

## وبائيات - سريرييات - اختلاطات - وفيات

### الإسهالات الحادة عند الأطفال

الدكتور يوسف زعللوي<sup>1</sup>

الدكتور منير عثمان<sup>1</sup>

( قبل للنشر في 2000/6/29 )

#### □ الملخص □

- اهتمت هذه الدراسة بوبائيات وسريرييات واختلاطات الإسهالات الحادة عند الأطفال من خلال دراسة أضاير/150/ طفلاً دخلوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بإنتان معوي حاد عام/1997/.
- كثرت الإسهالات الحادة عند الرضع الصغار بعمر أقل من / 6 / أشهر وخاصة في اشهر الصيف، وأطفال الريف وأطفال الطبقة الاجتماعية المتدنية.
- هناك علاقة عكسية بين الإرضاع من الأم والإسهالات الحادة عند الرضع.
- لاحظنا كثرة مشاركة الإقياء والتجفاف 78.6% و76.6% على التوالي.
- لاحظنا كثرة مشاركة رفض الرضاعة ونقص الشهية 30% و50% على التوالي.
- لاحظنا وجود الاختلاج في 10% من الحالات وقد شجع على حدوث هذا الاختلاج: الاضطرابات الشاردية، الترفع الحروزي وزرع البراز الإيجابي، والتجفاف الشديد خاصة.
- 86.2% من حالات التجفاف كان التجفاف فيها  $\geq 10\%$  ..
- 78.1% من حالات التجفاف كانت سوية الصوديوم.
- 76.36% من حالات التجفاف كانت سوية البوتاسيوم.
- شوهدت الاختلاطات بنسبة 23.3%- كانت فترة البقاء في المشفى وسطياً 5.5 يوماً- كانت نسبة الوفيات 7.3% وأهم سبب للوفيات هو انتان الدم.

<sup>1</sup> أستاذ مساعد في قسم الأطفال - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

## Epidémiologie - clinique-complications-mortalité causées par les diarrhées aiguës chez l'enfant.

Dr. Y. ZABALAWI<sup>2</sup>  
Dr. M. OSMAN<sup>2</sup>

(Accepted 29/6/2000)

### □ Résumé □

- On a étudié l'épidémiologie et la clinique, les complications et la mortalité causées par les diarrhées aiguës chez 150 enfants entrés à l'Hôpital AL\_ASSAD Universitaire de Lattaquié en 1997.
- On a vu les diarrhées aiguës surtout chez le petit nourrisson de moins de 6 mois, surtout pendant l'été, et chez les enfants venant des villages, et de bas niveau social.
- Avec un taux bas d'allaitement maternel on a un taux haut de diarrhée.
- On a trouvé des vomissements associés dans 78.6% des cas, déshydratation dans 76.6%, refus de boire dans 30% et manque d'appétit dans 50% des cas.
- On a trouvé des convulsions dans 10% des cas : les anomalies ioniques, la fièvre, la coproculture+, et la sévère déshydratation ont été des causes favorisantes.
- dans 86.2% des cas déshydrates, le taux de déshydratation était  $\leq 10\%$ . 78.1% des cas déshydrates étaient normo sodique.
- 76.36% des cas déshydrates étaient normo-Kaliémique.
- On a un taux de complication de 23.3%.
- La durée d'hospitalisation était en moyenne 5.5 jours.
- Le taux de Mortalité était de 7.3% et la septicémie était le 1<sup>e</sup> cause de Mortalité.

<sup>2</sup> Maître de Conférences, Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, Université Tichrine, Lattaquié, Syrie.

## مقدمة:

- قبل في قسم الأطفال خلال عام/1997/ مائة وخمسون طفلاً بتشخيص إسهال حاد وبعمر أقل من خمس سنوات باستثناء عمر الوليد. شكلت هذه المجموعة من الأطفال نسبة 10% من القبول العام في السنة.
- من استمارات هؤلاء الأطفال الخاصة بهذه الدراسة، ومن أضايرهم أخذنا المعلومات الأولية التي شكلت هذه الدراسة التي اهتمت فقط بالوبائيات والسريريات - بالاختلاطات والوفيات في الإسهالات الحادة عند الأطفال.
- وباستعراض عام لاستطبابات قبول حالات الإسهال الحاد في المشفى وجدنا ما يلي:
  - 1- حالات الإسهال المترافقة مع صدمة ووهط دوراني.
  - 2- حالات الإسهال المترافقة مع تثبيط عام ورفض رضاعة.
  - 3- حالات الإسهال المترافقة مع قيءات معننة شديدة.
  - 4- حالات الإسهال المترافقة مع تجفاف واضطراب شاردي.
  - 5- بعض حالات الإسهال المترافقة مع اختلاج.

## علاقة الإسهال بالحر:

تراوحت أعمار أطفال الدراسة بين شهر وخمس سنوات، وكان عدد الأطفال بعمر أقل سنة / 125 / طفلاً بنسبة 83.3%، وبعمر من /1-3/ سنوات /15/ طفلاً بنسبة 10%، وبعمر أكثر من /3/ سنوات /10/ أطفال بنسبة 6.6%. أما بالنسبة لتوزع الإصابات خلال أشهر السنة الأولى فكانت كما يلي:

72 % من إصابات السنة الأولى كانت خلال الأشهر الست الأولى من العمر  
 28 % من إصابات السنة الأولى كانت خلال النصف الثاني من السنة الأولى من العمر.  
 والجدول رقم/1/ يوضح ذلك.

جدول رقم /1/ يظهر نسبة توزع الإصابات حسب العمر بالأشهر خلال السنة الأولى

العمر بالأشهر	1 - 3 أشهر	3 - 6 شهر	6 - 12 شهر
العدد	40	50	35
النسبة المئوية من مجموع إصابات السنة الأولى	32 %	40 %	28 %

مما سبق نلاحظ أن الإسهالات الحادة غالباً ما تصيب الرضع بعمر أقل من سنة وخاصة ما بين عمر /3-6/ أشهر.

توزع الإصابات حسب أشهر السنة [1]:

الجدول رقم /2/ يبين عدد الإصابات في كل شهر ونسبة كل منها:

أشهر السنة	ك2	شباط	آذار	نيسان	أيار	حزيران	تموز	آب	أيلول	تشرين	تشرين	ك2
عدد الحالات	7	8	10	14	6	14	22	25	20	15	1	2
النسبة المئوية	4.6	5.3	6.6	9.3	4	9.3	14.6	16.6	13.3	10	0.6	2.6

نلاحظ من الجدول (2) أن حالات الإسهال موجودة في كل أشهر السنة ولكن هناك ازدياد واضح في عدد حالات الإسهال بدءاً من شهر حزيران هذه الزيادة تستمر أيضاً خلال أشهر تموز وآب وأيلول وتشرين الأول لتتخفف بعد ذلك في شهري تشرين الثاني وكانون الأول لتعاود مع بعض الارتفاع بداية فصل الشتاء.

## دراسة العوامل المؤهبة لحدوث الإسهال عند الأطفال [2]:

العلاقة مع مكان الإقامة:

بلغ عدد الأطفال المسهولين القاطنين في المدينة /48/ طفلاً بنسبة 32% من مجموع الإصابات، أما أطفال القرى المسهولين فبلغ عددهم /102/ طفلاً بنسبة 68% والجدول رقم/3/ يبين ذلك:

مكان السكن	العدد	النسبة
مدينة	48	32 %
ريف	102	68 %

علاقة الإسهال مع الوضع الاجتماعي والاقتصادي.

اعتمدنا في تقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي على ما يلي: عمل الأب أو ولي أمر الطفل ودرجة ثقافته ودخله الشهري وعدد أفراد الأسرة، فحصلنا على المعلومات التالية:

بلغ عدد الأطفال المسهولين المنتسبين إلى مستوى اجتماعي مقبول /22/ مريضاً بنسبة 30% من مجموع الأطفال الـ75 الذين عرف وضعهم الاقتصادي والاجتماعي، أما عدد الأطفال من مستوى اجتماعي سيئ فبلغ /53/ طفلاً بنسبة 70% علماً بأن المقصود بالفئات المنتسبة إلى مستوى اجتماعي متدن سيئ هي تلك الطبقة من الأطفال التي تعود لأباء غير متقنين جهلة وعدد أفراد أسرهم عادة أكثر من خمسة أفراد مع دخل شهري لا يتجاوز /4/ آلاف ليرة سورية.

علاقة الإسهال مع نوع التغذية:

استقصيت حالة التغذية والإرضاع عند جميع الأطفال وتم التركيز على أطفال السنة الأولى وما دون، وذلك لقلّة عدد الأطفال الذين أعمارهم فوق السنة حيث تنخفض نسبة الإرضاع ويتحول هؤلاء إلى التغذية المتنوعة.

وبالتالي من بين الـ 125 طفلاً من أطفال السنة الأولى كان /20/ طفلاً يرضعون إرضاعاً والدياً، أي بنسبة 16% فقط، و/80/ طفلاً يرضعون إرضاعاً اصطناعياً، أي بنسبة 64%، و/25/ طفلاً يرضعون إرضاعاً مختلطاً (حليب بقر أو مجفف + إرضاع والدي) بنسبة 20% وذلك حسب الجدول رقم /4/

جدول رقم /4/ يظهر توزيع الإصابات على أنواع الإرضاع

نوع التغذية	العدد	النسبة المئوية
إرضاع والدي	20	16 %
إرضاع اصطناعي	80	64 %
إرضاع مختلط	25	20 %

وقد كان لدينا 11.1% من الرضع المسهولين بعمر /6/ أشهر يتلقون إرضاعاً والدياً، 71.1% إرضاعاً اصطناعياً و17.7% إرضاعاً مختلطاً.

علاقة الإسهال مع الحالة الغذائية:

درست هذه العلاقة من خلال مقارنة وزن الأطفال المأخوذ بعد وصولهم القسم وتعويض التجفاف لهم، مع مخطط الوزن المناسب لأعمار هؤلاء الأطفال فلاحظنا ان:

52/ طفلاً يقع وزنه تحت الخط 50% بنسبة 34.6% وأن 30/ طفلاً يقع وزنه على الخط 5% مع العلم ان الخط 5% يمثل وزن 50% من الأطفال الأصحاء، أما بقية الأطفال فمعدلات أوزانهم موضحة بالجدول رقم 5/.  
جدول رقم 5/ يظهر توزع الحالات حسب الأوزان المناسبة لأعمارهم.

النسبة المئوية	عدد الحالات	معدل الوزن	
34.6%	52	>5%	أوزان أقل
20%	30	5%	
10.6%	16	10%	
12%	18	25%	
10%	15	50%	خط الوسط
8%	12	75%	أوزان أعلى
4.6%	7	90%	

نلاحظ من الجدول (5) أن أوزان 65.2% من الأطفال المصابين بإسهال تقع على الخط 10% وما دون.  
دراسة الأعراض والعلامات:

يبين الجدول (6) أهم الأعراض والعلامات المرافقة للإسهال ونسبة تواجد كل منها:  
جدول رقم 6/ يظهر أهم الأعراض والعلامات المرافقة للإسهال:

النسبة المئوية	العدد	العرض أو العلامة
100%	150	إسهال
78.6%	118	قيء
76.6%	115	ترفع حروري
73.3%	110	تجفاف
30%	45	رفض رضاعة
50%	75	نقص شهية
46.6%	70	البراز المخاطي
16.6%	25	البراز المدمى
20%	30	زحير
10%	15	اختلاج
30%	45	سعال
10%	15	تطبل بطن
15.3%	23	الألم البطني

القيء: وجد بنسبة عالية 78.6% يساهم في حدوث التجفاف وسوء التغذية ويعرقل الإماهة عن طريق الفم إذا كان شديداً.

الترفع الحروري: لم يوجد في كل الحالات، وجد فقط بنسبة 76.6%.

نقص الشهية ورفض الرضاعة: وجدا بنسبة عالية من الحالات 50% + 30% = 80%.

السعال: وجد بنسبة 30% وهو يدل على مشاركة الالتهان التنفسي العلوي مع الإسهال والمسبب واحد وهو الحمصة الرامحة [1].

تطبل البطن: وجد بنسبة 10% ويجب التنويه هنا إلى أهمية البحث عن نقص بوتاسيوم الدم كسبب لهذا التطبل وخاصة بعد البدء بالإمالة وخاصة الوريدية والتأكد من إضافة البوتاسيوم إلى المحلول وزيادة كمية البوتاسيوم في حال الضرورة وخاصة عند الأطفال سيئي التغذية.

الاختلاج: وجد عند 15 مريض بنسبة 10% وفيما يلي جدولاً لدراسات عديدة [3،4] مع نسب الاختلاج فيها:  
جدول رقم 7/ يظهر النسبة المئوية للاختلاج في عدة دراسات:

الدراسة	مشفى الأسد الجامعي جامعة تشرين 97	دراسة مشفى الأطفال 1994 [3]	دراسة مشفى الأطفال 1984 [4]
النسبة المئوية	10 %	27 %	24.36 %
العدد الكلي لمرضى الدراسة	150	200	272

من أهم أسباب الاختلاج وجدنا:

- اضطراب في عيار شاردة الصوديوم عند 8 مرضى بنسبة 53.3%:
- منهم 5 مرضى شوهد لديهم نقص في صوديوم الدم بنسبة 33.3%.
- و 3 مرضى شوهد لديهم زيادة في صوديوم الدم بنسبة 20%.
- وجد نقص في كلس الدم تحت 8 ملغ% عند 3 مرضى بنسبة 20%.
- من الجدير ذكره وجود حالة تشارك فيها زيادة صوديوم الدم مع نقص كلس الدم.
- كان الاختلاج حرورياً في حالتين بعمر 6-8 أشهر حيث تجاوزت الحرارة الـ 39م، بنسبة 13.3%.
- وجد اضطراب في تخطيط الدماغ الكهربائي في حالة واحدة فاعتبر الاختلاج صرعياً.
- لم يعرف السبب في حالة واحدة بنسبة 6.6%:
- قد يكون شذوذاً آخر لم يتم البحث عنه: عوز المغنزيوم- عوز البيريدوكسين- اضطراب التوازن الحامضي.
- من بين المرضى الخمسة عشر الذين اختلجوا زرع براز ثمانية منهم وكانت نتائج الزرع كالتالي:
- حالة شيغيلا عند طفل بعمر 8 أشهر لديه ترفع حروري 40م.
- وحالتين *E. coli*.
- وحالة سالمونيلا.
- وحالة كان تحري الروتا فيروس فيها إيجابياً عند طفل بعمر 6 أشهر ولديه ترفع حروري 39.5م.
- أما الحالات الثلاث الباقية فكان الزرع فيها سلبياً.
- كما أن التجفاف ساهم في ارتفاع نسبة الاختلاج، فقد وجد الاختلاج بنسبة 12.7% بين الأطفال المتجففين بينما وجد بنسبة 2.5% بين الأطفال غير المتجففين، وقد ثبت ذلك في دراستي مشفى الأطفال عام 1984/ [4] وعام 1994/ [3] والجدول رقم 8/ يوضح ذلك.

جدول رقم 8) يظهر نسبة حدوث الاختلاج عند الأطفال المتجففين وغير المتجففين

عدد الأطفال المختلجين	النسبة المئوية في دراستنا	النسبة المئوية مشفى الأطفال 1994 [3]	النسبة المئوية مشفى الأطفال 1984 [4]
110	12.7 %	33.8 %	36.03 %

عدد الأطفال غير المتجففين	40	1	2.5 %	12.5 %	16 %
---------------------------	----	---	-------	--------	------

كما أن شدة التجفاف تزيد نسبة احتمال حدوث الاختلاج كما في الجدول رقم (9).

جدول رقم (9) يظهر علاقة الاختلاج مع شدة التجفاف

شدة التجفاف	عدد الأطفال المتجففين	عدد الأطفال المختلجين	النسبة المئوية
15 %	15	4	26.6 %
10 %	24	5	16.6 %
7 %	30	3	10 %
5 %	41	2	4.8 %

التجفاف: وجد لدى 110 طفلاً بنسبة 73.3 %.

والجدول رقم /10/ يوضح توزع الأطفال المتجففين حسب شدة التجفاف مع مقارنة مع دراسة مشفى الأطفال /1994/ [5].

جدول رقم (10) يبين توزع الأطفال المتجففين حسب شدة التجفاف

شدة التجفاف	عدد المرضى	النسبة المئوية في دراستنا	في دراسة مشفى الأطفال 1994 [5]
تجفاف 5 %	41	37.2 %	51.6 %
تجفاف 7 %	24	21.8 %	13.3 %
تجفاف 10 %	30	27.2 %	23.9 %
تجفاف 15 %	15	13.6 %	7.1 %

نلاحظ من الجدول (10) أن 86.2 % من حالات التجفاف هي تجفاف 10 % أو أقل مما يشجع على الاستفادة من

الإمالة القوية كعلاج لهذا التجفاف، كما نلاحظ قلة الحالات الشديدة أكثر من 10 % وهي بنسبة 13.6 %.

التظاهرات السريرية التي لوحظت عند الأطفال المتجففين موضحة في الجدول رقم (11).

جدول رقم (11) يظهر أهم العلامات السريرية في التجفاف

المظاهر السريرية	العدد	النسبة المئوية في دراستنا	النسبة المئوية في دراسة مشفى الأطفال 1994 [5]
التدفع الحاد	95	86.3 %	94.66 %
العطش	85	77.2 %	79 %
جفاف الأغشية المخاطية	80	72.7 %	74 %
الثنية الجلدية	75	68.1 %	65 %
غزور العينين	77	70 %	81.2 %
غزور اليافوخ	70	63.6 %	44.9 %
نرفزة وهياج	33	30 %	26.9 %
وهن عام	27	24.5 %	21.5 %
جلد عجيني	7	6.36 %	10.5 %
تنفس حماضي	12	10.9 %	11.2 %

اختلاج	14	%12.7	%9.7
ميل للتشنج	10	%9.09	%5.3
صدمة	11	%10	%5.3
تطبل بطن	15	%13.6	%2.8
نبض متسرع	90	%81.8	%94.16
شح البول	55	%50	%45
انقطاع البول	4	%3.6	%5.3
انعدام النبض	1	—	%5.3

إن الفحص السريري للطفل المصاب بالإسهال هام جداً أولاً لتقدير شدة التجفاف ثم لفحص باقي الأجهزة الأخرى. نعرف أهمية نقص الوزن في تقدير نسبة التجفاف وفي حال عدم معرفة وزن سابق للمريض نعتمد على الفحص السريري للمريض لتقدير نسبة التجفاف وقد بسطت منظمة الصحة العالمية هذا التقدير جداً بالاعتماد على عدة علامات سريرية:

أولها الحالة العامة: طبيعية أو وجود نرفزة وهياج أو بالعكس وجود خبل وميل للنوم. ثم العين والدموع: غور العينين يدل على التجفاف خارج الخلايا وتزداد شدة هذا الغور مع ازدياد شدة التجفاف كذلك يغيب الدمع في حال التجفاف. في دراستنا كان الدمع غائباً في 31.8% من الحالات وموجوداً في 45.4% من الحالات ولم تستقص هذه العلامة في 22.7% من الحالات.

#### العطش وجفاف الأغشية المخاطية:

كلاهما يدل على التجفاف داخل الخلايا، من المهم مشاهدة ارتكاس الطفل أثناء مشاهدة كأس الماء وكيف يشرب الماء بشكل طبيعي أو بلهفة كبيرة وبهم أو بالعكس لا يقوى على شرب الماء وهذا يساعد على تقدير شدة التجفاف. وجود جفاف الأغشية المخاطية الشديد يستدعي الحذر والاعتدال بكمية السوائل المعطاة حتى نعرف شوارد الدم ونتصرف بعدها.

الثنية الجلدية نشاهدها في التجفاف خارج الخلايا وشدتها تدل على شدة هذا التجفاف. تحري علامات الخطورة ووجودها يدل على شدة التجفاف مثل علامات الصدمة ومنها النبض المتسرع، التنفس الحماضي، انقطاع البول.... وجد الترفع الحروري عند الأطفال المتجففين بنسبة أعلى من نسبة مجموع الأطفال المرضى 86.3% مقابل 76.6% وهذا يدعنا نقول أن التجفاف يساهم في الترفع الحروري وليس فقط العامل المسبب للإسهال في النهاية نستطيع تصنيف المريض في إحدى الحالات الثلاثة التالية:

- لا يوجد تجفاف.
- أو يوجد تجفاف بسيط.
- أو يوجد تجفاف شديد.

وطبعاً تختلف طريقة العلاج في كل حالة من هذه الحالات، وسوف نخصص دراسة مستقلة لعلاج الإسهالات الحادة في المستقبل القريب.

#### أنواع التجفاف:

عوير الصوديوم عند جميع الأطفال المتجففين إما لحظة وصول الطفل إلى المشفى أو بعد إعاضة نصف التجفاف. الجدول رقم (12) يوضح أنواع التجفاف ونسبة كل منها في دراستنا ودراسة مشفى الأطفال في دمشق 1994 [5].



جدول (12) يظهر أنواع التجفاف ونسب كل منها

نوع التجفاف	العدد	النسبة المئوية في دراستنا	النسبة المئوية في دراسة مشفى الأطفال 1994 [5]
سوي الصوديوم	86	% 78.1	% 74.2
ناقص الصوديوم	17	% 15.4	% 4.8
مفرط الصوديوم	7	% 6.3	% 20.8

من الجدول (12) نستنتج أن أغلبية المرضى كان تجفافها سوي الصوديوم.

الدكتورة رجاء زيود اهتمت بالتجفاف المفرط الصوديوم وذلك لارتفاع نسبته في دراستها وركزت على الأسباب المؤهبة لهذه الزيادة ولا ضير من ذكر نتائج دراستها في هذه الدراسة أيضاً.

لقد كانت نسبة الذكور في هذه الدراسة %58.5 مقابل %41.5 إناث.

لقد بلغت نسبة التجفاف المفرط الصوديوم لدى الرضع أصغر من ستة أشهر %88.7 وهذا يتماشى أيضاً مع النسب العالمية كما جاء في تلك الدراسة.

كانت نسبة الحالات التي تناولت محاليل الإماهة الفموية ذات تركيز الصوديوم العالي (90 ميلي معادل/ليتر) %71.4، من هؤلاء الأطفال %40 لديهم أخطاء بتمديد هذه المحاليل، أعطيت هذه المحاليل بشكل عشوائي، وبلغ متوسط عدد الأيام 3 أيام قبل يوم القبول، وقد يكون نوع الإسهال (الإسهال المائي) مسؤولاً عن هذا التجفاف المفرط الصوديوم، وقد كانت أخطاء التمديد تعود إلى أخطاء من الأطباء أنفسهم أو الأهل غالباً.

#### ملاحظة:

تم اعتماد الأرقام التالية في تحديد مستوى الصوديوم:

- تجفاف مفرط الصوديوم < 150 ميلي معادل/ليتر.

- تجفاف سوي الصوديوم بين 130-150 ميلي معادل/ليتر.

- تجفاف ناقص الصوديوم > 130 ميلي معادل/ليتر.

توزع الحالات حسب مستوى شاردة البوتاسيوم:

تم اعتماد الرقم الطبيعي للبوتاسيوم بين 3.5-5 ميلي معادل/ليتر، وقد أظهرت النتائج المخبرية التوزيع التالي لقيم البوتاسيوم كما في الجدول (13).

جدول رقم (13) يظهر نسب توزع حالات التجفاف تبعاً لقيم البوتاسيوم مع مقارنة بدراسة محلية [5].

تركيز شاردة البوتاسيوم	العدد	النسبة المئوية في دراستنا	النسبة المئوية في دراسة مشفى الأطفال 1994 [5]
سوي البوتاسيوم	84	% 76.36	%88.3
ناقص البوتاسيوم	10	% 9.09	% 6.18
مفرط البوتاسيوم	16	% 14.5	% 5.4

نلاحظ أن أغلبية الحالات كانت سوية البوتاسيوم، أما حالات نقص البوتاسيوم فكانت تشاهد على الأغلب عند الأطفال سيئ التغذية وإضافة البوتاسيوم لديهم بشكل متأخر وغير كافي، أما الحالات المترافقة بزيادة بوتاسيوم الدم فقد تعود إلى شدة التجفاف وقصور الكلية الوظيفي لذلك يجب تقييم وظيفة الكلية.

وقد كانت أخفض قيم البوتاسيوم 2 ميلي معادل/ليتر، أما أعلى قيمة فكانت 7.5 ميلي معادل/ليتر.

## الاختلالات:

شوهدت الاختلالات عند 35 طفلاً بنسبة 23.3%.

والجدول رقم (14) يوضح هذه الاختلالات ونسبتها في دراستنا مع مقارنة مع دراسة مشفى الأطفال في دمشق 1994 [3].

جدول رقم (14) يظهر مقارنة بين نسبة تواجد الاختلالات بين دراستنا ودراسة محلية

الاختلالات	عدد الحالات	النسبة المئوية في دراستنا	دراسة مشفى الأطفال 1994 [3]
عوز خميرة اللاكتاز الثانوي	19	12.6 %	9 %
قياءات طحلية	4	2.6 %	8.5 %
قصور كلوي	4	2.6 %	3.5 %
عوز فيتامين K	3	2 %	0.5 %
وذمة دماغية	2	1.3 %	—
نزف دماغي	1	0.6 %	—
استرخاء قلب	2	1.3 %	—

علماً بأن نسبة الاختلالات كاملة في دراسة دمشق 1994 [3] بلغت 31% مقابل 23.3% في دراستنا عام 1997. أعلى نسبة اختلالات كانت لعوز خميرة اللاكتاز الثانوي، كان يشك بالتشخيص سريرياً أمام استمرار الإسهال خصوصاً بعد إدخال الحليب. القيئات الطحلية ترافقت دوماً مع سوء الحالة العامة باجتماع عوامل عدة أهمها سوء التغذية قبل الإصابة بالإسهال وتأخر العلاج بالإمهاء المناسبة. القصور الكلوي له علاقة مع شدة التجفاف وقصور الكلية الوظيفي الذي يتحسن غالباً بالإمهاء المناسبة. عوز الفيتامين K شوهد في 3 حالات مما يدفعنا للقول بضرورة إعطاء الفيتامين K للمصابين بالإسهال من صغار الرضع وخاصة إذا ترافقت الحالات مع إعطاء الصادات الحيوية. شاهدنا الوذمة الدماغية في حالتين والنزف الدماغي في حالة واحدة وهذه الحالات لها علاقة بالاضطرابات الاستقلابية المرافقة للإمهاء (نقص صوديوم أو تجفاف مفرط الصوديوم). استرخاء قلب في حالتين أيضاً، قد يتهم التسريب الوريدي السريع في هذه الحالات. وقد ذكر في عدة مراجع أجنبية [6 و 7 و 8] عن احتمال حدوث كولون عرطل سمي كاختلاط لانتانات الكولون وخاصة بالسالمونيلا مع نسبة وفيات عالية 15%.

واتهم بعض المؤلفين الأدوية *anti cholinergic* كسبب مؤهب لهذا الاختلاط ونصحوا بالابتعاد عن هذه الأدوية.

الإشذار: اعتمدنا في تحديد الإنذار على مشعرين:

- طول فترة الاستشفاء.
- نسبة الوفيات، كما في الجدول رقم (15).

جدول رقم (15) يبين فترة الاستشفاء ونسبة كل مجموعة

فترة البقاء في المستشفى	عدد الأطفال	النسبة المئوية
> أسبوع (غالباً 3 أيام)	86	63.2 %
< أسبوع	40	29.4 %
< أسبوعين	10	7.35 %

وبالتالي المدة الوسطية للبقاء في المشفى 5.5 يوماً.

وقد تخرج 14 طفلاً على مسؤولية الأهل بنسبة 9.3%، أعيد قبول 5 حالات فقط قبل مضي أسبوع على تخرجهم. أما بالنسبة لنتائج معالجة الإنتانات المعوية فهي كالتالي (بغض النظر عن نوع العلاج):

- عدد الحالات الشافية /139/ بنسبة 92.6%.

- أما عدد الوفيات /11/ بنسبة 7.3%، كما في الجدول (16).

جدول رقم (16) يظهر مقارنة الوفيات في دراستنا ودراسات محلية

النسبة	عدد الوفيات	عدد الحالات المسجلة	
7.3%	11	150	دراستنا
9.5%	19	200	دراسة مشفى الأطفال [3] 1994
9.19%	25	272	دراسة مشفى الأطفال [4] 1984

إن نسبة الوفيات متقاربة في هذه الدراسات المحلية ولكن تظل مرتفعة بالمقارنة مع الدراسات العالمية (دراسة مشفى الأطفال في دمشق 1994 [3]).

لذلك سوف نستعرض أسباب الوفيات في دراستنا وفي دراسة محلية [3].

جدول رقم (17) يظهر أسباب الوفيات في دراستنا ونسب كل منها ومقارنته بدراسة دمشق 1994

دراسة مشفى الأطفال [3] 1994	النسبة المئوية دارستنا	العدد	سبب الوفاة
2.5 %	0.6 %	1	استنشاق رئوي
2 %	—	—	Dic
0.5 %	0.6 %	1	قصور كلوي حاد
3.5 %	3.3 %	5	شك انتان دم
—	1.3 %	2	صدمة نقص الحجم
—	0.6 %	1	صدمة تحسسية
—	0.6 %	1	نزف دماغي
1 %	—	—	انتان دم

من الجدول (17) نلاحظ أن السبب الأول للوفيات هي انتان الدم.

معدل وفيات الإسهالات الحادة حسب الفئات العمرية، كما في الجدول (18).

جدول رقم (18) يبين علاقة الوفيات بالعمر

العمر	عدد الوفيات	النسبة المئوية
أقل من سنة من 2-12 شهر	8	72.7%
من 1-3 سنة	3	27.2%

من الجدول (18) نستنتج أن معدل الوفيات عند الأطفال الأصغر من سنة أعلى بـ 3 مرات تقريباً من لدى الأطفال الأكبر سناً، وهذا ما يدعو إلى تشديد التعليمات الصحية الضرورية في الوقاية من الإسهالات الحادة في هذا العمر الصغير وخاصة تشجيع الإرضاع الوالدي في النصف الأول من السنة الأولى [9].

في دراسة جرت في البرتغال عن وفيات الأطفال المصابين بالإسهالات الحادة [10] شددت هذه الدراسة على العمر أقل من ستة أشهر، سوء التغذية الشديد، عدم التحمل الغذائي ووجود العصية الكولونية الممرضة للأمعاء في زرع البراز كعوامل عالية الخطورة مؤهبة للوفاة عند هؤلاء الأطفال، ونصح باستخدام خطط علاجية محددة لحسن علاج هؤلاء الأطفال [11].

## مناقشة النتائج:

- وجدت الإسهالات بكثرة عند الرضع خلال السنة الأولى من العمر وخاصة في النصف الأول من هذه السنة.
- وجدت الإسهالات الحادة بأعلى نسب خلال أشهر الصيف حزينان وتموز وآب وأيلول.
- وخاصة عند أطفال الريف وأطفال الطبقة الاجتماعية المتدنية حيث تكثر سوء التغذية ونقص الوزن بالنسبة للعمر.
- هناك علاقة واضحة عكسية بين قلة الإرضاع الوالدي وكثرة الإسهالات الحادة وهذا ما يدعنا نشجع دائماً على الإرضاع الوالدي في الأشهر الستة الأولى من العمر وخاصة عند أطفال الريف وأطفال الطبقة الاجتماعية المتدنية وتأخير التحول من الإرضاع الوالدي إلى الإرضاع الاصطناعي إلى ما بعد انتهاء الأشهر الحارة وبدء اعتدال المناخ.
- لاحظنا كثرة مشاركة الإقياء والتجفاف 78.6% و 76.6% على التوالي.
- لاحظنا كثرة تشارك رفض الرضاعة ونقص الشهية 30% و 50% على التوالي مما يعيق الإماهة عن طريق الفم.
- لاحظنا وجود الاختلاج في 10% من الحالات وقد ساهم في حدوث الاختلاج الاضطرابات الشاردية، والترفع الحروري، كما كثر الاختلاج في حال كون زرع البراز إيجابياً، كما ساهم التجفاف وشدته في حدوث الاختلاج.
- 86.2% من حالات التجفاف كان التجفاف فيها  $\geq 10\%$  مما يشجع على الاستفادة من الإماهة الفموية.
- 78.1% من حالات التجفاف كانت سوية الصوديوم.
- 76.36% من حالات التجفاف كانت سوية البوتاسيوم
- وهذا لا يمنع من ظهور نقص البوتاسيوم بعد البدء بالإماهة وخاصة عند سيئ التغذية.
- شوهدت الاختلاطات بنسبة 23.3% وأهمها عوز اللاكتاز الثانوي بنسبة 12.6%، وكثير من الاختلاطات تعود لاضطرابات شاردية مثل نقص الصوديوم أو فرط الصوديوم أو إلى سرعة في إعطاء السوائل خاصة عند سيئ التغذية.
- فترة البقاء في المشفى وسطياً 5.5 يوم مع 63.2% من الحالات كانت فترة الاستشفاء فيها أقل من أسبوع.

- كان لدينا نسبة وفيات 7.3% وأهم سبب للوفيات هو انتان الدم.
- كانت الوفيات في معظمها عند الرضع بعمر أقل من سنة وبنسبة 72.7%، وهنا تكمن أهمية زرع البراز وتحديد الجرثوم وحساسيته على الصادات الحيوية وحتى زرع الدم عند الرضع المصابين بإسهالات حادة مع ترفع حروري وسوء التغذية.

## المراجع :

- 1- paediatric gastrointestinal diseases 1992 Robert Willye P613-616.
- 2- Clinical infection disease 1994.
- 3- العباسي، داعية-الإسهالات الحادة عند الأطفال/1994/-رسالة ماجستير جامعة دمشق.
- 4- ياسر، يحيى-مساهمة في دراسة الإسهالات الحادة عند الأطفال/1984/-رسالة ماجستير جامعة دمشق.
- 5- زيود، رجاء-التجفاف /1994/-رسالة ماجستير جامعة دمشق.
- 6- Tsai TC, Wu TC, Wei CF, Hwang B. Toxic megacolon secondary to infective colitis in children. J Formos Med Assoc 2000 Mar; 99 (3): 199-205.
- 7- Tiao MM, Huang HC, Huang CB, Chuang JH, shieh CS, shen TL. Toxic megacolon in Salmonella colitis: report of two cases.  
Chung Hua Min Kuo Hsiao Erh Ko I Hsueh Hui Tsa chih 2000 Jan-Feb; 41 (1): 43-6
- 8- Castells A, Cardona MQ, Pedrol E, Navarro M, Casademont J, Coca A.  
Toxic megacolon and intestinal Perforation Caused by Salmonella enteritidis.  
Rev clin Esp 1990 Apr; 186 (7): 332-4
- 9- الندوة الوطنية للإسهالات الحادة عند الأطفال-من منشورات رعاية الطفولة والأمومة وتنظيم الأسرة /1985/-وزارة الصحة-دمشق.
- 10-De Andrade JA, de oliveira JO, Fagundes Neto U. Lethality in hospitalized infants with acute diarrhea. Rev Assoc Med Bras 1999 Apr-Jun; 45 (2): 121-7.
- 11 -Ahmed T, Ali M, Ullah MM, Choudhury IA, Haque ME, Salam MA, Rabbani GH, Suskind RM, Fuchs GJ. Mortality in severely malnourished children with diarrhoea and use of a standardized management protocol. Lancet 1999 Jun 5; 353 (9168): 1919-22.