أهمية برنامج الـــ IMCI في تصنيف الأطفال ومعالجتهم من عمر شهرين حتى عمر خمس سنوات

أحمد لؤي شريتح*

الملخص

خلفية البحث وهدفه: يعدُّ ترشيد وصف الأدوية بشكل عام من أولويات الصحة العامة، خاصة في طب الأطفال.

كان هدف هذه الدراسة تقييم دور برنامج الـــ IMCI في تصنيف المشكلات الصحية وتدبيرها عند الأطفال من عمر شهرين حتى عمر خمس سنوات من مراجعي عيادة الأطفال الخارجية.

مواد البحث وطرائقه: دراسة مقطعية اشتملت الأطفال المراجعين لعيادة الأطفال الخارجية خلال شهر تموز 2008 بمشكلة إنتانية (حرارة، سعال، إسهال، التهاب بلعوم والتهاب أذن)؛ وذلك بحسب تصنيف الـــ IMCI ممن لم يتلقوا صاداً في الأسبوع السابق للمعاينة الطبية ولم تصنف حالتهم على أنها خطرة وتحتاج إلى الإستشفاء.

أجريت معاينة كل الأطفال على مرحلتين من قبل مجموعتين من الأطباء (معاينة بالطريقة الاعتيادية وبعد تطبيق الـــ IMCI)مع احترام التعمية.

استخدم اختبار Mac Nemar للمجموعات المتماثلة وكذلك اختبار d'ajustement c^2.

النتائج: شملت الدراسة /112/ مريضاً (64 ذكراً و48 أنثى). شملت الشكايات الأولية: 73 حالة حرارة، 37 حالة التهاب بلعوم، 35حالة إسهال حاد، 19حالة التهاب أذن وسطى أذن، 15 حالة سعال(يمكن للمريض ان يراجع بأكثر من شكوى).

وجد تصنيف الـــ IMCI 8 حالات التهاب بلعوم (مقابل 37 حالة بالفحص الاعتيادي) ووجد 37 حالة رشح أو سعال معزول (مقابل 7حالات بالفحص الاعتيادي). اشتملت الوصفة بالفحص الاعتيادي وسطياً على 2.5 دواءً مقابل 1.4 دواء بعد تطبيق الـــ IMCI (P<0.05).

كان الاختبار الإحصائي بعد تطبيق الـــ IMCI إيجابياً حول انخفاض وصف الصادات الفموية (P<0,001)إذْ لم يكن وصف الصادات الحيوية مبرراً في 82 حالة.

كان الاختبار الإحصائي بعد تطبيق الـــ IMCI إيجابياً حول انخفاض وصف مضادات الإقياء الفموية (P<0,001) وكذلك بالنسبة إلى وصف الحقن العضلية (P<0,02).

الاستنتاج: إن تطبيق برنامج الـــ IMCI عند الأطفال من عمر شهرين حتى عمر خمس سنوات من مراجعي عيادة الأطفال الخارجية قد غيَّر بشكل واضح تصنيفهم خاصة بما يتعلق بالإنتانات التنفسية والتهاب البلعوم؛ ونتيجة لذلك حدث انخفاض ذو دلالة إحصائية في وصف الصادات الحيوية الفموية ومضادات الإقياء والحقن العضلية.

* قسم الأطفال – مشفى الأسد الجامعي – جامعة تشرين – اللاذقية.

The Role of IMCI Program in the Assessment and Management in Children from 2 Months to 5 Years

Chreitah Ahmad*

Abstract

The rationalization of antibiotics use remains a priority in public health especially in pediatrics .
the aim of the study was to evaluate the role of IMCI program in the assessment and management in children from 2 months to 5 years in out patient department.
Patients & methods: A cross sectional study was carried out in July 2008 at AL ASSAD university hospital.
Children with fever, cough ,diarrhea ,pharyngitis and otitis media were included (who did not receive an antibiotic before consultation).
Patients were assessed by 2 groups of doctors in insu (by the habitual management and by IMCI).
The statistical tests used were Mac Nemar and c^2 .
Results : there were 112 patients (64 boys and 48 girls) .
The major complains were: 73 fever ,37 pharyngitis ,35 diarrhea,19 otitis media and 15 cough.
By the IMCI we found 8 pharyngitis (vs37) and 37 cold (vs7).
There were 2.5 medicaments per prescription (vs 1.4 by IMCI)
With P < 0.05 .
The use of antibiotic was not justifiable in 82 cases and thus the reduction with IMCI was significant P<0.001
for antiemetics P <0.001 and intramuscular injections P<0.02 .
Conclusion : the IMCI in children under 5 years has changed the assessments for respiratory infections and pharyngitis.
A significant reduction was obtained for the prescription of oral antibiotics, anti emetics and for intramuscular injections .

* Prof. pediatric Gastroemterology, Tichrine Universite.

يعدُّ ترشيد استهلاك الأدوية ضرورة ملحة في مجال الصحة العامة ، لخطورة الاستهلاك العشوائي في التطبيب الذاتي من جهة، ولخطورة ظهور المقاومة على الصادات الحيوية بسبب الاستهلاك غير المنضبط خاصة في طب الأطفال، علماً أن 85% من الإنتانات في الطفولة الأولى هي فيروسية المنشأ ولا تحتاج إلى أي معالجة [1، 2].

شهد العقدان الأخيران من الزمن تطور مفهوم الطب المسند بالدليل (Evidence Based Medicine) إذْ افتتح أول مركز عالمي في Oxford في المملكة المتحدة عام 1992 وتأسست المجموعة الدولية الأولى باسم Cochrane Collaboration، وتهدف إلى نشر ثقافة النقد الطبي حول الممارسات الطبية ذات المردودية الحقيقية على الصحة العامة.

قامت منظمة الصحة العالمية الـــ WHO بتطوير برنامج Integrated Management of Childhood Illness للرعاية الصحية الأولية في طب الأطفال دون سن الخامسة، ويعتمد أساساً على الطب المسند بالدليل من حيث المقاربة السريرية وتصنيف الأمراض والتدبير[3].

اعتمد برنامج الـــ IMCI "الرعاية الصحية المتكاملة للطفل المريض" من قبل وزارة الصحة السورية عام 2001 وأجريت التعديلات عليه بما يتناسب مع الواقع المحلي "Community based" [4].

يهتم هذا البرنامج بصحة الأطفال دون الخامسة ويعتمد النظرة المتكاملة في مقاربة الأطفال المرضى، ويركز كثيراً على الأمراض الإنتانية بوصفها من أهم مسببات وفيات الأطفال دون الخامسة، ويسهم في ترشيد استهلاك الأدوية بشكل عام.

تشير تقارير وزارة الصحة إلى أن الإنتانات التنفسية والإسهالات الحادة هما السببان الرئيسان لوفيات الأطفال دون الخامسة، مع ثغرات واضحة في أداء ألأطباء فيما يتعلق بتدبير الإسهال ووصف الصادات الحيوية ورغم اعتماد وزارة الصحة السورية لبرنامج الـــ IMCI إلا أنّه لم تُجْرَ كثير من الدراسات التقييمية لمردود هذا البرنامج سواء على مستوى تحسين المهارات السريرية أو على مستوى التغيير في سياسة وصف الأدوية [5، 6].

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم دور الـــ IMCI في تحسين التصنيف السريري للمشكلات الصحية عند الأطفال من عمر شهرين وحتى عمر 5 سنوات، ولإثبات إمكانية خفض وصف الأدوية (الصادات والحقن العضلية بوجه خاص).

طريقة الدراسة:

الدراسة من نوع مقطعي عرضاني إذْ أجريت معاينة الأطفال كلّهم من قبل مجموعتين من الأطباء (معاينة اعتيادية وأخرى بعد تطبيق الـــ IMCI) دون أن يعلم الأطباء نتيجة فحص الآخر سواء في التصنيف أو المعالجة.

أجريت الدراسة في شهر تموز 2008 في العيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي على /112/ مريضاً ممن حققوا معايير الإدخال في الدراسة وهي:

1- شريحة عمرية من شهرين وحتى 5 سنوات.

2- زيارة أولى بالنسبة إلى المرضى الحالي.

3- أن تكون شكوى المريض مشمولة ببرنامج الـــ IMCI.

معايير الإخراج:

1- تناول الصادات في الأسبوع الذي سبق الفحص الطبي.

2- وجود تصنيف مرض شديد جداً والحاجة للاستشفاء.

بالنسبة للاختبارات الإحصائية:

1- أجري اختبار كأي مربع على المجموعات المتماثلة، وهو ما يعرف باختبار Mac Nemar لأن الاختبارات الإحصائية أجريت على مجموعة المرضى أنفسهم قبل

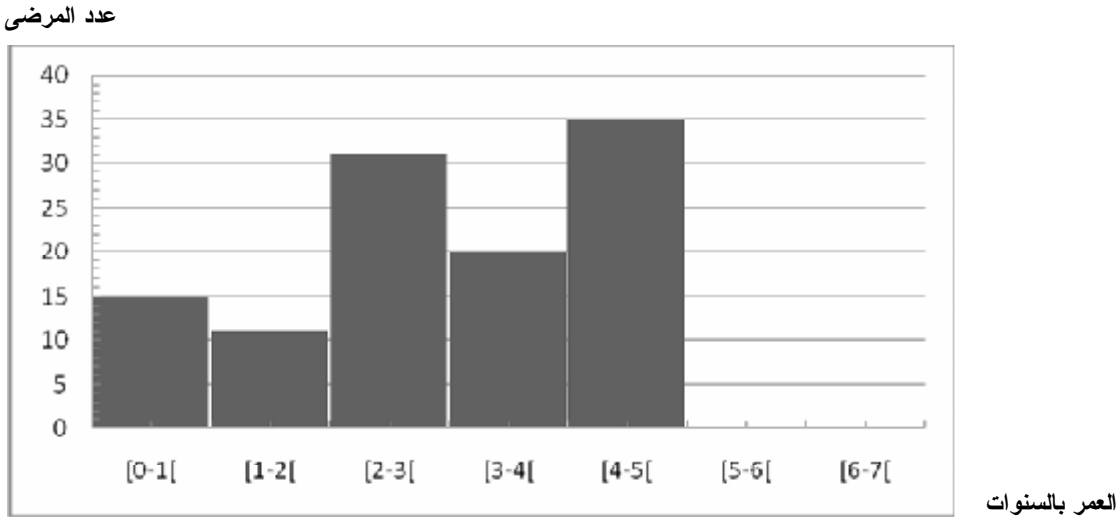
التقييم بالـــ IMCI وبعده. وتضمن ذلك تصنيف شكايات المرضى، استهلاك الأدوية، ومبررات وصف الصادات.

2- أجري اختبار كأي مربع المعدل c^2 d'ajustement لمعرفة ملاءمة وصف الحقن مع توصيات الـــ WHO (نسبة الوصفات مع الحقن لا تتجاوز ال 10%) [7، 8، 9].

النتائج:

راجع العيادة الخارجية خلال مدة الدراسة 112 مريضاً ممن حققوا معايير الإدخال والإخراج منهم 64 ذكراً و 48 أنثى.

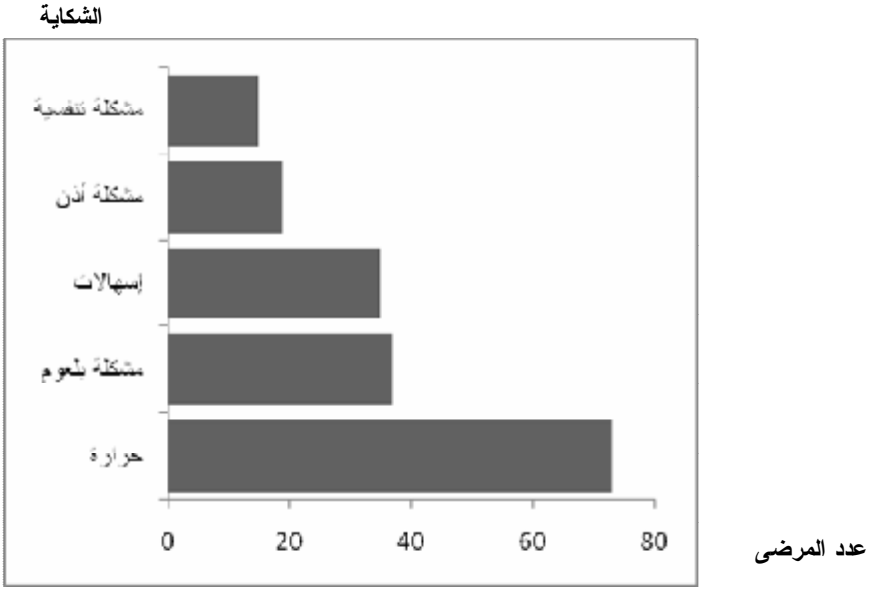
(Sexe ratio 1.3: 1). وتوزع المرضى بحسب أعمارهم كما هو مبيّن في الشكل (1).



الشكل (1): توزع /112/ مريضاً بحسب الشرائح العمرية ممن راجعوا عيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي خلال شهر تموز 2008.

يوضح الشكل (1) أن الشريحة العمرية من 4 إلى 5 سنوات مثلت 32% من نسبة المراجعين، في حين لم تمثل الشريحة خلال السنة الأولى من العمر سوى 10% "علماً بأن الأطفال دون عمر الشهرين لم يدخلوا في دراستنا".

توزعت شكايات المرضى بحسب الشكل (2).



الشكل (2): شكايات /112/ مريضاً ممن راجعوا عيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي خلال شهر تموز 2008.

يوضح الشكل (2) وجود /179/ شكاية (إذْ يمكن للمريض أن يراجع بأكثر من شكوى). شكلت الحرارة نسبة 65% من الشكايات تلتها مشكلة البلعوم 33% ومشكلة الإسهالات 32%.

فُحص الأطفال المرضى ووضع التشخيص (بحسب الفحص الاعتيادي) وأعيد فحص الأطفال بطريقة الـــ IMCI، كمـــا هو مبيّن في الجدول رقم (1).

جدول رقم (1): تصنيف شكايات /112/ مريضاً ممن راجعوا عيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي خلال شهر تموز 2008.

	الفحص بالطريقة الاعتيادية	الفحص بطريقة IMCI	اختبار Mac Nemar
الحرارة	73	73	NS
التهاب البلعوم	37	8	P < 0.001
الإسهال الحاد	35	35	NS
التهاب الأذن الوسطى	19	19	NS
ذات الرئة	8	8	NS
سعال معزول أو الرشح	7	36	P < 0.001
المجموع	179	179	

NS: اختبار إحصائي دون أية دلالة (غياب الفارق الإحصائي).

يبين الجدول رقم (1) أن الفارق الإحصائي ذا الأهمية ارتبط بتصنيف التهاب البلعوم والسعال أو الرشح مع P < 0.001 لكل منهما.

يوضح الجدول رقم (2) وصف الأدوية للمرضى.

الجدول رقم (2): صرف الأدوية لـــ /112/ مريضاً ممن راجعوا عيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي خلال شهر تموز 2008.

	الفحص بالطريقة الاعتيادية	الفحص بطريقة IMCI	اختبار Mac Nemar
صادات حيوية فموية	103	28	P < 0.001
باراسيتامول	94	91	NS
ظروف الإماهة	30	32	NS

الحقن العضلية	20	9	P < 0.02
مضادات الإقياء الفموية	18	0	P < 0.001
مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية	5	0	Ns
مضادات الاحتقان الفموية	5	0	NS
النقط الأذنية	5	0	NS
المجموع	280	160	

NS: اختبار إحصائي دون أية دلالة (غياب الفارق الإحصائي).

يبيّن الجدول السابق أنه صُرف 280 دواءً للمرضى (بعد إجراء الفحص بالطريقة الاعتيادية) أي 2.5 دواء/وصفة مقابل 160 دواءً بعد تطبيق الـــ IMCI أي 1.4 دواء/وصفة (مع$P < 0.05$).

إن اختبار Mac Nemar للمجموعات المتماثلة كان ذا دلالة إحصائية فيما يتعلق بصرف الصادات الحيوية الفموية، وكذلك لمضادات الإقياء الفموية وللحقن العضلية (صادات حيوية و مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية).

وصفت الصادات لـــ 108 مريضاً بالفحص الاعتيادي (أي بنسبة 96%) مقابل 37 وصفة صاد حيوي بعد تطبيق الـــ IMCI (أي بنسبة 33%).

يفصل الجدول رقم (3) مبررات صرف الصادات من عدمه كما يأتي:

الجدول (3): مبررات وصف الصادات عند /112/ مريضاً ممن راجعوا عيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي خلال شهر تموز 2008.

	وصف صاد مبرر	وصف صاد غير مبرر
حمى معزولة	0	4
سعال معزول أو رشح	0	37
إسهال حاد	1	32
التهاب أذن وسطى	19	0
التهاب لوز قيحي	9	9
ذات رئة	8	0
المجموع	37	82

طبق اختبار C^2 d'ajustement لمقارنة الحقن العضلية مع توصيات الـــ WHO فكانت النتائج بحسب الجدول رقم (4).

الجدول (4): نتائج اختبار C^2 d'ajustement لمقارنة الحقن مع توصيات الـــ WHO (نسبة الوصفات مع الحقن لا تزيد على 10%).

	استخدام الحقن	اختبار C^2 d'ajustement
الفحص بالطريقة الاعتيادية	20	P < 0.02
الفحص بطريقة الـــ IMCI	9	NS

المناقشة:

اشتملت عينة الدراسة على /112/ طفلاً من عمر شهرين حتى عمر خمس سنوات ممن حققوا معايير الإدخال خلال شهر تموز 2008 في عيادة الأطفال الخارجية في مشفى الأسد الجامعي، ويوضح الشكل (1)، تواتر الشكايات الأساسية (بالفحص بالطريقة الاعتيادية :73حالة حرارة، 37حالة التهاب بلعوم حاد،35 حالة إسهال حاد ،19 حالة التهاب أذن وسطى، و15حالة إنتان تنفسي.

بالعودة للجدول الأول نرى أن التطابق السريري كان مقبولاً من ناحية تشخيص الحرارة والإسهال الحاد والتهاب الأذن الوسطى وذات الرئة؛ لكن تبقى نقطة الجدال في تصنيف الإنتانات التنفسية العلوية. فقد حصل التغيير في تصنيف مشكلة البلعوم قبل تطبيق الـــ IMCI

(P<0,001) وبعده، ومشكلة السعال المعزول أو الرشح (P<0,001)؛ وذلك بالنظر إلى الحساسية العالية التي يفرضها دليل الـــ IMCI في تصنيف الأمراض، أمَّا في الممارسة الاعتيادية فهناك قدر أكبر من التساهل في وضع تشخيص التهاب البلعوم لدى الشك بأقل احتقان بلعوم قد يدخل في نطاق إنتان تنفسي علوي فيروسي، مع ما يترتب على ذلك من زيادة غير مبررة في وصف الصادات الحيوية الفموية أو الحقن [10، 11، 12].

إن وصف مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية بالتناوب مع الباراسيتامول في معالجة الحرارة لم نجد له مبرراً في الأدبيات الطبية [13، 14، 15].

كان وصف الصادات الفموية مبرراً في حالة واحدة فقط حالة إسهال مدمي(مقابل 32 وصفة صاد حيوي غير مبررة) علماً بأن وصف الصادات الحيوية في الإسهال الحاد قد يكون عامل خطورة إضافياً إلا في حالات خاصة. كما كان وصف مضادات الإقياء الفموية في 18 حالة غير مبرر إذْ لم تثبت الدراسات فائدة تذكر له إذا علمنا بأن الإقياءات تتحسن تلقائياً بمجرد عودة التوازن الشاردي إلى حالته الطبيعية مع الإماهة الجيدة؛ ناهيك عن الآثار الجانبية لهذه الأدوية عند الأطفال دون سن الخامسة [16، 17].

لقد وصفت الصادات الحيوية لـــ /108/ مريضاً (من أصل 112) منها /103/ صاد حيوي فموي و/15/ صاداً حيوياً بالحقن العضلي.

حصلت المشاركة الفموية والعضلية في 10 حالات دون أي مبرر إذْ كان الأطفال بحالة مقبولة مع ما يحمل ذلك من مخاطر عديدة كاعتلال العصب الوركي المحدث بالحقن العضلية [18]. وكان وصف الحقن العضلية بطريقة الفحص الاعتيادية لا يتماشى مع توصيات الـــ WHO(p<0.02).

كان متوسط عدد الأدوية بالوصفة 2.5 دواء/وصفة (بطريقة الفحص الاعتيادية)، ويتطابق مع متوسط عدد الأدوية في دراسة محلية [6]، ولدى المقارنة بدراسة D. Maigna [19] وجدنا أن متوسط عدد الأدوية بالوصفة كان 3.2 دواء/وصفة.

كان وصف الصادات في دراستنا بعد تطبيق الـــ IMCI بنسبة 33%، ويتطابق مع الوصف في القطاع العام 30% في الدراسة المحلية [6].

إن زيادة وصف الحقن قد يعود لنقص الخبرة عند الممارسين الجدد أو لضغط المجتمع لاستعجال الشفاء، لذا كانت نسبة الحقن في دراستنا الحالية 16.96% (بطريقة الفحص الاعتيادية) مقابل 16.46% (في الدراسة المحلية) مقابل 33%، في دراسة D. Maigna [19].

تتمثل محدودية الدراسة بالزمن القصير نسبياً (شهراً واحداً) الذي لا يعكس واقعية وصف الأدوية المتعلق بالفصول المختلفة، وكذلك فإن حجم العينة وعدم دراسة الشريحة العمرية من الولادة حتى عمر شهرين (وهم من المستهلكين الأساسيين للخدمات الصحية) قد يضعف شيئاً من قوة الدراسة.

تمثلت قوة الدراسة بالاستبيان القياسي (Standard) المبني على قواعد الـــ IMCI في التصنيف والتدبير بحسب الـــ WHO مما يؤهب لإعادة إنتاج الدراسة على مجتمع آخر، وكذلك مبدأ التعشية الـــ insu الذي طبق على الأطباء مما قلل كثيراً من أخطاء الانحياز.

إن نتائج هذه الدراسة توحي بتحسن ملحوظ ذي مغزى إحصائي كبيرفي تقييم مشكلات البلعوم وحالات السعال المعزول أو الرشح (مع P<0,001 لكل منهما) مع ما يترتب على ذلك من الانخفاض الملموس في وصف الصادات الحيوية دونما مبرر. وهكذا شكل وصف الصادات الحيوية غير المبرر في 82حالة ما نسبته 30% من إجمالي استهلاك الأدوية.

إن تبني منهجية الـــ IMCI على مستوى الرعاية الصحية الأولية، وهي سياسة تدعمها بقوة الـــ WHO والـــUNICEF سيتبعها تحسن في المهارات السريرية للممارسين على مستوى المقاربة والتصنيف وتدبير الحالات، ومن ثَمَّ الانخفاض الواضح في صرف الأدوية عموماً.

تقترح هذه الدراسة إجراء دراسة على عينة أكبر من بسبب سياسات ترشيد استهلاك الدواء بشكل عام.
المراجعين لتقييم أداء الممارسين وتقييم الوفر الاقتصادي

Références

(1) W.H.O Global Stategy for containement of antimicrobial resistance. Geneva. Word Health Organization, 2001.
Document WHO/CDS/CSA/DRS/2001-2.

(2) Cohen R. Crieteres de choix rationnel des antibiotiques pour le traitement des infections bacteriennes en pédiatrie. Réalites pediatriques No 106. Decembre 2005, 11-18.

(3) Hand book IMCI: Integrated management of child hood illness. Geneva. Word Health Organization, Departement of child and adolescent Health and development (CAH). WHO/FCH/CAH/OO.12 April 2000.

(4) (IMCI) الرعاية الصحية المتكاملة للطفل المريض. مطبوعات وزارة الصحة 2001

(5) الدكتور أحمد شريتح: أثر تطبيق برنامج تدبير الطفل المتكامل في خفض نسبة استهلاك الصادات الحيوية. مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، المجلد الرابع، العدد الثاني 2008، ص 185-195.

(6) الدكتور أحمد شريتح: دراسة مقارنة لصرف الأدوية في طب الأطفال بين المستوصفات والعيادات الخاصة (قُبل للنشر في مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية بتاريخ 2011/5/30).

(7) Bouyer et al. Enquêtes transversales. In Edidemiologie principes et méthodes quantatives. Les édition Inserm, 1995, 405-420.

(8) Mohamed M. F. Fathalla. Planning the research. In A pratical guide for health researchers. World Health Organization. Cairo 2004, 43-62.

(9) Bland Martin. Choosing the statistical method. In an introduction to medical statistics. Oxford University Press. 2003, 257-265.

(10) Triglia J. M. Antibiothérapie des angines en fonction de l'âge. Réalites pédiatriques No 85. Novembre 2003, 23-28.

(11) Roger G. Otites moyenne aigüe: actualites. . Réalites pédiatriques No 73, Septembre 2002, 6-10.

(12) Grimprel et al. Epidemiolohie de l'angine aigüe streptococcique de l'enfant aux urgences de l'Hopital Trousseau sur 12 mois. Méd Mal infect 1996: 26: 469-74.

(13) Chevallier B. Ibuprofen – paracetamol: quelles indication chez l'enfant en 2005. Réalites pédiatriques No 101. Mai 2005, 31-33.

(14) Autret E. et al. Les anti inflammatoires non stéroidiens sont ils préférable a l'aspirine? Réalites pédiatriques No 85. Novembre 2003, 23-28.

(15) AFSSAPS. Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Réalites pédiatriques No 96. Decembre 2004, 29-34.

(16) Guandalini S. Treatement of acute diarrhea in the new millennium. J. Pediatr. Gastroenterol-Nutr. 2000: 30(5): 486-9.

(17) الدكتور أحمد شريتح: الأخماج المعوية. الموسوعة الطبية المتخصصة، المجلد الخامس، أمراض الأطفال 2010، ص 95-100.

(18) الدكتور سمير بقلة. إعتلال العصب الوركي المحدث بالحقن العضلية. مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية. مجلد 25 – العدد الأول 2009، ص 156-174.

(19) D. Maigna. A et al. Evaluation de la prescription rationnelle et de la dispensation des Médicaments au Mail. Rev. Epidemiologie. 2006, 54: 497-505.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2011/10/11.
تاريخ قبوله للنشر 2012/5/13.