

## بررسی تشخیصی تبهای حاد در کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان مرکز طبی کودکان

نویسندگان: دکتر ستاره ممیشتی<sup>۱</sup>، دکتر محمود عاطف‌راد<sup>۲</sup>، دکتر بهروز باوریان<sup>۳</sup>

### خلاصه:

وفور بالای تب به‌عنوان شایع‌ترین شکایت کودکان در مراجعات پزشکی مطرح‌کننده نیاز اساسی به تحقیق و بررسی این بیماران و مطالعه راهها و شیوه‌هایی است که به شکل مناسب و قابل قبول بتوان به آنها کمک کرد و از صرف وقت و هزینه‌های اضافی پرهیز نمود. هدف از این مطالعه شناخت بیماری‌های شایع عامل این مشکل در کودکان، محک‌زدن توان ارزیابی کلینیکی در تشخیص آنها، همچنین ارزیابی درخواست بجا یا نابجای پاراکلینیک در برخورد با این بیماران بوده است. این مطالعه به صورت case series در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۷۹ روی ۴۵۷ کودک دارای تب حاد مراجعه‌کننده به درمانگاه (سپتام ۳ ماه تا ۱۴ ساله) صورت گرفت. در این بررسی ۲۴/۲٪ مراجعین سریائی، تب‌دار بوده و به لحاظ اپیدمیولوژیک جنس مؤنث، اشتغال مادران، نگهداری در مهدکودک از عوامل افزایش بروز تب بوده‌اند. ارزیابی کلینیکی به تنهایی در ۸۱/۴٪ موارد منجر به تشخیص بیماری همراه گردیده و نیاز به پاراکلینیک جهت تشخیص در ۱۸/۶٪ موارد بوده است. شایع‌ترین علت تشخیصی، عفونت‌های تنفسی فوقانی و ویروسی (۶۰٪) و پس از آن اوتیت میا (۹/۸٪) بودند. کاسترو انتربت (۸/۵٪)، نوسیلوفارنژیت (۷/۴٪) و سینوزیت (۶/۵٪) در رده‌های بعدی قرار گرفتند.

با توجه به پائین بودن آمار تشخیصی ما با ارزیابی‌های کلینیکی و استفاده بیشتر از پاراکلینیک در برخورد با این بیماران نسبت به مطالعات خارجی، برنامه‌ریزی بیشتر جهت ارتقاء سطح آگاهی و اصلاح رفتاری همکاران در برخورد با این بیماران توصیه می‌شود که این مسئله خصوصاً در بازآموزی‌ها می‌بایست مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه: تب حاد - کودکان - تشخیص

### مقدمه:

تب که به‌عنوان دمای رکتال بیشتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد و دمای دهانی بیشتر از ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد و یا دمای اگزیلاری بیشتر از ۳۷/۲ درجه سانتی‌گراد تعریف می‌شود یکی از شایع‌ترین شکایات کودکان در مراجعات پزشکی است، به طوری که در چند سال اول زندگی، پس از مراقبت‌های روتین دوران کودکی، به‌عنوان دومین علت مراجعات پزشکی می‌باشد (۱) و در مطالعات مختلف ۱۵ تا ۳۰٪ ویزیت‌های پزشکان متخصص اطفال را تشکیل می‌دهد (۲ و ۳). کودکان خردسال قادر به بیان شرح حال دقیق نیستند و همچنین پاسخ‌های والدین و اطرافیان، به دلیل استرس ناشی از بیماری کودک دقیق

۱ - استادیار گروه عفونی کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

۲ - دستیار کودکان بیمارستان مرکز طبی کودکان

۳ - استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران

نمی‌باشد، مجموع این مسائل ممکن است دقت تشخیص را کاهش دهد (۸). برخورد با این بیماران یکی از معضلات پزشکان خصوصاً متخصصین اطفال می‌باشد و شاید به همین دلیل بسیاری از پزشکان برای رهائی از آن متوسل به انجام روش‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیک می‌گردند.

با توجه به وفور بالای این مشکل در مراجعات پزشکی و عدم وجود مقاله‌ای تحقیقی در مورد تب‌های حاد کودکان در سطح کشور بر آن شدیم ضمن تعیین فراوانی تب‌های حاد کودکان در مراجعات پزشکی که در منابع خارجی ۱۵٪ تا ۳۰٪ گزارش شده است، فراوانی بیمارهای شایع همراه این مشکل را بررسی نمائیم.

همچنین با بررسی توان تشخیصی کلینیکی خودمان به ارزیابی درخواست بجا و نابجای پاراکلینیک در برخورد با این بیماران پردازیم. امید که راهنمایی برای عملکرد همکاران باشد.

### روش کار (Methods):

این مطالعه به صورت case series روی ۴۵۷ کودک دارای تب حاد که طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۷۹ به درمانگاه بیمارستان مرکز طبی کودکان مراجعه کرده و تحت اقدامات لازم تشخیصی و درمانی قرار گرفتند صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه به شرح ذیل بود:

- ۱) کودک دچار تب حاد باشد (از شروع تب بایستی کمتر از ۷ روز گذشته باشد).
- ۲) بیماران بایستی در فاصله سنی ۳ ماه تا ۱۴ سال باشند.
- ۳) بیماران مراجعه‌کننده به طور سرپائی یا با بستری تشخیص داده می‌شدند.
- ۴) پرسشنامه‌ای که مطابق با اهداف طرح، طراحی شده بود تکمیل می‌گردید.

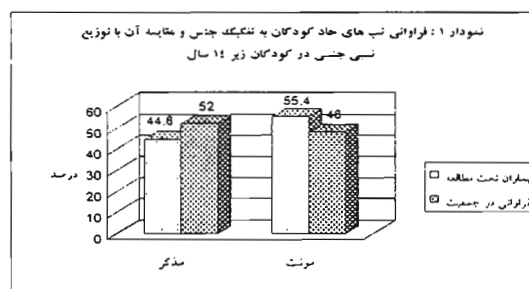
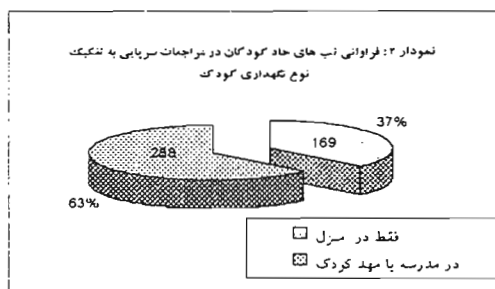
اطلاعات اولیه مربوط به هریک از مراجعین سرپائی واجد معیارهای ورود به مطالعه، با استفاده از شرح حال و معاینه فیزیکی انجام شده در پرسشنامه‌ای که بدین منظور تهیه شده بود ثبت می‌گردید. در صورت عدم کفایت اطلاعات فوق برای تشخیص بیماری و ضرورت نیاز به آزمایشات سعی می‌شد با تأکید بر اهمیت مشکل، خانواده بیمار برای پیگیری موضوع و نشان دادن جواب آزمایشات مورد تشویق قرار گیرند تا با توجه به جواب آزمایشات، تشخیص قطعی ثبت گردد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به صورت فراوانی مطلق و نسبی در قالب جداول و نمودارها توصیف شده و با آمار مطالعات خارجی مقایسه شدند.

### نتایج:

نتایج حاصل از تحقیق انجام شده به شرح ذیل می‌باشد:

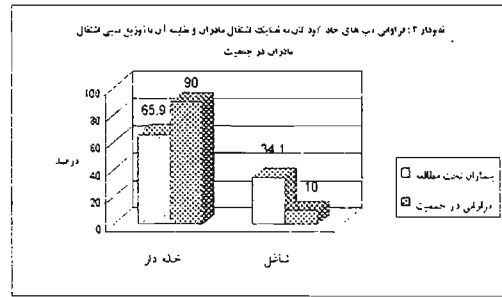
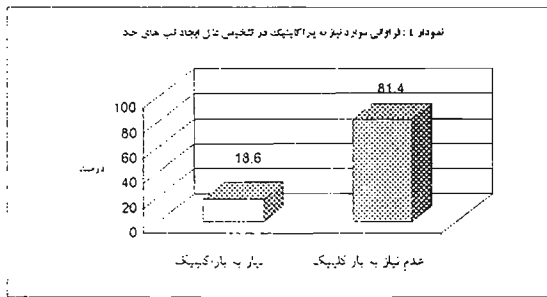
۲۰۴ نفر (۴۴/۶ درصد) از بیماران پسر و ۲۵۳ نفر (۵۵/۴ درصد) دختر بودند (نمودار ۱).

۲۸۸ نفر (۶۳ درصد) از بیماران، در مهدکودک نگهداری شده یا حضور در مدرسه داشته‌اند (نمودار ۲).

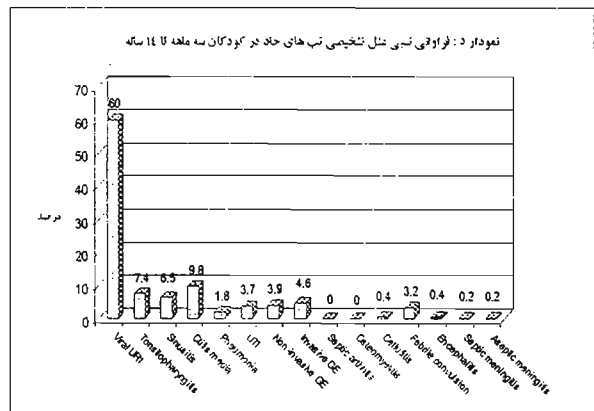
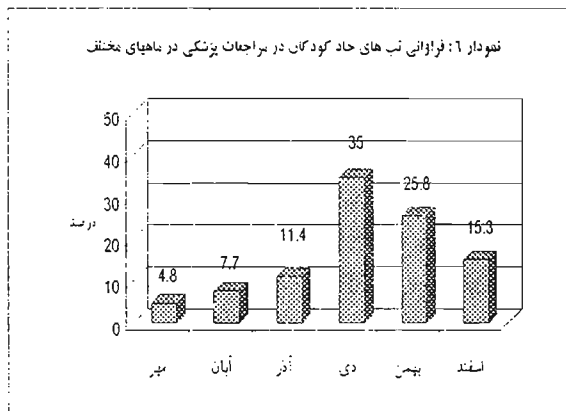


مادران این بیماران در ۶۵/۹ درصد موارد خانه‌دار و ۳۴/۱ درصد موارد شاغل بوده‌اند (نمودار ۳).

با ارزیابی‌های کلینیکی شامل مشاهده، شرح حال و معاینه در ۳۷۲ نفر (۸۱/۴ درصد) موارد تشخیص بیماری گذاشته شد. برای تعداد ۸۵ نفر (۱۸/۶ درصد) موارد نیاز به آزمایشات پاراکلینیک جهت تشخیص قطعی وجود داشت (نمودار ۴).

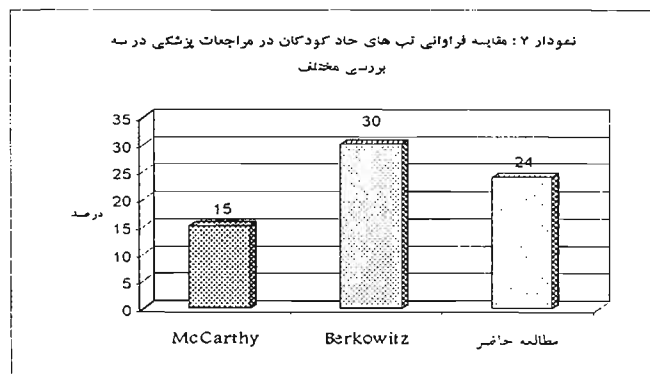


نتایج بیماری‌های تشخیصی همراه در کودکان تب‌دار در نمودار ۵ نمایش داده شده است. به طور میانگین حدود ۲۴/۲ درصد مراجعین سرپائی، مبتلا به تب حاد بوده‌اند. بیشترین مراجعات کودکان تب‌دار در ماه‌های دی و بهمن بود به طوری که کودکان تب‌دار در ماه دی حدود ۳۵ درصد و در ماه بهمن حدود ۲۵ درصد مراجعین سرپائی را تشکیل می‌دادند (نمودار ۶).



بحث:

نمودار ۷ فراوانی تب‌های حاد کودکان در مراجعات پزشکی طبق بررسی ما و مقایسه آن با دو مطالعه دیگر را نشان می‌دهد (۲ و ۳).



طبعاً عوامل یا فاکتورهای مکان، زمان، اقتصاد، بهداشت و در کل تفاوت شرایط اپیدمیولوژیک منطقه‌ای در بروز این تفاوت‌ها مؤثر می‌باشد. عدد ما به بررسی Berkowitz با فراوانی ۳۰ درصد نزدیک‌تر می‌باشد که با توجه به انجام بررسی ما در فصول

سرد قابل توجه می‌باشد.

علی‌رغم توزیع نسبی ۵۲ درصد جنس مذکر در جمعیت کودکان زیر ۱۴ سال (۹) فراوانی تب در این گروه ۴۴/۶ درصد بوده است و به هر ترتیب شیوع تب در جنس مؤنث با فراوانی ۵۵/۴ درصد بالاتر بوده است (نمودار ۱).

در حالی که حدود ۱۰ درصد مادران در جمعیت عادی شاغل می‌باشند (۹) اما ۳۴/۱ درصد مادران کودکان تب‌دار شاغل بوده‌اند (نمودار ۳) که بیانگر افزایش نسبی تب در کودکانی است که مادرانشان شاغل بوده‌اند. حضور کمتر این مادران در منزل و یا نگهداری کودکان این مادران در مراکز نگهداری دسته‌جمعی در این افزایش نسبی مؤثر می‌باشد البته این مسئله باید موردنظر قرار گیرد شاید آگاهی بیشتر و تشخیص زودتر و اهمیت‌دادن به تب کودکان در این دسته از مادران باعث مراجعه بیشتر این گروه به درمانگاه بوده باشد.

بروز تب در کودکانی که در مهدکودک نگهداری شده و یا در مدرسه حضور می‌یابند بیش از کودکانی بوده که در منزل نگهداری می‌شوند (نمودار ۲) که طبعاً به دلیل انتقال بیشتر بیماری‌های عفونی به یکدیگر در این مراکز می‌باشد.

در بررسی ما در ۸۱/۴ درصد موارد علت بیماری تب‌دار، با ارزیابی کلینیکی (شامل مشاهده، شرح حال و معاینه بالینی) قابل تشخیص بوده (نمودار ۴) در حالی که در مطالعات دیگر، تشخیص بیماری تب‌دار با ارزیابی کلینیکی ۸۶ درصد (۸) و در یک بررسی دیگر ۹۲ - ۸۹ درصد ذکر شده است (۴). همچنین نیاز به پاراکلینیک در بررسی ما ۱۸/۶ درصد و در بررسی‌های دیگر ۱۴ - ۸ درصد بوده است (۸ و ۴). این در حالی است که مطالعه ما در یک مرکز دانشگاهی صورت گرفته و طبعاً در مراکز درمانی غیردانشگاهی، آمار تشخیص با ارزیابی‌های کلینیکی نزول بیشتری خواهد داشت. به هر ترتیب مقایسه مطالعه با مطالعات قبلی نشانگر نیاز به افزایش توان ارزیابی کلینیکی، جهت تشخیص بیماری در کودکان تب‌دار می‌باشد.

در کلیه مطالعات خارجی عفونت‌های تنفسی فوقانی و ویروسی شایع‌ترین بیماری تشخیصی همراه تب‌های حاد کودکان را تشکیل می‌دهد برای علل ویروسی در یک مطالعه سهم ۸۵٪ (۸) و در مقایسه دیگر حداقل ۷۰٪ (۵)، در یک بررسی سهم ۵۰٪ (۸) و در مطالعه دیگر ۶۰ - ۴۰٪ ذکر شده است. در بررسی ما نیز با سهم ۶۰٪ به‌عنوان شایع‌ترین علت تب‌های حاد کودکان بوده و این با سایر بررسی‌هایی که در بالا اشاره شد مطابقت دارد. در مطالعات مختلف عفونت‌های تنفسی فوقانی ویروسی حدود ۷٪ مراجعین به پزشکان متخصص اطفال را تشکیل می‌دهد (۷ و ۱۰) ولی در مطالعه ما ۱۳٪ کل مراجعین، عفونت تنفسی فوقانی ویروسی داشته‌اند که با توجه به انجام مطالعه در فصول سرد، این افزایش نسبت به سایر مطالعات قابل توجه می‌باشد. در بررسی ما پس از عفونت‌های تنفسی فوقانی، بیماری‌های اوتیت مدیا (۹/۸٪)، گاستروانتریت (۸/۵٪)، تونسیلو فارنژیت (۷/۴٪) و سینوزیت (۶/۵٪) در رده‌های بعدی شیوع در کودکان تب‌دار قرار می‌گیرند (نمودار ۵). که به نظر می‌رسد شیوع گاستروانتریت به‌عنوان عامل تب، بالا باشد و این خود بیانگر فقر اقتصادی و یا بهداشتی می‌باشد.

با توجه به وفور بالای تب در مراجعات پزشکی و عدم مطالعه منسجم قبلی در مورد تب در سطح کشور و با توجه به تفاوت شرایط اپیدمیولوژیک، نیاز به مطالعات وسیع‌تر و در زمان طولانی‌تر در سطح کشور جهت ارائه راهکارهای اپیدمیولوژیک بیشتر، خصوصاً به لحاظ توزیع بیماری‌های مختلف در تب‌های حاد کودکان برای استفاده همکاران متخصص ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین با توجه به پایین بودن آمار تشخیصی ما با ارزیابی‌های کلینیکی و استفاده بیشتر از پاراکلینیک در برخورد با این بیماران نسبت به مطالعات خارجی، برنامه‌ریزی بیشتر جهت ارتقاء سطح آگاهی و اصلاح رفتاری همکاران در برخورد با این بیماران توصیه می‌شود که این مسئله خصوصاً در بازآموزی‌ها می‌بایست مدنظر قرار گیرد.

## REFERENCES:

- 1- Klin MW, Lorin MI. Fever without source. In: Mcmillan J.A, Deangelis CD, Feigin RD, Warshaw JB. Oski's pediatrics. Third ed. Lippincott: williams & wilkins, 1999, P. 842 – 844.
- 2- McCarthy PL. Fever. Pediatrics In Review. 1998, 19(12): 401 – 407.
- 3- Lorin MI. Fever: pathogenesis and treatment. In: Feigin RD, cherry JD. Textbook of pediatric Infectious Diseases, 4th ed. Philadelphia: W.B. saunders company. 1998, P. 89 – 95.
- 4- McCarthy PL, et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. Pediatrics. 1982. 70: 802 - 809.
- 5- Shanon A. Fever. In: Feldman W. Evidence – Based pediatrics Hamilton: B.C. Decker Inc. 2000. P. 282 – 291.
- 6- Grover G. Fever and Bacteremia. In: Berkowitz C. Pediatrics: A primary care approach. (S) ed. Philadelphia: W.B. saunders company. 1996, P. 127 – 131.
- 7- Powell KR. Fever without a focus In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: W.B. saunders company. 2000. P. 736 – 738.

۸- سیادتى ا. برخورد با بیماران تب‌دار. کنگره بزرگداشت دکتر قریب. ۱۳۶۸؛ ۴۰۰ - ۳۸۶.

۹- سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، ۱۳۷۵، صفحات ۱ و ۷۶ و ۷۷ و ۱۰۹.

۱۰- صادقی ا. بیماری‌زائی باکتری‌ها در دستگاه تنفسی فوقانی کودکان. همایش انجمن پزشکان کودکان ایران. ۱۳۷۹، ۱۴۵-۱۵۴.

## چهاردهمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان

چهاردهمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان از ۲۰ تا ۲۵ مهرماه ۱۳۸۱ برگزار می‌شود. از همکارانی که علاقمند به سخنرانی در این همایش می‌باشند تقاضا می‌شود مقالات خود را با توجه به شرایط زیر تا اول شهریور ۱۳۸۱ به نشانی: تهران- خیابان دکتر ممد قریب، شماره ۶۲ کدپستی ۱۴۱۹۴ - مرکز طبی کودکان یا صندوق پستی ۱۴۱۵۵-۶۳۸۶ مرکز طبی کودکان ارسال فرمایند (زبان رسمی همایش فارسی و انگلیسی است).

۱- خلاصه مقاله به فارسی یا انگلیسی به صورت Structural (با ذکر موضوع Objective، روش مطالعه Methods، نتایج حاصله Results و نتیجه‌گیری Conclusion) به صورتی که مفهوم کل مقاله در آن ذکر شده باشد در حداکثر ۳۰۰ کلمه ارسال شود.

۲- خلاصه مقاله ترجیحاً در یک فلاپی دیسک با واژه‌پرداز زرنگار یا Word (با قلم Zar سایز ۱۲) ارسال شود.

۳- لطفاً اطلاعات زیر همراه با خلاصه مقاله ارسال شود:

نام و نام خانوادگی و مرتبه دانشگاهی نویسنده، نشانی دانشگاه یا محل کار، کدپستی، شماره تلفن، (و در صورت موجود بودن) شماره فاکس و نشانی پست الکترونیک.

همکاران ارجمند جهت ثبت نام می‌توانند مبلغ ثبت نام را که شامل شرکت در کنگره و ناهار می‌باشد، به شرح زیر به حساب ۹۰۱۵۸ بانک ملی ایران شعبه ایثار در وجه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران واریز و عین فیش مربوطه را به‌همراه فرم ثبت نام کنگره، تکمیل شده به دبیرخانه کنگره ارائه تا ثبت نام بعمل آید.

مق ثبت نام برای متخصصین و فوق تخصصهای اطفال:

تا پایان مرداد ۸۱ ۱۶۰۰۰۰ ریال

بعد از تاریخ فوق ۱۸۰۰۰۰ ریال

مق ثبت نام برای پزشکان عمومی و سایر رشته‌ها:

تا پایان مرداد ۸۱ ۱۶۰۰۰۰ ریال

بعد از تاریخ فوق ۱۸۰۰۰۰ ریال

جهت کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با شماره تلفن ۶۴۲۸۹۹۸، فاکس شماره

۶۹۲۳۰۵۴ یا پست الکترونیک rabbaniali@onebox.com تماس حاصل نمایید.