

التهاب ملتحمه الجرثومي عند الوليد خبرة مشفى الأسد الجامعي باللاذقية

- * الدكتور مأمون الحكيم
** الدكتورة غزل ديب
*** ماهر مسالمة***

(قبل للنشر في 2004/2/26)

□ الملخص □

- شملت الدراسة (58) حالة إلتهاب ملتحمه عند الولدان المراجعين لمشفى الأسد الجامعي في اللاذقية منها (37) حالة التهاب ملتحمه مكتسب خارج المشفى و(21) حالة التهاب ملتحمه مكتسب داخل المشفى وكانت نتائج هذا البحث كمايلي :
- وسطي عمر الوليد عند بدء ظهور أعراض التهاب الملتحمه المكتسب خارج المشفى 5.2 يوم و6.3 يوم بعد قبول الوليد داخل المشفى
 - البدء الباكر (خلال الأسبوع الأول) لظهور الالتهاب خارج المشفى 67.6% و61.9% خلال الأسبوع الأول من قبول الوليد داخل المشفى
 - نسبة الذكور الى الاناث 1:1.32
 - أهم العوامل المؤهبة لالتهاب الملتحمه خارج المشفى وداخلها هو عدم تطبيق الوقاية العينيه بالإضافة إلى تطبيق وسائل الإنعاش والخداجة
 - كانت نسبة درجة التهاب الملتحمه الخفيف الشدة 83.7% من الحالات المدروسة خارج المشفى و85.7% للحالات المدروسة داخل المشفى
 - الالتهاب أحادي الجانب في 51.3% من الحالات خارج المشفى و57.2% من الحالات المدروسة داخل المشفى
 - أهم التظاهرات السريرية العينيه الإحتقان الملتحمي وتبلغ نسبته 100% والرمص ونسبته تقريبا 85%
 - الاصابات المرافقة خارج العينيه تشمل أعراض تنفسية علوية بنسبة 16.2% من حالات التهاب الملتحمه خارج المشفى وأنتان دم ونسبته 66.6% من الحالات داخل المشفى
 - نسبة الاختلاطات العينيه 0%
 - نسبة إيجابية الزرع الجرثومية لإلتهاب الملتحمه خارج المشفى 81.1% أما داخل المشفى كانت 76.2%
 - أشيع الجراثيم المسببة لالتهاب الملتحمه خارج المشفى هي: العنقوديات المذهبه 36.6% ثم العصيات الزرق 23.3% ثم الإيشريشيا كولي 20%
 - أشيع الجراثيم المسببة لإلتهاب الملتحمه داخل المشفى العصيات الزرق 31.2% ثم الكليبيسيلا 25% ثم العنقوديات المذهبه 18.7%
 - تظهر العصيات الزرق حساسية عالية للأميكاسين والإيمينم 91.9% ثم السيفتازيديم والسيبروفلوكساسين
 - تمتلك العنقوديات المذهبه نسبة عالية من الحساسية على السيبروفلوكساسين ثم الأموكسيسيلين - كلافولانيك أسيد والكلوكساسلين
 - الكليبيسيلا معندة على أغلب الصادات باستثناء الإيمينم والسيبروفلوكساسين
 - تمتلك كل من الأميكاسين والإيمينم والسيفتوتاكسيم والسفترياكسون فعالية جيدة تجاه الايشريشيا كولي والأنثيروباكتز

* مدرس قسم الأطفال-كلية الطب -جامعة تشرين-اللاذقية-سوريا.
**مدرسة قسم الأطفال - كلية الطب-جامعة تشرين-اللاذقية- سوريا.
*** طالب الدراسات العليا-قسم الأطفال-كلية الطب-جامعة تشرين- اللاذقية-سوريا.

Bacterial Conjunctivitis in Neonates Experience of Al Assad University Hospital in Latakia

Dr. Maamoon AL Hakeem*
Dr. Kazal Deeb **
Maher Masalma ***

(Accepted 26/2/2004)

□ ABSTRACT □

This study included 58 cases of Neonatal Conjunctivitis at Al Assad University Hospital in Latakia. 37 cases out of the 58 cases were acquired from outside the hospital while the other 21 cases were acquired from inside the hospital.

The results were as follows:

- The average age of symptoms manifestation in neonates infected is 5.2 days for conjunctivitis acquired outside the hospital and 6.3 days for conjunctivitis acquired inside the hospital starting from the first day of admitting the neonate to the hospital.
- The percentage of early onset of neonatal conjunctivitis during the first week in cases acquired outside the hospital was 67.6% while it was 61.9% for neonates acquiring conjunctivitis inside the hospital within the first week of admittance.
- Male to female rate was 1.32:1
- The most important predisposing factor, inside and outside the hospital, was the absence of ophthalmic prophylaxis, Resuscitation and Prematurity.
- The percentages of mild cases were 83.7% for outpatients and 85.7% for inpatients.
- Unilateral neonatal conjunctivitis was 51.3% for outpatient's cases and 57.2% for inpatients cases.
- The most important ophthalmic clinical manifestations were conjunctival congestion in 100% and purulent discharge in 85%.
- The associated extra ophthalmic manifestations were upper respiratory tract symptoms in 16.2% of cases acquired outside the hospital and sepsis in 66.6% of cases acquired from inside the hospital.
- The percentage of ophthalmic complications was 0%
- Bacterial culture was positive in 81.1% for cases acquired outside the hospital and 76.2% for cases acquired inside the hospital.
- The most common bacterial agents for cases acquired conjunctivitis from outside the hospital were staphylococcus aureus in 36.6%, Pseudomonas aeruginosa in 23.3% and E. coli in 20%.
- The most common bacterial agents for cases acquired conjunctivitis from inside the hospital were Pseudomonas aeruginosa in 31.2%, Klebsilla in 25% and Staphylococcus aureus in 18.7%.
- Pseudomonas aeruginosa showed high sensitivity to Amikacin and Imipenem 91.9% then comes the Ceftazidime and Ciprofloxacin.
- Staphylococcus aureus showed a high sensitivity to Ciprofloxacin, Amoxicillin-Clavulanic acid and Cloxacillin.
- Klebsilla was resistant to most of the antibiotics except for Imipenem and Ciprofloxacin.
- Amikacin, Imipenem, Cefotaxime and Ceftriaxone have good efficacy against E.coli and Enterobacter.

* Docent , Department Of Pediatric, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia ,Syria.

** Docent, Department Of Pediatric, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate Student, Department Of Pediatric, Faculty Of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria

مقدمة:

يعرف التهاب الملتحمة عند الوليد بحدوث احمرار ووذمة في الملتحمة والأجفان وظهور المفرزات التي قد تكون قيحية من واحدة أو كلتا العينين لدى الرضيع في الأسابيع الأربعة الأولى من الحياة. [1,2,3,4] وهذا الالتهاب غالبا ما يكون ثنائي الجانب في حال الإصابة بالنيسيريات البنية والكلاميديا بينما هو أحادي الجانب في العنقوديات المذهبة والعصيات الزرق. [5]

تكون ملتحمة الوليد عند الولادة عقيمة ولكنها حالا تصبح مستعمرة بعضويات مختلفة ممرضة أو غير ممرضة وهي حساسة للأنتان ليس فقط لأنها تحتوي على مستوى قليل من العوامل المضادة والبروتينات الشبيهة بالأنزيمات الحالة والأمينو غلوبولين المناعي ولكن بسبب أن الفلم الدمعي وجريان الدمع يكون قد بدء للتو في التطور. [6,7]

معظم حالات التهاب الملتحمة عند الولدان تكون مكتسبة خلال الولادة المهبلية وتعكس انتشار الأمراض المنقولة بالجنس في المجتمع. [1,4] وقد أظهرت دراسة تمت في مدينة بيجينغ للباحث كاو أن 67% من البكتريا الموجودة عند ولدان مصابين مشابهة لتلك الموجودة في الطرق التناسلية السفلية والمشيمة عند الأم. [8] العديد من الدراسات أظهرت العوامل التالية كمسبب لالتهاب الملتحمة عند الوليد: الكلاميديا، العنقوديات المذهبة، النيسيريات البنية، الرئويات، المستدميات النزلية، الايشريشا كولي والبسودوموناس. [9,10,11,12] وأكثر الجراثيم أهمية في قوتها لإحداث أذية بصرية هي النيسيريات البنية. [9] أما العنقوديات المذهبة والعصيات الزرق والكلاميديا فقد ظهرت أنها أشيع العوامل المسببة. [11,13]

أهمية البحث :

يعتبر التهاب الملتحمة أشيع مرض عيني عند الوليد. [1] ومازال التهاب الملتحمة في هذه الفئة من العمر يسبب حدوث العمى عند حوالي 10000 وليد سنويا حول العالم. [14] وفي حوالي 50% من الأطفال المصابين بالعمى في الوقت الحالي فإن المسبب كان ممكن الوقاية منه في السابق والذي غالبا هو حدوث التهاب في الملتحمة غير معالج أو معالج بشكل سيئ. [15]

إن التظاهرات السريرية للأشكال المختلفة من التهاب الملتحمة الوليدي ليست نوعية إلى درجة كافية تسمح بالتشخيص الدقيق ويجب على الأطباء ألا يعتمدوا على الموجودات السريرية فقط وإنما يجب إجراء الزرع الجرثومي للاستدلال به إلى المعالجة. [1,16]

وتكثر الاختلاطات العينية في حال تأخر التشخيص والعلاج عند الإصابة بالنيسيريات البنية والكلاميديا والعصيات الزرق وتشمل إصابة القرنية والتهاب باطن العين والتهاب النسيج الخلوي الحجاجي أما الإختلاطات الجهازية فهي عديدة وقد تشمل التهاب مفصل قيحي، التهاب سحايا قيحي، ذات رئة، التهاب أذن وسطي وأنتان دم. [1,2,5,12] لذلك من الضروري وضع التشخيص المبكر ومعرفة العامل الممرض المسؤول لتلافي حدوث مثل هذه الإختلاطات والتي يمكن أن تؤدي إلى وفاة الوليد وإذا تم تحديد العامل الممرض أنه النيسيريات البنية أو الكلاميديا فإن ذلك إشارة على أن أحد الوالدين أو كليهما مصاب وبالتالي يجب معالجتهما [17] وإن العلاج الذي يجب أن يكون جهازيا من أجل الكلاميديا والنيسيريات البنية يعتمد أيضا على كشف العامل المسبب. [2,17]

هدف البحث :

- معرفة العوامل الممرضة المسؤولة عن التهاب الملتحمة عند الوليد في المجتمع وفي المشفى.
- معرفة العوامل المؤهبة للإصابة بالتهاب الملتحمة.
- التظاهرات السريرية العينية والإختلاطات والإصابة الجهازية المرافقة.

العينة وطريقة البحث :

تقسم العينات إلى مجموعتين:

- . المجموعة الأولى: هي التي تم اكتساب التهاب الملتحمة فيها خارج المشفى ويتم فيها دراسة الولدان المراجعين لعيادة الأطفال أو الإسعاف الخارجي.
 - . المجموعة الثانية: هي التي تم اكتساب التهاب الملتحمة فيها داخل المشفى ويشترط أن يتطور الإلتهاب بعد يومين من قبول الوليد في شعبة الحواضن.
- كما يتم أخذ مسحات من المفرزات الملتحمية وتقسّم الى قسمين:
- . القسم الأول يمد على شريحة زجاجية مع الفحص الخلوي بعد التلوين.
 - . القسم الثاني لإجراء الزرع والتحصن على الصادات.

النتائج :

جدول(1) يبين النسبة بين الذكور إلى الإناث

عدد الحالات الكلي	58 حالة
عدد الحالات خارج المشفى	37 حالة
عدد الحالات داخل المشفى	21 حالة
عدد الذكور	33 حالة
عدد الإناث	25 حالة
نسبة الذكور للإناث	1:1.32

نلاحظ من الجدول(1) تقارب نسبة إصابة الذكور إلى الإناث مع أرجحية خفيفة للذكور.

جدول(2) يبين تاريخ ظهور الأعراض العينية

تاريخ ظهور الأعراض العينية	
عدد الحالات	النسبة المئوية

67.6%	25	البدا الباكر (خلال الاسبوع الاول)	خارج المشفى
32.4%	12	البدا المتأخر (بعد الاسبوع الاول)	
وسطي عمر الوليد عند بدء ظهور الأعراض 5.2 يوم			
61.9%	13	خلال الاسبوع الاول من القبول	داخل المشفى
38.1%	8	بعد الاسبوع الاول من القبول	
وسطي الايام بعد قبول الوليد 6.3 يوم			

من الجدول (2) نلاحظ أن حالات التهاب الملتحمة المكتسبة خارج المشفى تظهر باكرا (في الاسبوع الاول من عمر الوليد) أما التهاب الملتحمة المكتسب داخل المشفى فأغلب الحالات حدثت خلال الاسبوع الاول من قبول الوليد في المشفى.

جدول (3) يبين العوامل المؤهبة

العوامل المؤهبة				
داخل المشفى (21 حالة)		خارج المشفى (37 حالة)		
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
19%	4	16.2%	6	انتان تناسلي عند الأم
4.7%	1	16.2%	6	انتان بولي
9.5%	2	8.1%	3	انتفاق أعشية باكر
14.2%	3	2.7%	1	تعقي سائل أمنوسي
4.7%	1	2.7%	1	انتان أمنيوسي
14.2%	3	5.4%	2	مخاض عسير
14.2%	3	5.4%	2	اختناق حول الولادة
61.9%	13	43.2%	16	تطبيق وسائل الإنعاش
23.8%	5	24.3%	9	خداجة
19%	4	10.8%	4	ولادة قيصرية
100%	21	100%	37	عدم تطبيق وقاية عينية بعد الولادة
19%	4	21.6%	8	مكان الولادة بالبيت
14.2%	3	24.3%	9	في عيادة طبيب
66.6%	14	54%	20	في المشفى

من الجدول (3) نلاحظ أن أهم العوامل المؤهبة خارج المشفى وداخلها هو عدم تطبيق الوقاية العينية وتطبيق وسائل الإنعاش والخداجة.

جدول (4) يبين التظاهرات السريرية العينية

التظاهرات السريرية العينية					
داخل المشفى (21 حالة)		خارج المشفى (37 حالة)		الأعراض	
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات		
100%	21	100%	37	إحتقان ملتحمي	
85.7%	18	86.4%	32	رمص	
4.8%	1	8.2%	3	سيلان قيحي	
9.5%	2	5.4%	2	سيلان مائي	
19%	4	16.2%	6	وذمة واحمرار أجفان	
0%	0	2.7%	1	وذمة حول الحجاج	
57.2%	12	51.3%	19	التهاب أحادي الجانب	
42.8%	9	48.7%	18	التهاب ثنائي الجانب	
85.7%	18	83.7%	31	درجة التهاب الملتحمة	
14.3%	3	13.6%	5		خفيف
0%	0	2.7%	1		متوسط
				شديد	

من الجدول (4) نلاحظ أن الإحتقان الملتحمي والرمص يشكلان معا أهم التظاهرات العينية للالتهاب مع وجود أرجحية خفيفة لكون الالتهاب وحيد الجانب وحوالي 85% من الحالات كان الالتهاب فيها خفيف الشدة.

جدول (5) ويبين الإصابات المرافقة خارج العينية

الإصابات المرافقة خارج العينية				
داخل المشفى (21 حالة)		خارج المشفى (37 حالة)		الأعراض
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
9.5%	2	16.2%	6	أعراض تنفسية علوية
0%	0	0%	0	ذات رئة
19%	4	8.1%	3	أخماج جلدية
0%	0	0%	0	ذات عظم ونقي
4.7%	1	0%	0	التهاب مفصل قيحي
14.3%	3	0%	0	التهاب سحايا قيحي
0%	0	0%	0	التهاب كولون نخري
66.6%	14	5.4%	2	انتان دم

من الجدول (5) نلاحظ أن أغلب الحالات خارج المشفى لم تترافق بوجود إصابة خارج عينية مهمة أما الالتهاب الملتحمي داخل المشفى فهناك نسبة هامة ترافقت بإنتان دم.

جدول (6) يبين الاختلاطات العينية

الاختلاطات العينية				
داخل المشفى (21 حالة)		خارج المشفى (37 حالة)		الأعراض
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
0%	0	0%	0	إصابة القرنية
0%	0	0%	0	التهاب باطن العين
0%	0	0%	0	التهاب النسيج حول الحجاج

من الجدول (6) نلاحظ أن جميع الحالات لم تترافق باختلاطات عينية. ومن خلال المراقبة للحالات داخل المشفى حدث التحسن السريري الكامل للتظاهرات العينية باستثناء حالة واحدة انتهت بالوفاة ترافقت الإصابة فيها بتشموهات قلبية شديدة وكانت مسحة الملتحمة عصيات زرق.

جدول (7) يبين نتيجة فحص اللطاخات تحت المجهر بعد تلوينها بصبغة غرام

فحص اللطاخات تحت المجهر (صبغة غرام 58 حالة)					
داخل المشفى (21 حالة)		خارج المشفى (37 حالة)		موجودات اللطاخة	
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات		
61.9%	13	43.2%	16	مكورات إيجابية	الجرثوم
0%	0	0%	0	مكورات سلبية	
0%	0	0%	0	عصيات إيجابية	
47.6%	10	54%	20	عصيات سلبية	
33.3%	7	27%	10	لا جراثيم مشاهدة	
9.5%	2	13.5%	5	عدلات	الكريات البيضاء
0%	0	2.7%	1	لمفاويات	
85.7%	18	78.4%	29	عدلات + لمفاويات	
71.4%	15	67.6%	25	1- سيطرة عدلات	
14.3%	3	10.8%	4	2- سيطرة لمفاويات	
4.8%	1	5.4%	2	لا كريات بيضاء	

من الجدول (7) نلاحظ أن أغلب الجراثيم المشاهدة هي مكورات ايجابية وعصيات سلبية الغرام مع وجود نسبة من اللطاخات لم يشاهد فيها جراثيم أما بالنسبة للكريات البيضاء فأغلب اللطاخات كانت تحوي عدلات + لمفاويات مع سيطرة العدلات.

جدول (8) يبين نتيجة فحص اللطاخات تحت المجهر بعد تلوينها بصبغة غيمزا

فحص اللطاخات تحت المجهر (صبغة غيمزا 9 حالة)	
---	--

داخل المشفى (3حالة)		خارج المشفى (6حالة)		موجودات اللطاخة
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
%0	0	%0	0	أجسام إندخارية داخل هيولية

من الجدول (8) نلاحظ أنه لم يتم العثور على الاندخالات الهيولية المحبة للأساس داخل الخلايا الظهارية بتلونين غيمزا والذي يعتبر نوعي جدا للاصابة بالكلاميديا واللطاخات التي تم تلوينها بصبغة غيمزا هي فقط التي كانت فيها أمهات الولدان بسوابقهن أنتان تناسلي.

جدول (9) يبين نتيجة زرع المفرزات الملتحمية

زرع المفرزات الملتحمية على الأوساط العادية (58حالة)				
داخل المشفى (21حالة)		خارج المشفى (37حالة)		نتيجة الزرع
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
%76.2	16	%81.1	30	الزرع الايجابية
%23.8	5	%18.9	7	الزرع السلبية
زرع المفرزات الملتحمية على وسط الأغار الشوكولاتي (9 حالة)				
داخل المشفى (3حالة)		خارج المشفى (6حالة)		نتيجة الزرع
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
%0	0	%0	0	الزرع الايجابية
%100	3	%100	6	الزرع السلبية

من الجدول (9) نلاحظ أن أغلب الزروع كانت ايجابية على الأوساط العادية أما على وسط الأغار الشوكولاتي الذي تنمو عليه النيسيريات البنية فقد كانت سلبية.

جدول (10) يبين الجراثيم الشائعة

الجراثيم الشائعة				
داخل المشفى (21حالة)		خارج المشفى (37حالة)		العامل الممرض
النسبة المئوية	عدد الحالات	النسبة المئوية	عدد الحالات	
%31.2	5	%23.3	7	عصيات زرق
%18.7	3	%36.6	11	عنقوديات مذهبة
%12.5	2	%13.3	4	عنقوديات بيضاء
%25	4	%3.3	1	كليبسيلا
%6.2	1	%20	6	ايشريشيا كولي

انتيروباكتر	1	%3.3	1	%6.2
-------------	---	------	---	------

من الجدول (10) نلاحظ أن أشيع الجراثيم المسببة للالتهاب الملتحمي خارج المشفى هي العقنوديات المذهبة والعصيات الزرق والايشريشيا كولي وأشيع الجراثيم المسببة للالتهاب الملتحمي داخل المشفى هي العصيات الزرق والكليسيلا والعنقوديات المذهبة.

جدول (11) يبين تحسس الجراثيم علىالصادات

الجراثيم الصاد	عصيات زرق حالة (12)		عنقوديات مذهبة حالة (14)		كليسيلا حالات (5)		ايشريشيا كولي حالة (7)		انتيروباكتر حالة (2)	
	النسبة	عدد الحالات	النسبة	عدد الحالات	النسبة	عدد الحالات	النسبة	عدد الحالات	النسبة	عدد الحالات
أميكاسين	%91.9	11	%0	0	%0	0	%100	7	%100	2
جننا ميسين	%58.3	7	%64.2	9	%0	0	%85.7	6	%50	1
سيفوتاكسيم	%66.6	8	%7	1	%20	1	%100	7	%50	1
سفترياكسون	%50	6	%57	8	%20	1	%85.7	6	%100	2
سيفتازيديم	%83.3	10	%0	0	%0	0	%71.4	5	%0	0
إيمبينم	%91.9	11	%64.2	9	%100	5	%100	7	%100	2
كارينسيلين	%50	6	%0	0	%0	0	%0	0	%0	0
سيبروفلكساسين	%83.3	10	%100	14	%100	5	%85.7	6	%100	2
سيفاكلور	%0	0	%0	0	%40	2	%42.8	3	%0	0
كلوكساسلين	%0	0	%78.5	11	%0	0	%0	0	%0	0
أوغمنتين	%0	0	%85.7	12	%0	0	%0	0	%0	0
نالديكسيك أسيد	%0	0	%0	0	%20	1	%14.2	1	%0	0
باكتريم	%0	0	%50	7	%0	0	%42.8	3	%0	0
أمبسللين	%0	0	%14.3	2	%0	0	%28.5	2	%0	0
اريتروميسين	%0	0	%21.4	3	%0	0	%14.2	1	%0	0
بنسلين	%0	0	%0	0	%0	0	%0	0	%0	0

من الجدول (11) نلاحظ أن العصيات الزرق حساسة جدا للأميكاسين والايمبينم وكذلك للسيفتازيديم والسيبروفلكساسين كما تظهر العقنوديات المذهبة حساسية عالية على السيبروفلكساسين والأوغمانتين والكلوكساسلين أما الكليسيلا تمتاز بتعنيدها على أغلب الصادات باستثناء الايمبينم والسيبروفلكساسين ويمتلك كل من الأميكاسين والايمبينم والسيفوتاكسيم والسفترياكسون حساسية عالية تجاه الايشريشيا كولي والانتيروباكتر كذلك نلاحظ أن معظم الجراثيم مقاومة على الأمبسللين والبنسلين والاريتروميسين.

المناقشة :

معظم حالات التهاب الملتحمة المكتسب خارج المشفى تظهر بشكل باكر (في الأسبوع الأول من العمر) أما التهاب الملتحمة المكتسب داخل المشفى فيظهر بنهاية الأسبوع الأول بعد القبول بسبب تأثير العلاج الجهازي بالصادات أو لعوامل أخرى كما تقاربت نسبة اصابة الذكور والاناث مع أرجحية خفيفة للذكور .

يعتبر عدم تطبيق الوقاية العينية وتطبيق وسائل الانعاش (الأكسجين الرطب، استخدام الاجاصة المطاطية، التنفيخ بالأمبو، التنبيب) والخداجة أهم العوامل المؤهبة لالتهاب الملتحمة المكتسب داخل المشفى وخارجها على حد سواء وتعتبر وسائط الانعاش وسط نمو مناسب بالنسبة لبعض الجراثيم كالزوائف والامعائيات التي تعيش في الأوساط الرطبة أما الخداجة يتعلق بها التهاب الملتحمة من حيث فترة الاقامة الطويلة نسبيا في المشفى اضافة لنقص المناعة مما يؤهب لأحماج المشافي الانتهازية. [1] وفي دراسة أجريت في كينيا تم تحديد 4 عوامل ما حول الولادة تعتبر كعوامل خطورة لحدوث الإلتهاب وهي إلهاب المهبل عند الأم، تعقي السائل الأميونيوسي، حدوث الولادة في محيط غير عقيم، التهاب باطن الرحم بعد الولادة. [14] أما في دراسة أخرى كانت العوامل المسيطرة: التمزق الباكر للأغشية الأميونيوسية، الأمراض المنتقلة بالجنس المثبته أو المشكوك بها، حدوث أذية عينية موضعية خلال الولادة والخداجة. [12,9]

أشيع التظاهرات العينية المصادفة في التهاب الملتحمة هما الاحتقان الملتحمي والرمص ومعظم الحالات كانت خفيفة الدرجة مع عدم حدوث اختلاطات عينية ومن خلال مراقبة الأطفال المقبولين داخل المشفى كان التحسن السريري الكامل للتظاهرات العينية باستثناء حالة واحدة انتهت بالوفاة حيث ترافقت الاصابة بتشوّهات قلبية شديدة وكانت مسحة الملتحمة عصيات زرق.

بلغت الزروع الجرثومية الايجابية للحالات المدروسة خارج المشفى 81.1% وهي نسبة قريبة من تلك المدروسة داخل المشفى حيث بلغت نسبتها 76.2% ووجدنا في دراستنا شيوع الجراثيم التالية المسببة للالتهاب الملتحمي خارج المشفى وكانت حسب تسلسلها: العنقوديات المذهبة ثم العصيات الزرق ثم الايشريشيا كولي هذه الموجودات تتماشى مع الدراسات الأخرى التي أظهرت أن العنقوديات المذهبة هي المسبب الأشيع لالتهاب الملتحمة عند الوليد. [18,11] أما داخل المشفى فأهم الجراثيم هي العصيات الزرق ثم الكلبسيلا ثم العنقوديات المذهبة حيث شكلت الجراثيم السلبية غرام 68.8% من مجموع الجراثيم المعزولة ولم تشاهد أي حالة للكلاميديا والنيسيريات البنية بسبب قلة الأمراض المنقولة جنسيا في مجتمعنا وهذه الدراسة تختلف عن تلك المجراة بواسطة: يتمن وكودّي [9] والتي وجد فيها أن الكلاميديا هي السبب الأشيع وفي دراسة أخرى تمت في نيجيريا شكل التهاب الملتحمة بالنيسيريات البنية 8.9% لكل 1000 ولادة حية. [19]

بالنسبة للحساسية على الصادات فقد أظهرت العصيات الزرق حساسية عالية للأميكاسين والإيمبينم وكذلك للسفتازيديم والسيبروفلكساسين إلا أنها بالمقابل تمتاز بتعنيدها على الكثير من الصادات وذلك أنها تعتبر من جراثيم المشافي الإنتهازية أما بالنسبة للعنقوديات المذهبة فإنها حساسة بشكل جيد على السيبروفلكساسين والأعمانتين والكلوكساسلين إلا أنها تملك حساسية متوسطة على الجنتاميسين والإيمبينم والسفترياكسون والباكتريم بسبب زيادة الزمر المعنّدة.

الكلبيلا أيضا معدة على أغلب الصادات باستثناء الإيمينم والسيروفلكساسين وهي أيضا من جراثيم المشافي الإنتهازية كما يمتلك الإيكاسين والإيمينم والسيفوتاكسيم والسفترياكسون حساسية جيدة للإيشريشيا كولي والأنتيروباكتر وكانت معظم الجراثيم معدة على الأمبسللين والبنسلين والإريترومايسين.

المراجع:

.....

1. BEHRMAN, R, KLIEGMAN, M. R, ARVIN, M. A, 2000 – Nelson text book of Pediatrics, 16th Edition, W.B Saunders Company, USA .
2. WILLIAM, W, ANTHONY, R, MYRON, J, JUDITH, M, 1999 – Current Pediatric Diagnosis Therapy, 16th Edition, Librairie du Liban, libanon .
3. KANSKI, J.J, 1998 – Clinical Ophthalmia, 3rd Edition, Butterworth-Heinemann-Int, woburn .
4. O'HARA, M.A, 1993 – Ophthalmia neonatorum. *Pediatr Clin North Am, USA*, Vol. 4, No. 40, pp 715-725.
5. TRICIA, G, DOUGLAS, M, FABIEN, G, KARIN, E, 1999 – Neonatology, 4th Edition, Appleton&Lange, USA .
6. PRESCOTT, L, HARLEY, J, KLEEIN, D ,1999 – Microbiology, 4th Edition, McGraw-Hills Co, USA.
7. PIERCE, J, WADA, M, SEAL, U, 1980 – Ophthalmia neonatorum in. *Journal Clin Med*, Vol. 1, No. 2, pp 162-163 .
8. Gao, y, 1993 – Bacterial condition of low genital tract of pregnant women and neonatal infection. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chin*, Vol. 12, No. 28, pp 717-719, 759.
9. YETMAN, R, COODY, D, 1997 – Conjunctivitis: A practice guideline. *J Pediatric Health Care*, Vol. 5, No. 11, pp 238-244 .
10. GOLDBLOOM, R, 1994 – Prophylaxis for gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Car*, Ottawa: Helth Canada, Vol. 7, No. 49, pp 168-175 .
11. NSANZE, H, DAWODU, A, USMANI, A, 1996 – Ophthalmia neonatorum. *Ann Trop Paediatr, United Arab Emirates*, Vol. 1, No. 16, pp 27-32 .
12. WILLIAM, H, REBERTA, A, AVERY, M. E ,1998, Schaffer Diseases of the Newborn, Sixth Edition, Lancet, London .
13. RAMSEY, K, POUSEN, C, MOTIU, P, 1998 – The in vitro antimicrobial capacity of human colostroms against chlamydia trachomatis. *J Reprod Immunol, USA*, Vol. 2, No. 38, pp 155-167 .
14. ISENBERG, S, APT, L, WOOD, M, 1996 – The influence of perinatal infective factors on ophthalmia neonatorum. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus, USA*, Vol. 3, No. 33, pp 185-188 .

15. GILBERT, C, FOSTER, A, 2001 – Childhood blindness in the context of vision 2020 – the right to sight. Bull World Health Organ, Vol. 3, No .79, pp 227-232.
16. TOLEDO, A, CHANDLER, J, 1992 – Conjunctivitis of the newborn. Infect Dis Clin North Am, USA, Vol. 4, No. 6, pp 807-813 .
17. WINCESLAUS, J, MANTELL, J, FORSEY, T, 1987 – Diagnosis of ophthalmia neonatorum. British Medical Journal, Engjland, Vol. 295, No. 11 pp 1377-1380.
18. IBHANESABHOR, S, OTOBO, E, 1996 – In vitro activity of human milc against the causative organisms of ophthalmia neonatorum in Benin city. J Trop Pediatría, Nigeria, Vol. 6, No. 42, pp 327-329 .
19. IYAMU, E, ENABULELE, O, 2003 – A Survey on ophthalmia neonatorum in Benin city. Online journal of health and allied science, Nigeria, Vol. 1, No. 11, pp 23-28 .