

بررسی عوامل خطرزای مؤثر در اسهال های طول کشیده کودکان

دکتر کاظم سخا: استادیار کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

زمینه و اهداف: یکی از علل مرگ و میر ناشی از اسهال، اسهال های طول کشیده است. اسهال طول کشیده به اسهالی اطلاق می شود که به طور حاد شروع شود و حداقل ۱۴ روز تداوم یابد. هدف از این مطالعه بررسی میزان شیوع و عوامل خطرزای مؤثر در اسهال های طول کشیده بود.

روش بررسی: طی یک بررسی ۷ ساله گذشته نگر تعداد ۱۵۰ پرونده بیماران مبتلا به اسهال طول کشیده انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: اسهال های طول کشیده، روی هم رفته، ۱۰٪ کل بیماران اسهالی را تشکیل می دهند که این رقم از ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۸ روند نزولی داشته و از ۱۱٪ به ۷/۵٪ کاهش یافته است. حداکثر شیوع اسهال های طول کشیده در کودکان کوچکتر از ۶ ماه در بین بیمارانی بوده است که از شیر گاو یا شیرخشک تغذیه می شدند (۵۰٪) و در کودکان بزرگتر از ۶ ماه در بین افرادی شایع تر بوده که غذای کم کالری و کم پروتئین و شیری غیرازشیر مادر دریافت می کردند (۴۰٪). تقریباً تمامی بیماران دچار اسهال طول کشیده به درجاتی از سوء تغذیه مبتلا بودند و آنتی بیوتیک و داروهای ضداسهالی مختلف دریافت می کردند.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان می دهد که تغذیه با شیر مادر و بهبود وضعیت تغذیه در زمان اسهال، از عوامل مؤثر در کاهش اسهال های طول کشیده است.

کلید واژه ها: اسهال طول کشیده، سوء تغذیه، شیرمادر

مقدمه

بیماران از نظر وضع، نوع و کیفیت تغذیه در دوره قبل از اسهال و در زمان بروز اسهال در دو گروه سنی زیر ۶ ماه و بالای ۶ ماه بررسی شدند. مصرف داروهای ضد اسهال و آنتی بیوتیک ها، وقوع بیماری های عفونی همراه و قوام و دفعات دفع مدفوع، سابقه قبلی اسهال طول کشیده مواردی بودند که مورد مطالعه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که کشت مدفوع و بررسی آن از نظر انگل و پروتوزوئر در اکثر بیماران منفی گزارش شد. علت احتمالی منفی بودن نتایج این آزمایش ها دریافت آنتی بیوتیک های مختلف و داروهای ضد پروتوزوئری قبل از بستری بوده است.

یافته ها

اسهال های طول کشیده به طور متوسط ۱۰٪ کل گاستروانتریت ها را تشکیل می دهند که این رقم از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۷ روند نزولی داشته و از ۱۱٪ به ۹٪ و در یک سال آخر بررسی نیز به ۷/۵٪ کاهش یافته است.

جنس: از ۱۵۰ بیمار مورد مطالعه ۸۵ نفر (۵۶/۷٪) پسر و ۶۵ نفر (۴۳/۳٪) دختر بودند.

سن: از نظر سنی ۳۰ نفر (۲۰٪) ۴-۱ ماهه، ۶۸ نفر (۴۵٪) ۱۲-۵ ماهه، ۳۷ نفر (۲۵٪) ۲۴-۱۳ ماهه و بقیه یعنی ۱۵ نفر (۱۰٪) در سنین بالاتر از ۲ سال بودند. حداکثر شیوع سنی اسهال های طول کشیده در بین کودکان کوچکتر از یک سال یا، تقریباً با اندکی چشم پوشی، زیر ۱۸ ماهه ها بود.

نوع تغذیه:

زیر ۶ ماه: از نظر تغذیه در ۳۵ مورد اسهال های طول کشیده در زیر ۶ ماه، ۱۸ مورد (۵۰٪) از شیر گاو یا شیرخشک تنها استفاده می کردند، درحالی که ۱۱ مورد (۳۰٪) از شیر مادر و ۶ مورد (۲۰٪)

اسهال پایدار اسهالی است که به طور حاد شروع شود و حداقل ۱۴ روز تداوم یابد. حدود ۱۰٪ اسهال های حاد در بچه های زیر ۵ سال به ویژه در کشورهای درحال توسعه تبدیل به اسهال پایدار می شوند. اسهال پایدار اغلب باعث اختلال در وضعیت تغذیه کودک می شود و میزان مرگ و میر را افزایش می دهد. ۳۵٪ مرگ های ناشی از اسهال، مربوط به اسهال های طول کشیده است. ۱۵٪ اسهال های طول کشیده به مرگ منتهی می شوند. رشد شیرخوار مبتلا به اسهال طول کشیده به علت اختلال در جذب و کاهش دریافت مواد غذایی، محرومیت برخوردار از رژیم غذایی مطلوب و دفع پروتئین های آن دوژن کاهش می یابد و در اثر کاهش وزن بعد از دوره بهبود نیز بر مقدار وزن کودک به خوبی افزوده نمی شود. اسهال طولانی مدت سبب ایجاد تغییرات وسیع در سطح مخاط روده به صورت صاف شدن ویلوزیته ها و کاهش دی ساکاریدازهای هیدرولیزکننده، و در نتیجه، موجب کاهش جذب مواد غذایی می شود و اسهال تداوم می یابد. این اسهال عامل مهمی در ایجاد سوء تغذیه است و بعد از حذف عامل بیماریزای روده ای هم ادامه می یابد (۱، ۲ و ۳).

مواد و روش ها

۱۷۰۰ پرونده بیماران مبتلا به گاستروانتریت که از فروردین ۱۳۷۲ تا شهریور ۱۳۷۸ در مرکز پزشکی کودکان تبریز بستری شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت و ۱۵۰ مورد اسهال طول کشیده بر مبنای شروع حاد و تداوم آن دو هفته یا بیشتر انتخاب و مطالعه شد. بیماران از نظر سنی به چهار گروه زیر ۴ ماهگی، ۴-۱۲ ماهگی، ۲۴-۱۳ ماهگی و بالای ۲۴ ماهگی تقسیم شدند و شدت سوء تغذیه بیماران بر اساس «وزن به سن» و «وزن به قد» و با استفاده از جداول تعیین شدت سوء تغذیه «گومز و واترلو» مشخص گردید (۴).

از مخلوط شیر مادر و شیر غیر مادری (شیر گاو یا شیرخشک) تغذیه می‌شدند.

بالای ۶ ماه: در سن بالای ۶ ماه از مجموع ۱۱۵ مورد اسهال طول کشیده ۴۶ مورد (۴۰٪) شیر غیر مادری (شیر گاو یا خشک) و تغذیه کمکی کم کالری، کم پروتئین و ۳۵ مورد (۳۰٪) فقط از شیر مادر بدون برنامه خاص و منظم تغذیه کمکی و ۲۳ مورد (۲۰٪) علاوه بر شیر مادر از برنامه تغذیه کمکی منظم ولی فقیر از نظر پروتئین و کالری استفاده می‌کردند و ۱۱ مورد (۱۰٪) از تغذیه کمکی پر انرژی فاقد شیر و ۲ مورد آن از شیر مادر و تغذیه کمکی پر انرژی و پر پروتئین مناسب استفاده می‌کردند.

سابقه اسهال طول کشیده: در زیر ۴ ماهگی از ۳۰ مورد اسهال طول کشیده فقط ۳ مورد (۱۰٪)، در سن ۱۲-۵ ماهگی از ۶۸ مورد ۲۰ بیمار (۳۰٪) و در سن ۲۴-۱۳ ماهگی از ۲۷ مورد ۱۵ (۴۰٪) و در سن بالای ۲ سال از ۱۵ بیمار ۳ (۲۰٪) مورد سابقه اسهال طول کشیده داشتند. بنابراین حداکثر شیوع سابقه مثبت اسهال‌های طول کشیده مجموعاً در ۴۰٪ موارد در سن ۱۳ تا ۲۴ ماهگی بوده است.

داروهای مصرفی قبل از بستری: قبل از بستری تمام بیماران دست کم به مدت کوتاه، خود سرانه یا بنا به توصیه اطرافیان یا به تجویز پزشک دارو دریافت کرده بودند؛ یعنی، همه ۱۵۰ بیمار مبتلا به اسهال طول کشیده، قبل از بستری از آنتی بیوتیک (غالباً کوتریموکسازول) یا داروهای ضد پروتوزئری (مترونیدازول، فورازولیدون) و آنتی پرستالتسم (دیفنوکسیلات، بلادون، هیوسین) استفاده کرده بودند و یودوکینول داروی رایج و شایع مصرفی در تمام موارد بوده است.

دفعات دفع مدفوع روزانه: از ۱۵۰ بیمار دچار اسهال طول کشیده، ۱۲۰ بیمار (۸۰٪) روزانه بیش از ۶ بار و تقریباً ۲۳ مورد (۱۵٪) بین ۴ الی ۶ بار در روز و بقیه یعنی ۷ مورد (۵٪) کمتر از ۴ بار در روز دفع مدفوع داشتند.

قوام و نوع اسهال: ۷۵ مورد (۵۰٪) اسهال آبکی، ۵۲ مورد (۳۵٪) بلغمی و آبکی و ۲۳ مورد (۱۵٪) اسهال خونی داشتند و نهایتاً در ۱۵ مورد (۱۰٪) مخلوطی از سه نوع اسهال بوده است. از مجموع ۱۵۰ مورد اسهال طول کشیده، ۹۷ مورد (۶۵٪) مدفوع چرب و ۳۰ مورد (۲۰٪) بدون چرب بود و در ۲۳ مورد مادران اطلاعی از این موضوع نداشتند. شیوع اسهال چرب و آبکی نسبت به سایر اسهال‌ها با دفع بیش از ۶ بار در روز کاملاً مشخص بوده است.

عفونت‌های همراه: از مجموع ۱۵۰ بیمار دچار اسهال طول کشیده، ۱۷ مورد (۱۱٪) عاری از عفونت و ۱۳۳ مورد (۸۹٪) مبتلا به بیماری‌های عفونی بودند. از میان این عفونت‌ها، ۵۳ مورد (۳۵٪) پنومونی (تشخیص با عکس ساده قفسه سینه)، ۳۸ مورد (۲۵٪) UTI (تشخیص با تجزیه و کشت ادرار)، ۲۲ مورد (۱۵٪) را سرخک در بستری فعلی یا قبلی، ۱۱ مورد (۷٪) را مننژیت (تشخیص با بررسی CSF) و ۳ مورد (۲٪) را اوریون تشکیل می‌داد.

تغذیه و کیفیت آن بعد از شروع اسهال و قبل از بستری: از ۱۵۰ مورد اسهال طول کشیده بر طبق شرح حال، ۱۳۵ مورد (۹۰٪) تغذیه نامناسب مثل محرومیت از مصرف چربی، پروتئین و قطع شیر مادر، شیر گاو و خشک و ادامه تغذیه با لعاب برنج و آب قند

داشتند. تنها در ۱۵ مورد (۱۵٪) تغذیه نه تنها نامناسب نبود بلکه والدین اصول صحیح تغذیه در زمان اسهال را نیز رعایت کرده بودند. **بررسی سوء تغذیه در بیماران:** بر مبنای تعیین شدت سوء تغذیه. «گومز و واترلو»، از ۱۵۰ بیمار دچار اسهال طول کشیده، ۳۰ مورد (۲۰٪) سوء تغذیه شدید، ۵۱ مورد (۳۴٪) سوء تغذیه متوسط و ۶۲ مورد (۴۱٪) سوء تغذیه خفیف داشتند و تنها ۷ بیمار (۵٪) فاقد سوء تغذیه بودند.

بحث و نتیجه گیری

علت اسهال پایدار منفرد نیست بلکه عوامل گوناگونی باعث وقوع این بیماری می‌شوند. گرچه شیگلا، سالمونلا و اشریشیا کلی روده دوست^۱ احتمالاً نقش مهمتری در بروز اسهال ایفا می‌کنند، ولی کریپتوسپریدیوم و برخی پروتوزوئرها روده ای خصوصاً در بیماران دچار سوء تغذیه و فقر غذایی نیز حایز اهمیت اند (۳).

در مطالعات انجام شده بر روی ای کولای روده دوست در بنگلادش و آمریکا مشخص شد که این عامل نقش مهمی در بروز اسهال پایدار، به ویژه در کشورهای در حال توسعه، بازی می‌کند. گرچه در مورد بیمارزایی این عامل اطلاعات کمتری در دست است، ولی بررسی‌های انجام شده در برزیل نشان داد که در کودکان مبتلا به اسهال طول کشیده توسط عامل بیمارزایی مزبور لاکتوفرین، اینترلوکین-۸ و اینترلوکین یک بتا در مدفوع افزایش می‌یابد. در این بررسی مشخص شد که کودکان مبتلا به ای کولای روده دوست با یا بدون وجود اسهال ولی کشت مثبت مدفوع، به اختلال رشد دچار می‌شوند. این نشان می‌دهد که عامل مزبور ممکن است با رها کردن پروتئینی دارای وزن مولکولی بالا مثل اینترلوکین ۸ و ایجاد التهاب روده ای نقش عمده ای در سوء تغذیه کودکان بازی کند (۳، ۵ و ۶). پیرو مطالعه‌ای در نیجریه مشخص شد که تبدیل اسهال حاد به اسهال طول کشیده و کم وزنی در کودکانی که با شیر مادر تغذیه شده اند، بسیار کمتر از کودکانی است که از شیر مادر زودتر گرفته شده یا از شیر مادر محروم بوده اند. مطالعه دیگری در این کشور نشان می‌دهد که حدود ۱۱٪ اسهال‌های حاد در کودکان زیر ۶ ماهه تا ۶۰ ماهگی به اسهال طول کشیده تبدیل می‌شوند که سوء تغذیه عامل مهم و اساسی مسبب آن است. لذا در این جوامع به دلیل مرگ و میر بالای ناشی از اسهال، تغذیه با شیر مادر از راهبردهای اساسی بهداشتی به شمار می‌رود، به نحوی که پژوهشگران معتقدند که با جلوگیری از سوء تغذیه زمینه تبدیل اسهال حاد به اسهال طول کشیده کاهش می‌یابد (۷ و ۸). طبق مطالعه انجام شده در گینه بیسائو، مهمترین علت اسهال‌های طول کشیده قطع شیر مادر، عدم آگاهی و آموزش مادران و وجود خوک در محیط زندگی ذکر شده است. این محققان معتقدند که باید بر تغذیه با شیر مادر، بهداشتی کردن آب آشامیدنی و آموزش نحوه تهیه مواد غذایی بهداشتی تأکید کرد (۹). نتایج بررسی در مرکز پزشکی کودکان تبریز نشان می‌دهد که ۹۵٪ بیماران دچار درجاتی از سوء تغذیه هستند و یکی از راه‌های مهم کاهش سوء تغذیه و اسهال‌های طول کشیده در کشور ما ترویج تغذیه با شیر مادر است. آرایه آموزش به مادران درباره نحوه شروع تغذیه کمکی با رژیم غذایی مناسب و تداوم شیردهی بسیار حایز اهمیت است. باورهای

بهداشتی - درمانی، اصلاح شوند. مطالعه در باره عفونت های عامل بروز اسهال های طول کشیده نیز ضرورت دارد.

غـلطی که درباره نحوه تغذیه کودک مبتلا به اسهال در بین عامه مردم حاکم است، می باید با انتشار اطلاعات صحیح از طریق رسانه های گروهی و تشکیل جلسات آموزشی در مراکز

References

1. Reading on diarrhea. Student manuel world health organization, Geneva 1992
2. Faqundes NU, Kallas MR, Patricio FR. Orphometric study of the small bowel mucosa in infants with diarrhea due to enteropathogenic Escherichia coli strains. Hepatogastroenterol 1997; 44(16): 1051-6
3. خاتمی غ. اسهال طولانی. ششمین کنگره بین المللی بیماریهای کودکان، ۱۳۷۳، صفحات ۲۱۱ تا ۲۲۳
4. Suraj, Gupte. The short textbook of pediatrics. Nutritional deficiency states 1998; pp 115-116
5. Bardhan PK, Albert MJ, Alam NH, Faruque SM, Neogi PK, Mahalanabis D. Small bowel and microbiology in children suffering from persistent diarrhea in Bangladesh. G pediatr GI nutr 1998; 26 (1): 9-15
6. Steiner TS, Lima AA, Nataro JP, Guerrant RL. Enteroaggregative Eschrichia coli produces intestinal inflammation and growth impairment and cause interleukin -8 release from intestinal epithelial cells . J Infect Dis 1998; 177(1): 88 - 96
7. Bhandari N, Bahl R, Sazawal S, Bhan MK. Breast feeding status alters the effect of vitamin A treatment during acute diarrhea in children . J Nutr 1997; 127(1): 59 - 63
8. Nurko S, Garcia JA, Fishbein E, Perez MI. Successful use of chicken based diet for the treatment of severely malnourished children with persistent diarrhea. A prospective randomized study. J pediatr 1997; 131(3): 405 - 12
9. Molbak K, Jensen H, Ingholt L, Aaby P. Risk factors for diarrheal disease incidence in early childhood. A community cohort study from Guinea-Bissau. Am J Epidemiol 1997; 146(3): 273 - 82

Archive of SID