

تیفوس اگزانتوماتیک در کودکان

نگارش

آقای دکتر محمد بهشتی

رئیس بخش نشریات اداره کتابخانه و انتشارات فنی دانشکده پزشکی

غرض از نگارش این مختصر فقط یاد آوری نکاتی چند از اختصاصات تیفوس و تظاهرات گوناگون و اشکال بالینی آن در کودکان میباشد.

شیوع تیفوس اگزانتوماتیک در کودکان به مراتب کمتر از سالمندان است. طبق آمار بیمارستان گندزای لندن^(۱) در ۱۸۱۳۸ تن مبتلی بتیفوس فقط ۳۶۱۹ تن کودک کمتر از پانزده ساله دچار بودند. طبق همین آمار ۱۲۰۶ درصد تمام مبتلایان کودکان ده تا چهارده سال و ۶۰۵۹ درصد کودکان پنج تا ده ساله و فقط ۱۰۲۹ درصد کودکان کمتر از پنجسال بوده اند. بنا بر این کودکان بزرگسال بیشتر در معرض ابتلا بتیفوس قرار دادند. جواتترین کودکان مبتلی بتیفوس که توسط مورچیسون^(۲) معالجه شده يك ماهه بوده است. اما در حقیقت تیفوس در کودکان بیش از اینهاست زیرا اشکال خفیف و پنهانی بیماری نامحسوس و بدون تشخیص میگردد. انتقال بیماری از مادر بچنین از راه جفت بهیچوجه مسلم نیست. زنان آبستن مبتلی بتیفوس در ۴۳ درصد موارد جنین میافکنند. اما اگر زن آبستن در ماههای آخر گرفتار شود عموماً جنین سالم دنیا میآید. در هفت نوزادیکه از مادران دچار بتیفوس در دوره حاد بیماری تولد یافته اند فقط یکی از آنان هنگام تولد پوست بدنش بصورت صفحات بزرگی متفلس میگردد (مورچیسون).

نشانه های تیفوس در کودکان تقریباً شبیه سالمندان بوده اختلافاً جزئی است. اشکال سبک و پنهانی تیفوس در کودکان فراوانتر و بر رویهم تیفوس کودکان نیک فرجامتر از سالمندان میباشد.

دوره نهفتگی بیماری را سابقاً بسیار متغیر میدانستند امروزه که تولید تیفوس تجربی از راه گزش شپش آلوده میسر گردیده است میتوان دوره نهفتگی را بین

۱۲ تا ۱۴ روز تثبیت نمود .

آغاز بیماری اغلب ناگهانی است معذلك كودك عموماً در روزهای قبل از شروع از سرگیجه و سردرد و بی اشتتهائی شکایت میکنند . نخستین علامتی که آغاز بیماری را اعلام میدارد لرز بسیار شدید است . بندرت ممکن است لرزهای خفیف و مکرر دیده شود . درجه حرارت از همان ابتدا به ۴۰ و ۴۱ میرسد و در عین حال سردرد شدید و دردهای عضلانی اعضاء سافله و درد در طول تیره پشت که بخصوص در ناحیه کمر شدت دارد گریبان کودکرا میگیرد . بجز این دردهای سخت تهوع پیایی که گاه بقی میرسد نیز دیده میشود و پزشك را بسوی واکنشهای منثره متوجه میدارد و نادر نیست که اندکی صلابت عضلات پس گردن و کرینك^(۱) خفیفی یافت شود . بیمار از همان روز شروع بستری میگردد . سیما یش محتقن و گاه سرخ تیره بوده ، ملتحمه چشم پر خون و عارضه رعاف فراوان است . بی اشتتهائی کامل و بیوست ختمی است . ابتلاء بشکمر و ش از اتفاقات بسیار نادر بشمار میرود این علائم چهار تا پنج روز همچنان شدت مییابد . حال بهت خیلی زود تر از تب مطبقة و از همان روزهای نخست برقرار میگردد . كودك نسبت باطرافیان بی اعتناء بوده چشمانش بیحالت است گوئی نه میبیند و نه میشنود . در تمام روز در حال بهت عمیقی افتاده است و گاهی دچار هذیان میشود . درجه حرارت بتدریج بالا میرود و در روز چهارم یا پنجم به ۴۰ و ۴۱ درجه میرسد و بامدادان تا نیم درجه پائین میاید . قرعات نبض كوچك و نامنظم و بین ۱۲۰ تا ۱۴۰ میباشد . پیشاب کم و تیره است .

در معاینه بیمار چیز مهمی دستگیر نمیشود . در قاعده ششها چند رال حاکی از التهاب نایژه ها شنیده میشود . سپرزاز روزهای اول اندکی عظم دارد . زبان در ابتدا کثیف است اما بزودی خشك و شکافدار شده در عقب کمانهای دندانها می - چسبد ، بطوریکه بیمار با زحمت بسیار میتواند آنرا خارج کند . نشانه زبان بزودی پدید میاید و بعضی از پزشکان ارزش تشخیصی بسیار برای آن قائل هستند گوانکله بندرت چنین علامتی مشاهده میشود .

از روز اول آثرین سرخ مختصری مشاهده میگردد ، در روز دوم و سوم سرخی بمخاط دهان سرایت میکند . این سرخی انانتم^(۲) حقیقی است که روزی چند پیش

از بروز دانه های تیفوس در دهان میزند و پس از آشکار شدن دانه ها از میان میرود. دانه های تیفوس که مشخص دوره استقرار بیماری میباشد از روز چهارم تا هفتم و عموماً از روز چهارم یا پنجم بیرون میریزد دانه های نامبرده از سینه و شکم شروع شده بتدریج پشت و اعضای عالیه و سافله و دستها و پاها را فرا میگیرد. عموماً گردن و پس سر و چهره مصون میماند. این اناتم گاهی بسیار وسیع و فراوان و دیدنی و زمانی بزحمت قابل رؤیت است.

در این موارد باید آنرا در قسمتهای سر اشیب تن بخصه و ص در پشت جستجو نمود. دانه های نامبرده لکه های سرخی شبیه بلکه های دوره هجوم سرخک میباشد و گاهی لکه های سرخ عدسی شکل تب مطبقة را بیاد میآورد. این پاولها که بزحمت برجسته است ابتدا سرخ روشن و بتدریج تیره میگردد تا بطور واضح بصورت دانه های پور پور را در میآید. بجز این دانه ها لکه های بزرگتر نامنظمی با بعداد مختلف از یک عدد تا یک سکه پنجاه دیناری میتوان مشاهده نمود. این لکه ها در لایه های عمیقتر پوست بوده و یک منظره مرمری نشان میدهد. لکه های نامبرده هیچگاه بیش از ۷ تا ۱۰ روز دوام نداشته سر انجام فلسهای بسیار ریزی از آنها برمیخیزد. دانه ها گاه بسیار خفیف بوده در همان مرحله سرخی باقی میماند و هیچوقت نرف الدمی نمی گردد و نیز ممکن است در کودکان دانه ها اصولاً بروز نکند و این امر بهیچوجه دلالت بر خفت و نیک فرجامی بیماری نمینماید. بعقیده شارل نیکل میان شدت و وفور دانه ها و سختی بیماری هیچ رابطه و نسبتی در کار نیست. عقیده مورچیسون درست خلاف این است: وی وفور و شدت دانه ها و سرعت تبدیل آنها را بلکه های پور پور دلیل و خامت بیماری مینداند.

بعقیده ژنر^(۱) و مورچیسون فقدان دانه ها در تیفوس کودکان ۲۱ درصد و در سالمندان ۹ درصد است. دانه در هفت تن از هفده تن کودک کمتر از پنج سال دچار بتیفوس دیده نشده است (مورچیسون). دیگر از خصایص دانه ها در تیفوس کودکان ندرت تغییر شکل و تبدیل آنها بلکه پور پور امیباشد. در صورت چنین پیش آمد پیش بینی بسیار وخیم خواهد بود.

با ظهور دانه ها تمام نشانه های عمومی که در بالا بیان شد شدت مییابد فقط سر درد اندکی تخفیف پیدا میکند و بهت بنهایت میرسد و کودک دائماً کلماتی خالی از معنا

و مفهوم بزیر لب میگوید و اغلب دچار لرزشهای شدید و حرکاتی میگردد. بندرت هذیان شدید میشود.

درجه حرارت همچنان در حدود ۴۰ و ۴۱ باقی میماند. معذک اغلب در روز هفتم یا هشتم درجه حرارت موقتاً پائین آمده روزهای بعد بالا میرود. نبض ضعیف و سریع است. تنفس سریع کوتاه و سطحی و اغلب حملات کوتاه سرفه آنرا قطع میکند. بیوست همچنان دوام دارد.

در موارد مساعد در حدود روز پانزدهم یا شانزدهم بناگهان حال بیمار بهتر میشود. کودک از حال بهت خارج شده بمقدار فراوان پیشاب میکند و عرق زیادی او را میپوشاند. درجه حرارت در ظرف دو یا سه روز به ۳۷ میرسد. نبض نیز کند میشود. دوره نقاهت تیفوس در کودکان نسبتاً کوتاه و بندرت از یک تا دو هفته تجاوز میکند. در این مرحله گاهی اختلالات روحی پدید میآید و در ظرف چند روز برطرف میگردد.

در حالات سخت که سیر بیماری بطرف مرگ است روز بروز بهت شدت مییابد درجه حرارت بالا میماند و کودک در حدود روز دوازدهم در حال اغماء و یا بعلت بی کفایتی دل در میگذرد. اشکال خطرناک در کودکان نسبتاً نادر و بعکس اشکال سبک و مخفی فراوان میباشد.

سیر تیفوس در کودکان اغلب مانند یک اختلال ساده معده و روده (۱) طی میشود. دانهها عموماً مخفی و یا اصولاً پدید نمیآید و بیمار در روز پنجم تا هفتم بهبودی مییابد. اشکال سبک و مخفی تیفوس در کودکان اغلب بدون تشخیص میماند و بدین ترتیب کودکان در نگاهداری و ویروس و انتشار بیماری نقش مهمی بازی میکنند. در اشکال متوسط سیر بیماری در کودکان کوتاهتر از سالمندان است و در روز هشتم تا دهم اغلب بحران پیش میآید. اشکال طولانی تیفوس در کودکان نادر است.

عوارض تیفوس در کودکان بندرت بروز میکند. عفونت دهان ممکن است شدت یافته منجر بنوما گردد. آماس چرکین گوش و آماس غدههای بناگوشی در پایان دوره استقرار بیماری یادر شروع دوره نقاهت از عوارض نسبتاً شایع تیفوس کودکان است. عارضه لارنگو تیفوس (۲) که عبارت از زخم تارهای آوا (طنابهای صوتی) و خیز گلت است نادر میباشد.

شایعترین و خطرناکترین عوارض تیفوس در کودکان عوارض ریوی است اغلب اوقات کودک مبتلی بتیفوس در نتیجه ذات‌الریه و برنکوپنومونی و غانغرایای شش یا ذات‌الجنب چرکین می‌میرد.

بعقیده مورچیسون آماس گرده نیز نادر نمیباشد و در هفت موردیکه مورد مطالعه این مؤلف بوده است مرك در نتیجه اورمی باتشنج فرا رسیده است. آماس مایچه دل نیز گاه بروز میکند و بعلت وقفه دل کودک تلف میشود.

دستگاه پی‌ها بنوبه خود تحت تأثیر قرار میگیرد. دردسر و درد تیره پشت و صلابت مختصر مایچه های پس گردن همه جزء علائم لاینفک بیماری محسوب میگردد بعقیده بعضی از دانشمندان و اکنش منتره^(۱) همیشه وجود دارد. زیرا آزمایش مایع مغز تیره ازدیاد انفوسیت و آلبومین نشان میدهد. اختلالات دستگاه پی‌ها ممکن است شدت یافته و بکریزهای تشنجی حقیقی و حتی فلج منجر گردد. اختلالات روحی هم. اه بر بیماری تیفوس علاوه میشود اما اغلب موقتی بوده پس از قطع تب بهبود مییابد. عوارض پوستی مانند کورکهای متعدد. دملهای پوست خشک ریشه و حتی غانغرایای اعضای عالییه و سافله از عوارض قابل ذکر تیفوس میباشد.

پیش بینی تیفوس در کودکان بسیار مساعدتر از سالمندان است. در بیمارستان گلاسکو مرك و میر کودکان کمتر از دهسال ۳/۰۹ درصد و در کودکان بین ۱۰ و ۱۵ سال ۱۷٫۶۷ درصد بوده است. در بیمارستان گندزای لندن مرك و میر کودکان تا پنجسال ۶٫۶۹ و از ۵ تا دهسال ۳٫۶۹ از ده تا پانزده سال ۲٫۲۸ درصد بوده است. بنا بر این کودکان جوانتر بیشتر در معرض مرك در نتیجه تیفوس قرار دارند. اما نباید چنین نتیجه گرفت که تیفوس در طی نخستین سالهای حیات سختراست. هرچه کودک کوچکتر باشد عموماً تیفوس نیک فرجامتر خواهد بود. مرك و میر زیاد کودکان کمتر از پنجسال مبتلی بتیفوس اغلب در نتیجه بروز عوارض ریوی شایع در این سن‌ها میباشد.

تشخیص: در آغاز همه گیریها که ذهن متوجه بتیفوس نیست تشخیص بیماری در کودکان بخصوص در اشکال غیر عادی که اصولاً از دانه های تیفوس خبری نیست بسیار دشوار است. ناگهانی شروع لرز و درجه حرارت زیاد پزشك رادر آغاز

امر متوجه ذات الریه میکنند. گاهی بعثت سردرد شدید و درددرد تیره پشت و واکنشهای منتهی تشخیص سرسام همه گیر^(۱) داده میشود. همینکه بهت پدید آید و روز بروز کودک مهیوتر گردد عموماً تشخیص تب مطبقة میدهند. ولی نشانه های تفکیک دو بیماری فراوانند. در تب مطبقة آغاز بیماری تدریجی است. بهت دیرتر آشکار شده شدتش کمتر است. سرعت نبض کمتر و اختلالات گوارشی آشکارتر است. در حفره ایلیاک در اثر لمس غراغر شکم شنیده میشود. عظم سپرز در اینجا شدیدتر میباشد. عموماً در روزهای نخست علائم پی ای مانند هذیان و هیجان و اضطراب وجود دارد در صورتیکه در تب مطبقة و یا گریپ عموماً دیده نمیشود. معذک هیچیک از این نشانهها ارزش مطلق نداشته تا ظهور لکه های تیفوس تردید در تشخیص بقوت خود باقی است. دانه های تیفوس بالکه های سرخ رنگ عدسی شکل تب مطبقة قابل اشتباه نمیباشد زیرا لکه های تب مطبقة در اثر فشار دست محو شده هیچگاه بصورت لکه های پورپورا در نمی آید ولی باید بخاطر داشت که اشکال سبک تیفوس در کودکان شایع و اصولاً ممکن است دانه ظاهر نگردد. در این قبیل موارد جز با کمک آزمایشگاه تشخیص روشن نمیشود.

تیفوس با سرخك قابل اشتباه نیست زیرا در سرخك قبل از بروز دانه يك مرحله نزله ای وجود دارد بعلاوه در سرخك دانه ها همیشه از چهره آغاز شده و بعدتن را فرا میگیرد در صورتیکه در تیفوس چهره از دانه ها مصون میماند.

تفکیک تیفوس اگزانتوماتیک از تیفوس راجعه سهلست. گرچه تب راجعه هم ممکن است بنا گهان آغاز شود اما عظم درد ناک سپرز و فقدان دانه ها و مشی درجه حرارت از نشانه های نیست که تشخیص این دو بیماری را آسان میسازد بعلاوه آزمایش ریزینی خون در تب راجعه وجود اسپروکت را نشان میدهد.

تشخیص تیفوس اگزانتوماتیک از پادلودیسم قدری دقیقتر است. فقدان دانهها سپرز حجیم تر، سردرد سبکتر شاهین تشخیص را بسوی پادلودیسم متمایل میسازد اما سرانجام وجود هماتوز ثر در خون تشخیص را یکسره میکند.

این بود خلاصه ای از اختصاصات تیفوس اگزانتوماتیک در کودکان.