



تشنج ناشی از تب در کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله و بررسی اوتیت حاد میانی در آنان (در بخش اطفال بیمارستان قائم (عج))

Acute Otitis Media in Children With Febrile Convulsion

Ashrafzadeh F, Hashemzadeh A

* Associate professor U M S

Malek A

Resident B

Abstract:

Objective: The aim of this study was prevalence of acute otitis media in children (6mo.-6yr.) with febrile convulsion admitted to the Pediatric Ward of Hospital, 2001-2002 (Khordad 1380-81).

Method: Fifty children (6mo.-6yr.) with febrile convulsion were admitted to the Pediatric Ward of Ghaem Hospital between the 15th of Khordad 1380 to the 15th of Khordad 1381. All of them were examined within the first six hours of admission. A questionnaire was filled for each child.

Results: The patients' mean age was 27.59 months (range 6.5mo.-5yr.) 35 patients were male, and 15 were female. Fifty-four percent of all patients had simple and 46% had complex febrile convulsions. The most common disease was acute otitis media (36%), followed by upper respiratory tract infections (34%), and gastroenteritis (30%).

Association of acute otitis media with febrile convulsion in males was more in females (88.9% , vs 11.1% , P = 0.029)

There was not significant statistical relation between acute otitis media and febrile type convulsions (simple-complex) (P= 0.87).

Key words: Febrile Convulsions; Acute Otitis Media; Children.

در مطالعه Me Intyre ۲۲٪ بیماران اوتیت حاد میانی داشتند یا در مطالعه Farwell اوتیت حاد میانی در ۳۲٪ بیماران مشاهده شد (۱۱ و ۴). مطالعه مشابه مربوط به ایران، چاپ شده در مجلات بدست نیامد.

مواد و روش ها (Material and Methods):

این پژوهش یک مطالعه مشاهده ای از نوع توصیفی است که در آن بیماران ۶ ماه تا ۶ سال مبتلا به تشنج ناشی از تب (F.C) که از خرداد ۸۰ تا خرداد ۸۱ در سرویس کودکان بیمارستان قائم (عج) بستری شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. در طی این مدت ۶۲ بیمار مبتلا به F.C مراجعه نمودند که ۱۲ نفر آنان شرایط ورود به پژوهش را دارا نبودند.* تمامی بیماران در طی ۶ ساعت اول بستری معاینه فیزیکی شده و پرسشنامه برای هر یک تکمیل می شد.

بیماران با اتوسکوپ معاینه دقیق گوش شده و مواردی که علائم بالینی اوتیت به همراه یافته های غیرعادی در پرده صماخ وجود داشت و تمپانوگرام غیرطبیعی بود، تشخیص اوتیت حاد میانی مطرح می شد (سعی شد تمام کودکان هنگامی که آرام هستند معاینه شوند)، در موارد مشکوک* مشورت با سرویس گوش و حلق و بینی صورت می گرفت. پرسشنامه ای حاوی دو قسمت غیراختصاصی و اختصاصی برای هر بیمار تکمیل می گردید که دارای متغیرهای سن، جنس، زمان بستری (برحسب ماه)، نوع حمله، نوع F.C، عامل تب زا و معاینه گوش بود.

* بیماران کمتر از ۲۴ ساعت بستری بودند و یا اینکه والدین آنها برای دادن اطلاعات کافی حضور نداشتند.

* موارد مشکوک شامل مواردی که کانال گوش حاوی سرومن بود، یا علائم بالینی با تمپانوگرام تطابق نداشت.

عنوان مقاله:

تشنج تانسی از تب در کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله
و بررسی اوتیت حاد میانی در آنان

نویسندگان:

دکتر فرح اشرف زاده

فوق تخصص اعصاب کودکان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر احمد هاشم زاده

متخصص بیماریهای کودکان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر عبدالرضا ملک

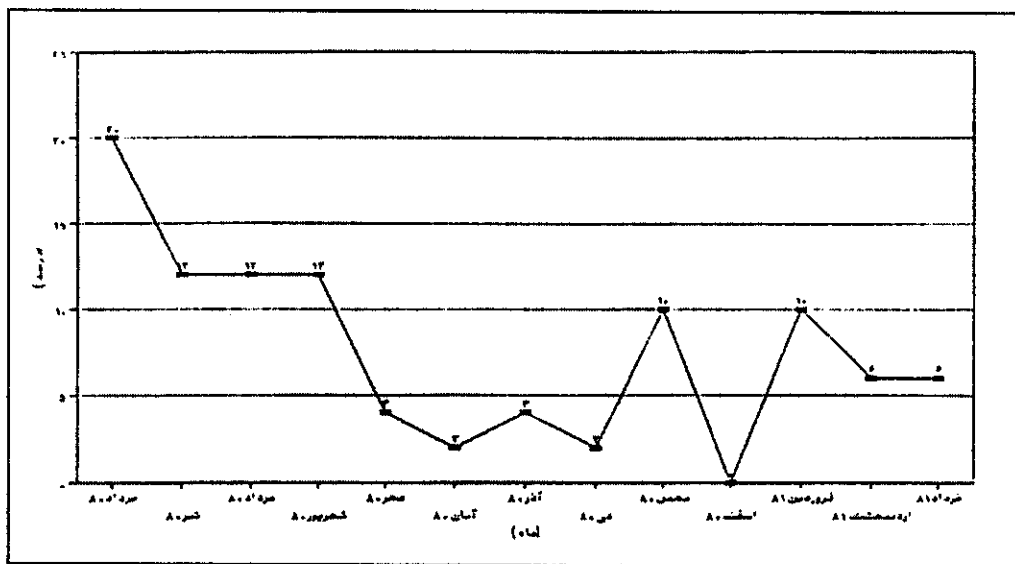
دانشیار تخصصی بیماریهای کودکان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه (Introduction):

تشنج ناشی از تب (Febrile convulsion-F.C) شایعترین علت تشنج در کودکان است. این نوع تشنج در حیطه سنی ۶ ماه تا ۶ سال با تب بالا بروز می کند، جستجوی علت تب در این کودکان ضروری است. در ابتدا بایستی وجود عفونتهای سیستم عصبی مرکزی رد شود (۵).

شایعترین عوامل تب زا در این نوع تشنج، عفونتهای حاد دستگاه تنفسی فوقانی، اوتیت حاد میانی، روزئول انفانتیل و عفونتهای گوارشی و ادراری ذکر شده است. از آنجایی که بدلیل عدم همکاری، معاینه گوش در کودکان مشکل می باشد، و از طرفی در غالب مطالعات اوتیت حاد میانی بعنوان دومین عامل شایع تب زا در کودکان مبتلا به F.C ذکر شده است، ما در این بررسی، عوامل تب زا در کودکان مبتلا به F.C را بررسی نموده و میزان شیوع اوتیت حاد میانی را در آنها بررسی نموده ایم تا توجه بیشتر پزشکان را به این نکته جلب نماییم.

در مطالعه مشابهی که در دو بیمارستان دولتی دویلین در ایرلند انجام شده از ۴۷ کودک مبتلا به F.C ۹ کودک اوتیت حاد چرکی و ۱۸ مورد تانسلیت حاد و ۴ مورد اوتیت و تانسلیت توأم داشتند (۸).



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی بیماران مورد مطالعه برحسب ماههای سال شمسی بیمارستان قائم (عج) سال ۸۱-۱۳۸۰

نتایج (Results):

با توجه به اینکه تشنج ناشی از تب به دو دسته ساده (Simple) و پیچیده (Complex) تقسیم می شود، لذا تمام معیارهای افتراق دهنده این دو نوع مورد ارزیابی قرار گرفت:

۱. نوع تشنج: ۴۹ بیمار (۹۸٪) تشنج از نوع عمومی (ژنرالیزه) و یک بیمار (۲٪) تشنج موضعی (فوکال) داشتند.
۲. طول مدت حمله: در ۴۲ بیمار (۸۴٪) طول مدت تشنج کمتر از ۱۵ دقیقه و در ۸ بیمار (۱۶٪) بیش از ۱۵ دقیقه طول کشید.
۳. تعداد حملات: ۳۲ بیمار (۶۴٪) فقط یک حمله و ۱۸ نفر (۳۶٪) بیش از یک حمله تشنج داشتند.

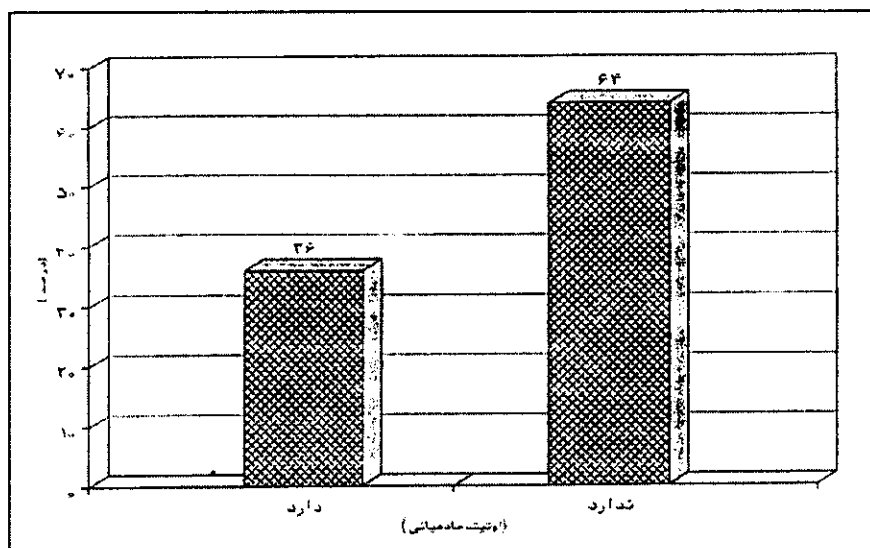
به طور کلی براساس سه معیار فوق، ۲۷ نفر (۵۴٪) تشنج ساده و ۲۳ نفر (۴۶٪) تشنج از نوع پیچیده داشتند. در ۴۳ بیمار (۸۶٪) سابقه قبلی تشنج ناشی از تب (F.C) منفی و در ۷ نفر (۱۴٪) سابقه F.C مثبت بود.

در طی یکسال (از خرداد ۱۳۸۰ تا خرداد ۱۳۸۱) مجموعاً ۶۲ کودک در طیف سنی ۶ماه تا ۶سال به علت تشنج ناشی از تب (F.C) در سرویس اطفال بیمارستان قائم (عج) بستری شدند.

۱۲ کودک به علت عدم رضایت به بستری و یا عدم حضور والدین برای اخذ شرح حال از مطالعه حذف شدند، و ۵۰ کودک مورد مطالعه قرار گرفتند.

۳۵ کودک (۷۰٪) پسر و ۱۵ نفر (۳۰٪) دختر بودند. از نظر سنی بیماران در طیف سنی ۶/۵ تا ۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۲۷/۵۹ ماه و میانه سنی ۲۳ ماه بود.

بیماران مورد بررسی برحسب ماههای مختلف سال (زمان بستری) دسته بندی شدند (نمودار شماره ۱) ولی رابطه ای بین میزان بروز F.C با فصل خاصی از سال بدست نیامد.



نمودار شماره ۲- درصد شیوع اوتیت حاد میانی در بیماران مورد بررسی، بیمارستان قائم (عج) سال ۸۱-۱۳۸۰

جدول شماره ۱- میزان شیوع عوامل اتیولوژیک تب زا در بیماران مورد مطالعه، بیمارستان قائم (عج) ، سال ۸۱-۱۳۸۰

درصد	شیوع	عامل تب زا
۱۸	۹	اوتیت حاد میانی
۱۸	۹	سایر بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی
۲۰	۱۰	گاستروانتریت
۲	۱	روزئول انفانتیل
۱۸	۹	سایر علل *
۱۰	۵	اوتیت حاد میانی و سایر بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی
۶	۳	سایر بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی و گاستروانتریت
۴	۲	اوتیت حاد میانی و گاستروانتریت
۲	۱	اوتیت حاد میانی و روزئول
۲	۱	اوتیت حاد میانی و سایر علل
۱۰۰		مجموع

* سایر علل تب زا عبارتند از: پنومونی (۸٪)، واکسیناسیون سرخک (۴٪)، عفونت ادراری (۴٪) و تب بعد از عمل جراحی (۲٪).

عامل ایجادکننده تب براساس پرسشنامه در بیماران مورد جستجو قرار گرفت (جدول شماره ۱)، در ۲۴٪ از بیماران بیش از یک عامل تب زا وجود داشت. اوتیت حاد میانی به عنوان تنها عامل تب زا در ۱۸٪ بیماران و همراهی اوتیت حاد میانی با یک عامل تب زای دیگر نیز در ۱۸٪ بیماران مشاهده شد. مجموعاً ۳۶٪ بیماران اوتیت حاد میانی را به تنهایی و یا توأم با سایر بیماریها داشتند. (نمودار شماره ۲).

طبق اظهار والدین در ۳ بیمار مبتلا به اوتیت حاد میانی (۱۶/۷٪) سابقه قبلی از اوتیت حاد میانی وجود داشت.

از ۱۸ کودک مبتلا به F.C که دچار اوتیت حاد میانی بودند ۱۶ نفر (۸۸/۹٪) پسر، ۲ مورد (۱۱/۱٪) دختر بودند. در حالیکه در ۳۲ بیمار دیگر ۱۹ نفر (۵۹/۴٪) پسر و ۱۳ نفر (۴۰/۶٪) دختر بودند. رابطه این دو با یکدیگر نشان داد که F.C به همراه اوتیت حاد میانی در جنس مذکر شایعتر است. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲- رابطه جنس در کودکان F.C با یا بدون اوتیت حاد میانی، بیمارستان قائم (عج) سال ۸۱-۱۳۸۰

جنس		کودکان مبتلا به F.C			
دختر		پسر			
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۱/۱	۲	۸۸/۹	۱۶	دارد	اوتیت حاد میانی
۴۰/۶	۱۳	۵۹/۴	۱۹	ندارد	
$X^2=۴/۷۷$		DF = 1		P = ۰/۰۲۹ *	

مطالعه حاضر، رابطه ای بین میزان بروز F.C با فصل خاصی از سال بدست نیامد.

شیوع F.C در پسران ۱/۴ تا ۱/۲ برابر دخترهاست (۱)، در این مطالعه نیز، پسرها ۲/۳ برابر دخترها مبتلا به حملات F.C بودند. در مطالعات مختلف نیز به تفاوت بروز این نوع تشنج در دو جنس دختر و پسر اشاره شده است. کاهش بروز F.C در پسرها در طی ۴ سال اول آهسته است، درحالیکه در جنس مونث، کاهش سریع و ناگهانی است. ممکن است بتوان با فرضیه بلوغ مغزی متفاوت در دو جنس، این پدیده را توضیح داد. بعنوان یک قاعده دخترها سریعتر از پسرها بالغ می شوند، و این موضوع در مورد مراحل بلوغ مغزی نیز صدق می کند. از آنجا که این بلوغ، استعداد تشنج در پاسخ به تب را کاهش می دهد، دخترها نسبت به پسرها، دوره کوتاهتری در معرض این خطر خواهند بود (۱۳).

حملات تشنج ناشی از تب (F.C) به دو دسته ساده و پیچیده تقسیم می شوند، هرگاه حمله F.C طولانی شود (بیش از ۱۵ دقیقه)، موضعی باشد و یا در طی ۲۴ ساعت بیش از یک بار تکرار شود پیچیده نام دارد (۶ و ۴ و ۲)، که طبق مطالعات مختلف شیوع آن را از ۳ درصد تا ۲۰ الی ۲۵ درصد ذکر کرده اند (۲، ۴، ۶، ۱۲). این آمار متفاوت به چندین عامل نسبت داده می شود، اگر مطالعه در بیمارستان انجام

از ۲۷ بیمار مبتلا به F.C ساده ۱۰ بیمار (۳۷٪) اوتیت داشتند و ۱۷ بیمار (۶۳٪) اوتیت نداشتند. از طرفی در ۲۳ بیمار با F.C پیچیده ۸ بیمار (۳۴/۸٪) اوتیت داشتند و ۱۵ مورد (۶۵/۲٪) اوتیت نداشتند. ($P=۰/۷۸$ ، $DF=1$ ، $X_2=۰/۰۲۷$) مشخص شد که رابطه معنی داری بین اوتیت حاد میانی و نوع F.C در این مطالعه وجود نداشت.

بحث : (Discussion)

تشنج ناشی از تب (F.C) شایعترین علت تشنج دوران کودکی است، بطوریکه از هر ۱۰۰ کودک با سن کمتر از ۶ سال، ۴ نفر دچار تشنج ناشی از تب می شوند. این نوع تشنج در طیف سنی ۶ ماه تا ۶ سال اتفاق می افتد (برخی از مولفین سه ماه تا ۵ سال و گاه ۶ ماه تا ۷ سال را ذکر می کنند) (۱۲ و ۳).

در مطالعه حاضر، ۵۰ کودک به عنوان نمونه ای از کودکان ۶ ماه تا ۶ ساله مبتلا به F.C مورد بررسی قرار گرفتند. کوچکترین بیمار ۶/۵ ماهه و بزرگترین آنها ۵ سال سن داشت. میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۲۷/۵۹ ماه بود که مشابه سایر مطالعات است. (۷ و ۱ و ۳).

میزان بروز F.C در فصول سرد، به علت تراکم افراد در یک فضا و شیوع بیماریهای ویروسی، بیشتر است (۴)، اما در

در مطالعه Mc Intyre و همکاران، ۲۲٪ از بیماران مبتلا به F.C اوتیت حاد میانی داشتند (۱۲)، در مطالعه Farwell اوتیت حاد میانی در ۳۲٪ کودکان و تونسلیت حاد در ۲۲٪ مشاهده شد (۴)، و در مطالعه Lee-Jones ۱۲٪ بیماران اوتیت حاد میانی داشتند (۹).

مطالعه ای دیگر در ایرلند ۱۹٪ بیماران مبتلا به F.C، اوتیت حاد میانی داشتند و ۳۸٪ مبتلا به تانسلیت حاد بودند (۹). در تمامی مطالعات فوق اوتیت حاد میانی و تونسلیت حاد شایعترین علت بروز تب در کودکان مبتلا به F.C بود. ولی در مطالعه ای در کشور ژاپن (توکیو)، عفونت دستگاه تنفسی فوقانی در ۶۵٪ بیماران و اوتیت حاد میانی فقط در ۲٪ مشاهده شد (۷).

یافته های این پژوهش و مقایسه آن با سایر مطالعات نشان می دهد که عوامل تب زا در کودکان مبتلا به F.C در جمعیت های مختلف، متفاوت است. در کشور ما نیز توجه بیشتر به بیماریهای گوش در کودکان مبتلا به F.C ضروری است، این امر سبب درمان صحیح و ارتقاء سطح سلامت جامعه می گردد.

شود نسبت حملات پیچیده بیشتر از مطالعاتی است که در سطح جامعه صورت پذیرد، شاید به این دلیل باشد که بسیاری از موارد ساده و خفیف F.C به بیمارستان مراجعه نمی کنند. در مطالعه حاضر نیز ۵۴٪ بیماران مبتلا به نوع ساده و ۴۶٪ نیز مبتلا به نوع پیچیده F.C بودند. از سه عاملی که سبب پیچیده شدن F.C می شود، تکرار حملات نسبت به سایر جنبه ها، بیشتر بود (۳۶٪)، در مطالعه Wallace نیز همین یافته وجود داشت (۱۵).

اما در مطالعه Berg، موضعی بودن حملات بیشتر گزارش شده (۱۰)، در حالیکه در این مورد در مطالعه ما، در ۲٪ کودکان مشاهده شد.

احتمال عود F.C ۲۵ تا ۳۰ درصد می باشد که وابسته به عوامل متعددی منجمله: سن شروع، دفعات تب، مدت و میزان تب، سابقه خانوادگی، نوع حمله اولیه و وضعیت تکامل عصبی می باشد (۳).

در مطالعه ما عوامل فوق مورد بررسی قرار نگرفت اما در ۱۴٪ بیماران سابقه قبلی F.C وجود داشت. در این بررسی، شایعترین بیماری که مشاهده شد اوتیت حاد میانی بود (۳۶٪)، سایر علل به ترتیب شیوع عبارت بودند از: سایر عفونت های دستگاه تنفسی فوقانی و گاستروآنتریت.

چکیده:

هدف: هدف از این مطالعه بررسی میزان شیوع اوتیت حاد میانی در کودکان (۶ماهه تا ۶ساله) مبتلا به تشنج ناشی از تب بستری شده در بخش اطفال بیمارستان قائم (عج) در طی یکسال (۸۱۵-۱۳۸۰) می باشد.

روش کار: ۵۰ کودک ۶ماهه تا ۶ساله که بعلت تشنج ناشی از تب از ۱۵ خرداد ۱۳۸۰ تا ۱۵ خرداد ۱۳۸۱ در بخش اطفال بیمارستان قائم (عج) بستری شده بودند، در طی ۶ ساعت اول بستری مورد معاینه فیزیکی دقیق قرار گرفتند و پرسشنامه ای درباره یافته های هر کودک تکمیل شد.

نتایج: متوسط سنی کودکان ۲۷/۵۹ ماه (۶/۵ ماه تا ۵ سال) بود. ۳۵ بیمار پسر و ۱۵ بیمار دختر بودند، از ۵۰ بیمار مورد مطالعه ۵۴ درصد مبتلا به تشنج ناشی از تب از نوع ساده و ۴۶ درصد مبتلا به نوع پیچیده تب و تشنج بودند.

شایعترین بیماری در این مطالعه اوتیت حاد میانی (۳۶٪) بود. عفونت های دستگاه تنفسی فوقانی (۳۴٪) و گاستروانتریت (۳۰٪) در رده های بعدی قرار داشتند.

همراهی اوتیت حاد میانی با تشنج ناشی از تب در جنس مذکر بیش از مونث بود (۸۸/۹٪ در مقابل ۱۱/۱٪ و $P = ۰/۰۲۹$).

رابطه معنی داری بین وجود اوتیت حاد میانی با نوع تشنج ناشی از تب (ساده و پیچیده) بدست نیامد ($P = ۰/۸۷$).

واژه های کلیدی: تشنج ناشی از تب _ اوتیت حاد میانی _ کودکان

References :

1. Al-Eissa. Febrile seizures: Rate and risk factors of recurrence. J child Neural, 1995; 10 (4): 315-19.
2. Berg AT, Shinner S, Levy SR. Childhood-onset epilepsy with and without preceding febrile seizures. Neurology. 1999; 53 (8): 1742.
3. Camfield CS, Camfield PR. Febrile convulsions. <http://www.epilepsy.org/ctf/febrileconvulsions.html>. 1999; 1-15.
4. Farwell JR. febrile seizures: Recent developments. Pediatr Ann. 1991; 20,25-28.
5. Gubser M, Blumberg A, Donati F. Febrile seizures: The current situation. <http://www.smw.ch/archive/1999/129-17-425-99.html>; 129:649-57.
6. Hirtz DG. Generalized tonic-clonic and febrile seizures. Pediatr Clin North AM. 1989; 36 (2): 365-382.
7. Kajitani T, Takeda Y, Kaneco M, Kimura T. Clinical study of the causes of fever in children with febrile convulsions: Abstracts of the 19th Annual conference of febrile convulsions, 2001; 13:373.
8. Kinsella JB, O'sullivan P, Mc Shane DP. The role of the middle ear and tonsil in the etiology of febrile convulsions. J Pediatr Otolaryngo. 1995; 32:153-157.
9. Lee P, Jones KV. Urinary tract infectuin in febrile convulsions. Arch Dis Child. 1991; 66, 1287-1290.
10. Lewis P, Rowland MD. Febrile convulsions: Merrit's Neurology, 10th ed. Philadelphia, Mc Graw Hill. 2000; 140, 813-819, 824-831, 833-834.
11. Mc Intyre PB, Gray SV, Vance JC. Unsuspected bacterialinfections in febrile convulsions. Med J Aust. 1990; 152:183-186.
12. Nelson KB, Ellenberg JH. Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile convulsions. N Engl J Med 1976; 295: 1029-33.
13. Offringa M, Bossuyt PMM. Risk factors for Seizure recurrence in children with febrile seizures. J Pediatr 1994; 124: 574-84.
14. Singhi PD, Jay Shree. febrile seizures. An up date. Indian Pediatr 1995;35:564-72.
15. Wallace SJ. Factors predisposing to a complicated initial febrile convulsion. Arch Dis Child 1975; 50: 943-7.