

دانشگاه تهران
دانشکده پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه تخصصی در رشته بیماریهای

کودکان

موضوع

بررسی مننژیت چرکی نوزادان در مرکز طبیبی کودکان

بیمارستان دکتر حسن اهری

براهنمائی

جناب آقای دکتر محمد قریب

نگارش

دکتر محمد داودی

سال تحصیلی ۵۲ - ۱۳۵۱

۱۰۵۴۹

تقدیم به .

استاد محترم جناب آقای دکتر قریب

۱۰۵۴۹

تقدیم به •

جناب آقای دکتر رضی که راهنمای من در

تهیه و تنظیم این پایان نامه بوده اند •

تقديم به .

هيئت محترم ژوری

تقديم به .

همسر عزیزم

فهرست

صفحه	عنوان
۱۱ - ۱	مقدمه
۱	عفونت نوزادان
۴ - ۲	علائم عفونت نوزادان
۶ - ۴	عفونت های شایع دوره نوزادی
۹ - ۶	علل ووفور و شدت عفونت در نوزادان
۱۱ - ۱۰	علائم آزمایشگاهی در عفونت نوزادان
۱۸ - ۱۲	مننژیت چرکی نوزادان
۱۳	میزان مرگ و میر مننژیت نوزادان
۱۳	اتیولوژی
۱۴	عوامل مساعد کننده عفونتی
۱۴	عوامل مساعد کننده مربوط به نوزاد
۱۵	علائم کلینیکی
۱۵	علائم آزمایشگاهی
۱۶	وضع نهائی بیمار
۱۷	عوارض بیماری

فهرست

صفحه	عنوان
۱۸-۱۷	درمان
۳۰-۱۹	مننژیت چرکی نوزادان در مرکز طبی کودکان
۱۹	شیوع از نظر جنس
۲۰	علت مراجعه
۲۱-۲۰	علائم بالینی
۲۴-۲۲	علائم آزمایشگاهی
۲۴	وزن بیماران
۲۴	وضع نهائی بیماران
۲۵	عوامل مساعد کننده
۲۵	درمان
۲۸-۲۶	خلاصه و نتیجه
۳۰-۲۸	بحث

عفونت نوزادان

عفونت نوزادان با عفونت های سایر سنین اختلاف واضحی را نشان می دهد نوزادان بکلیه عوامل پاتوژن از نوع میکروب و ویروس حساس هستند بعلاوه میکروب هایی که در سایر سنین غیر بیماری زا بوده وبصورت بی آزار ریدن زندگی میکنند میتوانند عفونت خطیر و کشنده در دوره نوزادی ایجاد نمایند .

پنوموкок - استریتوکک و هموفیلوس آنفلوانزا که عوامل شایع عفونت رادر سنین کودکی تشکیل میدهند در دوره نوزادی شایع نیستند . استافیلوکوکا ورتوس شایع ترین علت عفونت های خطیر دوره نوزادی بوده و آنتروکک - کلبسیلا - پسودومونا - پروتئوس و سالمونلا نیز از عوامل شایع بشمار میروند .

پنومونی - سیتی سمی - اسپال - مننژیت و پیریتونیت مهمترین عفونت های خطیر دوره نوزادی را تشکیل میدهند که از بین آنها پنومونی و سیتی سمی شایع تر بوده و مننژیت در حدود ۲۵٪ موارد سیتی سمی جلب توجه میکند . بیش آگهی عفونت های نوزادان مخصوصا پنومونی سیتی سمی و مننژیت با تشخیص سریع و درمان مناسب بستگی دارد و نظربه اینکه واکنش نوزاد در مقابل عفونت ها با آنچه در بالغین دیده میشود کاملا متفاوت است علائم مختصرو شاید ظاهرا " بدون اهمیت باید مورد توجه قرار گرفته و قبل از اینکه عفونت در قسمتهای مختلف

(۲)

بدن لوکالیزه شود تشخیص داده شود زیرا آمارهای مختلف میزان مرگ و میر

مننژیت نوزادان را تا ۷۵٪ نشان می‌دهد (Ziai & Haggerty)

و تعداد زیادی از بیمارانی که جان سالم بدر برده اند دارای سکل‌های شدید

عصبی بوده اند . مطالعات دیگر نشان می‌دهد که بیلونفریت در صورتیکه

خیلی زود شروع شود شامل طبیعی کلیه ها را بشدت مختل میکنند .

استئومیلیت نوزادان گرچه ندرتا " کشنده است از نظر فونکسیون اعضای مبتلا

بیش آگهی و خیمی دارد . در پنومونی و سیتی سمی که هر دو از عفونت های

شایع دوران نوزادی هستند اگر در تشخیص تأخیر شود بیش آگهی و خیم است

علائم عفونت در نوزادان کاملاً غیر اختصاصی است و هم‌ریک از علائم مختلف

زیرا ممکن است در عفونت نوزادان مشاهده کرد .

۱- سیانوز (عفونت های ریه - سیتی سمی - مننژیت)

۲- رنگ پریدگی (سیتی سمی)

۳- تشنج (مننژیت - سیتی سمی و هر نوع عفونت شدید نوزاد)

۴- خواب آلودگی (در تمام عفونت های شدید مخصوصاً " اگر از روز تولد به

بعد باشد)

۵- تحریک پذیری (مننژیت - عفونت های مختلف)

(۳)

۶- پستان نگرستن و خوب شیر نخوردن (کلیه عفونت های شدید)

۷- تب (عفونت های شدید مثل پنومونی سیتی سمی - مننژیت)

۸- پائین بودن درجه حرارت (در عفونت های خطیر)

۹- یرقان بعد از روز دم تولد (سیتی سمی - هیپاتیت - سیفلیس - هرپس

میملکس)

۱۰- استفراغ (بصورت علامت غیر اختصاصی در بسیاری از عفونت ها)

۱۱- اسهال (بصورت علامت غیر اختصاصی در بسیاری از عفونت ها)

۱۲- اتساع شکم (سیتی سمی اختلالات تنفسی)

۱۳- عدم حرکت یکی از اعضا (استئومیلیت یا سایر عفونت های که سبب

دردی از اندام ها میشود)

۱۴- توقف رشد (اغلب عفونت های مزمن)

۱۵- هیپتواسپلنومگالی

درجه حرارت در عفونت نوزادان متغیر است گاهی اوقات عفونت های شدید

با درجه حرارت پائین تر از طبیعی همراه هستند در صورتیکه تب نوزاد بعلت

د زهیدراتاسیون نباشد احتمال وجود عفونت زیاد است .

نوزادان کم وزن و مخصوصاً " نارس " - نوزادان پسر - نوزادانیکه آنومالیهای

مختلف مادرزادی دارند — آنهاییکه برده آمیوتیک آنهازود تر از موعد پاره شده و یا زایمان سخت داشته اند و آنهاییکه مادرانشان در حین زایمان دچار عفونت های مختلف هستند بیشتر در معرض عفونت قرار دارند .

ناف یکی از محل های شایع ورود میکروب به بدن است و معاینه آن راهیچگاه نباید از نظر دور داشت . تورم ناف در تمام مواردی که عفونت نوزاد وجود دارد جلب توجه میکند ولی تمام نوزادانی که تورم ناف دارند علائم عفونت را ظاهر نمیکنند . سینوس های پوستی که در خط وسط قرار دارند — ضایعات پوست و مخاط و سایر جراحاتی که در موقع زایمان سخت در نوزاد ایجاد میشود نیز محل ورود میکروب میباشد . کاتترهاییکه در ناف یا رگ نوزاد مستقر میشوند — لوله گاوآژ و لوله های آندوتراکیال ممکن است سبب بروز عفونت گردند .

بیلونفریت در نوزادانیکه توسط گاوآژ تغذیه میشوند شایع تر از نوزادان دیگر است .

عفونت های شایع دوران نوزادی .

درجدول زیر شایع ترین عفونت های نوزادان خلاصه شده است .

۱ — آبسه ها

آبسه غده فوژ کلیه

(۵)

آبسهء مغز

آبسهء ای دورال

آبسهء کف دست و پا

آبسهء یاروتید

آبسهء پروستات

آبسهء رتروپریتونئال

آبسهء پوست سر

۲ - آندوکاردیت

۳ - گاستروآنتریت

۴ - ماستیت

۵ - مننژیت

۶ - آنتروکولیت نکروزانت

۷ - عفونت ناف

۸ - اورکیت

۹ - استئومیلیت

۱۰ - اوتیت میانی

١١ - پیریکاردیت

١٢ - پیریتونیت

١٣ - پیلونفریت

١٤ - سیتی سمی

١٥ عفونت های پوست

• علل وفور و شدت عفونت در نوزادان

عفونت های باکتریال در دوره نوزادی بدو علت شدید وکشنده تراز سایر

• سنین است

١- اثر آنتی بیوتیک ها و داروهای شیمیائی از سایر سنین کمتر است

٢- دفاع سلولی و شومورال نوزاد از نظر کمی و کیفی هنوز کامل نیست مطالعه

در مکانیسم دفاعی بدن و اختلافات موجود بین نوزادان و سایر سنین بدرک

مطالب گفته بیشتری میکند • در مکانیسم دفاعی نئات زیر قابل توجه است

١- واکنش التهابی •

واکنش التهابی اساسی ترین عامل مکانیسم دفاعی بدن است • واکنش التهابی

در پوست در بالغین بصورت تراوژ پروتئین های پلازما در موضع عفونت و

افزایش سلولهای پلی نوکلئر جلب توجه میکند • پس از ٦ ساعت سلولهای

(۷)

منونوکلتر شروع به افزایش می نمایند . این انحراف از سلولهای پلی نوکلتر به منونوکلتر در نوزادان کندتر می باشد بخلاف در نوزادان سلولهای ائوزینوفیل در موضع التهاب دیده میشود در صورتیکه در بالغین مشاهده نمی گردد بطور کلی نوزادان قادر نیستند که سلولهای التهابی را بطور انتخابی در موضع التهاب افزایش دهند .

۲- ایمونوگلوبولین ها .

IgG تنها ایمونوگلوبولین است که از خون مادر وارد جنین شده و قسمت

اعظم ایمونوگلوبولین های نوزادان سالم را تشکیل میدهد . **IgG**

مادری در طی هفته های اول زندگی بتدریج از بین میرود بطوریکه در ماه نهم

زندگی اثری از آن در خون کودک نیست . بین هفته چهارم و ششم زندگی

کودک شروع بساختن **IgG** میکند و در سن ۶ سالگی به حداکثر خود و

تقریباً " بحدود بالغین می رسد . مصونیت یاسیو نوزاد در مقابل عفونت های

حاصله از میکروبهای چرکزا ندرتاً " از یک الی دو ماه تجاوز میکند . شیوع

زیاد منتزیت نوزادان بحلت میکروبهای گرم منفی روده ای نظیر کلی باسیل

بنظر میرسد تا اندازه ای باین علت باشد که آنتی کور ضد میکروبهای گروه

فوق از دسته **IgM** می باشد که از مادر بجدین منتقل نمیشود وبوسیله

(۸)

خود نوزاد فقط بمقدار خیلی کم در دوران جنینی ساخته میشود که قادر به پیشگیری از بیماری نیست . در صورتی که میزان **IgM** نوزاد در موقع تولد از تراس بالاتر باشد نشانهٔ وجود عفونت در مادر در زمان بارداری است . ساختمان **IgM** پس از تولد نوزاد هم زمان با افزایش میکروبیهای گم منفی روده شروع میشود . ساختمان **IgA** کمی پس از تولد شروع میشود . میزان **IgM** و **IgA** در سن ۶ سالگی بحسد بالغین میرسد .

۳- کمیلان

کمیلان مجموعه‌ای از ۱۱ پروتئین از نوع گلوبولین میباشند باکتری‌ها پیراز تماس با آنتی کور اختصاصی توسط کمیلان لیز شده و از بین میروند . مقدار کمیلان سرم خون نوزادان از خون مادر کمتر بوده و پیراز ۳-۶ ماه بحسد بالغین میرسد .

۴- لیزوزیم

رل لیزوزیم در منهدم کردن باکتری‌ها کمتر از کمیلان است معذالک وجود لیزوزیم از بین بردن باکتریها را تشدید میکند . مقدار لیزوزیم نوزاد مختصری از مادر بیشتر است .