پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۰، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵، صفحات ۵ تا ۷

سخن ویژه
(Editorial)

تب و تشنج در کودکان: چگونه بررسی کنیم ؟

دکتر فریده شیوا×

× گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در کودکان بین شش ماه تا پنج سال تشنج توام با تب یافته شایعی است (۵-۱). در اروپا و ایالات متحده، ۲ تا ۵ درصد کودکان بعلت تب دچار تشنج می‌شوند. ارقام گزارش شده از هند بین ۵ تا ۱۰ درصد، از ژاپن ۸/۸ درصد و از چین و هنگ‌کنگ بین ۰/۵ تا ۱/۵ درصد متغییر است (۶،۲).

گرچه تشنج بعلت تب یک پدیده خوش‌خیم و معمولاً بدون عارضه می‌باشد و هیچگونه آنومالی ساختاری مغز در سی‌تی اسکن و یا MRI در موارد تب و تشنج ساده گزارش نشده است، با این حال برای والدین مشاهده این صحنه بسیار ترس‌آور است. آنها نگران مرگ ناگهانی، عقب‌ماندگی ذهنی و امکان بروز صرع در فرزندشان هستند ولی گاهی اوقات از بروز اضطرابشان خودداری می‌ورزند. اینجا وظیفه پزشک است که نگرانیهای عنوان‌نشده آنها را مطرح و رفع نماید (۹-۵).

پیش‌آگهی تب و تشنج کودکان بسیار خوب است و مواردی از مرگ ناگهانی و یا عقب‌ماندگی ذهنی گزارش نشده است. امکان تکرار تشنج حدود۳۰درصد است اما وجود ریسک فاکتورها مثل سن زیر یک‌سال، یا اولین تشنج از نوع کمپلکس (بین ۹ تا ۳۵٪ تشنجها از نوع کمپلکس می‌باشند) این ریسک را تا ۷۰٪ افزایش می‌دهد (۱۰،۸،۶،۵،۳،۲).

داروهای تب‌بر نظیر استامینوفن و یا بروفن از عود تشنج جلوگیری نمی‌کنند و گرچه در بعضی از مطالعات فنوباربیتال و سدیم والپروات در پیشگیری از تکرار تشنج موثر بوده‌اند، استفاده از داروهای ضدصرع توصیه نمی‌شود مگر در موارد استثنایی (۱۱،۱۰،۷،۶،۵،۲).

با توجه به تناقضهای فراوان در خصوص تاثیر دیازپام خوراکی بصورت منقطع (فقط در زمان تب)، تجویز این دارو نیز در حاله‌ای از ابهام وجود دارد (۶،۵،۲). امکان بروز صرع اندکی بالاتر از جامعه است اما درمان با داروهای ضدصرع این ریسک را کاهش نمی‌دهد (۶،۵،۱).

آمارهای مختلفی از شیوع مننژیت در کودکان با تب و تشنج وجود دارد. در تشنجهای کوتاه مدت این رقم بین ۰/۴ تا ۱/۲درصد گزارش شده است ولی در تشنجهای طولانی به ۱۸درصد می‌رسد (۱۰). از آنجائیکه در شیرخواران کم سن علایم تحریک مننژ بندرت تظاهر می‌کنند، پی بردن به علت تب و رد نمودن احتمال مننژیت اهمیت ویژه‌ای دارد و انجام پونکسیون مایع نخاع این امکان را فراهم می‌آورد (۱۲،۶،۵).

پونکسیون مایع نخاع یک اقدام تهاجمی است و برای بیمار و والدین او خوشایند نیست، در بعضی از موارد بعلت اشتباه تکنیکی مایع نخاع با خون آلوده می‌شود که در این صورت نتایج آن فاقد ارزش می‌باشد. بنابراین، در تمامی موارد تب و تشنج پونکسیون مایع نخاع ضرورتی ندارد. در برخی مطالعات با هدف به حداقل رساندن پونکسیون‌های غیرضروری، معیارهای مشخصی مطرح شده است تا بتوان آن دسته از بیمارانی که احتمال مننژیت در آنها وجود ندارد، جدا شوند (۱۳،۶،۵).

در مقاله چاپ شده در شماره جاری مجله پژوهش در پزشکی تحت عنوان "بررسی ضرورت پونکسیون مایع نخاع در کودکان مبتلا به اولین حمله تشنج و تب" محققین سعی کرده‌اند با تکیه بر علائم بالینی، ضرورت انجام پونکسیون مایع نخاع را در مراجعه‌کنندگان با تب و تشنج مشخص کنند (۱۴).

نویسندگان مقاله مذکور ۲۵۴ کودک را که با تب و تشنج مراجعه کرده بودند، مورد مطالعه قرار دادند که در این بین مننژیت در ۴/۷ درصد آنها تشخیص داده شد. در این مطالعه

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان آیت ا... طالقانی، گروه اطفال، دکتر فریده شیوا (**email:** shivahfa@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٤/۱۰/۲٤
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/۱۲/۱۵

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

تمام موارد کشت مایع نخاع منفی بوده و افتراق بین مننژیت باکتریال و ویرال بر اساس نتایج سلولی و بیوشیمیایی داده شد. ضمناً دسترسی به امکانات ویروس‌شناسی مقدور نبود. این احتمال که تعداد بیشتری از بیماران مننژیت ویرال داشتند، وجود دارد. علایم کلینیکی در پژوهش حاضر بصورت معنی‌دار در کودکان مبتلا به مننژیت بیشتر بود و تمام کودکان مبتلا به مننژیت حداقل یکی از شرایط زیر را داشتند: سن زیر یکسال، مصرف اخیر آنتی‌بیوتیک و یا علائم کلینیکی.

گرچه در مورد لزوم آنالیز مایع نخاع اتفاق نظر وجود ندارد، اکثر متخصصین بر این امر تاکید دارند که در شیرخواران زیر یکسال و آن دسته از بیمارانی که قبل از مراجعه آنتی‌بیوتیک دریافت نموده‌اند، پونکسیون مایع نخاع حتماً باید انجام شود (۱۳،۱۰،۶،۲). در ضمن توصیه شده است کودکی که با تب و تشنج همراه با بثورات جلدی، پتشی، فونتانل برجسته، یا GCS(Glasgow Coma Scale) زیر ۱۵ مراجعه کند، یا قبل از بروز تشنج دچار خواب‌آلودگی شده باشد، باید با تشخیص مننژیت بستری و درمان شود مگر آنکه خلافش ثابت شود (۱۳،۵،۲). سایر مواردی که احتیاط در آنها لازم است عبارتند از: تشنج کمپلکس و بیمارانی که با تب و تشنج بدون کانون عفونی مشخص مراجعه می‌کنند (۱۳،۷،۶).

بررسی منابع نشان می‌دهد که انجام پونکسیون مایع نخاع در شیرخواران با تب و تشنج در سی‌سال اخیر رو به کاهش رفته است بطوری که در دهه ۱۹۷۰ تقریباً در تمامی کودکان مبتلا به تب و تشنج، آنالیز مایع نخاع انجام می‌شد، حال آنکه در دهه ۸۰ این رقم به ۶۷٪، در اوایل دهه ۹۰ به ۱۶٪ و در اواخر آن به ۱۱٪ رسیده است (۹).

باید توجه داشت که در کشورهای صنعتی بعلت واکسیناسیون همگانی علیه هموفیلوس آنفلوانزا تیپ B، آمار مننژیت باکتریال در شیرخواران در سالهای اخیر کاهش چشمگیر داشته است (۱۳،۹). با در نظر گرفتن این واقعیت که در کشورهای در حال رشد از جمله ایران، واکسیناسیون علیه هموفیلوس آنفلوانزا جز برنامه همگانی نیست، انتظار می‌رود تعداد موارد مننژیت در شیرخواران با تب و تشنج علی‌رغم کشت منفی مایع نخاع بیشتر از کشورهای پیشرفته باشد.

رهنمونهای اخیر کشورهای غربی بر عدم ضرورت انجام آنالیز مایع نخاع در شیرخواران با تب و تشنج بر اساس گزارشهای کاهش در شیوع مننژیت باکتریال در کودکان بعد از استفاده همگانی از واکسن هموفیلوس آنفلوانزا تیپ B ارائه شده است (۹). بنابراین به علت شرایط اپیدمیولوژیک متفاوت، ما باید در تابعیت از توصیه‌های فوق جانب احتیاط را در نظر گیریم تا از تاخیر در تشخیص و درمان مننژیت در شیرخواران و عواقب مرگبار آن پیشگیری شود.

REFERENCES

1. Baumann RJ. Technical report: Treatment of the child with simple febrile seizures: Electronic article. Pediatrics 1999; 103(6):e86.
2. Tejani NR, Zempsky WT. Pediatrics' febrile seizures. e-Medicine. Last updated: April 11, 2006.
3. Baumer JH. Evidence based guideline for post-seizure management in children presenting acutely to secondary care. Arch Dis Child 2004;89:278-80.
4. Mohebbi MR, Navipour R, Seyed-Kazemi M, Zamanian H, Khamseh F. Adult-onset epilepsy and history of childhood febrile seizures: A retrospective study. Neurol India 2004;52:463-5.
5. Offringa M, Moyer VA. Evidence based management of seizures associated with fever. Br Med J 2001;323:1111-4.
6. Waruiru C, Appleton R. Febrile seizures: an update. Arch Dis Child 2004;89:751-6.
7. Gordon KE, Dooley JM, Wood E, Brna P, Bethune P. Which Characteristics of children with a febrile seizure are associated with subsequent physician visits? Pediatrics 2004;114(4):962-4.
8. Srinivasan J, Wallace KA, Scheffer IE. Febrile seizures. Aust Fam Physician 2005;34(12):1021-5.
9. Carroll W, Brookfield D. Lumbar puncture following febrile convulsion. Arch Dis Child 2002;87:238-40.
10. Chin RFM, Neville BGR, Scott RC. Meningitis is a common cause of convulsive status epilepticus with fever. Arch Dis Child 2005;90:66-9.
11. El-Radhi AS, Barry W. Do antipyretics prevent febrile convulsions? Arch Dis Child 2003;88:641-2.
12. Rosman NP. Evaluation of the child who convulses with fever. Paediatr Drugs 2003;5(7):457-61.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]

13. Armon K, Stephenson T, MacFaul R, Hemingway P, Werneke U, Smith S. An evidence and consensus based guideline for the management of a child after a seizure. Emerg Med J 2003;20:13-20.

۱۴. قطبی ف، کاتوزیان ب. بررسی ضرورت پونکسیون مایع نخاع در کودکان مبتلا به اولین حمله تشنج و تب. مجلـه پـژوهش در پزشـکی، ۱۳۸۵؛ دوره ۳۰، شماره ۱، بهار، صفحات ۲۵ تا ۲۹.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-07]