

فصل اول

هدف‌های رفتاری: از فراگیر انتظار می‌رود در پایان این فصل، بتواند:

- ۱- دوران کودکی را تعریف کرده، اختصاصات آن را بیان کند.
- ۲- تأثیر متقابل پدیده رشد و تکامل را بر روی بیماری‌ها و برعکس توضیح دهد.
- ۳- عواملی را که در گوناگونی تظاهرات بیماری‌ها در کودکان مؤثر است فهرست کند.
- ۴- هر یک از عواملی که در گوناگونی تظاهرات بیماری‌ها مؤثرند توضیح دهد.
- ۵- دوران کودکی را از بدو تولد تقسیم‌بندی کند.
- ۶- اختصاصات هر یک از مراحل دوران کودکی را شرح دهد.

کلیات بیماری‌های کودکان

۱-۱- مقدمه

دوران کودکی از هنگام تولد شروع شده، تا پایان بلوغ جسمانی و جنسی و آغاز دوره‌ی بزرگسالی ادامه می‌یابد. در تمام طول این دوره انسان «کودک» نامیده می‌شود. از نظر زمانی، پایان دوره کودکی دقیقاً مشخص نیست، بعضی پایان ۱۵ سالگی یعنی سن شروع بلوغ را انتهای دوره‌ی کودکی می‌دانند و عده‌ای دوره کودکی را تا انتهای دوره بلوغ یعنی پایان ۱۸ سالگی در نظر می‌گیرند. کودکان در واقع بزرگسالانی با ابعاد کوچک‌تر نیستند بلکه از نظر ابعاد کمی و کیفی کاملاً با بزرگسالان فرق دارند، و این تفاوت‌ها شامل کلیه جنبه‌ها از قبیل کالبدشناسی و فیزیولوژی و غیره می‌باشد.

۱-۲- پدیده‌ی رشد و تکامل

رشد و تکامل مهم‌ترین خصیصه دوران کودکی است. رشد و تکامل بعد از تشکیل نطفه شروع

می‌شود و در مرحله جنینی و سپس در دوره‌های مختلف کودکی ادامه می‌یابد. فرآیند رشد و تکامل در کودکان سبب می‌شود که آنان در سنین مختلف با هم متفاوت باشند. بیماری‌ها، احتیاجات غذایی و کیفیت رژیم غذایی یک شیرخوار ۱۰ ماهه کاملاً با یک کودک ۱۰ ساله متفاوت است؛ در حالی که هر دو «کودک» نامیده می‌شوند. هر چه سن کودک کمتر باشد تفاوت‌های وی با فرد بالغ بیشتر و تشابهات وی کمتر است.

۳-۱- مقایسه مشخصات بیماری‌ها در کودکان و بزرگسالان

مشخصات بیماری‌ها شامل: بروز و شیوع نشانه‌ها و نتایج بیماری در کودکان و بزرگسالان هر کدام چهره‌ی متفاوتی دارند. برخی از بیماری‌ها در کودکان به‌وجود نمی‌آید و مختص بزرگسالان است. اما بسیاری دیگر، به‌ویژه بیماری‌های عفونی در دوره‌ی خردسالی به سراغ انسان می‌آید و از شدت و عوارض بیشتری برخوردار هستند. برای مثال، افزایش فشارخون شریانی و بیماری انسدادی سرخرگ‌های قلب (کرونر)^۱ و مغز را می‌توان نام برد که در کودکان شایع نیست و یا اصلاً وجود ندارند اما بیماری‌هایی مانند سرخک، سیاه‌سرفه، اسهال و استفراغ هر ساله موجب ابتلا و مرگ تعداد زیادی از اطفال به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه^۲ می‌گردند.

از طرف دیگر بعضی از بیماری‌ها مانند سل که در همه گروه‌های سنی شایع است از نظر نشانه‌های بالینی و شدت تظاهرات و سیر بیماری در کودکان و بزرگسالان کاملاً با هم متفاوت است. عواملی که در گوناگونی تظاهرات بیماری‌ها در کودکان دخیل هستند، به‌شرح زیر می‌باشند.

۱- رشد و تکامل: اختلال در رشد جسمانی و تکامل حرکتی، زبانی و هوشی موجب بیماری‌های مختلف در کودک می‌شود. در حالی که این بیماری‌ها در افراد بالغ وجود ندارند و اگر فرد بالغی دچار عوارض تکاملی مثل عقب ماندگی رشد و کوتاهی قد و یا فلج مغزی و اختلالات تکلم باشد، این پدیده مربوط به ابتلای وی به بیماری‌های دوران کودکی است که آثار و عوارض آن هم‌چنان پابرجا مانده است.

۲- سن: همان‌طور که گفته شد، شیوع خیلی از بیماری‌ها، به‌خصوص بیماری‌های عفونی،

۱- Coronary Arteries

۲- در تقسیم‌بندی‌های فرهنگی و اقتصادی، کشورهای غنی و ثروتمند دنیا مانند کشورهای غربی و ژاپن را ممالک توسعه یافته و کشورهای فقیر آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین را کشورهای در حال توسعه می‌نامند. تقسیم‌بندی دیگری که امروزه انجام می‌شود تقسیم‌بندی کشورها بر مبنای شمال و جنوب (به ترتیب پیشرفته و در حال توسعه) است.

به سن شخص بستگی دارد. این تفاوت‌ها حتی در مراحل مختلف کودکی نیز وجود دارد. برای مثال اسهال و استفراغ در دوران شیرخوارگی یعنی سال اول عمر بسیار شایع است و با افزایش سن از میزان شیوع آن کاسته می‌شود. اما بیماری آبله مرغان در دوران شیرخوارگی شیوع زیادی ندارد و جزء بیماری‌های شایع دوران مدرسه است.

۳- نوع تغذیه: در بروز بسیاری از بیماری‌ها مؤثر است. برای نمونه کودکانی که منحصراً با شیر مادر تغذیه می‌شوند به مراتب خیلی کمتر از کودکانی که از شیر خشک و یا سایر شیرها تغذیه می‌کنند دچار اسهال و عفونت تنفسی می‌گردند.

۴- شرایط اقتصادی - اجتماعی: شرایط اقتصادی - اجتماعی خانواده در بروز و تنوع بیماری‌های کودکان مؤثر است. مشاهده شده که شرایط بد اقتصادی اجتماعی منجر به بروز موارد بیشتری از اسهال و سوء تغذیه و اختلال رشد در کودکان می‌گردد.

۵- شرایط اقلیمی: شرایط آب و هوایی که مربوط به زندگی در اقلیم‌های جغرافیایی مختلف است در تنوع و بروز انواع بیماری‌ها مؤثر می‌باشد. برای مثال کودکانی که در نواحی جنوب و جنوب شرقی ایران زندگی می‌کنند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری مالاریا هستند درحالی که این بیماری در نواحی شمال کشور شایع نیست و برعکس، کودکان آن‌جا در معرض ابتلا به کرم‌های قلابدار روده‌ای هستند.

۶- آداب و رسوم و اعتقادات: شرایط سنتی، بومی و مذهبی هر منطقه در شیوع انواعی از بیماری‌ها مؤثر است که حذف آن شرایط در همان منطقه موجب کاهش و یا از بین رفتن آن بیماری‌ها می‌گردد. در بعضی از مناطق برای جلوگیری از خونریزی و زودتر افتادن بندناف نوزادان از خاکستر یا مواد آلوده دیگر استفاده می‌کنند که سبب ابتلای آن‌ها به کزاز می‌گردد.

۴-۱- تقسیم‌بندی دوران کودکی

برای کنترل کیفیت و کمیت رشد و بهبود وضعیت سلامتی کودکان و نیز آشنایی و شناخت بهتر بیماری‌ها در دوران کودکی متخصصین فن این دوران را به چند دوره‌ی کوتاه‌تر تقسیم نموده‌اند که به شرح آن‌ها می‌پردازیم:

۴-۱-۱- دوران نوزادی: دوران نوزادی ۲۸ روز است که از بدو تولد شروع می‌شود و تا ۲۸ روزگی ادامه می‌یابد. در این دوران ارتباط تنفسی و تغذیه‌ای جنین با مادر که از راه جفت در داخل رحم برقرار بوده قطع می‌شود و جنین تازه ولادت یافته که نوزاد خوانده می‌شود باید در شرایط

جدید به زندگی خود ادامه دهد. در اکثر موارد دستگاه‌های مختلف بدن نوزاد مثل قلب، ریه، کبد، کلیه‌ها و سیستم ایمنی سریعاً خود را با شرایط جدید وفق می‌دهند و مشکلی به وجود نمی‌آید. اما اگر این ارتباط زودتر از موعد (یعنی جنین نارس به دنیا بیاید) (پره ماچور)^۱ و یا برعکس دیرتر از موعد قطع شود (یعنی جنین دیررس (پُست ماچور)^۲ باشد) در هر دو حالت مشکلات زیادی به بار خواهد آمد که در فصل بیماری‌های نوزادان به شرح آن خواهیم پرداخت.

۲-۴-۱- دوران شیرخوارگی: این دوران از ۲۸ روزگی شروع می‌شود و تا یک‌سالگی خاتمه می‌یابد. - دو سال اول تولد - در روزها و ماه‌های اول به علت عبور مواد ایمنی‌زا از جفت، کودک علیه بعضی از بیماری‌های عفونی مصونیت دارد، اما از نیمه دوم سال اول به علت کاهش غلظت مواد ایمنی‌زای مادری، شیرخوار در معرض ابتلا به بسیاری از بیماری‌های عفونی قرار خواهد گرفت. تحقیقات نشان داده است که اگر تغذیه انحصاری با شیر مادر بلافاصله بعد از تولد شروع شود و تا ۲ سالگی ادامه یابد و نیز از ۶ ماهگی به کودک غذای مکمل داده شود، میزان ابتلای کودک به بیماری‌هایی چون اسهال و استفراغ و عفونت‌های تنفسی کاهش خواهد یافت.

۳-۴-۱- دوران خردسالی (نوباوگی) یا سال‌های قبل از مدرسه: این مرحله از یک‌سالگی شروع می‌شود و تا پایان ۶ سالگی یعنی سن ورود به مدرسه ادامه می‌یابد. در این دوران کودک به علت استقلال که از نظر حرکت و تغذیه پیدا می‌کند بسیار کنجکاو و جستجوگر می‌شود. بنابراین کودک در معرض حوادث و اتفاقات مختلف قرار می‌گیرد. لذا میزان شیوع حوادث و مسمومیت‌ها در این سال‌ها بیشتر از سایر مراحل کودکی است.

۴-۴-۱- دوران مدرسه: این مرحله از ۷ سالگی شروع می‌شود و در سن ۱۲ سالگی خاتمه می‌یابد. در این سنین بیشتر اوقات روز کودک در محل‌های سرپوشیده و پر ازدحام سپری می‌شود؛ لذا امکان ابتلای وی به بیماری‌های عفونی شایع در مدرسه مانند سرخک، آبله‌مرغان، اوریون، هپاتیت، کچلی و زردخم بسیار زیاد می‌شود. در این سال‌ها به علت رشد شخصیت کودک و مواجهه بیشتر وی با مسایل روانی و سرخوردگی‌های عاطفی، بیماری‌های عصبی و روانی مانند شب‌اداری، جویدن ناخن، کابوس‌های شبانه و ترس از مدرسه نیز شیوع بیشتری دارد.

۵-۴-۱- دوران نوجوانی: طول این دوره در دختران و پسران متفاوت است. به طوری که این دوره در دختران بین ۱۰ تا ۱۵ سالگی و در پسران بین ۱۲ تا ۱۷ سالگی است.

در شروع این مرحله پسرها از دختران هم سن کوتاه تر و سبک ترند. اما در پایان دوره پسرها نسبت به دختران هم سن خود از قد بلندتر و وزن بیشتری برخوردار هستند. در دوره ی نوجوانی علاقه به ورزش به خصوص نوع دسته جمعی آن افزایش می یابد، لذا مشکلات این دوره علاوه بر تنش های عصبی و روانی صدمات بدنی ناشی از ورزش نیز هست. بعضی از بیماری های شایع بزرگسالان مانند بیماری های نسج هم بند و دیابت نیز گاهی در این سنین مشاهده می گردد.

۴-۱- دوران بلوغ: بعضی از محققان دوران بلوغ را مرز بین دوران کودکی و بزرگسالی به حساب می آورند به هر صورت در پایان این دوره رشد و تکامل تقریباً به پایان می رسد اما جوانان برای رسیدن به متانت و بلوغ روانی دوره ی میانسالی راهی طولانی در پیش دارند.

عوارض و صدمات ناشی از حرکات ورزشی، بیماری های مقاربتی و بعضی از بیماری های شغلی مشکلات این دوران را تشکیل می دهند. اثرات روانی بعضی از مشکلات مثل سرخوردگی های اجتماعی، بیکاری، مشکلات انتخاب همسر و مسایل مالی مربوط به آن و گرفتاری های حاصل از ازدواج و زایمان های زودرس (کمتر از ۲۰ سال) از اهم مشکلات این دوره هستند.

پرسش و تمرین

- ۱- اختلاف نظرها را در مورد پایان دوران کودکی توضیح دهید.
- ۲- بیماری های سرخرگ تاجی (کرونر) در چه سنینی شایع تر است؟
- ۳- آیا سیر بیماری سل در کودکان و افراد بالغ یکسان است؟
- ۴- بیماری آبله مرغان در چه دوران سنی شایع تر است؟
- ۵- بیماری مالاریا در کدام مناطق ایران شیوع بیشتری دارد؟
- ۶- حوادث و اتفاقات در کدام سنین در کودکان شایع تر است؟
- ۷- تفاوت های بین دختران و پسران را از نظر رشد و تکامل در دوران نوجوانی مقایسه کنید و آن ها را در سه جمله توضیح دهید.

فصل دوم

هدف‌های رفتاری: از فراگیر انتظار می‌رود در پایان این فصل، بتواند:

- ۱- نشانه‌های مشترک در بیماری‌ها را بیان کند.
- ۲- در مورد هر یک از علائم بیماری‌ها توضیحات کافی ارائه دهد.
- ۳- با مشاهده و مصاحبه با بیمار نشانه‌های بیماری را در او تشخیص دهد.
- ۴- بتواند با تجزیه و تحلیل نشانه‌های بیماری، نوع آن را حدس بزند.
- ۵- علل بروز تب را توضیح دهد.
- ۶- بیمار تب‌دار را از شخص سالم تشخیص دهد.
- ۷- علل بروز سردرد را نام ببرد.
- ۸- موارد تفاوت استفراغ و حالت تهوع را بیان کند.
- ۹- اسهال را تعریف کرده، علل بروز آن را نام ببرد.
- ۱۰- بیمار دچار تنگی نفس و سیانوز را از شخص سالم تشخیص دهد.
- ۱۱- علل بروز تنگی نفس و سیانوز را توضیح دهد.
- ۱۲- شخص مبتلا به یرقان را از شخص سالم تشخیص دهد.
- ۱۳- شرایط لازم برای جلوگیری از خونریزی درون بافتی را شرح دهد.
- ۱۴- اِدم را تعریف کرده، انواع آن را توضیح دهد.
- ۱۵- درباره اِدم عمومی توضیح دهد.
- ۱۶- حالت اغما و خواب را در بیمار تشخیص دهد.
- ۱۷- شدت اغما را در بیمار مشخص کند.

بررسی علایم شایع بیماری‌ها در کودکان (نشانه‌شناسی)

۱-۲- مقدمه

نشانه‌هایی چون تب، درد، استفراغ و یرقان مشخص‌کننده یک نوع بیماری خاص در کودکان نیستند بلکه هر کدام از آن‌ها علامت چند نوع بیماری مختلف در بدن انسان هستند. یادگیری و تفسیر این نشانه‌ها در شناخت بهتر بیماری‌های کودکان نقش مؤثری دارد. در این فصل، به اختصار، به شرح تعدادی از این علایم می‌پردازیم:

۲-۲- تب

افزایش بیش از حد طبیعی درجه‌ی حرارت بدن را تب می‌نامند. درجه‌ی حرارت بدن انسان در طول شبانه‌روز بین ۳۶ تا ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد^۱ تغییر پیدا می‌کند. افزایش درجه حرارت بدن از حد ۳۷/۵ درجه سانتی‌گراد به بالا را تب می‌گویند. درجه حرارت بدن در حین تب شدید ممکن است تا ۴۱ درجه سانتی‌گراد هم برسد. میزان حرارت بدن انسان توسط مرکز کنترل حرارت که در هیپوتالاموس قرار دارد توسط مکانیسم‌های متعددی تنظیم می‌شود. تب یکی از علایم شایع در بیماری‌های کودکان است و احتمالاً شایع‌ترین دلیل مراجعه به پزشک نیز هست.

علل بروز تب: بروز تب در کودکان دلایل بسیار زیاد و مختلفی دارد. در زیر به مهم‌ترین آن‌ها

اشاره می‌شود:

- ۱- بیماری‌های ویروسی و باکتریال مانند سرماخوردگی، انفلوانزا، اوریون، گلودرد چرکی، عفونت گوش میانی، عفونت ادراری، حصبه و غیره
- ۲- بیماری‌های انگلی مثل مالاریا
- ۳- بیماری‌های رماتیسمی مثل رماتیسم حاد مفصلی
- ۴- کم‌آبی شدید بدن در اثر اسهال و استفراغ
- ۵- تب ناشی از واکنش‌های بیولوژیکی به ویژه واکنش ديفتري، کزاز، سیاه‌سرفه (سه‌گانه)
- ۶- مصرف بعضی از داروها مثل پنی‌سیلین (در صورتی که به مدت طولانی مصرف شوند)

۱- در بعضی کشورها برای سنجش درجه حرارت بدن به جای روش درجه‌بندی سانتی‌گراد از روش دیگری به نام فارنهایت استفاده می‌کنند. ۳۷ درجه سانتی‌گراد معادل ۹۸/۶ درجه فارنهایت است.

۷- تزریق اشتباهی خون ناسازگار^۱

۸- سرطان‌ها و بدخیمی‌ها

۲-۳- درد

درد عبارت از حس ناخوشایندی است که در اثر فشرده شدن، کشیده شدن و نرسیدن خون به اعضای مختلف بدن به وجود می‌آید. این اعضاء شامل روده‌ها، حالب‌ها، مثانه، مجرای ادرار، استخوان‌ها، عضلات و پوست هستند. درد ممکن است دائمی و یا به صورت دوره‌ای (پریودیک) باشد. شایع‌ترین دردها که در نقاط مختلف بدن به وجود می‌آیند عبارت‌اند از:

درد شکم (دل درد)^۲: شکم شایع‌ترین محل ابراز درد توسط کودک می‌باشد. این درد، گرچه در کودکان اهمیت بسیاری دارد اما در خیلی از مواقع نشانه‌ی بیماری مهمی نیست و کودکان برای جلب توجه والدین آن را بهانه و دستاویز خود قرار می‌دهند. علل مهم درد شکم عبارت است از: مسمومیت گوارشی، زخم معده اثنی عشر، عفونت ادراری، سنگ کلیه و مجاری ادرار، آپاندیسیت حاد و پیچ‌خوردگی و توهّم‌رفتگی روده‌ها.

نکته عملی در مورد درد در کودکان: در این گونه موارد، باید از دادن هر نوع مسکن قبل از معاینه پزشک، خودداری نمود. زیرا تسکین نسبی درد و عدم توانایی کودک در تعیین دقیق محل درد موجب اشتباهات فاحش در تشخیص می‌شود.

سردرد: سردرد یکی از علائم تقریباً شایع بیماری در کودکان، مخصوصاً در سنین مدرسه است. سردرد کودکان برخلاف دردشکم که ممکن است گاهی جنبه روانی داشته باشد همیشه علامت مهمی است که باید به آن توجه کافی نمود. علل سردرد عبارت است از سینوزیت، میگرن، سردردهای عصبی و بیماری‌های خطرناکی چون آبسه مغزی و غده مغزی.

درد اندام: بعد از درد شکم، شایع‌ترین محل درد در کودکان درد اندام است.

علل درد اندام:

- ۱- گاهی درد اندام مربوط به رشد کودک است. این دردها بیشتر در کشاله ران بروز می‌کند.
- ۲- دردهای ناشی از کف پای صاف. این دردها بعد از ورزش و یا پیاده‌روی کودک در طی

۱- خون ناسازگار یعنی خونی که گروه آن مشابه گروه خونی شخص گیرنده خون نباشد.

۲- این اصطلاح اگر چه در بین مردم رایج است ولی کاربرد آن درست نیست چرا که در زبان و ادب فارسی دل به معنای

«قلب» است نه شکم.

روز به هنگام شب در ناحیه ساق پا به وجود می‌آید. طرز تشخیص کف پای صاف به این ترتیب است که کودک، کف پای برهنه خود را روی زمین صاف یا میز می‌گذارد. در این حالت فاصله‌ای بین کناره‌ی داخلی کف پا و سطح زمین و یا میز وجود ندارد (شکل ۱-۲).



شکل ۱-۲- کف پای صاف

۲-۴- استفراغ

استفراغ عبارت است از دفع مواد غذایی و سایر ترشحات از دستگاه گوارش از راه مری و دهان. در واقع استفراغ، خالی شدن محتویات معده و روده از راه غیرطبیعی است. تهوع: حالتی از استفراغ است که با خارج شدن ترشحات و محتویات معده همراه نیست و ممکن است با سرگیجه و احساس نامطبوع تمایل به دفع محتویات دستگاه گوارش از راه دهان توأم باشد.

علل استفراغ:

۱- علل گوارشی شامل: عفونت‌های روده‌ای در اثر میکروب‌ها و ویروس‌ها، انسداد روده‌ی باریک، توهم‌رفتگی (انواژیناسیون) روده‌ها در کودکان کمتر از ۲ سال، شروع هپاتیت ویروسی و آپاندیسیت حاد

۲- علل عصبی و مغزی: شامل انسفالیت (ورم مغزی)، مننژیت چرکی، آبسه و غده مغزی

۳- علل عفونی غیرگوارشی شامل: عفونت ادراری، عفونت گوش میانی

۴- وارد شدن ضربات مستقیم به شکم

۵- اختلال در مجاری نیم‌مدور گوش داخلی در اثر سوار شدن به هواپیما، کشتی و اتومبیل

۶- علل روانی که بیشتر در دختران در سن بلوغ دیده می‌شود.

مواد استفراغ شده، ممکن است حاوی مواد غذایی مصرف شده و یا خون و صفرا باشد. استفراغ خونی، نشانه‌ی خونریزی از دستگاه گوارش (مری و معده) و استفراغ صفراوی نشانه‌ی انسداد روده است.

۵-۲- اسهال

تغییر شکل و قوام محتویات مدفوع و افزایش تعداد دفعات خروج مدفوع در طول شبانه‌روز را



شکل ۲-۲- کم آبی و کاهش طراوت پوست یک کودک در اثر اسهال

اسهال می‌نامند. در موقع اسهال حجم آب مدفوع افزون می‌شود و مدفوع، حالت شل و آبکی پیدا می‌کند. محتویات مدفوع اسهالی شامل مواد غذایی هضم نشده، خون و بلغم است. اسهال شدید موجب کم‌آبی بدن و شوک می‌گردد. شکل ۲-۲ کم‌آبی و کاهش طراوت پوست یک کودک را در اثر اسهال نشان می‌دهد.

علل اسهال به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- عفونت‌های روده‌ای در اثر ویروس‌ها و باکتری‌ها
- ۲- ابتلای روده به انگل‌های تک‌یاخته‌ای مانند ژiardیا و آمیب
- ۳- عدم سازگاری با شیر گاو
- ۴- علل غیر گوارشی شامل عفونت گوش میانی و پرکاری غده تیروئید

۶-۲- یبوست

یبوست عبارت است از عدم دفع مدفوع به طور مرتب و روزانه که موجب خشکی مدفوع و در نتیجه بروز درد و ناراحتی در هنگام اجابت مزاج می‌شود. به طور کلی ۷٪ کودکان دچار یبوست می‌گردند. یبوست در دختران کمی شایع‌تر از پسران است. خشکی مدفوع در یبوست سبب خراش

و تورم مقعد می‌گردد. وجود خراش به نوبه خود باعث تشدید درد به هنگام اجابت مزاج و در نتیجه دوام بیوست می‌شود.

علل بیوست در کودکان

۱- بیوست در بین کودکانی که شیر خشک می‌خورند نسبت به کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند به مراتب بیشتر است.

۲- بیماری مگاکولون^۱: در این بیماری روده‌ی بزرگ در انتهای خود، یعنی کمی بالاتر از سوراخ مقعد، فاقد گانگلیون عصبی است؛ لذا در نقاطی که عصب وجود ندارد حرکت دودی روده بزرگ از بین رفته و مدفوع در قسمت بالای آن باقی می‌ماند و بیوست شدید بروز می‌کند، به طوری که کودک مبتلا به مگاکولون هفته‌ها قادر به دفع مدفوع نیست و در این حالت شکم نفاخ و بزرگ شده، رشد کودک مختل می‌شود (شکل ۲-۳).



شکل ۲-۳- شکم نفاخ و برجسته در یک کودک مبتلا به مگاکولون

۳- کم کاری غدد مترشحه داخلی مثل کم کاری غده تیروئید.

۴- مصرف بیش از حد داروهای قابض و آکالوئیدی^۲.

۵- بیوست عادت‌ی: بروز این نوع بیوست با علت خاصی همراه نیست. اغلب زمینه فامیلی وجود داشته و برادران و یا خواهران و یا والدین طفل مبتلا به بیوست هستند.

بیوست در کودکان گرچه علایم سخت و ناراحت کننده‌ای ندارد؛ اما در صورت بروز، حتماً باید به درمان آن پرداخت.

۱- Megacolon

۲- آکالوئیدها موادی هستند که منشأ گیاهی دارند و باعث کند شدن حرکات دستگاه گوارش و خشک شدن ترشحات گوارشی و بزاق می‌شوند.

۷-۲- سرفه

سرفه یک نوع واکنش دفاعی بدن در مقابل تحریکاتی است که در گلو، گوش میانی، حنجره، نای، نایژه‌ها و پرده‌های جنب (پرده‌های پوشاننده ریه‌ها) ایجاد می‌شود. هدف از سرفه دفع ترشحات و مواد تحریک‌کننده‌ی خارجی از مسیر راه‌های تنفسی به خصوص نای، حنجره و گلو است. سرفه ممکن است خشک و یا همراه دفع خلط باشد. از نظر تعداد، سرفه‌ها به قطاری (پشت‌سره‌م) و تک‌تک تقسیم می‌شوند. چون سرفه یک عمل دفاعی بدن است، نباید در موارد خفیف به تسکین آن اقدام نمود؛ مگر این‌که سبب خستگی، ضعف و یا استفراغ‌های شدید و در نتیجه سوء تغذیه کودک شود.

علل سرفه: سرماخوردگی، انفلوانزا، سیاه‌سرفه، سرخک، بیماری آسم، جسم خارجی در مجاری تنفسی، عفونت لوزه‌ها و گوش میانی، سینوزیت و التهاب حنجره از علل شایع بروز سرفه در کودکان هستند. باید با گرفتن شرح حال و معاینه بالینی و در صورت لزوم عکسبرداری به علت سرفه پی‌برد و سپس به درمان آن اقدام نمود.

۸-۲- تنگی نفس و سیانوز

تنگی نفس به علت اختلال در تنفس عادی به وجود می‌آید. عمل تنفس برای تبادل اکسیژن و گاز کربنیک صورت می‌گیرد و اگر دستگاه‌های تنظیم‌کننده‌ی تنفس (سلسله اعصاب و مغز) و نیز مجاری تنفسی و ریه‌ها دچار اختلال شوند تنگی نفس به وجود می‌آید. در تنگی نفس که یک نوع تنفس مشکل و غیر مؤثر است دامنه حرکات تنفسی زیاد می‌شود و عضلاتی که در تنفس عادی از آن‌ها استفاده نمی‌شود به کار می‌افتند لذا در تنگی نفس عضلات بین دنده‌ای در هر حرکت تنفسی به داخل سینه کشیده و پرده‌های بینی بیشتر از معمول باز می‌شوند تا هوای بیشتری وارد دستگاه تنفسی گردد.

سیانوز (کبودی): حالتی است که اغلب همراه تنگی نفس دیده می‌شود و نشانه‌ی کمبود اکسیژن است. رنگ پوست و مخاط بدن در حالت طبیعی قرمز متمایل به صورتی است اما در سیانوز لب‌ها، لاله گوش، انتهای انگشتان دست‌ها و پاها و ناخن‌ها به رنگ بنفش متمایل به آبی درمی‌آید (شکل ۴-۲).



شکل ۴-۲- سیانوز انگشتان دست‌ها و پاها

علل تنگی نفس و سیانوز به طور خلاصه به شرح زیر است :

- ۱- صعود به ارتفاعات به علت کاهش اکسیژن هوا موجب بروز تنگی نفس می‌شود.
- ۲- به هنگام ورزش به علت افزایش سوخت و ساز نیاز بدن به اکسیژن زیاد می‌شود. اما در کسانی که آمادگی جسمانی کافی ندارند احتمال بروز تنگی نفس و سیانوز وجود دارد.
- ۳- بعضی از بیماری‌های دستگاه تنفس شامل عفونت‌های ریوی، تجمع چرک در فضای جنبی، وجود جسم خارجی در مسیر راه‌های تنفسی و غیره، موجب بروز تنگی نفس و سیانوز می‌شوند.

- ۴- اختلال مرکز تنظیم‌کننده‌ی تنفس در بصل‌النخاع در اثر بیماری‌هایی چون فلج اطفال، انسفالیت، مننژیت و بعضی از سموم و داروها سبب تنگی نفس و سیانوز می‌گردد.
- علت بروز سیانوز همیشه تنگی نفس و اختلال تنفسی نیست بلکه مصرف بعضی از داروها، اختلالات مادرزادی هموگلوبین، سرمازدگی، شوک، کندشدن جریان خون در اندام‌های بدن و مخلوط شدن خون تیره و روشن در بیماری‌های مادرزادی قلب نیز موجب پیدایش سیانوز می‌گردند.

۹-۲- کم خونی

کم‌خونی که با پریدگی رنگ و کاهش قرمزی مخاط لب‌ها و لاله گوش و کف دست‌ها و پاها مشخص می‌شود، در اثر کاهش هموگلوبین خون به وجود می‌آید. مقدار طبیعی هموگلوبین در کودکان بین ۱۲-۱۴ گرم در صد میلی‌لیتر خون است. در کم‌خونی مقدار هموگلوبین از ۱۲ گرم درصد کمتر می‌شود. کم‌خونی به سه نوع خفیف (هموگلوبین ۱۲-۱۰ گرم) و متوسط (هموگلوبین ۱۰-۸ گرم) و شدید (هموگلوبین کمتر از ۸ گرم) در صد میلی‌لیتر خون تقسیم می‌شود.

کودک مبتلا به کم خونی شدید، بی اشتها و کم حوصله می شود و نسبت به بازی و حرکت علاقه ی زیادی نشان نمی دهد.

دلایل بروز کم خونی

کم خونی به دلایل زیر به وجود می آید :

- ۱- ساخته نشدن گلبول قرمز در مغز استخوان: به دلیل اشغال مغز استخوان توسط سلول های سرطانی مانند بیماری لوسمی (سرطان خون) و یا نبودن مواد لازم برای تشکیل هموگلوبین مانند کم خونی، فقر آهن و نیز کم خونی ناشی از کمبود B_{۱۲}.
- ۲- تخریب گلبول های قرمز در خون محیطی: طول عمر متوسط گلبول قرمز در یک شخص سالم ۱۲۰-۱۱۰ روز است؛ اما در بعضی از بیماری ها که به آن بیماری های همولی تیک گفته می شود گلبول های قرمز زودتر از موعد معین از بین می روند و کم خونی ایجاد می شود. مهم ترین این بیماری ها عبارتند از: الف- اختلالات مربوط به هموگلوبین مثل تالاسمی ماژور و کم خونی داسی شکل؛ ب- عفونت های انگلی مثل مالاریا؛ ج- اختلالات آنزیمی مثل فاویسم^۱.
- ۳- کم خونی ناشی از خونریزی ها: در این دسته از بیماری ها، گلبول های قرمز به طور حاد و یا مزمن از طریق خونریزی از بدن دفع می شوند. در اثر کاهش گلبول های قرمز بدن، کم خونی عارض می گردد.

۱۰-۲- یرقان (زردی)

یرقان در اثر افزایش بیلی روبین در بدن به وجود می آید. بیلی روبین که از تجزیه هموگلوبین به دست می آید در بدن به دو صورت غیر مستقیم (محلول در چربی) و مستقیم (محلول در آب) وجود دارد. بیلی روبین غیر مستقیم برخلاف بیلی روبین مستقیم در صورت افزایش بیش از حد طبیعی از سد مغزی عبور می کند و موجب تخریب سلول های مغزی می گردد. این موضوع در نوزادان اهمیت بیشتری دارد که در مبحث بیماری های نوزادان به آن اشاره خواهد شد. بروز یرقان در بدن، به مقدار بیلی روبین تام^۲ خون بستگی دارد. به طور طبیعی مقدار آن یک میلی گرم در صد میلی لیتر خون است.

۱- Favism

۲- بیلی روبین تام (Total) عبارت است از مجموع بیلی روبین مستقیم + بیلی روبین غیر مستقیم

اگر مقدار بیلی‌روبین تام از این حد بیشتر شود ابتدا صلبیه چشم‌ها و سپس پوست بدن زرد می‌شود و یرقان ظاهر می‌گردد. شکل ۵-۲ زردی ملتحمه و بروز یرقان را در یک بیمار نشان می‌دهد.



شکل ۵-۲- زردی ملتحمه در یک بیمار

۱۱-۲- خونریزی و اختلالات انعقادی در کودکان

خون، ماده‌ای سیال و قرمز رنگ است که در سرخرگ‌ها و سیاهرگ‌های بدن در حال گردش است. خون در سیستم گردش خون مرتباً در حال حرکت است و لخته نمی‌شود. برای لخته شدن خون باید مقدماتی فراهم گردد. از طرف دیگر برای این که در درون بافت‌ها و اعضای بدن، خونریزی به وجود نیاید شرایط زیر لازم است:

الف - پلاکت‌ها باید از نظر تعداد، کافی و از نظر عملکرد طبیعی باشند؛

ب - دیواره‌ی مویرگ‌ها سالم و طبیعی باشد؛

ج - مواد انعقادی خون به اندازه کافی در خون موجود باشند. اگر حتی یکی از شرایط فوق فراهم نباشد خونریزی اتفاق خواهد افتاد.

با توجه به شرایطی که در متن کتاب آمده است علل خونریزی را به شرح زیر می‌توان بیان نمود:

۱- کمبود پلاکت‌ها: در جریان اشغال مغز استخوان توسط عوامل مختلف (از جمله سرطان خون) که پلاکت‌ها ساخته نمی‌شوند، و نیز در بیماری‌های خود ایمنی که پلاکت‌های تولید شده توسط مغز استخوان در خون محیطی از بین می‌روند کمبود پلاکت پیش می‌آید و کمبود پلاکت منجر به خونریزی‌های مختلف در بدن می‌شود.

۲- کمبود عوامل انعقادی: که به صورت ارثی و یا اکتسابی وجود دارد و موجب خونریزی‌های مختلف در بدن می‌گردند. از بیماری‌های ارثی، هموفیلی A و از بیماری‌های اکتسابی، کمبود پروترومبین در نارسایی کبد را می‌توان نام برد.



شکل ۶-۲- پورپورا ناشی از اختلال عروقی در بیماری هَنُوخ شوئن لای

۳- شکنندگی دیواره مویرگ‌ها: بعضی از بیماری‌های ارثی و کمبود ویتامین ث سبب شکنندگی دیواره‌ی مویرگ‌ها می‌شوند که در نتیجه‌ی آن خونریزی‌های مختلفی در زیر پوست، لثه‌ها و سایر نقاط بدن به وجود می‌آید. در بیماری‌های خونریزی دهنده هر نقطه‌ای از بدن ممکن است دچار خونریزی شود. خونریزی زیرپوست را پورپورا^۱ و خونریزی از بینی را اپیستاکی^۲ و خونریزی از معده را هماتمز و خونریزی از کلیه و مثانه را هماتوری می‌نامند (شکل ۶-۲).

۱۲-۲- اِدِم^۳ (ورم یا خیز)

قسمت عمده‌ی وزن بدن انسان را آب تشکیل می‌دهد. به طوری که دوسوم ترکیب وزن بدن نوزاد از آب تشکیل شده است. با افزایش سن به تدریج از مقدار آب بدن کاسته می‌شود، اما هیچ‌گاه در طول عمر نسبت آب بدن از ۵۵ درصد کمتر نمی‌شود.

آب بدن در سه فضای داخل عروقی، بین سلولی و داخل سلولی وجود دارد و این سه فضا ضمن تعادل مایعات و مواد، در حالت تعادل می‌باشند. به هم خوردن تعادل در این فضاها موجب بروز اِدِم می‌گردد.

اِدِم یا ورم، حالتی است که طی آن طبق مکانیسم‌های مختلفی به حجم مایعات بین سلولی افزوده می‌شود.

۱- Purpura

۲- Epistaxis

۳- Oedema

در حالت طبیعی فشار انکوتیک پلازما که مربوط به وجود پروتئین‌ها به خصوص آلبومین در خون است و فشار هیدرواستاتیک داخل مویرگ‌ها که در واقع دنباله‌ی فشارخون سرخرگی در مویرگ‌هاست باعث ایجاد تعادل بین مویرگ‌ها و فضای میان بافتی می‌شود و در نتیجه حجم خون در داخل رگ‌ها و حجم مایعات بین بافتی تغییر زیادی نمی‌کند. اما به دلایل مرضی که در زیر شرح داده می‌شود این تعادل به هم می‌خورد و به حجم مایعات بین بافتی افزوده می‌شود و در نتیجه، ادم به وجود می‌آید. با توجه به موارد فوق دلایل بروز ادم چنین است:

۱- کاهش فشار انکوتیک در اثر کم شدن پروتئین‌های خون، در سوء تغذیه و قحطی و گرسنگی به دلیل نرسیدن مواد پروتئینی به بدن، در بیماری‌های کبدی به دلیل ساخته نشدن پروتئین‌ها و در بیماری‌های کلیوی (نفروز) به علت دفع پروتئین‌ها از راه ادرار مقدار آلبومین خون کاهش می‌یابد و در نتیجه‌ی آن فشار انکوتیک خون به حداقل می‌رسد. با کاهش فشار انکوتیک، آب از داخل عروق به فضای میان بافتی نشت کرده، ورم ظاهر می‌شود.

۲- افزایش فشار هیدرواستاتیک: در بیماری‌های قلبی و اختلالات وریدی که کندی جریان خون وریدی وجود دارد، به علت افزایش فشار هیدرواستاتیک مویرگ‌ها، ادم به وجود می‌آید.

۳- آسیب دیدگی عروق در بیماری‌های آلرژیک که قابلیت نفوذ مویرگ‌ها زیاد می‌شود، مقداری مایع به طور موضعی از شبکه عروقی خارج می‌شود و خیزهای پراکنده‌ای در نقاط مختلف پوست به وجود می‌آید؛ مثل کهیر حاد.

۴- در جریان نارسایی کلیه‌ها، دفع آب و املاح از بدن مختل می‌شود و به علت افزایش حجم کلی آب بدن، به حجم مایعات بین سلولی نیز افزوده می‌شود و ادم بروز می‌کند.

ادم ممکن است خفیف یا شدید، موضعی و یا عمومی باشد. در ادم عمومی علاوه بر ادم پاها، در داخل شکم و فضاهاى جنبی نیز مایع جمع می‌شود که موجب بروز تنگی نفس در بیمار مبتلا به ادم می‌گردد. با معاینه بیمار مبتلا به ادم گاهی می‌توان به علت بروز ادم پی‌برد. ادم کلیوی و قلبی گوده گذار است یعنی اثر انگشت در محل فشار وارده باقی می‌ماند. اما ادم آلرژیک غیرگوده‌گذار است و

فشار انگشت، اثری در محل ادم باقی نمی‌گذارد. در ادم کلیوی، رنگ پوست محل ادم سفید است اما در ادم قلبی به علت کندی جریان خون وریدی و سیانوز پوست محل ادم کبود و تیره رنگ است.



شکل ۷-۲- ادم پاهای یک کودک

۱۳-۲- تشنج

عبارت است از حرکات غیرارادی شدید عضلات بدن که در اثر تحریکات عصبی به وجود می‌آید. تحریکات عصبی از قسمت قشری مغز سرچشمه می‌گیرند. در تشنج بیشتر عضلات بدن و یا تعدادی از آن سفت و منقبض می‌شود و شروع به حرکات مختلفی می‌نمایند. این حرکات غیرارادی است و اغلب هنگام تشنج، شخص دچار بیهوشی می‌شود و یا حالت گیجی کامل دارد و قادر به کنترل و یا متوقف کردن حرکات غیرارادی نیست.

تشنج ممکن است موضعی یعنی در یکی از اندام‌ها و یا محدود به سر و گردن و چشم‌ها باشد و یا ممکن است به صورت عمومی بروز کند و تمام اندام‌ها و سر و گردن را دربر بگیرد. بعضی تشنج‌ها مثل صرع بزرگ از ابتدا به شکل عمومی هستند و بیمار در شروع تشنج فریادی می‌کشد و سپس به زمین می‌افتد و تمام اندام‌هایش شروع به حرکات غیرارادی می‌نماید؛ اما در انواع دیگر، تشنج ابتدا به صورت موضعی است و در اثر پیشرفت عارضه و عدم درمان به صورت عمومی درمی‌آید.

علل تشنج: علل تشنج در کودکان بسیار زیاد و گوناگون است. در زیر به

قسمت‌هایی از آن اشاره می‌شود:

۱- تشنج به علت تب

- ۲- تشنج به علت صرع (ابی لپسی)^۱
- ۳- تشنج به علت بیماری‌ها و ضایعات مغزی
- ۴- تشنج به علت اختلالات متابولیک؛ کمبود و افزایش بعضی از مواد در خون، ممکن است موجب تشنج گردند مانند کمبود قند و کلسیم و یا افزایش غلظت اسمزی و pH خون.
- ۵- تشنج در اثر مسمومیت (مانند مسمومیت با استریکنین که سبب تحریک سلول‌های مغزی و تشنج می‌شود).
- ۶- تشنج به علت نرسیدن اکسیژن کافی - در نوزادان به علت نرسیدن اکسیژن کافی در حین زایمان به مغز ممکن است تشنجات شدید و غیرقابل کنترلی به وجود آید.

۱۴-۲- اغما^۲

اغما حالتی است که در آن، کودک، هوشیاری خود را از دست می‌دهد و ارتباط وی با محیط خارج قطع می‌شود. هوشیاری انسان مربوط به صدور مکرر امواج مغزی از سیستم رتیکولر به مراکز قشری مخ می‌باشد. سیستم رتیکولر یا شبکه‌ای در قسمت تحتانی مغز و بالای بصل‌النخاع قرار دارند و هوشیاری و خواب انسان به میزان فعالیت این سیستم مربوط است. هرچه تعداد امواج ارسال‌ی به مغز زیادتر باشد سطح هوشیاری فرد بیشتر است. در حین خواب از تعداد و دامنه امواج کاسته می‌شود. در حالت اغما، صدور امواج از شبکه رتیکولر به مغز بسیار کم می‌شود و در اغمای عمیق به صفر می‌رسد. اغما از نظر وجود هوشیاری به درجات مختلف زیر تقسیم می‌شود:

الف) حالت خواب آلودگی^۳: بیمار در این مرحله با تکان دادن و یا صدا کردن از حالت خواب آلودگی خارج می‌شود و دستورات داده شده را اطاعت می‌کند و به سؤالاتی که از وی می‌شود جواب درست و منطقی می‌دهد؛ اما اگر بیمار را به حال خود رها کنیم فوراً به حالت اولیه خود برمی‌گردد.

ب) حالت منگی یا گیجی^۴: بیمار در این مرحله برای بیدار شدن به تحریکات زیادتری نیاز دارد. وقتی بیدار شود به سؤالات یا جواب نمی‌دهد و یا جواب‌های وی نیمه کاره و غیر منطقی است.

ج) حالت نیمه اغما^۵: در این مرحله بیمار به هیچ گونه تحریکی جواب نمی‌دهد، حتی تحریکات

۱- Epilepsy

۲- Coma

۳- Stupor

۴- Somnolence

۵- Subcoma

دردناک نیز منجر به بیداری وی نمی‌شود. اگر در این حالت در یک اتاق نیمه‌تاریک با چراغ قوه برچشمان بیمار نور بتابانیم مردمک‌های چشم او در اثر تحریک منقبض خواهند شد. یعنی رفلکس مردمک بیمار جواب می‌دهد.

د) حالت اغمای عمیق^۱: در این مرحله بیمار به هیچ‌گونه تحریکی جواب نمی‌دهد و رفلکس مردمک هم وجود ندارد. حالت اغمای عمیق را نباید با مرگ مغزی اشتباه کرد. ممکن است بیماری در حالت اغمای عمیق باشد ولی دچار مرگ مغزی نشده باشد. در چنین بیماری، امید حیات دوباره و بازگشت به حالت عادی هنوز وجود دارد. اما در شخص مبتلا به مرگ مغزی هیچ‌گونه امیدی برای بازگشت به زندگی طبیعی وجود ندارد. البته ممکن است بیمار مدت‌ها به همین صورت باقی بماند و به‌زندگی گیاهی خود ادامه دهد. در مرگ مغزی سلول‌های مغزی هیچ‌گونه فعالیتی از خود نشان نمی‌دهند و اگر از بیمار مبتلا به مرگ مغزی نوار مغزی (الکتروانسفالوگرام) EEG^۲ گرفته شود نوار خط صافی را نشان می‌دهد که مؤید عدم فعالیت سلول‌های مغزی است. علل پیدایش اغما در کودک: ۱- عفونت‌های داخل جمجمه از قبیل مننژیت و انسفالیت؛ ۲- خونریزی داخل جمجمه در اثر وارد آمدن ضربه و یا پارگی خودبه‌خودی عروق مغزی؛ ۳- مسمومیت با داروها و سموم مانند مسمومیت با فنوباریتال و تریاک؛ ۴- اختلالات متابولیک مثل افزایش اوره خون در نارسایی کلیه یا افزایش قند خون در دیابت قندی.

در پایان این فصل، تفاوت‌های کودک سالم و بیمار را شرح می‌دهیم.
کودک سالم: خوشحال است، لبخند می‌زند، بازی می‌کند، و به گوشه کنار خانه سر می‌زند، کودکان شیرخوار، پستان مادر را مکیده و شیر می‌خورند، کودکان بزرگ‌تر غذای خود را با اشتها می‌خورند.

هم‌چنین کودک سالم، فعال و سرزنده است، و به مسایل دوروبر خود توجه نموده و در مورد آن سؤال می‌کند. موقع معاینه توسط پزشک، مقاومت کرده و فریاد می‌کشد.
کودک بیمار:

الف - بیماری خفیف: ناراحت است و گاهی گریه می‌کند، تحریک‌پذیر و بی‌قرار است، و یا بالعکس خیلی آرام بوده و برخلاف روزهای دیگر در گوشه‌ای نشسته و یا دراز می‌کشد، بیحال و شل است، شب‌ها نمی‌خوابد و بی‌قراری می‌کند، موقع معاینه توسط پزشک مقاومت می‌کند اما قدرت

۱- Deep coma

۲- Electroencephalogram

مقابله همیشگی را ندارد.

ب- بیماری شدید: کودک بسیار سست و بیحال است. چشم‌هایش نیمه باز است و فروغ همیشگی را ندارد، خواب‌آلود به نظر می‌رسد، بدن وی خیلی سرد و یا بسیار گرم است. ممکن است در حال شوک باشد (رنگ پریدگی، سردی انتهاها، تعریق شدید) در اثر کم‌آبی چشم‌هایش گود رفته می‌شود و یا ممکن است حرکات تشنجی داشته باشد.

پرسش و تمرین

- ۱- درجه‌ی حرارت طبیعی بدن و درجه حرارت در حالت تب شدید چقدر است؟
- ۲- چند بیماری عفونی تب‌دار را نام ببرید.
- ۳- به چه علت سردرد نسبت به درد شکم، در کودکان اهمیت بیشتری دارد؟
- ۴- کودکانی که بعد از ورزش شب‌ها دچار درد در ناحیه ساق پا می‌شوند به کدام ناراحتی ممکن است مبتلا باشند؟
- ۵- علل عفونی غیرگوارشی که باعث ایجاد استفراغ می‌شود را نام ببرید.
- ۶- علت یبوست در بیماری مگاکولون را توضیح دهید.
- ۷- علائم کم‌خونی شدید در کودک را بیان نمایید.
- ۸- مقدار هموگلوبین در کم‌خونی شدید و خفیف چقدر است؟
- ۹- تفاوت مرگ مغزی و اغمای شدید را توضیح دهید.

- هدف‌های رفتاری: از فراگیر انتظار می‌رود در پایان این فصل، بتواند:
- ۱- اختلالات مختلف منجر به ایجاد بیماری را در دوره‌ی نوزادی فهرست کرده، در مورد هر کدام توضیح مختصری ارائه دهد.
 - ۲- صدمات زایمانی را توضیح دهد.
 - ۳- چند نمونه‌ی شایع از صدمات زایمانی را ذکر کند.
 - ۴- ویژگی‌های عفونت نوزادان را از سایر گروه‌های سنی تشخیص دهد.
 - ۵- اقدامات لازم برای استفاده از شیر مادر و دوام شیردهی و کاهش موارد عفونت در نوزادان را شرح دهد.
 - ۶- علل بروز کزاز نوزادی را نام برده، راه‌های پیشگیری از آن را توضیح دهد.
 - ۷- فیزیوپاتولوژی بروز یرقان را توضیح دهد.
 - ۸- چگونگی ظاهر شدن یرقان فیزیولوژیک را توضیح داده، اختلاف آن را با یرقان پاتولوژیک شرح دهد.
 - ۹- عوارض یرقان شدید را نام ببرد.
 - ۱۰- ناهنجاری‌های مادرزادی را تعریف نموده، انواع آن را فهرست کند.
 - ۱۱- چند نمونه شایع از ناهنجاری‌های مادرزادی را تشریح کند.

بیماری‌های نوزادان

۱-۳- مقدمه

۲۸ روز اول بعد از تولد را «دوره‌ی نوزادی» نام نهاده‌اند. دوره‌ی نوزادی مرحله مهمی از زندگی دوران کودکی است. زیرا در این دوره کودک از زندگی وابسته‌ی داخل رحمی به زندگی

مستقل خارج رحمی پا می‌گذارد و در حال وفق دادن خود با شرایط جدید فیزیولوژیک است. بعضی از نوزادان به سبب ناهنجاری‌های جسمی و متابولیک توان مطابقت با محیط و شرایط جدید را ندارند و دچار بیماری‌های مختلفی می‌گردند. بیماری‌های این دوره مربوط به اختلالات تشریحی، نقایص آنزیمی و عفونت‌های شدید ناشی از نارسی سیستم ایمنی نوزاد است که در بسیاری از موارد خطرناک و کشنده می‌باشد؛ به طوری که مرگ و میر در دوره نوزادی خیلی بیشتر از سایر مراحل کودکی است و قسمت اعظم مرگ و میر کودکان زیر یک سال را مرگ و میر دوره نوزادی تشکیل می‌دهد.

۲-۳- تقسیم‌بندی بیماری‌های نوزادان

بیماری‌های نوزادان به شرح زیر تقسیم‌بندی می‌شوند:

الف) ناهنجاری‌های مادرزادی: این ناهنجاری‌ها ممکن است در یکی از اعضای بدن و یا در چندین عضو وجود داشته باشد. این ناهنجاری‌ها بیشتر در چشم و گوش، بینی و لب، قلب و کلیه و دستگاه گوارش، آلت تناسلی و انگشتان دست و پا مشاهده می‌گردند. علت این ناهنجاری‌ها در اکثر موارد مشخص نیست. اما گاهی عفونت‌ها و مصرف داروهای غیرمجاز توسط مادر در دوران حاملگی، عامل بروز این ناهنجاری‌ها هستند.

وجود این ناهنجاری‌ها، به‌خصوص اشکال متعدد آن، با زندگی منافات دارد و مبتلایان به این ناهنجاری‌ها، اغلب در دوره‌ی نوزادی و یا کمی بعد از آن از بین می‌روند.

ب) نقایص آنزیمی و اختلالات متابولیکی: مانند اختلال متابولیسم گالاکتوز (گالاکتوزمی)^۱ و اختلال متابولیسم فنیل‌آلانین (فنیل‌کتونوری)^۲ که از دوره نوزادی با تغذیه معمولی نوزاد شروع می‌شود، اما تظاهرات و عوارض بیماری بعداً در دوران شیرخوارگی و کودکی خود را نشان می‌دهد.

ج) اختلالات کروموزومی: این اختلالات که به صورت کمبود و یا زیادی تعداد کروموزم‌ها و یا در اثر وجود نقایص ساختمانی در آن‌ها بروز می‌کند، اغلب در دوران جنینی سبب مرگ جنین در سه ماهه‌ی اول حاملگی و سقط جنین می‌گردند. تعدادی از این نوزادان که زنده به دنیا می‌آیند به دلیل نقایص شدید جسمی در دوران شیرخوارگی از بین می‌روند. گروهی دیگر، مانند مبتلایان به سندرم دان^۳ و ترنر^۴ طول عمر نسبتاً طبیعی دارند.

کودکان مبتلا به سندرم دان به علت وجود نشانه‌های ظاهری در موقع تولد قابل تشخیص

۱- Galactosemia

۲- Phenylketonuria

۳- Down

۴- Turner

هستند اما مبتلایان به بعضی از ناهنجاری‌های کروموزومی دیگر در موقع تولد علامتی ندارند و بعدها شناخته خواهند شد.

د) عفونت‌های ویروسی و باکتریایی: این عفونت‌ها به دلیل نارس بودن نوزاد و زایمان‌های غیربهداشتی و آلوده در نوزادان به وجود می‌آید و اغلب خطرزا و کشنده‌اند. مانند کزاز و میوکاردیت ویروسی نوزادی.

ه) صدمات زایمانی: گاهی در اثر زایمان‌های سخت صدماتی به جنین وارد می‌شود که سبب نقص عضو یا مرگ نوزاد می‌گردد.

و) ناسازگاری‌های خونی مربوط به اختلاف گروه خونی مادر و جنین: که سبب کم‌خونی و زردی در نوزاد می‌شوند.

ز) نرسیدن اکسیژن به سلول‌های مغزی جنین: در حین زایمان‌های سخت در اثر نرسیدن اکسیژن کافی به جنین سلول‌های مغزی آسیب می‌بیند که ممکن است در مراحل بعدی زندگی باعث تشنج و عقب‌ماندگی ذهنی گردد. همان‌طوری که در بالا توضیح داده شد بیماری‌های نوزادان بسیار زیاد و متنوع است و شرح همه آن‌ها در این کتاب مقدور نیست^۱. در این مبحث به تعدادی از بیماری‌های نوزادان که شایع و مهم‌ترند اشاره شده است.

۳-۳-۳- صدمات زایمانی

در اثر عبور جنین از کانال زایمانی صدمات و آسیب‌هایی بر وی وارد می‌شود که در موارد شدید موجب مرگ نوزاد و در موارد خفیف سبب ایجاد معلولیت در کودک می‌گردد. البته بعضی از این صدمات مانند شکستگی‌های استخوانی بهبود کامل می‌یابند و عارضه‌ای باقی نمی‌گذارند.

عواملی که موجب افزایش موارد صدمات زایمانی می‌شوند، عبارتند از:

۱- سن کم مادر هنگام زایمان (کمتر از ۱۸ سال)

۲- سن بالای مادر هنگام زایمان (بیشتر از ۳۵ سال)

۳- وزن زیاد نوزاد در هنگام تولد

۴- نارسی، پست ماچوریتی، دوقلوبی و چند قلوبی

۵- در دسترس نبودن مراکز مراقبت و تسهیلات زایمانی

۱- شرح معاینات نوزاد طبیعی و نارس و کم‌وزن و پست ماچوره در این جا ضروری به نظر می‌رسید. ولی به علت توضیح این مطالب در درس بهداشت مادر و کودک از تکرار آن خودداری گردیده است.

باید گفت که بیشتر عوامل فوق، قابل چاره‌جویی هستند و به تبع آن می‌توان از میزان زیادی از مرگ‌ها و معلولیت‌های ناشی از صدمات زایمانی کاست. در زیر به شرح تعدادی از صدمات زایمانی می‌پردازیم.

الف) فلج عصب صورتی: اعصاب صورتی زوج هفتم اعصاب ۱۲ گانه مغزی هستند که کنترل حس و حرکت قسمتی از صورت را در دو طرف به عهده دارند. در هنگام زایمان در اثر فشار وارد شده از فورسپس^۱ ممکن است فلج عصب صورتی در یک طرف صورت به وجود آید. شکل ۱-۳ فلج عصب صورتی را در یک دختر خردسال نشان می‌دهد که در اثر فشار فورسپس در هنگام تولد به وجود آمده است. به هنگام خنده و یا گریه کودک گوشه لب به طرف نیمه سالم صورت وی کشیده می‌شود.



شکل ۱-۳- فلج عصب صورتی چپ در یک دختر خردسال

ب) فلج اعصاب بازویی (فلج ارب)^۲: این فلج در اثر صدمه و تخریب اعصاب شبکه بازویی به وجود می‌آید و علت آن فشار وارد شده به گردن نوزاد و کشش اعصاب گردن در هنگام زایمان است. اعصاب شبکه بازویی از اعصاب نخاعی هستند که از بین مهره‌های گردنی خارج می‌شوند و در بالای استخوان ترقوه و در کنار گردن به هم می‌پیوندند.

علائم بیماری: نوزاد به خاطر فلج دست در طرف مبتلا، توانایی حرکت دادن آن را ندارد. این بیماری با شکستگی استخوان بازو اشتباه می‌شود که با عکسبرداری از بازوی همان طرف می‌توان این

۱- فورسپس یا قاشقک وسیله‌ای است فلزی که در گذشته توسط متخصصین زنان و زایمان در زایمان‌های مشکل‌برای خارج کردن جنین از کانال زایمان به کار می‌رفت اما امروزه استفاده از آن تقریباً منسوخ شده است.

۲- Erb's palsy

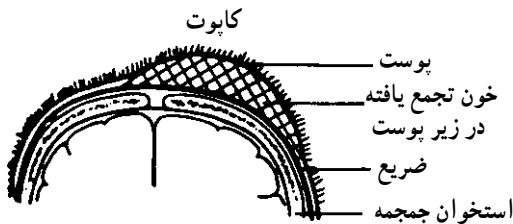


دو بیماری را از هم تشخیص داد. فلج ارب ممکن است برای تمام عمر باقی بماند (شکل ۲-۳).

شکل ۲-۳- فلج ارب در بازوی چپ یک نوزاد (به حرکات دست راست و بی حرکتی دست چپ توجه شود).

ج) خونریزی داخل صلبیه چشم: پس از تولد در بعضی از نوزادان ممکن است یک یا دو لکه‌ی خونی در سفیدی چشم (صلبیه) مشاهده شده و سبب نگرانی والدین گردد. این مسأله مربوط به افزایش فشار عروق سر و صورت جنین در حین عبور از کانال زایمانی در مراحل آخر زایمان است که سبب پیدایش خونریزی کوچکی به اندازه ته سنجاق یا کمی بزرگ‌تر در صلبیه چشم می‌شود. باید به والدین اطمینان خاطر داد که این عارضه در عرض چند روز بهبود می‌یابد و مشکلی ایجاد نخواهد کرد.

د) کاپوت سوکسیدانوم^۱: در هفته اول تولد در بعضی از نوزادان ممکن است یک برجستگی به اندازه گردو یا پرتقال کوچک در قسمت بالای سر در یک طرف و یا در دو طرف آن مشاهده شود. این برجستگی «کاپوت» نام دارد. کاپوت یک نوع ورم زیرجلدی است که به علت عبور سر از کانال زایمان و در اثر فشار وارد شده بر آن به وجود آمده است. کاپوت به درمان خاصی نیاز ندارد و نباید آن را دستکاری نمود چون بعد از چند روز خودبه‌خود جذب شده و بهبود می‌یابد.



الف



ب- کشیدگی سر نوزاد در اثر تجمع خون در زیر پوست سر

شکل ۳-۳

۱- کاپوت سوکسیدانوم اصطلاح انگلیسی کلمه است. (Caput succedaneum) ولی به جای آن واژه بوس Bosse که اصطلاح رایج‌تری می‌باشد بیشتر به کار برده می‌شود.

۴-۳- کمبود اکسیژن در جنین (آنوکسی)^۱

اکسیژن مورد نیاز جنین از طریق جفت به جنین می‌رسد، اگر به دلایلی خون و اکسیژن کافی از جفت به جنین نرسد جنین - و در نتیجه نوزاد- دچار عوارض ناشی از کمبود اکسیژن خواهد شد. سلول‌های عصبی انسان برخلاف سلول‌های دیگر بدن نسبت به کمبود اکسیژن بسیار حساسند و در اثر نرسیدن اکسیژن به سرعت دچار استحاله و مرگ خواهند شد. نرسیدن اکسیژن به مغز جنین در دو حالت حاد و مزمن اتفاق می‌افتد.

الف) کمبود حاد اکسیژن در نوزاد: این وضعیت به علت نرسیدن اکسیژن به جنین در حین عبور از کانال زایمانی به وجود می‌آید و علت آن بروز شوک و خونریزی در مادر، جدا شدن زودرس جفت و پایین افتادن بندناف و تحت فشار قرار گرفتن آن توسط نمای جنین^۲ و سایر علل می‌باشد. کمبود حاد اکسیژن اگر شدید باشد سبب مرگ جنین در شکم مادر می‌شود و نوزاد مرده به دنیا می‌آید. اما در موارد خفیف نوزاد زنده است و بعد از تولد دچار کاهش حرارت بدن، نارسایی کلیوی، اختلالات تنفسی، تشنجات مکرر و فلج اندام‌ها می‌شود.



شکل ۴-۳- یک نوزاد مبتلا به کمبود اکسیژن که در داخل رحم مادر به آن دچار شده

ب) کمبود مزمن اکسیژن جنین: به علت نارسایی و عفونت جفت و فشار خون مادر به وجود می‌آید و نوزاد به دنیا آمده لاغر و نحیف می‌باشد و پوست بدنش خشک و دارای پوسته‌های زرد رنگ است. نوزادان مبتلا به کمبود اکسیژن حاد و مزمن مستعد ابتلا به بیماری‌های مختلفی هستند و میزان مرگ در آن‌ها از نوزادان سالم و طبیعی خیلی بیشتر است (شکل ۴-۳). عوارض دراز مدت کمبود شدید اکسیژن در جنین عبارت است از عقب ماندگی ذهنی، فلج سفت اندام‌ها، تشنجات مکرر و غیره. لذا به دلایل مذکور، این گروه از کودکان عقب مانده اغلب در منازل و در کنار افراد خانواده قابل نگهداری نیستند و به ناچار باید به مراکز بهزیستی سپرده شوند.

۱- Anoxia

۲- نمای جنین (Presentation): به قسمتی از بدن جنین که در موقع زایمان توسط ماما قابل مشاهده و لمس است «نمای

جنین» می‌گویند.

۵-۳- بیماری‌های عفونی در نوزادان

نوزادان به خصوص نوزادان نارس در مقابل عوامل ایجادکننده‌ی عفونت یعنی باکتری‌ها و ویروس‌ها بسیار ضعیف و بی‌دفاع هستند و در صورت مواجهه با این عوامل به سرعت بیمار می‌شوند. هرچه نوزاد وزن کمتری داشته باشد و یا نارس‌تر باشد تأثیر عفونت در وی شدیدتر و سریع‌تر خواهد بود. از این نظر، یکی از علل شایع مرگ و میر نوزادان بیماری‌های عفونی هستند. طبق آمار ۱۰ درصد نوزادان در طول دوره‌ی نوزادی حداقل به یک نوع بیماری عفونی مبتلا می‌شوند.

ویژگی‌های بیماری‌های عفونی در نوزادان: عفونت نوزادی ویژگی‌های خاصی دارد که به مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود:

۱- همان‌طوری که گفته شد عفونت در نوزادان برخلاف بزرگسالان بسیار سریع پیشرفت می‌کند. بنابراین، در مدت کوتاهی نوزاد را از پا درمی‌آورد و یا عوارض و آسیب‌های غیرقابل جبرانی در وی ایجاد می‌کند.

۲- نشانه‌های بیماری عفونی در نوزادان شباهت‌های زیادی به نشانه‌های سایر بیماری‌های این دوره دارد. مثلاً علایمی مانند نخوردن شیر، ضعف در مکیدن پستان مادر، استفراغ، کبودی و یرقان در اکثر بیماری‌های دوره نوزادی مشاهده می‌گردد. بنابراین تشخیص آن‌ها از یک‌دیگر بسیار مشکل است و این مسایل موجب تأخیر در تشخیص عفونت در نوزادان می‌گردد.

۳- بسیاری از بیماری‌های عفونی نوزادان، و مرگ و میر آن‌ها مربوط به همه‌گیری‌هایی است که گاهی در شیرخوارگاه‌های بیمارستان‌ها اتفاق می‌افتد؛ مانند اسهال و تیفوئید همه‌گیر در بخش‌های نوزادان. این بیماری‌ها در بخش‌های نوزادان و شیرخوارگاه‌ها سبب مرگ عده زیادی از نوزادان می‌گردد. لذا اگر ضرورتی در کار نباشد بهتر است مادر و نوزاد بلافاصله بعد از زایمان از بیمارستان مرخص گردند تا خطر ابتلای نوزاد به عفونت‌های بیمارستانی کاهش یابد.

۴- ثابت شده است که تغذیه با شیر مادر کودک را در مقابل عفونت‌های تنفسی و اسهال محافظت می‌کند. لذا شروع هر چه زودتر تغذیه‌ی کودک با شیر مادر برای دوام شیردهی و کاهش عفونت‌ها توصیه می‌شود.

برنامه‌ی کاهش عفونت بیمارستانی نوزادان: برای ترویج شیرمادر و کاهش موارد عفونت و سوء تغذیه در کودکان انجام اقدامات زیر ضروری است:

۱- سعی شود با رعایت کامل موازین بهداشتی، زایمان‌ها تحت نظر ماماها‌ی دوره دیده در

منازل انجام شود؛ که اولاً از موارد عفونت‌های بیمارستانی در نوزادان کاسته شود و ثانیاً می‌توان نوزاد را بلافاصله بعد از زایمان در کنار و یا آغوش مادر قرار داد تا مادر هر چه زودتر شیردهی خود را آغاز نماید.

۲- در صورتی که نیاز باشد مادری برای زایمان و یا به علل دیگر در بیمارستان بستری گردد بهتر است ترتیبی داده شود که مادر و نوزاد در کنار هم باشند. امروزه برای بقای شیردهی مادر و ایجاد ارتباط عاطفی بین مادر و فرزند برنامه هم اتاقی^۱ و یا هم تختی^۲ مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد توصیه می‌شود. نگاهداری جداگانه نوزاد در شیرخوارگاه و تغذیه وی با شیر خشک (روالی که در گذشته در زایشگاه‌ها مرسوم بود) اکنون دیگر مورد قبول نیست. عفونت‌های شایع دوره‌ی نوزادی عبارتند از:

۱-۵-۳- عفونت ملتحمه: عبارت است از قرمزی و التهاب چرکی ملتحمه چشم: علت عفونت ملتحمه تماس چشم نوزاد با باکتری‌هایی است که در کانال زایمانی وجود دارند و در حین عبور، وارد چشم نوزاد می‌شوند. نشانه‌های عفونت ملتحمه شامل قرمزی و التهاب یک یا هر دو چشم است، در نتیجه پلک‌ها متورم شده و به هم می‌چسبند و نوزاد قادر به باز کردن چشم‌های خود نیست. برای باز کردن پلک‌ها، باید از پنبه تمیزی که در آب نیم‌گرم و یا جای کمرنگ خیس‌انده شده استفاده نمود و آن را به آرامی بین لبه‌ی پلک‌ها حرکت داد تا پلک‌ها از هم باز شوند. ورم ملتحمه نوزاد علل مختلفی دارد که شدیدترین نوع آن ورم ملتحمه سوزاکی است. این عفونت اگر تشخیص داده نشود و سریعاً درمان نگردد ممکن است به داخل کره چشم سرایت کند و سبب کوری نوزاد گردد.

نکته عملی: به ورم ملتحمه نوزادان باید توجه کافی نمود و در صورت مشاهده آن باید به پزشک مراجعه کرد. این مسأله در نوزادان نارس اهمیت بیشتری دارد. زیرا میکروب‌های معمولی که برای چشم نوزادان طبیعی خطر چندانی ندارند در نوزادان نارس ورم ملتحمه شدیدی ایجاد می‌نمایند که در صورت عدم درمان در عرض چند ساعت به کوری نوزاد می‌انجامد.

درمان: طبق دستور پزشک انجام می‌شود. در ورم ملتحمه شدید نوزاد باید بستری شود. پیشگیری: برای پیشگیری از ورم ملتحمه در نوزادان در بسیاری از زایشگاه‌ها قطره‌های حاوی نیترات نقره و یا بعضی آنتی‌بیوتیک‌ها را بلافاصله بعد از تولد به میزان یک یا دو قطره به داخل چشم‌های نوزاد می‌چکانند.



شکل ۵-۳- ورم ملتحمه شدید همراه با چسبیدن پلک‌ها به هم در نوزاد و ورم ملتحمه هر دو چشم در یک کودک خردسال

۲- ۳- ۵- عفونت پستان و جدار قفسه سینه: (بعد از تولد) در تعداد کمی از نوزادان پسر و دختر یک و یا هر دو پستان کمی بزرگ و برجسته می‌شود. علت آن تأثیر هورمون‌های جنسی مادر است که از راه جفت در دوران جنینی به بدن نوزاد وارد شده است بعضی از خانواده‌ها این بزرگی پستان را نتیجه تجمع شیر در آن می‌دانند و شروع به دوشیدن پستان نوزاد می‌نمایند. در اثر این دستکاری‌ها پستان نوزاد دچار آبسه و عفونت می‌شود.^۱ شکل ۶-۳ عفونت «آبسه» پستان را در نوزاد نشان می‌دهد. بزرگی پستان نوزاد احتیاج به درمان خاصی ندارد و بعد از ۳-۲ ماه تورم آن خودبه‌خود برطرف شده و بهبود می‌یابد؛ اما در صورت بروز آبسه در پستان، ضمن تجویز آنتی‌بیوتیک باید به تخلیه آن نیز اقدام نمود.



شکل ۶-۳- آبسه پستان نوزاد

۱- این یک نمونه‌ی بارز باور غلط در جامعه است. یکی از وظایف خطیر کادر کمکی بهداشت از جمله کودکان مبارزه و از بین بردن این باورهای نادرست است.

۳-۵-۳- عفونت بندناف: بندناف به علت ساختمان خاص خود آمادگی زیادی برای عفونت دارد. استفاده از وسایل کثیف و آلوده و غیراستریل برای بریدن بندناف در موقع تولد، گذاردن مواد آلوده و کثیف بر روی بندناف و پانسمان روزانه غیرضروری آن با وسایل غیراستریل سبب بروز عفونت بندناف می‌شود. علائم، عفونت بندناف، قرمزی اطراف ناف و ترشح چرکی از آن است. عفونت بندناف اگر سریعاً درمان نشود، ممکن است منجر به عفونت خون و مرگ نوزاد گردد.

۳-۵-۴- کزاز نوزادی: یکی از علل شایع مرگ و میر نوزادان در کشورهای جهان سوم کزاز نوزادی است. علت بروز کزاز نوزادی در اکثر قریب به اتفاق موارد مربوط به استفاده از وسایل آلوده به باسیل کزاز برای بریدن بندناف است. برای پیشگیری از این بیماری خطرناک دو راه وجود دارد. روش اول؛ که بهترین طریق پیشگیری است واکسیناسیون مادر حامله بر علیه کزاز در دو نوبت در ماه‌های ششم و هفتم حاملگی است که موجب پیشگیری از بروز کزاز نوزاد و مصونیت مادر بر علیه بیماری کزاز می‌گردد. در این مورد از واکسن دو گانه بزرگسالان Td (کزاز - دیفتری) به جای TT (کزاز) استفاده می‌شود و در صورت دیر مراجعه کردن زن حامله واکسیناسیون دیفتری کزاز را در هر زمان حاملگی می‌توان انجام داد، به شرطی که آخرین دوز واکسن Td حداقل ۲ هفته تا تاریخ زایمان فاصله داشته باشد^۱ روش دوم؛ که باید مکمل روش اول گردد استفاده از وسایل استریل برای بریدن بندناف و نیز محافظت بهداشتی بندناف تا زمان جدا شدن آن است. بندناف از روز ششم تا دهم تولد جدا شده، می‌افتد. تا زمان جدا شدن بندناف هر روزه باید با یک ماده ضد عفونی مانند بتادین یا الکل آن را تمیز نمود. علائم کزاز نوزادی در مراحل اولیه عبارت است از نخوردن شیر، عدم توانایی مکیدن پستان. در مراحل پیشرفته تشنجات مکرر و سفتی عضلات اندام‌ها سبب کشیده شدن گردن و تنه به طرف عقب می‌گردد. شکل ۷-۳ یک نوزاد مبتلا به کزاز را نشان می‌دهد.

۱- از آن جایی که ریشه‌کنی بیماری کزاز همانند فلج اطفال و آبله به علت این که میکروب کزاز به وفور در طبیعت و در محیط زندگی انسان وجود دارد امری ممکن نیست لذا برنامه سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۰۵ میلادی برنامه ایجاد ایمنی گسترده در مادران باردار و حذف کزاز نوزادان به‌طور منطقه‌ای در دنیا بوده است. حذف منطقه‌ای عبارت است از: کاهش میزان بروز کزاز نوزادی به یک مورد در هر هزار تولد زنده، در سال ۱۹۸۸ میلادی (۷۸۷/۰۰۰) نوزاد به علت کزاز در دنیا فوت کردند (میزان بروز ۶/۵ مورد مرگ در هزار تولد زنده بود). تا پایان سال ۲۰۰۵ میلادی ۵۸ کشور در دنیا نتوانسته‌اند به معیار حذف منطقه‌ای برسند کشور ما ایران با ایجاد تسهیلات و بهبود شرایط زایمان و واکسیناسیون گسترده مادران قادر به حذف منطقه‌ای کزاز نوزادان شده است (۱۳۸۴ شمسی).



شکل ۷-۳- یک نوزاد مبتلا به کزاز (به سفتی گردن و کشیدگی اندام‌ها توجه نمایید).

۶-۵-۳- **سینه‌پهلوی در نوزاد (پنمونی):** سینه‌پهلوی در نوزاد ممکن است به دنبال آسپیراسیون شیر^۱ به داخل ریه‌ها و یا به دنبال عفونت ناف و یا سایر قسمت‌ها رخ دهد. علائم سینه‌پهلوی در نوزاد عبارت است از تند شدن تنفس، کبودی لب‌ها، باز و بسته شدن پره‌های بینی در هنگام تنفس، سرفه، و نخوردن شیر. سرفه در نوزاد علامت هشداردهنده‌ای است و نباید به آسانی از کنار آن گذشت و به محض بروز سرفه در نوزاد باید در جستجوی علت آن بود.

۷-۵-۳- **عفونت پوستی نوزاد:** شکل شایع عفونت پوستی در نوزاد به وجود آمدن جوش‌های قرمز و سفید چرکی در کشاله‌ران و اطراف ناف است. این عارضه در نوزادانی بیشتر دیده می‌شود که در زایشگاه به دنیا آمده و چند روز در آن‌جا نگهداری شده‌اند. عامل این ضایعات یک نوع میکروب به نام استافیلوکوک طلائی است که به طور طبیعی در سطح پوست و مجرای بینی بعضی از افراد بزرگسال وجود دارد. اشخاص ناقل میکروب اگر در موقع مراقبت نوزاد از ماسک بینی استفاده نکنند و یا دست‌های خود را مرتباً با آب و صابون شستشو ندهند باعث سرایت میکروب به نوزاد می‌گردند.

۱- آسپیراسیون شیر یعنی ورود شیر به مجاری تنفسی (نای و نایژه) به جای ورود به مسیر طبیعی آن یعنی مری. آسپیراسیون شیر بیشتر در کودکان دچار شکاف کام و کودکان نارس و ضعیف، اتفاق می‌افتد.

از انواع دیگر عفونت‌های پوستی نوزاد «درماتیت قارچی» است. کاندیدا یک نوع قارچ بیماری‌زاست که در کانال زایمانی بعضی مادران حامله وجود دارد و سبب ایجاد واژینیت برفکی در آن‌ها می‌شود.

در حین زایمان و عبور جنین از کانال زایمانی، قارچ کاندیدا وارد دهان و دستگاه گوارشی نوزاد می‌شود و بعد از تولد سبب پیدایش برفک دهان و ضایعات پوستی در وی می‌گردد. شکل ۸-۳ برفک دهان یک نوزاد را نشان می‌دهد. این ضایعات به صورت نقاط و لکه‌های سفید رنگی در سطح زبان و سایر نقاط دهان چند روز بعد از تولد ظاهر می‌شوند. برفک دهان اگر شدید باشد مانع تغذیه نوزاد می‌گردد.



شکل ۸-۳- برفک دهان

شکل ۹-۳ ضایعات قارچی کاندیدا را در ناحیه تناسلی یک کودک نشان می‌دهد. این ضایعات غالباً به دنبال عفونت برفکی دهان و دستگاه گوارش به وجود می‌آیند.



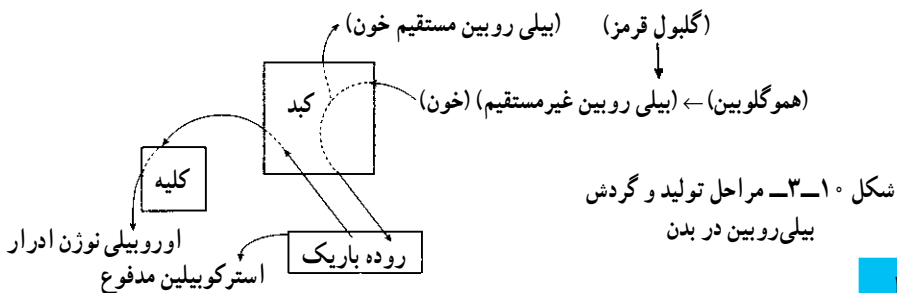
شکل ۹-۳- عفونت برفکی ناحیه تناسلی در یک کودک

۸-۵-۳- منتزیت (عفونت پرده‌های مننژ) و عفونت خون در نوزاد: از خطرناک‌ترین و کشنده‌ترین بیماری‌های نوزاد می‌باشند. علائم این بیماری‌ها عبارت است از نخوردن شیر و از بین رفتن رفلکس‌های نوزادی، بی‌حالی، کاهش شدید درجه حرارت بدن، ناله، زردی، تشنج، اسهال، استفراغ، اتساع و بزرگی شکم. در چنین مواردی نوزاد باید سریعاً در بیمارستان بستری گردد، تا هر چه زودتر درمان‌های لازم انجام شود.

۶-۳- یرقان نوزادی

همان‌طوری که در فصل نشانه‌شناسی اشاره شد یرقان یا زردی در نتیجه افزایش بیلی‌روبین خون به وجود می‌آید. همیشه این سؤالات مطرح است که چرا بعضی از نوزادان بعد از تولد دچار زردی می‌شوند و عده‌ی دیگری به این ناراحتی دچار نمی‌گردند؟ چه فرقی بین زردی دوران نوزادی و زردی کودکان بزرگتر وجود دارد؟

در مورد سؤال اول باید گفت بعضی از نوزادان به دلایل فیزیولوژیک و یا مرضی قادر به دفع طبیعی بیلی‌روبین نیستند و لذا بعد از تولد، مقدار بیلی‌روبین خون آن‌ها افزایش یافته، زرد می‌شوند؛ اما گروهی دیگر این مشکلات را نداشته‌اند و لذا دچار زردی نمی‌شوند. برای فهم مطلب بهتر است به توضیح چگونگی متابولیسم بیلی‌روبین در بدن باز گردیم، همان‌طوری که قبلاً گفتیم بیلی‌روبین خون از تجزیه هموگلوبین به دست می‌آید و سپس از طریق جریان خون به کبد می‌رسد. بعد از ورود به کبد با اسید گلوکونیک ترکیب می‌شود و از حالت محلول در چربی (بیلی‌روبین غیرمستقیم) به حالت محلول در آب (بیلی‌روبین مستقیم) درمی‌آید سپس بیلی‌روبین همراه صفرا از راه مجاری صفراوی به دستگاه گوارش انتقال می‌یابد. قسمتی از بیلی‌روبین در روده جذب مجدد می‌شود و به خون برمی‌گردد و آنگاه از راه کلیه دفع می‌شود (شکل ۱-۳). با توجه به مطالب فوق، علل افزایش بیلی‌روبین خون، به شکل زیر خلاصه می‌شود:



۱- افزایش تخریب گلبول قرمز در بدن و در نتیجه افزایش بیلی‌روبین ۲- اختلال در ورود بیلی‌روبین به کبد و برگشت دوباره‌ی آن به خون ۳- کمبود آنزیم‌های کبدی که مانع تبدیل بیلی‌روبین غیرمستقیم به مستقیم می‌شود. ۴- اختلال در دفع صفرا. در این جا پاسخ سؤال اول بسیار آسان به نظر می‌آید یعنی، نوزادانی که بعد از تولد دچار زردی می‌شوند در یکی از مراحل فوق دچار اشکال هستند و نوزادانی که بعد از تولد دچار زردی نمی‌شوند، در هیچ کدام از مراحل فوق مشکلی ندارند. نوزادانی که بعد از تولد دچار زردی می‌شوند به دو دسته بزرگ تقسیم می‌گردند. الف - نوزادانی که دچار یرقان فیزیولوژیک هستند؛ ب - نوزادانی که دچار زردی پاتولوژیک (مرضی) هستند.

۱-۶-۳- چگونه زردی فیزیولوژیک را از زردی پاتولوژیک تشخیص بدهیم؟
تشخیص این دو نوع زردی از هم کار سختی نیست؛ زیرا اولاً زردی فیزیولوژیک همیشه ۳۶ ساعت پس از تولد شروع می‌شود و نوزاد در روز اول کاملاً طبیعی است در حالی که زردی پاتولوژیک بیشتر موارد در موقع تولد هم وجود دارد. ثانیاً زردی فیزیولوژیک همیشه خفیف و گذراست و مقدار بیلی‌روبین حتی در نوزاد نارس از ۱۰ میلی‌گرم در صد میلی‌لیتر خون تجاوز نمی‌کند و از روز دهم تولد به بعد کاملاً از بین می‌رود، در حالی که زردی پاتولوژیک اغلب اوقات شدید است و ممکن است مقدار بیلی‌روبین از ۲۰ میلی‌گرم تجاوز کند و نیاز به اقداماتی مثل تعویض خون بوجود آید و از دهمین روز تولد به بعد هم ممکن است در بدن باقی بماند و زردی نوزاد هفته‌ها طول بکشد. ثالثاً در زردی فیزیولوژیک نوزاد علامت دیگری غیر از زردی ندارد، ولی در زردی پاتولوژیک، نوزاد ممکن است علاوه بر زردی، دچار علایمی چون بی‌حالی، نخوردن شیر، خونریزی‌های زیرجلدی، کم‌خونی، بزرگی کبد و طحال باشد.

علل بروز زردی در نوزاد: زردی فیزیولوژیک در نوزاد به علت کم کاری و نارس بودن کبد به وجود می‌آید؛ یعنی کبد نوزاد به خصوص نوزاد نارس توانایی تبدیل بیلی‌روبین غیرمستقیم را به مستقیم ندارد؛ لذا بیلی‌روبین غیرمستقیم افزایش می‌یابد و زردی ظاهر می‌شود. بعد از ۷-۱ روز که کبد توانایی لازم برای تبدیل و دفع بیلی‌روبین را پیدا می‌کند، زردی نوزاد کاهش یافته، از بین می‌رود.

اما زردی پاتولوژیک برعکس زردی فیزیولوژیک علل متعدد و متنوعی دارد، که شامل اختلال در یکی از مراحل تولید و دفع بیلی‌روبین است. بعضی از علل شایع زردی پاتولوژیک در نوزاد عبارتند از: همولیز گلبول‌های قرمز در اثر عفونت‌ها، و ناسازگاری‌های Rh و گروه‌های خونی، اختلالات آنزیمی مادرزادی کبد، هیپاتیت‌های عفونی مادرزادی و انسداد مادرزادی مجاری صفرا و غیره.

جواب سؤال دوم: حال که به علل زردی نوزادان پی بردیم می توانیم فرق بین زردی نوزادی و زردی کودکان بزرگتر را نیز توضیح دهیم. زردی نوزادان اغلب به اختلالات فیزیولوژیک و یا ناسازگاری های خونی مربوط است و در موارد خیلی کمی علت عفونی دارد و واگیردار است؛ حال آن که زردی کودکان بزرگتر اغلب در اثر هیپاتیت های ویروسی به وجود می آید و علت عفونی دارد و واگیردار است. و این نکته ای مهم است که در برخورد با زردی این دو گروه از کودکان باید به آن توجه داشته باشیم.

۲-۶-۳- چگونه با زردی نوزاد برخورد کنیم: بعضی از والدین در مقابله با زردی نوزاد خونسردند و اهمیتی به آن نمی دهند و با دادن داروهای گیاهی مانند خاکشیر و ترنجبین به نوزاد، به مداوای آن می پردازند. گروه دیگر با مشاهده مختصر زردی در نوزاد مضطرب و ناراحت می شوند و از این نظر می توان گفت برخورد هر دو گروه با مسأله نادرست است زیرا اولاً به هیچ وجه نباید در موقع بروز زردی در نوزاد بی تفاوت و خونسرد بود و ثانیاً با توجه به درمان پذیر بودن این عارضه، دلیلی برای اضطراب وجود ندارد.

۳-۶-۳- درمان های زردی نوزادی چگونه اند؟: تجویز داروهای گیاهی به نوزادان مبتلا به زردی آن طوری که مرسوم است هیچ گونه اثر شناخته شده ای ندارد و لذا نباید این داروها را به نوزاد داد. زردی فیزیولوژیک چون بسیار خفیف و گذراست احتیاج به درمان خاصی ندارد و خودبه خود بهبود می یابد و زردی های پاتولوژیک با توجه به علل آن درمان می شوند البته در ضمن درمان علت اصلی بیماری باید به کاهش زردی نیز اقدام نمود. اقداماتی که برای کاهش زردی انجام می شود عبارت است از فوتوتراپی و تعویض خون.

فوتوتراپی: تاباندن نور چراغ فلورسنت به سطح بدن نوزاد، سبب شکسته شدن مولکول بیلی روبین و تبدیل آن به یک ماده بی ضرر می گردد. لذا برای این منظور از دستگاهی که برای این کار تعبیه شده استفاده می نمایند و نوزاد را بدون لباس و برهنه در حالی که چشم هایش توسط نواری بسته شده در زیر دستگاه می خوابانند. زمان متوسط فوتوتراپی ۲-۳ روز است. فوتوتراپی را برای درمان انواع متوسط زردی یعنی وقتی که مقدار بیلی روبین بین ۱۰ تا ۱۵ میلی گرم است به کار می برند.

تعویض خون: در موارد شدت زردی نوزادان که سایر اقدامات نتیجه نداده و زردی از بدو تولد ظاهر شده باشد و بیلی روبین روزبه روز در حال افزایش باشد از روش تعویض خون استفاده می شود. در این ضمن رعایت شرایط ضد عفونی، توسط دستگاه ساده ای خون سیاهرگ نافی نوزاد به تدریج گرفته می شود و به همان مقدار خون سالم و تازه ای که قبلاً آماده شده به وی تزریق می گردد.

در نتیجه‌ی این عمل، مقدار بیلی‌روبین به طور قابل توجهی کاهش خواهد یافت.
نکته مهم: وقتی نوزادی در موقع تولد و یا بعد از آن، دچار زردی گردد باید فوراً نزد پزشک اطفال برده شود. تشخیص نوع زردی و درمان‌های لازم به عهده پزشک است و سایر افراد نباید در این مورد دخالتی بنمایند.

۴-۶-۳- عوارض زردی نوزاد: چرا از زردی نوزاد این همه واهمه داریم؟ زردی نوزاد اگر به موقع تشخیص داده شود و درمان گردد هرگز مشکلی به وجود نخواهد آمد، اما کمترین اهمال در این مورد، سبب بروز عواقب ناخوشایندی خواهد شد. زیرا افزایش بیلی‌روبین غیرمستقیم و رسیدن آن به حدود معینی سبب می‌شود که این ماده در سلول‌های مغز رسوب کند و آن‌ها را از بین ببرد و نهایتاً مجموعه‌ی علایمی به وجود آورد که به آن کرنیکتروس^۱ می‌گویند. علایم کرنیکتروس بر حسب شدت و ضعف آن متفاوت است و عمدتاً عبارت است از شیر نخوردن نوزاد، بی‌حالی، خواب‌آلودگی، از بین رفتن رفلکس‌های نوزادی، تشنج، قطع تنفس و گرفتگی عضلانی به طوری که عضلات سر و گردن و دست‌ها و پاها به شدت منقبض شده، به طرف عقب کشیده می‌شوند.
اگر نوزاد در اثر شدت بروز علایم فوق فوت نکند و زنده بماند پس از چند ماه تا چند سال، عوارض مغزی به صورت کری، کوری، فلج اندام‌ها، حرکات غیرارادی، کندذهنی و عقب‌افتادگی شدید روانی و تشنج‌های مکرر بروز می‌نماید.

۵-۶-۳- ناسازگاری‌های خونی و ارتباط آن با زردی پاتولوژیک: از علل نسبتاً شایع زردی پاتولوژیک و تعویض خون نوزادان ناسازگاری‌های خونی مادر و نوزاد است.
مفهوم ناسازگاری خونی مادر و کودک چیست؟ و چه موقع پیش می‌آید؟ ناسازگاری خونی بین مادر و جنین موقعی اتفاق می‌افتد که در خون مادر آنتی‌بادی ضد گلبول‌های قرمز جنین وجود داشته باشد گرچه این آنتی‌ژن‌های گلبولی در نوزادان و آنتی‌بادی‌های ضد آن در مادرانشان فراوانند اما دو نوع آن شایع‌تر است و علایم کلینیکی شدید ایجاد می‌نمایند. این دو نوع ناسازگاری خونی عبارتند از: (الف) ناسازگاری ABO؛ (ب) ناسازگاری Rh.

ناسازگاری ABO در حالت‌های زیر اتفاق می‌افتد:

(الف) مادر از گروه خونی A؛ نوزاد از گروه خونی B باشد.

(ب) مادر از گروه خونی B؛ نوزاد از گروه خونی A باشد.

ج) مادر از گروه خونی O و نوزاد از گروه خونی A و یا B و یا AB باشد. بیشترین حالت ناسازگاری گروه‌های خونی در وضعیت سوم اتفاق می‌افتد یعنی مادر دارای گروه خونی O است و نوزاد از گروه خونی A و یا B و یا AB است. ناسازگاری ABO در ۲۵ درصد از حاملگی‌ها وجود دارد، اما فقط در ۱۰ درصد از آن‌ها تخریب گلبول‌های قرمز به وجود می‌آید. در ناسازگاری گروه خونی Rh، زنان Rh منفی اگر نوزاد Rh مثبت به دنیا آورند بروز ناسازگاری Rh در آن‌ها بستگی به شماره‌ی حاملگی و یا سقط جنین‌های قبلی دارد. در حاملگی اول غالباً مسئله‌ای اتفاق نمی‌افتد اما در حین زایمان اول تعدادی از گلبول‌های قرمز جنین وارد جریان خون مادر می‌شود و لذا در بدن مادر Rh منفی آنتی‌بادی ضد Rh ساخته می‌شود و از حاملگی دوم به بعد به علت عبور آنتی‌بادی مادری از جفت - در صورتی که جنین Rh مثبت باشد - تخریب گلبول‌های قرمز جنین در داخل رحم شروع می‌شود و جنین اگر زنده بماند با کم‌خونی و زردی متولد خواهد شد. در ۵ تا ۷ درصد حاملگی‌ها، مادر Rh منفی و نوزاد Rh مثبت است اما در همه این مادران آنتی‌بادی ایجاد نمی‌شود، بلکه فقط ۵ درصد آن‌ها ممکن است علائم ناسازگاری را نشان دهد. برای جلوگیری از ناسازگاری Rh، دو روش پیشگیری وجود دارد:

الف) تزریق آنتی D یا گلوبولین ضد Rh انسانی: در طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت اول پس از زایمان به مادران Rh منفی که فرزندان Rh مثبت به دنیا آورده‌اند، سبب از بین بردن گلبول‌های Rh مثبت منتقل شده از جنین به مادر می‌شود و با از بین رفتن گلبول‌های Rh مثبت خطر ساخته شدن آنتی‌بادی ضد Rh کم می‌شود.

ب) کنترل سرم شناختی: عبارت است از اندازه‌گیری میزان آنتی‌بادی ضد Rh در مادر حامله Rh منفی به طور دوره‌ای، در صورتی که میزان آنتی‌بادی ضد Rh بالا باشد می‌توان با تزریق خون به داخل شکم جنین در فضای صفاقی تا حدی از شدت علائم ناسازگاری خونی جنین کاست. اخیراً با استفاده از روش‌های دقیق سونوگرافی، خون را مستقیماً به داخل ورید نافه جنین که در داخل کیسه آمنیوتیک رحم مادر قرار دارد تزریق می‌نمایند.

۷-۳- ناهنجاری‌های مادرزادی

ناهنجاری عبارت از اختلالاتی است که در موقع رشد جنین در داخل رحم بوجود می‌آید و در طی آن قسمتی از اعضای جنین تشکیل نمی‌شود و یا این‌که به‌طور کامل حذف می‌شود. برای مثال در بیماری‌های مادرزادی قلب که در آن ممکن است دیواره‌ی بین دو بطن و یا دو دهلیز تشکیل نشود و

یا آملیا^۱ که در آن به طور کامل دست و یا پای جنین به وجود نمی آید ناهنجاری های مادرزادی به اشکال متنوع و مختلفی در نوزادان دیده می شود که به شرح تعدادی از آنها می پردازیم :

۱-۷-۳- لب شکری و شکاف کام: در شکاف لب (لب شکری) قسمتی از لب بالایی و در شکاف کام قسمت عقب سقف دهان تشکیل نشده است. لب شکری و شکاف کام ممکن است به طور جدا از هم و یا با همدیگر دیده شوند. لب شکری برای نوزاد فقط از نظر نمای ظاهری چهره، مشکل ایجاد می کند و اگر با شکاف کام همراه نباشد کودک مشکل تغذیه ای ندارد. شکاف کام ممکن است محدود به قسمت عقب یعنی دو شاخه شدن زبان کوچک و شکاف کام نرم باشد و یا این که علاوه بر کام نرم کام سخت و لثه فوقانی هم از یکدیگر جدا باشند. غالباً نوع اخیر با لب شکری همراه است. شکل ۱۱-۳ الف و ب شکاف کام همراه با لب شکری را در یک کودک نشان می دهد.



الف - نوزاد مبتلا به لب شکری



ب - لب شکری و شکاف کام قبل و بعد از ترمیم

شکل ۱۱-۳

در شکاف کام بزرگ و وسیع، اغلب، نوزاد نمی‌تواند به‌طور کامل از پستان مادر و یا بطری‌های معمولی تغذیه نماید و حتی امکان خفگی و ورود شیر به ریه‌ها در نوزاد وجود دارد. بهتر است در این موارد شیر مادر را به داخل یک بطری دوشیده، سپس آن را با پستانک مخصوصی که سطح کام را می‌پوشاند به نوزاد خوراند.

درمان: شامل جراحی شکاف کام و لب شکری است. ترمیم لب شکری زودتر از شکاف کام یعنی از هفته ششم تولد به بعد صورت می‌گیرد. برای ترمیم شکاف کام از ماه ششم زندگی به بعد می‌توان اقدام نمود.

۲-۷-۳- نهن بیضگی^۱: عبارت است از عدم نزول بیضه‌ها به داخل کیسه‌های بیضه، در دوران جنینی. بیضه‌ها در دوران جنینی در داخل شکم قرار دارند و کمی قبل از تولد از شکم خارج شده، به داخل کیسه بیضه نزول پیدا می‌کنند، اما بعضی اوقات، به دلیل نامشخص، بیضه‌ها در داخل شکم باقی می‌مانند و لذا نوزاد در موقع تولد فاقد بیضه در داخل کیسه بیضه است، که با یک معاینه ساده می‌توان به آن پی‌برد. عدم نزول بیضه از ناهنجاری‌های مهم نوزاد است و توجه به آن در معاینات اولیه نوزاد اهمیت بسیار دارد زیرا ممکن است تا مدت‌ها به علت پوشیده بودن ناحیه تناسلی کسی متوجه این عارضه نگردد. باقی ماندن طولانی بیضه در داخل شکم، سبب عقیم شدن کودک در دوران بلوغ می‌گردد و نیز امکان بروز بدخیمی در بیضه افزایش می‌یابد. با توجه به نکات فوق تشخیص و درمان زودرس نهن بیضگی بسیار با اهمیت به نظر می‌رسد. برای درمان باید تا ۲ سالگی صبر کرد و اگر تا این سن به‌طور طبیعی بیضه‌ها نزول نکردند اقدام به عمل جراحی نمود.

نکته عملی: در مورد نهن بیضگی اطفال مشاهده و لمس بیضه‌ها در داخل کیسه بیضه در سر بچه‌ها همیشه کار آسانی نیست. در مواردی که وضعیت بیضه‌ها مشخص نیست و با معاینه معمولی نمی‌توان به وجود بیضه در کیسه آن پی‌برد بهتر است کودک را در داخل حمام معاینه نمود و یا وی را در لگن محتوی آب نیم‌گرم نشانند. به‌طور معمول کیسه بیضه در اثر حرارت متسع می‌شود و در اثر این اتساع بیضه‌ها کمی برجسته شده و شروع به حرکات خفیفی در داخل کیسه می‌نمایند که به این وسیله می‌توان به وجود آن‌ها پی‌برد.

۳-۷-۳- هیپوسپادیازیس^۲: یک نوع ناهنجاری نسبتاً شایع مجرای ادرار و آلت تناسلی

۱- Cryptorchidism

۲- Hypospadiasis

پسران است. به طور طبیعی مجرای ادرار در نوک آلت تناسلی که به آن گلانتر^۱ می‌گویند باز می‌شود. اما در هیپوسپادیا یزیس نوک مجرا در زیر سر و یا بر روی تنه آلت تناسلی قرار دارد و هر چه سوراخ عقب‌تر قرار بگیرد ناهنجاری شدید و ترمیم آن مشکل‌تر است. این ناهنجاری در $\frac{1}{350}$ نوزادان پسر مشاهده می‌شود. تشخیص این ناهنجاری‌ها مانند نهان بیضگی در معاینات اولیه بعد از تولد اهمیت بسیاری دارد.

نکته مهم در مورد هیپوسپادیا یزیس: آلت تناسلی نوزادان مبتلا به هیپوسپادیا یزیس به علت کوتاهی پوست پوشاننده آن به شکل ختنه شده است که به آن ختنه مادرزادی هم می‌گویند. در این بیماران انجام عمل ختنه به هیچ وجه توصیه نمی‌شود، زیرا نگاهداری پوست سر آلت برای انجام اعمال ترمیمی بعدی امری الزامی است.

درمان: هیپوسپادیا یزیس با جراحی صورت می‌گیرد و برحسب شدت عارضه در یک یا چند مرحله بعد از ۲ تا ۳ سالگی انجام می‌شود.

پرسش و تمرین

- ۱- علل شایع مرگ و میر نوزادان، چیست؟
- ۲- برای کاهش عفونت بیمارستانی در نوزادان چه راه‌هایی را پیشنهاد می‌کنید.
- ۳- علائم عفونت ملتحمه در نوزادان را بنویسید.
- ۴- راه درمان تورم پستان در نوزادان را توضیح دهید. بگویید که چرا نباید آن را دستکاری کرد؟
- ۵- خاصیت فوتوتراپی چیست؟ روش درمان آن را شرح دهید.
- ۶- فوتوتراپی در چه نوع بیماری‌هایی مورد استفاده قرار می‌گیرد؟
- ۷- ناسازگاری گروه ABO شدیدتر است یا ناسازگاری Rh؟ این دو را با هم مقایسه کنید و بگویید کدام شایع‌تر است؟
- ۸- برای پیشگیری از ناسازگاری Rh چه اقداماتی لازم است؟
- ۹- درمان لب شکری و شکاف کام در چه زمان‌هایی صورت می‌گیرد؟
- ۱۰- چرا در کودکان مبتلا به هیپوسپادیا یزیس ختنه انجام نمی‌شود؟

۱- حَسَنَه یا glans برجستگی مدور سر آلت مذکر است که در کودکان ختنه نشده توسط پوست سر آلت پوشیده شده است، سوراخ مجرای ادرار در وسط این برجستگی قرار دارد.