرفته است. امید می‌رود با توجه به نتایج این مطالعه در مواردی که عوامل خطر ساز برای وقوع تب و تشنج در کودکان وجود دارد از اقدامات درمانی پیشگیری کننده جهت جلوگیری از بروز آن استفاده شود (۱، ۶، ۱۲ و ۱۳).

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی مقطعی طی دو سال (مهرماه سال ۱۳۷۶ لغایت مهرماه سال ۱۳۷۸)، کودکانی که با تب و تشنج به بیمارستان فیروزآبادی مراجعه نموده بودند از نظر سن شروع تب و تشنج، سابقه مثبت تب و تشنج در

تب و تشنج یکی از شایعترین علل مراجعه کودکان به بیمارستان می‌باشد. این نوع تشنج بیشتر در سنین ۶ ماهگی تا ۵ سالگی رخ می‌دهد. سن متوسط بروز آنرا ۲۰ ماهگی ذکر نموده‌اند (۵-۱). بیماری در پسران بیشتر از دختران دیده می‌شود (۱، ۵، ۶، ۷ و ۸). سابقه فامیلی مثبت بعنوان یکی از عوامل مستعد کننده بروز تب و تشنج تاکید شده است (۱ و ۸-۱۱). بیشتر موارد تشنج بصورت عمومی (generalized) رخ می‌دهد (۱، ۲، ۳، ۷ و ۱۲). هدف از این پژوهش ارائه نتایج بررسی تاثیر سابقه فامیلی مثبت بر میانگین سن شروع تب، تشنج و تکرار تشنج در مرکز آموزشی درمانی فیروزآبادی می‌باشد. همچنین شیوع

I) استادیار بیماریهای کودکان، بیمارستان فیروزآبادی، بالاتر از میدان شهرری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی سن شروع تشنج در ۱۰۷ کودک مورد مطالعه

میانگین و انحراف معیار سن شروع تب و تشنج در کودکانی که سابقه فامیلی مثبت از تب و تشنج را ذکر می‌کردند $14/8 \pm 8/02$ ماه با حداقل ۶ ماه و حداکثر ۳۸ ماه بود. میانگین و انحراف معیار سن شروع تب و تشنج در کودکانی که در آنها سابقه فامیلی منفی بود $22/1 \pm 9/7$ ماه با حداقل ۶ ماه و حداکثر ۴۵ ماه بود. براساس آزمون آماری *t*-test مقدار *p* برای دو گروه فوق مساوی $0/0002$ بود که نشان دهنده معنی‌دار بودن اختلاف است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- میانگین سن شروع تب و تشنج در کودکان واجد و فاقد سابقه فامیلی مثبت تشنج

مقدار P	انحراف معیار	میانگین سن شروع تشنج به ماه	تعداد	سابقه فامیلی تشنج
$P=0/002$	۸/۰۲	۱۴/۸	۲۳	سابقه مثبت فامیلی
	۹/۷	۲۲/۱	۸۴	سابقه منفی فامیلی

نوع تشنج در $81/3\%$ کودکان عمومی و در $18/7\%$ موضعی بود. در $46/7\%$ کودکان دمای بدن حین تشنج کمتر یا مساوی ۴۰ درجه سانتیگراد و در $52/3\%$ موارد بیشتر از ۴۰ درجه سانتیگراد بود. در 85% موارد تشنج کمتر یا مساوی ۱۵ دقیقه و در 15% موارد بیشتر از ۱۵ دقیقه طول کشیده بود. از ۱۰۷ کودک مورد مطالعه در ۳۱ نفر ($28/9\%$)

فامیل درجه یک، علائم کلینیکی و سابقه تشنج مکرر بررسی شدند. بیمارانی وارد مطالعه شدند که واجد شرایط زیر بودند:

۱- سن بین ۶ ماه تا ۵ سال، ۲- وجود درجه تب مقعدی $38/5$ درجه سانتیگراد و یا بالاتر در زمان تشنج، ۳- تجزیه مایع نخاع طبیعی. در این کودکان سن شروع اولین تشنج، سابقه تب و تشنج در فامیل درجه یک، سابقه تشنج مکرر، نوع تشنج (عمومی - موضعی)، مدت زمان تشنج و دمای بدن حین تشنج از طریق مصاحبه با والدین و معاینه کلینیکی تعیین شد.

کودکان در حین تشنج و یا مدت کوتاهی بعد از آن به بیمارستان آورده شده بودند و سابقه مصرف داروی تب‌بر را نمی‌دادند. دمای بدن در بیمارستان ثبت گردید و تشنجهایی که بیشتر از ۱۵ دقیقه طول کشیده بودند و یا مواردیکه بیمار در بیمارستان دچار تشنج طولانی شده بود ثبت گردید.

برای تمام کودکان پونکسیون مایع نخاع انجام شد که آنالیز آن طبیعی بود. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

نتایج

طی مدت دو سال ۱۰۷ کودک که دارای معیارهای مطالعه بودند بررسی شدند. از ۱۰۷ کودک مورد مطالعه ۶۵ نفر پسر ($60/7\%$) و ۴۲ نفر دختر ($39/3\%$) بودند.

سابقه تب و تشنج در ۲۱۴ پدر و مادر و ۲۵۰ خواهر و برادر بررسی شد. ۱۲ نفر ($5/6\%$) از والدین و ۱۱ نفر ($4/4\%$) از خواهر و برادرها سابقه مثبت تب و تشنج داشتند. همچنین ۲۳ کودک ($21/4\%$) سابقه تشنج در فامیل درجه یک داشتند.

میانگین و انحراف معیار سن شروع تب و تشنج در کل کودکان مورد مطالعه $20/5 \pm 9/8$ ماه بود. حداقل سن شروع تشنج در ۶ ماهگی و حداکثر آن در ۴۵ ماهگی بود (نمودار شماره ۱).

است (۵، ۶ و ۷). در مطالعه اخیر در ۸۱/۳٪ موارد تشنج عمومی و در ۱۸/۷٪ موارد موضعی بود. این ارقام با مطالعه Caldron و همکاران (۸۵/۵٪ موارد عمومی و ۱۴/۵٪ موارد موضعی) و نیز مطالعه Farwell و همکاران (۸۲٪ موارد عمومی و ۱۸٪ موارد موضعی) مطابقت داشت (۲ و ۳). دمای بدن در زمان تشنج در ۴۶/۷٪ موارد کمتر یا مساوی ۴۰ درجه سانتیگراد و در ۵۳/۳٪ موارد بیشتر از ۴۰ درجه بود.

در مطالعه Offeringo و همکاران میان دمای بدن (median) حین تشنج ۳۹/۷ درجه سانتیگراد بود (۱۱). ارتباط معنی داری بین وجود تشنج در فامیل درجه یک و تکرار تشنج وجود داشت. این ارتباط در مطالعات Offeringa و همکاران، Esch و همکاران و Berg و همکاران گزارش شده است (۶، ۱۱، ۱۴ و ۱۵). همچنین Martin و همکاران و Tarkka و همکاران در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که در کودکان مبتلا به تب و تشنج اگر سابقه مثبتی از تب و تشنج در فامیل درجه یک وجود داشته باشد، احتمال تکرار تشنج بیشتر می شود (۱۶ و ۱۷).

بنظر می رسد زمینه ژنتیک خاصی در بروز تب و تشنج دخالت دارد. تحقیقات وسیعی برای یافتن ژن مسئول تب و تشنج در حال انجام می باشد. در این خصوص می توان به مطالعات Johnson و همکاران، Kugler و همکاران، Nakayama و همکاران و Peiffer و همکاران در زمینه یافتن لوکوسهای خاص برای وقوع تب و تشنج اشاره نمود (۸، ۹، ۱۰ و ۱۸).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این تحقیق و مطالعات مشابه شایعترین زمان شروع تب و تشنج زیر ۲ سال می باشد و وجود سابقه فAMILIAL مثبت و زمینه ژنتیک یکی از عوامل مساعدکننده تب و تشنج در سن پایینتر و همچنین تکرار تشنج می باشد. پیشنهاد می شود که با توجه به نتیجه این بررسی و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه در خانواده هایی که سابقه فAMILIAL مثبت از تب و تشنج را دارند در صورت بروز تب

سابقه تب و تشنج مکرر وجود داشت که از این تعداد ۱۳ نفر (۱۲/۲٪) دارای سابقه تشنج در فامیل درجه یک بودند. برای بررسی ارتباط بین تشنج مکرر و سابقه فAMILIAL مثبت آزمون آماری chi-square انجام شد که مقدار P مساوی ۰/۰۰۱ و موید ارتباط معنی دار بین تکرار تشنج و سابقه فAMILIAL مثبت می بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- ارتباط بین تشنج مکرر و سابقه فAMILIAL مثبت در

کودکان مورد مطالعه						
تکرار تشنج سابقه تشنج در فامیل درجه یک	بلی		خیر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۱۳	۱۲/۲	۱۰	۹/۳	۲۳	۲۱/۵
خیر	۱۸	۱۶/۸	۶۶	۶۱/۷	۸۴	۷۸/۵
جمع	۳۱	۲۹	۷۶	۷۱	۱۰۷	۱۰۰

بحث

در این مطالعه ۱۰۷ کودک مبتلا به تب و تشنج بررسی شدند و نتایج زیر بدست آمد:

میانگین سن شروع تب و تشنج در کل کودکان ۹/۸ ± ۲۰/۵ ماه بود. این رقم در مطالعه Plochl و همکاران ۲۲/۹ ماه، در مطالعه Offringa و همکاران ۱۸ ماه و در مطالعه Wadhwa و همکاران زیر ۳ سالگی بود (۴، ۵ و ۷).

میانگین سن شروع تب و تشنج در کودکانی که سابقه فAMILIAL مثبت داشتند ۸/۰۲ ± ۱۴/۸ ماه بود که اختلاف معنی داری با کودکانی که سابقه فAMILIAL منفی داشتند مشاهده شد. این مقادیر با مطالعه Plochl و همکاران همخوانی دارد (۵). ۲۱/۴٪ کودکان سابقه تشنج در فامیل درجه یک داشتند. در مطالعه Esch و همکاران این رقم ۱۸٪، در مطالعه Berg و همکاران ۲۵٪ و در مطالعه Wadhawa و همکاران ۲۰٪ ذکر شده است (۶، ۷، ۱۴ و ۱۵). تب و تشنج بطور مشخصی در پسرها بیشتر از دخترها بود بطوریکه ۶۰/۷٪ موارد را پسران و ۳۹/۳٪ را دختران تشکیل می دادند. در مطالعات Esch، Plochl، Wadhawa و همکارانشان نیز شیوع تب و تشنج در پسرها بیشتر بوده

pediatrics 16 th edition, W.B.Saunders company, 1996, PP:1691-1692.

13- Baumann RJ., Technical report: Treatment of the child with simple febrile seizures. Pediatrics 1999, 86: 103-106.

14- Berg AT., Shinnar S., Darefsky AS., et al., predictors of recurrent febrile seizures. a prospective cohort study. Arch pediatr Adolesc med 1997, 151(4): 371-8.

15- Berg AT., Shinnar S., Hauser WA., et al., A prospective study of recurrent febrile seizures. N Engl J med 1992, oct 15, 327(16): 1122-7.

16- Martin fernandez JJ., molto-jorda Jm, villaverde R., et al., Risk factors in recurrent febrile seizures Rev Leurol 1996, 24(136): 1520-4.

17- Tarkka R., Rantala H., Uhari M., Pokkat: Risk of recurrence and outcome after the first febrile seizure. pediatr Neurology 1998, 18(3): 218-20.

18- Peiffer A., Thompson J., Charlier C., et al., A locus for febrile seizures (FEB3) maps two chromosome 2q 23-24. Ann Neurol 1999, 46(4): 671-8.

بالا در کودک، اقدام درمانی جهت جلوگیری از وقوع تشنج بعمل آید (۱۲، ۱۳ و ۱۴).

منابع

1- Bron JK., Minns RA., chapter of Neurology campbell A.G.M Mcintosh Neil Forfar Textbook of paediatrics. 15 th Edition churchil livingston company. 1998, PP: 682-684.

2- Calderon GR., Vallejo MD., Carrera JP., et al., febrile convulsion A clinical study of 303 patients. Bol med hops infant mex 1990, Jan 47(1): 713.

3- Farwell JR., Blackner G., Sulzbacher S., et al., first febrile seizures. Characteristics of the child, the seizure, and the illness. Clinical pediatr (phila) 1994, 33(5): 263-7.

4- Offringa M., Hazebroek AA., Derksen-Lubsen G., pervalence of febrile seizures in Dutch school children. Pediatric Epidemiology 1991, 5(2): 181-8.

5- Plochl E., Laubichler W., Retrospective study of 160 children with febrile convulsions. Pediatr 1992, 204(1): 16-20.

6- Esch A van., steyerberg EW., Berger MY., et al., Family history and recurrence of febrile seizures. Archives of Diseases in childhood 1994, 70: 395-399.

7- Wadhwa N., Bharucha B., Chableni U., et al., An epidemiological study of febrile seizure with special reference to family history and HLA linkage. Indian pediatr 1992, 9(12): 1479-85.

8- Johnson EW., Dubovsky J., Rich SS., et al., Evidence for a novel gene for familial febrile convulsions. Hum mol Gene 1998, 7(1): 63-7.

9- Nakayama J., Hamano K., Iwasaki N., et al., Significant evidence for linkage of febrile seizure to chromosome 5 q14-q15. Hum Mol Genet 2000, 9(1): 87-91.

10- Kugler SL., Stenroos ES., Mandelbaum DE., et al., Herediatry febrile seizures: phenotype and evidence for a chromosome 19 P locus. Am J med Genet 1998, 79(5): 354-61.

11- Offringa M., Patrick M., Bossuy M., et al., Risk Factors for seizure recurrence in children with febril seizures. A pooled analysis of individual patient data from five studies: The Journal of pediatrics 1994, 24(4): 574-584.

12- Hoslam Robert H.A chapter of neurology Behrman Kliegman Avrin Nelson Textbook of