

کدام طفل تب دار می تواند بعنوان بیمار سرپائی معالجه شود؟

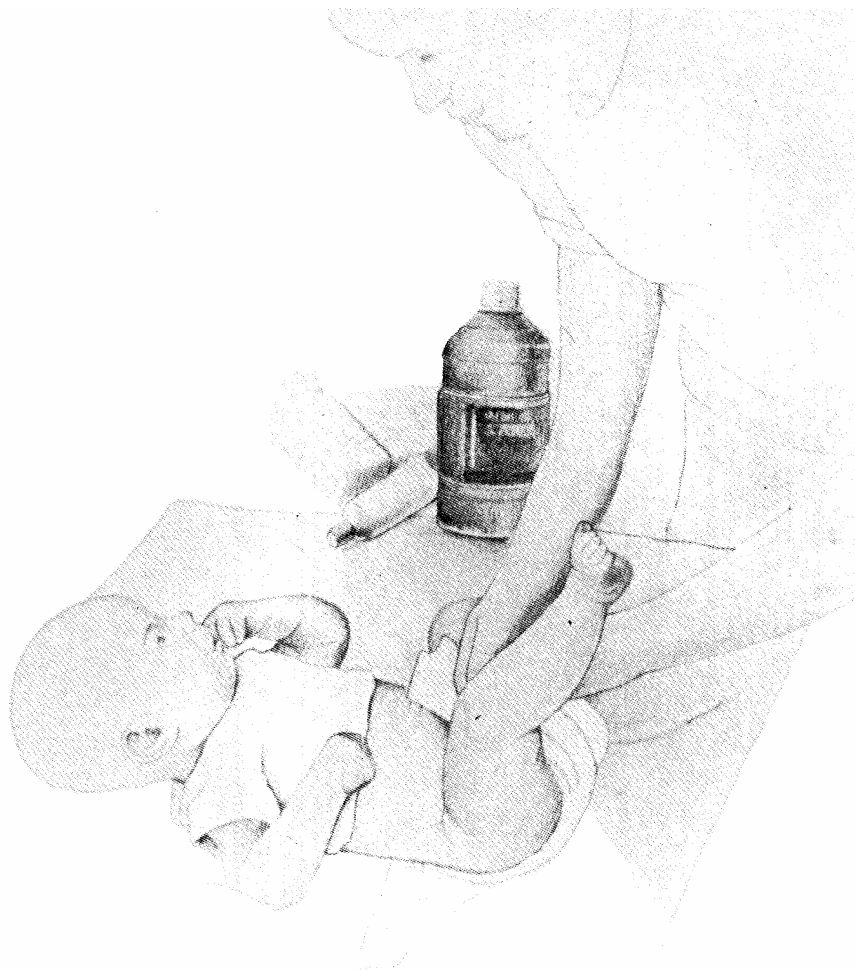
آنهايي که تب آنها به درمان پاسخ نداده، احتمال ابتلا به عفونت میکروبی بیشتر نیست؟ مطالعه بعدی آنها شامل ۱۶۱ طفل ۸-۴ هفته ای بود که درجه حرارت رکتال آنها بالای ۳۸ قرار داشت و به بخش اطفال بیمارستان میلواکی آورده شده بودند. همه آنها از نظر عفونت مورد بررسی قرار گرفتند و درمان ویریدی با یک سفالوسپورین نسل سوم آغاز شد. بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از شروع درمان، محققین در ۱ نفر از ۱۸

نوزادان تب دار چهار تا هشت هفته ای، ایمنی محدودی دارند و هر نوع علامت عفونت جدی حکم بر بستری شدن آنان می نماید. ولی بعضی از آنها را که به نظر می رسد وضع بهتری داشته باشند، می توان پس از یک تزریق عضلانی به منزل فرستاد.

نوزادان ۸-۴ هفته ای تب دار را معمولاً در بیمارستان بستری و با آنتی بیوتیکهای تزریقی درمان می کنند. ولی یک گروه از محققین ویسکونسن (wisconsin) پیشنهاد کرده اند که گروهی از اطفال تب دار دقیقاً انتخاب شده را می توان بعنوان بیمار سرپایی به طور موفقیت آمیزی درمان نمود. چون بیشتر اطفال تب دار عفونت باکتریایی جدی ندارند.

«اگر چه شواهد پیشنهاد می کند که هر قدر تب بالاتر باشد، احتمال بیشتری از عفونت باکتریایی وجود دارد، لذا نمی توان به طور قابل اعتمادی نتیجه را براساس درجه حرارت پیشگویی نمود.» دکتر William A. Bonadio استادیار رشته اطفال از کالج پزشکی ویسکونسن در میلواکی می گوید «پس از شروع آنتی بیوتیک درمانی تجربی مبتنی بر تشخیص، نباید درجه حرارت اطفال بالا رود. دوره درمان واقعی بستگی به کار اولیه و نتایج بعدی کشت میکروبی دارد.»

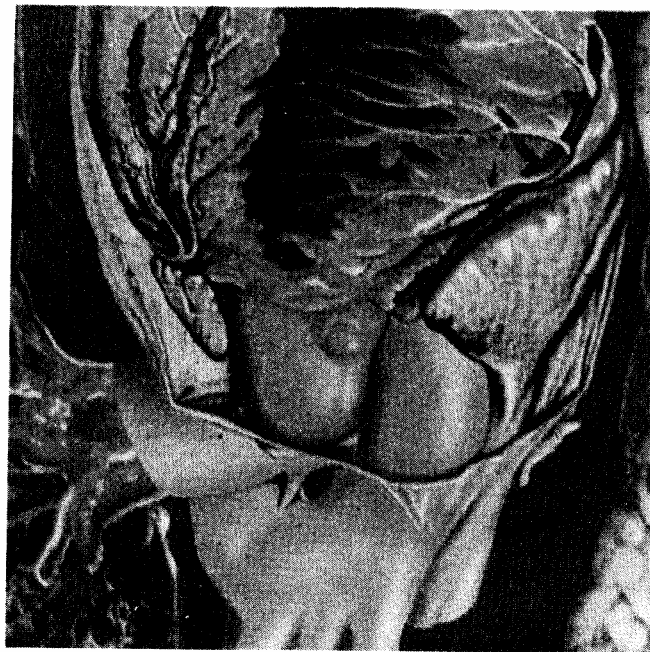
در طول یک مطالعه ۱۱ ماهه، دکتر Bonadio و چند نفر از محققین این مسئله را بررسی کردند که آیا در اطفالی که تب دارند و ۲۴ ساعت پس از آغاز تجویز ویریدی آنتی بیوتیکها تبشان قطع می شود، نسبت به



طفل مبتلا به عفونت جدی باکتریایی (مننژیت، وجود باکتری در خون، عفونت مجاری ادرار، انتریت

● نوزادان ۴ تا ۸ هفته‌ای تب‌دار را معمولاً در بیمارستان بستری و با آنتی‌بیوتیک‌های تزریقی درمان می‌کنند.

سالمونلایی) و در ۲۷ مورد از ۱۴۳ طفل فاقد عفونت جدی باکتریایی، درجه حرارت بالای ۳۸ را گزارش نمودند. دکتر Bonadio معتقد است که: «بهرحال در یک ارزیابی کامل نمی‌توان زوایا را از نظر دور نگهداشت. زیرا حتی اگر طفل تب‌داری بهبود یافته به نظر برسد، ممکن است هنوز مبتلا به عفونت جدی باکتریایی باشد.» علاوه بر یک معاینه کامل فیزیکی، ارزیابی باید شامل CBC، بزل کمری (پونکسیون



می‌توان بعنوان بیمار سرپایی تلقی کرد. دکتر Bonadio می‌گوید «پس از بررسی کامل و با یک تزریق عضلانی ۵۰mg/kg از سفتری آکسون Ceftriaxone شروع کرده و سپس طفل را به منزل بفرستید. برای هر تب بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتیگراد، باید به طفل ۱۰ تا ۱۵ میلی‌گرم استامینوفن به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن هر ۴ ساعت یکبار داده شود.»

پس از ۲۴ ساعت، طفل باید جهت تکرار معاینات فیزیکی بازگردانده شده و گزارش بهبود بیماری از والدین یا پرستار گرفته شود. دکتر Bonadio می‌گوید «هیچ احتیاجی نیست که بررسی‌های عفونی را تکرار کنید، مگر اینکه حال طفل بدتر شود، زیرا نتیجه کشت میکروبی، معیار ارزنده‌ای است.» اگر طفل هنوز خوب به نظر می‌رسد، برای اطمینان از کافی بودن درمان با آنتی‌بیوتیک برای ۴۸ ساعت (در هنگامی که هنوز جواب کشت روشن نشده) یک دوز ثانوی Ceftriaxone داده می‌شود.

● اگر نتیجه کشت از نظر باکتری پاتوژن مثبت باشد، درمان باید متناسب با وضعیت طفل بیمار انطباق پیدا کند.

لومبر)، آزمایش ادرار و کشت مایع مغزی - نخاعی، خون و ادرار باشد. اگر طفل مبتلا به سرفه چشمگیر، صداهای تنفسی غیرطبیعی یا انقباضات باشد، بایستی از قفسه سینه عکسبرداری شود. اسهال خونی نیز سبب یک کشت مدفوع می‌شود.

اطفالی را که به نظر می‌رسد بهبود یافته‌اند و هیچ کانون آشکاری از عفونت ندارند، بعلاوه فاقد خون در مدفوع بوده و ارزیابی عفونت در آنها منفی باشد، مایع مغزی - نخاعی و ادرار هم طبیعی بوده و تعداد گلبولهای سفید محیطی آنها کمتر از ۱۵۰۰۰ باشد و عکس طبیعی قفسه سینه دارند (اگر انجام شود) -

● زمان ترخیص بیماران مبتلا به مننژیت باکتریائی یا عفونت باکتریائی در خون (باکتری می) بستگی به نتایج تکرار کشت ها و طی دوره بالینی خواهد داشت.

پس از ۴۸ ساعت دیگر، باید مسئله را پی گیری نمود و نتایج کشت را به والدین اطلاع داده و در مورد بهبود طفل تحقیق نمود. اگر تمام نتایج منفی باشد، می توان تصور کرد که احتمالاً عامل عفونت ویروسی است و باید مصرف آنتی بیوتیکها را قطع نمود.

دکتر Bonadio بیان می کند «در این مطالعه، ۳۱ نفر از ۱۴۳ طفل، بدون عفونتهای باکتریائی جدی، مننژیت آسپتیک داشتند و ۱۱۲ نفر مبتلا به بیماری تب دار غیراختصاصی با کشت منفی بودند. در حدود ۹۰٪ عفونت های اطفال زیر سن ۸ هفته، بیماریهای تب دار بوده است. اپیدمی انتر و ویروس معمولاً در تابستان و عفونتهای ویروسی تنفسی اغلب در زمستان شایعتر است. اگر در بررسی اولیه، طفل بیقرار بوده یا پرفوزیون مخاطره آمیز و یا کانون عفونت آشکار باشد (اتیت میانی، پنومونی یا سلولیت)، برای پذیرش او در بیمارستان تردید نکنید.» او تأکید می کند «سیستم ایمنی و دفاع میزبان در اطفال زیر ۲ ماه، کاملاً تکامل نیافته است. بنابراین ما بیشتر عفونتهای کانونی را همانند عفونتهای خونی (باکتری می)، با بستری کردن و تجویز آنتی بیوتیکهای تزریقی درمان می کنیم.»

به همین نحو، اگر بنظر برسد که طفل در طول مدت درمان سرپایی بدتر شده است - اگر پرفوزیون ضعیفی دارد، استفراغ می کند و یا به خوبی غذا نمی خورد - یا اگر پاسخ هر کدام از کشت ها مثبت یا مشکوک باشد، باید تجویز وریدی آنتی بیوتیک آغاز

شده و بررسی های مربوطه انجام گیرد. مورد استعمال دیگر درمان پارتنرال، زمانی است که مطمئن نباشیم که مراقب طفل بتواند به طور اطمینان بخشی پیگیر معالجه طفل بوده و وضعیت او را زیر نظر داشته باشد. مقدار مصرف روزانه آنتی بیوتیک تزریقی به طور معمول برای آمپی سیلین ۲۰۰-۱۵۰ mg و برای سفوتاکسیم (cefotaxime) ۲۰۰-۱۵۰ mg/kg می باشد. هر دو دارو بی خطر بوده و با یکدیگر طیف کاملی از عوامل بیماریهای رایج را در اطفال زیر ۸ هفته پوشش می دهند. دکتر Bonadio می افزاید: «بطور کلی درمان تزریقی تا اخذ جوابهای کشت، ادامه می یابد. اگر نتیجه کشت از نظر باکتری پاتوژن مثبت باشد، درمان باید متناسب با وضعیت طفل بیمار انطباق پیدا کند. اگر کشت اولیه مثبت باشد، تکرار کشت نشان خواهد داد که طفل نسبت به آنتی بیوتیکها پاسخ می دهد و احتمال عفونت خونی در حال برطرف شدن است. در مورد عفونت مجاری ادراری، کشت های ادرار و خون را پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت تکرار کرده و اگر نتایج منفی هستند و وضعیت طفل خوب بنظر می رسد و تب ندارد، می توان او را از بیمارستان مرخص و درمان را با آنتی بیوتیکهای خوراکی در منزل ادامه داد. قبل از مرخص کردن طفل مبتلا به انتریت سالمونلایی، باید کشت خون او منفی بوده و تعادل الکترولیتها و مایعات بدن برقرار شده باشد. زمان ترخیص بیماران مبتلا به مننژیت باکتریائی یا عفونت باکتریائی در خون (باکتری می) بستگی به نتایج تکرار کشت ها و طی دوره بالینی خواهد داشت.»

مأخذ:

1. Emergency Medicine, Which Febrile Infants Can Be Treated as out patients? january 15, PP: 124-125, 1992.