

الحالة الراهنة لجذري الماء في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية (75 حالة)

أحمد شريتح*

الملخص

يمثل جذري الماء بعد تعميم لقاحي الحصبة والحصبة الألمانية المرض الاندفاعي الأكثر انتشاراً في زمن الطفولة الأولى. ترتفع نسبة المضاعفات بالجذري فقط في حالات نقص المناعة أو السرطانات وعند إصابة البالغين. وإجمالاً يمكن القول إن تطور المرض يبقى سليماً في معظم الحالات. هدف الدراسة: تحديد نسب المشاكل الحقيقية المترتبة عن الإصابة بجذري الماء (أي المضاعفات، الاستشفاء، صرف الأدوية).

طريقة الدراسة: شملت الدراسة كل الأطفال الذين راجعوا الإسعاف في مشفى الأسد الجامعي في الفترة ما بين 2003/1/1 وحتى 2003/5/31 بأعراض وعلامات سريرية مشخصة لجذري الماء.

النتائج: شملت الدراسة 75/ طفلاً وشكل التقوبؤ المضاعفة الأهم (بنسبة 41.8%) مما أدى لوصف الصادات بنسبة 38.6% من الحالات. تم تسجيل حالتين ذات رئة دون استشفاء وتم قبول طفل واحد بسبب وجود إصابة سابقة بابيضاض دم لمفاوي حاد وعولج بالـ Acyclovir وريدياً وكان تطوره سليماً.

المناقشة: إن الاعتقاد المغلوط بعدم وجوب الاستحمام (92%) أدى إلى نسبة التقوبؤ العالية جداً مقارنة بالدراسات العالمية (1-2%) وقد يكون المسؤول عن ذلك أيضاً نقص الاهتمام بوصف المطهرات الخارجية سواء بالتطبيب الذاتي (2.9%) أو حتى من قبل الطبيب (42%). تبقى الشكوك موجودة بما يتعلق بتطور فيروس اللقاح ضمن العضوية فضلاً عن مسألة حصول تغيرات وبائية تكون نتيجتها حدوث المرض بسن متأخرة مع نسبة مضاعفات أكبر.

* أستاذ- قسم الأطفال- كلية الطب البشري- جامعة تشرين - اللاذقية.

The Actual Situation of Varicella in AL-ASSAD University Hospital (75 cases)

Chreitah Ahmad *

Abstract

varicella represents today, after the wide spreading of the measles and rubella vaccines, the most prevalent eruptive disease during early childhood.

And it is considered to have a benign evolution in most cases in healthy children. But the percentage of complications increases in those who have immune deficiency and tumors as well as old unvaccinated persons.

Our study included 75 infected children with varicella who visited the clinics in Al-Assad University Hospital in Lattakia during the first five months in 2003, where an evaluation has been done on the percentage of complications and hospitalization, and a study was made on the medicine use before and after medical consultation.

It has been noted that medicine use during self-medication forms 45.3% while antiseptics represented a small percentage 2.9% .

Dermatic infections formed the most important complications with 41% of the cases..

We noted two pneumonia cases which had benign evolution without the need for hospitalization. One child (with acute lymphoblastic leukemia) was admitted into hospital and was treated with acyclovir intra venous.

The prescribed medicines contained primarily anti histamines, then antiseptics and paracetamol. Antibiotics have been prescribed for 38.6% of the cases (due to secondary dermatic infections).

The availability of the active vaccine encourages many countries to adopt a wide spread vaccination policy against varicella. But this live attenuated vaccine raises a lot of questions, because the result of an incomprehensive vaccination is epidemiological changes; One of the changes could be people being infected at a later age which means more complications and more mortality.

* Prof. Department of Pediatrics - Faculty of Medicine- Lattakia-Syrie

عُدَّ جدري الماء لفترة طويلة مرضاً سليماً لا يمكن تفاديه في مرحلة الطفولة (1،2) إذ إنَّ ثلث الأطفال عند دخول المدرسة يمتلكون المناعة ضده وفي سن الرابعة عشرة يكون ما نسبته 90% من الأطفال ممنوعين ضد جدري الماء. وفي الواقع فإن أكثر من 95% من البالغين هم أيضاً ممنوعين ضد المرض (3).

تبقى مضاعفات المرض نادرة ومحدودة عند الأطفال الأصحاء (2) وبالمقابل قد تكون هذه المضاعفات خطيرة جداً عند البالغين (4، 5) وعند الأطفال المصابين بأمراض نقص المناعة أو أورام خبيثة صلبة (6، 7، 8) وكذلك عند الولدان من أمهات مصابات بجدري الماء في الفترة حول الولادة.

يشهد العالم حالياً زيادة في حدوث المرض عند البالغين ولوحظ ذلك في بريطانيا وأمريكا وبعض الدول الآسيوية (9) مما نجم عنه زيادة في نسبة الأشكال الأكثر خطورة وفي نسبة الوفيات، كما يجب القول: إنَّ المرض يبقى خطراً عند المصابين بنقص المناعة والذين يزداد عددهم باضطراد بالنظر لتحسن ظروف معالجة السرطانات ونظراً للتطور الذي طرأ على وبائية جدري الماء.

وبحسب *White* (10) فإن إصابة مئة ألف طفل سليم بجدري الماء ينجم عن ذلك /1700/ حالة استشفاء منها /170/ حالة التهاب دماغ وحالتا وفاة.

كل هذه المعطيات أوجبت إعادة النظر بفكرة تعميم اللقاح ضد جدري الماء الذي وضعه *Taka Hashi* (11) وقد ثبتت فعاليته على الطفل السليم حسب الدراسات (12، 13، 14)، وكذلك عند البالغين أو المصابين بأمراض نقص المناعة (15، 16).

إن مسألة تلقيح أولئك المصابين بنقص المناعة هو أمر حيوي لا يقبل الجدل لكن فكرة تعميم اللقاح تبقى أمراً تصعب الإجابة عنه إذ عُدَّ المرض لفترة طويلة كأحد أسلم أمراض الطفولة (17، 18) ويتحتم قبل كل شيء دراسة الأثر النافع لبرنامج التلقيح المحتمل كما يتحتم الحصول على معلومات وافرة عن تأثير

جذري الماء في مجموع السكان (19)،
التطبيب الذاتي، الحالة العامة في
الإسعاف ودرجة الحرارة وكذلك
20، 21).

هدف الدراسة:

هدف الدراسة هو تحديد حجم المشكلة
المطروحة بسبب جذري الماء في قسم
الأطفال في مشفى الأسد الجامعي الملحق
بجامعة تشرين من حيث المضاعفات

نتائج الدراسة:

والاستشفاء الناجم عن ذلك، وبحث
استهلاك الأدوية قبل المعاينة الطبية
وبعدها.

طريقة الدراسة:

شملت الدراسة المستقبلية الأطفال كلهم
من مراجعي العيادات الخارجية في
مشفى الأسد الجامعي بعلامات سريرية
لجذري الماء "طفح جلدي حطاطي
حويصلي ظهر على دفعات مع عناصر
جلدية بأعمار مختلفة" والذين راجعوا في
الفترة ما بين 2003/1/1 و حتى
2003/5/31.

مُلئت الاستمارات من قبل أطباء الأطفال
في مشفى الأسد الجامعي وتضمنت كل
استمارة معلومات مفصلة عن عمر
الطفل، جنسه، العدوى في المحيط،
عند السؤال عن وجود العدوى في محيط
الطفل المصاب فقد أمكن إثبات مصدر
العدوى عند 55/ طفلاً (بنسبة 73%)
ولم يتحدد مصدر العدوى في 22.6%.

من الحالات وبقي ما نسبته 4.4% دون إجابة. لدى السؤال عن الاستحمام وجدرى الماء كانت إجابة 92% من أهالي المراجعين بضرورة عدم الاستحمام ولا حتى بالتماس مع الماء مقابل 8% ممن يعتقد بأن الطفل المريض يمكن أن يستحم رغم إصابته بجدرى الماء. فيما يتعلق بالتطبيب الذاتي فقد لوحظ أن الأهل يلجؤون في علاج أولادهم في 35% من الحالات. وبيّن الشكل رقم (2) أصناف الأدوية المختلفة المستخدمة في التطبيب الذاتي، إذ نلاحظ أن الباراسيتامول بوصفه خافضاً لحرارة يقع على رأس قائمة الأدوية المستهلكة في التطبيب الذاتي وتليه المضادات الحيوية، كما نلاحظ أنّ المطهرات الموضعية لا تمثل سوى جزءاً بسيطاً من استهلاك الأدوية من قبل أهالي الأطفال المصابين بجدرى الماء (بنسبة 2.8%). عند الوصول للمشفى كانت حالة 66/ طفلاً جيدة 88% ولوحظ تبدل محدود في الحالة العامة 9/ أطفال 12%، وسُجّلت حالة ترفع حروري مرافق للمرض في 27/ حالة 36%، وكانت درجة الحرارة المأخوذة طبيعية عند 18/ طفلاً 24% ولم تؤخذ درجة حرارة الطفل عند المعاينة عند 30/ مريضاً (40% من إجمالي المراجعين). بالنسبة لمضاعفات المرض فقد شكّلت الأخماج الجلدية الثانوية المضاعفة الأكثر مشاهدة، إذ تمت ملاحظة ذلك عند 31/ طفلاً (41.3% من الحالات) مقابل حالتين ذات رئة (2.6% من الحالات) حيث تم التشخيص بالاستناد إلى صورة الصدر والتعداد والصبغة (حيث لوحظ ارتفاع في تعداد الكريات البيض) في كلتا الحالتين. قُبِلَ طفل واحد في قسم الأطفال للمراقبة بسبب إصابته السابقة ببايضاخ دم لمفاوي حاد معالج سابقاً وكان الطفل بحالة عامة جيدة وعولج بالمشاركة بين مضاد حيوي والـ *acyclovir* وريدياً بجرعة 30 مغ/كغ/24 ساعة على 3/ دفعات.

المناقشة:

بعد معاناة مرضى جذري الماء كلهم وصفت لهم مجموعة أدوية تضمنت مضادات الهستامين والمطهرات والباراسيتامول والمضادات الحيوية حسب الشكل /3/.
وصفت هذه الأدوية لـ /73/ مريضاً، وبالطبع يمكن لأي مريض أن يكون قد وصف له أكثر من دواء وفي استمارتين لم تذكر فيهما أية أدوية.
حسب الشكل رقم /3/ كان وصف مضادات الهستامين على رأس القائمة في حين احتلت المطهرات المركز الثاني تقريباً مثل الباراسيتامول.
وصفت المضادات الحيوية لـ 29 طفلاً (38.6% من الحالات) منها /23/ حالة مضاعفة خمجية للمرض وفي /3/ حالات بسبب وجود مرض خمجي مرافق لا علاقة له بجذري الماء، وفي /3/ حالات لم يكن الاستطباب واضحاً. لم يوصف الـ *acyclovir* الفموي لأي من المراجعين.
من الملفت للنظر اعتقاد معظم أهالي الأطفال المرضى بضرورة عدم الاستحمام عند الطفل المصاب بجذري الماء، وهذا اعتقاد لا أساس له من الصحة وهو مفهوم مغلوط ترسخ في ذهن الكثيرين وقد يكون مسؤولاً في جانب كبير عن عدد حالات الأخمج الثانوية التي لوحظت في الدراسة أي نسبة /41% مقابل /1-2% حسب الدراسات العالمية (4)، فضلاً عن قلة الاهتمام بالمطهرات الموضعية العامة سواء في التطبيب الذاتي أو حتى بعد المعالجة الطبية.
إن الأخمج الثانوية الجلدية ستزداد نسبتها بغياب الحمامات والمطهرات مما سيزيد من وصف المضادات الحيوية لمعالجتها (22).
هناك ميل كبير وعفوي نحو استهلاك الأدوية في التطبيب الذاتي كما هو مبين في الشكل /2/ قد يفسر باعتقاد معظم المراجعين بسلامة المرض، ومن ثمّ بالإيمان بشفاؤه العفوي والملفت للانتباه

أن استهلاك المطهرات والتي تبقى أساس المعالجة لم تزد نسبتها على /2.9%. يتضح من الدراسة أن جدرى الماء ليس بالمرض الأسوأ الذي يصيب الأطفال حيث كان معظمهم بحالة عامة جيدة /88% من الحالات، وحتى أولئك المتعبين قليلاً /12% لم يتطلب وضعهم دخول المشفى وهو أمر منطقي إذ يتحتم العمل على عدم قبول حالات جدرى الماء في أقسام الأطفال بسبب خطورة العدوى التي قد تبلغ نسبتها /85-100% (3).

تبقى مضاعفات المرض نادرة نسبياً عند الأطفال الأصحاء (18، 20) ووجدنا في الدراسة مضاعفتين مهمتين وهما حالتنا ذات رئة لم تستوجبا دخول المشفى مع العلم بأن نوات الرئة بجدرى الماء قد تختلط بأخماج ثانوية وتقدر وفياتها حسب *fleischer* (5) بنسبة /10%.

تبقى حالة الطفل المصاب بابيضاض لمفاوي حاد ودخل المشفى للمراقبة وكان بحالة عامة جيدة وعولج بالـ *acyclovir*

وريداً خشية عواقب جدرى الماء وخرج من المشفى بعد عدة أيام. لم نجد في الدراسة أية مضاعفات عصبية (التهاب دماغ أو مخيخ أو التهاب أعصاب) وهي في الأصل مضاعفات نادرة (أقل من 1000/1 حالة)، لكنها قد تكون وخيمة أو مميتة في /18% من الحالات (9، 23) مع الإقرار بعدم وجود توافق أوربي أمريكي: هل التهاب المخيخ الحاد الناجم عن جدرى الماء يدخل في تعريف التهاب الدماغ الحاد)؟

إذا تبقى الأخماج الجلدية الثانوية (التقوي) المضاعفة الأكثر شيوعاً في هذه الدراسة وتفسر نسبتها المرتفعة كثرة اللجوء لوصف المضادات الحيوية لمرض هو في الأصل فيروسي المنشأ، وهذا ما نجده عند مراجعة الشكل (3) وكان من باب أولى التركيز على صرف المطهرات بأنواعها المختلفة.

حسب هذه الدراسة لم يتم وصف مضادات الفيروس الفموية (*Acyclovir*) بحجة تقصير فترة المرض أو بحجة إنقاص مدة الغياب عن المدرسة - في

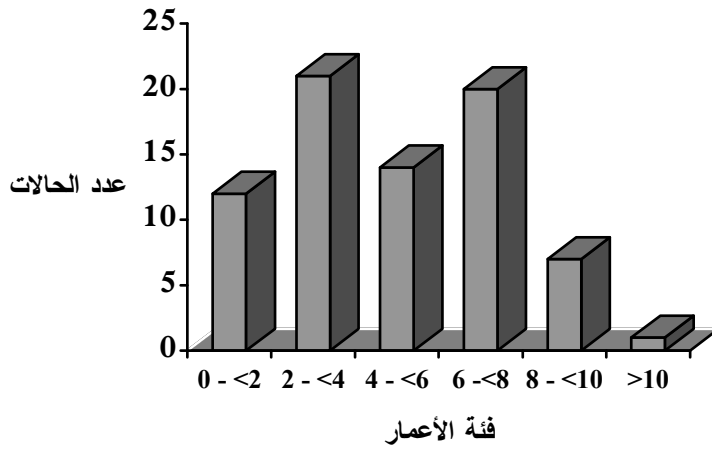
الولايات المتحدة أصبحت المعالجة بالـ *Acyclovir* شائعة في الممارسة اليومية - وهذا التصرف كان منطقياً ويتفق عليه أغلب المؤلفين (23، 24، 25) الذين يدخرونه لمعالجة المضاعفات الشديدة وخاصة العصبية منها. ومع ما أشرنا إليه سابقاً من غياب الخطورة عموماً في هذا المرض فإن معظم الدراسات الأمريكية تهتم بالعواقب المالية له والناجمة عن اللجوء للنظام الصحي وبسبب فقدان ساعات العمل بسبب بقاء الأهل لرعاية الطفل المريض في المنزل نتيجة العزل المدرسي؛ ومن هنا فإن بعضهم ينظر بجديّة إلى برنامج التلقيح ضد جذري الماء بسبب مردوده المادي الجيد وليس لخطورة المرض (19، 20، 21). وقد أثبت اللقاح الحي المضعف الذي طوره *Taka Hashi* (11) فعاليته في (80%) من الحالات ضد كل أشكال المرض وفي (98%) من الحالات ضد الأشكال الشديدة منه (26)، وثبت أيضاً حسن تحمله على مئات آلاف الأطفال.

ولكن تبقى مشكلة تكلفته المرتفعة نسبياً مقابل تكلفة المرض نفسه كما تبقى مشكلة التلقيح عند الكبار إذ إنّ مستوى الوقاية التي يقدمها لهؤلاء محدودة ولا تتجاوز نسبة (50%) في أحسن الأحوال ناهيك على أنه يتحمّم إعطاؤهم جرعة ثانية بتكلفة أخرى بفواصل 3/ أشهر مما يزيد من تكلفة هذا اللقاح.

فقد تطور برنامج التلقيح في اليابان وكوريا ومن ثم في الولايات المتحدة الأمريكية وأخيراً في العديد من الدول الأوروبية (27، 28، 29) ولكن لم يحصل أي إجماع بشأن تعميمه في معظم البلدان، فمثلاً فرنسا لا تزال تنتظر بحذر تجاه تعميم اللقاح وتوصي الجمعية الفرنسية للأمراض الخمجية بإبقاء استطبائاته عند الأطفال المصابين بأمراض نقص مناعة وأورام صلبة وأولئك الأشخاص المحيطين بهم (26).

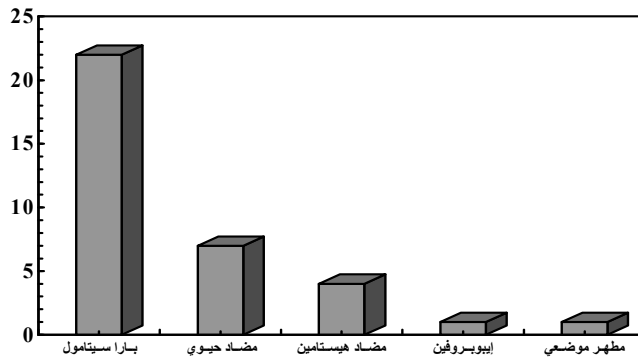
إن التكلفة الحقيقية لمعالجة جذري الماء لا تشكل سوى (5%) من الخسارة المادية الناجمة عن خسارة ساعات عمل الأبوين لرعاية الطفل المريض وحسب *Preblud*

(20) فإن استثمار كل دولار في برنامج للتلقيح ضد جدري الماء سينجم عنه وفر 7/ دولارات مهدورة سابقاً. أما *Trecy* (19) فقد استنتج أنه بالوصول إلى تلقيح (97%) من الأطفال بلقاح جدري الماء سيتم توفير ما يقرب من 400/ مليون دولار سنوياً ناجمة عن غياب أحد الأبوين عن العمل للعناية بالطفل في المنزل. إن لقاح جدري الماء الحي المضعف هو لقاح فعال وجيد التحمل، لكن تبقى هناك شكوك كثيرة تتعلق بإمكانية إدخاله في برنامج التلقيح الوطني، وتبقى الشكوك عن حالة الفيروس ضمن العضوية وتطوره فيها فيما بعد وعن مدة المناعة التي سيوفرها لاحقاً. ينبغي على كل بلد أن يضع الخطط والبرامج التي يرتئها مناسبة لمصلحته وذلك بعد إجراء الدراسات المناسبة، وهذا يحتاج لمزيد من الحكمة والزم من أجل التقييم. ونحن في الواقع نحتاج لدراسات موسعة تتعلق باللقاح ودراسات لتقييم العبء المادي لهذا المرض قبل التفكير بإدخال اللقاح في البرنامج الوطني للقاحات والذي لا يقع حالياً في أولوية همومنا الصحية.



الشكل رقم (1): يبين عدد حالات مرضى جذري الماء حسب فئات الأعمار

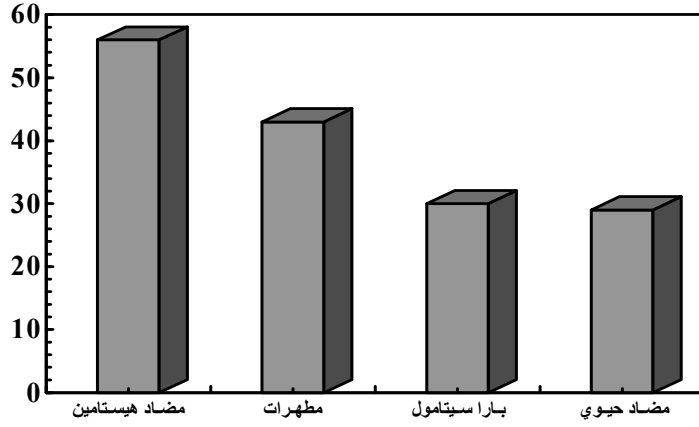
عدد الحالات



الأدوية المستهلكة في التطبيب الذاتي

الشكل رقم (2): يوضح نسب استهلاك أصناف الأدوية المختلفة في التطبيب الذاتي وقيل المعاينة.

عدد الحالات



الأدوية الموصوفة بعد المعاينة
الشكل رقم (3): يبين نوع فئات الأدوية المختلفة حسب الحالات.

المراجع

- 1- Bégué P: Les nouveaux vaccins Méd Mal infect; 1992 22: 1146 -51.
- 2- Raffi F: Varicelle et Zona Rev prat (Paris), 1993. 43, 8.
- 3- Jackson M. A: complications of varicella requiring hospitalization in previously children. Ped. Infect. Dis J, 1992-11: 441-5.
- 4- Gnann J. W et al: Natural History and treatment of varicella-Zoster in high risk poulation J. Hosp. Infect, 1991, 18 (suppl. A): 317-329
- 5- Fleischer GR et al: Life Threatening complications of varicella 20th Interscience on Antimicrobial Agent and Chemotherapy 1980 Sept. 22-24; Washington
- 6- Felman S. et al: varicella in children with Cancer. Pediatrics 1975, 56: 388-397
- 7- Atkinson K. et al: varicella-Zoster infection after marrow transplantation of aplastic anemie or leukemia Transplantation. 1980, 29: 47-50
- 8- Reboul. F: Herpes Zoster and varicella infections in children with Hodgkin's disease. 1978, Cancer 41: 95-99,
- 9- perrone C et al: varivell. EMC thérapeutique, tome 2.1992,25-058-A-10.6.p
- 10- White JO et al: Varicella Vaccine in healthy children and adolescence Pediatrics Vol 87n°5 May 1991
- 11- Takahashi et al: Live vaccine used to prvent the spread of varicella in children in hospital. Lancet 1974; 2: 1288-1290
- 12- Johnson C. et al: varcella vaccine in healthy 12-to-24 month old children. Pediatrics. 1988; 81: 512-518
- 13- Johnson C. et al: Humoral immunity and clinical reinfection following varicella vaccine in healthy children Pediatrics. 1989; 84: 418-421
- 14- Weibel R. et al: varicella vaccine efficacy trial in healthy children. N. Engl J. Med. 1984; 310: 1409-1415
- 15- Greshon A. et al: vaicella vaccine of healthy adults with live attenuated varicella vaccine.J.Infect: Dis. 1988.158: 138-140
- 16- Gershon A.et al: Immunization of healthy adults with life attenuated varicella vaccine .J. Inf ect . Dis.1988.158: 132-137
- 17- Guérin N.: Vaccinations E. M. C (Paris), Pédiatrie, 1975, 4-002-B50
- 18- Hardy I. Et al: The incidence of Zoster after immunization with live attenuated varicella vaccine; A study in children with leukemia. N. Engl J. Med. 1991, 325: 1545-1550

- 19- Tracy A.Lieu et al: cost-effectiveness of a routine vaccination program for US children JAM-1994 vol 271,n° 5.
- 20- preblud S.R.et al:Abenefit-cost analysis of a child hood varicella vaccination program postgrad Med 1985; 61: 17-22.
- 21- Husse et al: child hood vaccination against chicken- pox: An analysis of benefits an costs J.prdiat.1994 Vol 124.n°6.
- 22- H. Creusvaux – La vaccination systématique contre la varicelle Arch Pédiatr Vol. 3-Suppl 1 – 196: 332-333s
- 23- Boughton C.R.: Neurological complications of varicella. Med .J.Aust 1966;2:444-447.
- 24- Flahult A. et al: Epidémie de varicelle en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°33/1995.
- 25- perrone C: infection á virus varicelle-Zona. EMC themaladies infectieuses 1992.63,n°105;84-09-A-10.8.p.
- 26- Prise en charge des infections á virus Varicelle Zona conférence de consensus de la Société de pathologie infectieuse de langue française Arch Pédiatr 1999. 6: 469-76.
- 27- Bégué. P. La Vaccination antivarielleuse. Pédiatrie Pratique N° 114 2000; 3-4
- 28- William W. Hay, Jr. Anthony R. Hayward, Myron J. Levin, Judith M. Sondheimer. Varicella and Herps Zoster. Issues in current pediatric Diagnosis and Treatment. New York: Mc Graw – Hill, 2003: 1117-1119
- 29- Martin G. Myers, Lawrence R. Stanberry, and Jane F. Seward. . Varicella -Zoster virus. Issues in Behrman, Richard E. Kleigman, Robert. Jenson, Hal B. Nelson Textbook of pediatrics17th edition. Philadelphia: Saunders, 2004: 1057-1062

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2005/3/24.

تاريخ قبوله للنشر: 2006/3/19.