

الأمراض المعدية INFECTIOUS DISEASES

الحمى من مصدر مجهول
Fever of Unknown Origin

الشكوى الرئيسية Chief Complaint

"ابني لديه حمى" "My child has a fever".

تاريخ المرضي الحالي History of Present Illness

تعتبر الحمى مرضاً شائعاً جداً يشكو منه الأطفال كثيراً. إن مهمة طبيب الأسرة هي أن يميز العدد القليل من الأطفال المصابين بالحمى المصاحبة لحالة مرضية شديدة وبين العدد الكثير من الأطفال المصابين بالحمى المصاحبة لمرض فيروسي ليس له مضاعفات. يجب أن يحتوي التاريخ مدة المرض ووجود حالات مثل التشنج، الاختلاط (عدم التركيز) صفير، السعال، الاستفراغ، الإسهال، عسر البول، الطفح الجلدي، وأخيراً الألم المفصلي أو السني في أن طريقة أخذ الحرارة وتناول الأدوية المضادة للحمى حديثة وفيما إذا كان الطفل قد ربط بشكل زائد بعد الولادة. كل هذه الطرق تعتبر أموراً مهمة وبشكل خاص إذا كانت الإصابة بالحمى تظهر في العيادة بشكل أقل مما هو الحال في البيت. وبشكل عام فإن أخذ الحرارة عن طريق الإبط، أو الأذن، أو بواسطة أشربة لاصقة، أو مصاصة مسكنة كميزان حرارة، كل ذلك قد يقلل من مقدار الإصابة بالحمى، ولكن نادراً ما يزيد من مقدار الإصابة. إن التاريخ الذي يبين الإقامة في المشفى حديثاً، والتلقيحات والتعرض لأمراض معدية، وكذلك أيضاً استعمال أدوية الأنتيبايوتيك أو أية أدوية أخرى، وهذه كلها أمور ينبغي استجلاؤها.

التاريخ الطبي Medical History

إن معظم المشاكل الطبية المزمنة يمكن أن تعرض الطفل إلى مضاعفات خطيرة من الأمراض المعدية. ومثال ذلك فإن الحمى التي تصيب الطفل مع نقص المناعة أو المرض السرطاني غالباً ما يكونان خطيرين ويتطلبان إجراءً انفرادياً. إن تاريخ الولادة بما في ذلك فترة الخدج والاستخدام لدواء الأنتيبايوتيك في الفترة المحيطة بالولادة والمضاعفات المتعلقة بالولادة الحديثة - هذه الفترة تعتبر هامة بشكل خاص عند الأطفال الرضع. يجب أن يتحقق الطبيب أن التلقيحات، وخاصة ذلك المقاوم للإنفلونزا النزلة المستديمة، تكون حديثة.

التاريخ الاجتماعي Social History

إن جزءاً كبيراً من الإدارة المنزلية المطبقة على طفل مصاب بالحمى تعتمد على الملاحظة الدقيقة للطفل من قبل مربين قديرين. إن قياس مدى كفاءة المربين، بالإضافة إلى كون المواصلات والهاتف سهلي المنال، تعتبر أموراً جوهرية.

الفحص الجسماني Physical Examination

يبدأ الفحص الجسماني مع قياس دقيق لدرجة الحرارة. إن قياس درجة الحرارة عن طريق الشرج تعتبر أكثر القياسات مصداقية. إن درجة الحرارة إذا كانت تحت (من الإبط) أو عن طريق طبلة الأذن لا تستبعد إمكانية الحمى في حال كانت الدرجة طبيعية. إن المؤشر الأكثر مصداقية لمسببات الحمى الخطيرة هو ظهور علامات التسمم لدى الطفل. ويشمل هذا المظهر سرعة التهيج وتناقصاً في التركيز، وقلة الإقبال على الطعام، وضعف التواصل العيني، وتناقصاً في العلاقات الاجتماعية ونقصان اللعب، ونقصاً في وصول الدم للأطراف، وازرقاق البشرة وكذلك الحمول. إن علامات التسمم يمكن تقييمها بشكل أسهل لدى الأطفال الأكبر سناً من الأطفال الصغار. إن بقية الفحص يقيم حالة الطفل من حيث وجود علامات موضعية للعدوى. تشتمل هذه العلامات على إفرازات من العين والتهاب الأذن الوسطى، والسعلة، والصفير أثناء التنفس، وصوت الصفير عند شخص النفس بالسماعة، والتصلب في العنق، والألم البطني عند لمسه، والتهاب المفاصل، والطفح الجلدي، وأخيراً التهاب النسيج الخلوي. إن مرض الغدد الليفية قد يرشد الطبيب إلى مصدر العدوى.

العلاج Management

إن العلاج للطفل المصاب بالحمى يختلف باختلاف الوضعية السريرية ومع عمر الطفل. عند اكتشاف مصدر للحمى فإنه يمكن التحكم بالحمى بعلاج الأسباب المؤدية لذلك. عندما يظهر على الطفل علامات التسمم فإنه يلزم

إدخاله للمشفى وعمل فحوصات كاملة لإنتان الدم. بالنسبة للطفل الذي عمره أقل من شهر فإنه يوصى بإدخاله إلى المشفى وعمل فحوصات شاملة للتعفن في الدم - بما في ذلك زراعة السائل المخي الشوكي (CSF) الدم والبول، وفي حال وجود الإسهال يتم تحليل البراز لتقصي كريات الدم البيضاء. بالنسبة للأطفال في عمر ١-٣ أشهر فإن تقييم المظهر السمي يكون أقل مصداقية من ذلك لدى الأطفال الأكبر سناً؛ لذا تنصح معظم الجهات المعنية بعمل عدد كامل للدم وزراعة للدم والبول معاً. ينبغي عدم استخدام عدد كريات الدم البيضاء لتقرير أخذ عينة من السائل الشوكي من عدمه؛ لكون عدد كريات الدم البيضاء أقل في أغلب الأحيان لدى الأطفال المصابين بالتهاب السحايا بنسبة أكبر من الأطفال المصابين بتجرثم الدم المستتر. إذا انطبق على الطفل معايير ذات خطورة أقل (الجدول رقم ٣، ١) فيتم علاجه في العيادات الخارجية. إذا تم أخذ عينة من النخاع الشوكي فإنه يمكن إعطاؤه العلاج المتعارف عليه على شكل جرعة من سيفترياكسون (روسيفين) (Ceftriaxine (Rocephin) بمقدار ٥٠ ملجم/كجم. في حال عدم أخذ عينة من النخاع الشوكي فإن العلاج التجريبي بالمضاد الحيوي غير محدد حيث إن الإصابة بالتهاب السحايا قد تكون موجودة ولكنها غير ظاهرة (مقنعة).

الجدول رقم (٣، ١). المعايير ذات الخطورة المنخفضة لدى الأطفال من ١-٣ أشهر المصابين بالحمى.

معاف سابقاً.

مظهر سليم.

لا توجد إصابة بكتيرية موضعية عند الفحص ما عدا التهاب الأذن الوسطى.

عدد كريات الدم البيضاء من ٥٠٠٠-١٥٠٠٠ ملم مكعب.

أكثر من ١٥٠٠ كرية دم بيضاء حزمية / ملم مكعب.

نتيجة تحليل البول طبيعية.

عند الإصابة بالإسهال وزيادة خلايا الدم البيضاء عن ٥ مجال قوة عالية بالميكروسكوب.

وضعية اجتماعية موثوقة.

Adapted from Jaskiewicz JA. Febrile Infants at Low Risk for Serious Bacterial Infection – An Appraisal of the Rochester Criteria and Implication for Management. *Pediatrics* 1994;94:390; and Baraff LJ, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993;92:1.

إن علاج الحمى بدون معرفة المصدر المؤدي لها، وخاصة لدى الأطفال الذين يزيد عمرهم عن ثلاثة أشهر، قد كان محط جدال لفترة طويلة. إن الحميات غالباً ما تكون نتيجة لأمراض فيروسية وتحتاج فقط إلى معالجة بالدعم والمساعدة. على كل حال فإن بعض الحميات يكون سببها تجرثم الدم الذي يؤدي أحياناً إلى إنتان الدم أو التهاب السحايا. إن الهدف هو تحديد أولئك القلائل المعرضين لمضاعفات خطيرة مع تعريض أقل عدد ممكن من الأطفال للفحوصات العنيفة. تتزايد خطورة تجرثم الدم مع ارتفاع الحرارة ومع ذلك فإنه حتى عند درجة الحرارة ١٠٦

فهرنهايت فإن ٢٦٪ فقط من الأطفال يصابون بتجرثم الدم. هناك نشرات إرشادية مكتوبة توصي بعمل زراعة الدم واستخدام عدد كريات الدم البيضاء لتقرير إمكانية استعمال سيفيتراياكسون المتعارف عليه من عدمه. وهذا الاتجاه يصعب تنفيذه في معظم العيادات وقد لا تؤدي إلى نتائج أفضل. في العيادة فإن أفضل توجه معقول هو تقييم الوضع المنزلي. إذا كان المربون (مقدمو الرعاية) أكفاء فإن عليهم ملاحظة الطفل عن قرب. إذا ساءت حالة الطفل بما في ذلك زيادة الحمول، أو نقص في الشهية، أو آلام موضعية فإنه يتوجب إعادة فحص الطفل. إذا استمرت الحمى لأكثر من يومين فإنه يتوجب أيضاً إعادة فحص الطفل. إذا كان المربون لا يعتمد عليهم فإن فحوصات يومية أو زراعة دم قد تحسن من مراقبة حالة الطفل. إن تناول المضاد الحيوي العرفي (دون أساس علمي) أمر غير ضروري.

إن العلاج المساند بإعطاء خافضات الحمى يمكن أخذها بعين الاعتبار من أجل راحة الطفل فقط. وبشكل عام فإن الإستيامينوفين (بنادول) يتوجب استعماله أولاً ويمكن استعمال إيبوبروفين ibuprofen إذا لم يُجد الدواء الأول (لاحظ الجدول رقم ٣، أ في الملحق).

إذا استمرت الحمى لأكثر من يومين فيجب إعادة الفحص الجسماني لتقصي علامات الموضعية المحورية للعدوى. في هذه النقطة يتوجب عمل زراعة البول عند الفتيات اللواتي عمرهن أقل من سنتين وعند الأولاد أقل من ستة أشهر أو عند أي طفل لديه أعراض بولية. إن الذي لا يستخدم المضاد الحيوي يؤكد عدم الإصابة بالتهاب في مجرى البول. إذا كانت نتيجة زراعة عينة البول المأخوذة في كيس بولي سلبية فإن ذلك يستبعد التهاباً بمجرى البول. إذا كان الزرع إيجابياً على عينة كيس البول فقد تكون العينة ملوثة (انظر الفصل السادس).

إن العديد من الهالات - بما في ذلك الالتهابات، واعتلال النسيج الضام وكذلك الأورام الخبيثة - قد تظهر مع الحمى التي تدوم طويلاً. إن الأطفال الذين لديهم حمى تدوم طويلاً يتطلبون دراسة وعلاجاً انفرادياً كما هو مذكور في موضع آخر من الكتاب. وبما أن مرض Kawasaki وكذلك الحمى الرثية (الروماتيزمية) قد ثبت تحسنها بالعلاج المباشر، فإن أحوال الإصابات سالفة الذكر يجب عدم غض النظر عنها.

تعليم المريض Patien Education

رغم أن الآباء يتأثرون عندما يصاب طفلهم بحمى، إلا أن الحمى بحذ ذاتها نادراً ما تكون مؤذية، وقد تلعب أحياناً دوراً نافعاً وذلك باستئصال العدوى. إن خافضات الحمى تستعمل غالباً لإراحة الطفل. ونظراً لخطورة متلازمة ريز Reyes، فإنه يجب عدم استعمال الأسبيرين في حالة الإصابة بالحمى. إن الحمامات بالإسفننج غالباً ما تكون غير ضرورية، وهي أيضاً غير مريحة للطفل. ويمكن تشجيع الطفل على تناول المزيد من السوائل دون إكراه.

المراجع References

- American Academy of Pediatrics. Kawasaki disease. In: Peter G, ed. 1997 Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases, 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997:316.
- Avner JR. Occult bacteremia: How great the risk? *Contemp Pediatr* 1997;14:53.
- Baraff LJ, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993;92:1.
- Bonandio WA. The history and physical assessments of the febrile infant. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:65.
- Jaskiewicz JA, et al. Febrile infants at low risk for serious bacterial infection: an appraisal of the Rochester criteria and implication for management. *Pediatrics* 1994;94:390.
- Kramer MS, Shapiro ED. Management of the young febrile child: a commentary on the recent practice guidelines. *Pediatrics* 1997;100:128.
- Lopez JA, et al. Managing fever in infants and toddlers: toward a standard of care. *Postgrad Med* 1997;101:241.
- McCarthy PL, et al. Fever without apparent source on clinical examination, infectious diseases, and lower respiratory infections in children. *Curr Opin Pediatr* 1998;10:101.
- Schmidt B. *Your child's health*. New York: Bantam, 1991.

التهاب الأذن الوسطى

Otitis Media

ينقسم التهاب الأذن الوسطى إلى حالتين متميزتين، التهاب الأذن الوسطى الحاد وكذلك التهاب الأذن الوسطى مع تجمع سوائل خلف الطبلة (التهاب الأذن الوسطى المصاحب بانصباب). يُعرف التهاب الأذن الوسطى الحاد بوجود السائل في الأذن الوسطى بالترافق مع علامات وأعراض مرض حاد موضعي أو شامل مثل الألم في الأذن ودفق الأذن وكذلك انتفاخ أحمر أو أصفر في طبلة الأذن حمى. أما التهاب الأذن الوسطى المترافق بالانصباب فيمكن تعريفه على أنه سائل في الأذن الوسطى بدون علامات أو أعراض من التهاب حاد.

الشكوى الرئيسية Chief Complaint

"أذني تؤلمني" "طفلي مصاب بالحمى ويحك أذنيه" "My child has a fever and is tugging at his ear" "My ear hurts".

التاريخ History

إن ألم الأذن يظهر في ٤٧-٨٣٪ من الأطفال المصابين بالتهاب الأذن الوسطى الحاد، وبالمقابل فإن ألم الأذن قد يشاهد عند أطفال ليس لديهم التهاب أذن وسطي حاد. وفي إحدى الدراسات فإن نصف الأطفال المصابين بألم الأذن ليس لديهم التهاب أذن وسطي. وفي دراسة أخرى تبين أن ١٢٪ من الأطفال الذين يشدون أذنيهم يكون لديهم التهاب أذن وسطي حاد. تظهر الحمى باستمرار أيضاً، لكنها عادة ما تكون طفيفة وتستمر لأقل من ٢٤ ساعة. جميع الأطفال المصابين بالتهاب الأذن الوسطى تقريباً لديهم إما سعلة أو رشح، وحسب ويس Weiss فإنه في حالة التهاب الجهاز التنفسي العلوي فإن ألم الأذن يشير إلى حصول التهاب الأذن الوسطى الحاد بنسبة ٨٣٪. إن

التهاب الأذن الحاد يزداد شيوعاً عند الأطفال الذين تتم تغذيتهم بالرضاعة ويرتادون مراكز الرعاية النهارية ويكونون بين ٦-١٨ شهر من العمر.

إن التهاب الأذن الوسطى المترافق بالانصباب يمكن أن يظهر بشكل عارض لدى طفل معافى، أو يمكن ظهوره عند طفل مصاب بمرض حاد. بعض الأطفال يحضرون العيادة ولديهم إحساس بالفرقة أو السوائل في الأذن.

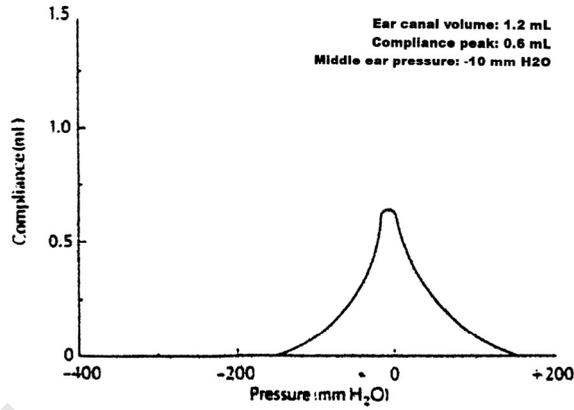
الفحص الجسماني Physical Examination

إن توفر الأجهزة المناسبة أمر ضروري من أجل التشخيص الدقيق لالتهاب الأذن الوسطى. ومن أجل الوصول إلى رؤية أمثل فإن منبع الضوء يجب أن ينبعث بقوة ١٠٠ شمعة، وهذا يتطلب تبديل لمبة الكشف الأذني بعد كل ٢٠ ساعة استخدام. يجب إزالة مادة الصملاخ التي تسد أكثر من ٢٥٪ من طبلة الأذن وذلك إما بواسطة عروة في البلاستيك أو ملعقة. ينبغي تنبيه الوالدين قبل بدء الإزالة عن إمكانية حدوث نزف بسيط. وفي العيادة فإن الترايثونولامين بولي بيبتيدي (سيرومينكس) triethanolamine polypeptide (Cerumenex) يمكن أن توضع في الأذن لمدة ١٥-٣٠ دقيقة قبل غسلها طبيياً بماء فاتر وذلك للوصول إلى إزالة أسهل. وكتحضير لزيارة العيادة يمكن استعمال الجليسرين، أو الكاربامليد بيروكسليدر (ديبروكس) carbamide peroxide (Debrox) مرتين يومياً ولمدة أربعة أيام في البيت.

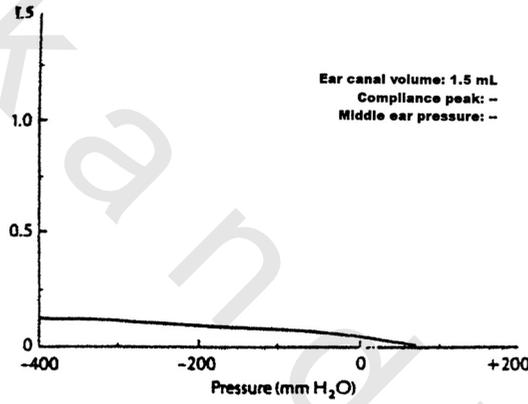
يسمح التنظير الهوائي للأذن Pneumatic Otoscopy باكتشاف وجود انصباب؛ لأن السائل خلف طبلة الأذن يقلل من الحركة. يستلزم التنظير الهوائي للأذن باستعمال جهاز لا يسمح بتسرب الهواء حيث يمكن تحقيق ذلك بسهولة أكثر باستعمال منظار ذي رأس مطاطي بالممارسة. يجب تجنب الضغط المفرط وإلا سوف تتحرك طبلة الأذن بالرغم من وجود الانصباب. إن طبلة الأذن المنتفخة والمعتمة والمحمرة بشكل واضح المصاحبة للانصباب مؤشرات على التهاب الأذن الوسطى الحاد. ولسوء الحظ فإن كل هذه المشاهدات قد تظهر بدرجة أكبر وأحياناً أقل، وبهذا يكون تشخيص التهاب الأذن الوسطى أكثر تعقيداً. يجب تحسين التنوء الحلقي للعظم الصدغي والتهاب الغشاء تقصياً للألم. إن بقية الفحص يستبعد الأمراض المترافقة في نفس الوقت.

إن جهاز قياس السمع تُدوّن ليونة الأذن الوسطى حين ازدياد الضغط في القناة الخارجية. تتناقص هذه الليونة مع ظهور الانصباب. يمكن لقياس السمع أن تُسهل اكتشاف وجود الانصباب، وهذا يُفيد بشكل خاص عندما يكون التنظير الهوائي للأذن غير حاسم. يبين الشكل رقم (١، ٣) تخطيط السمع للأذن السليمة وللأذن التي لديها انصباب.

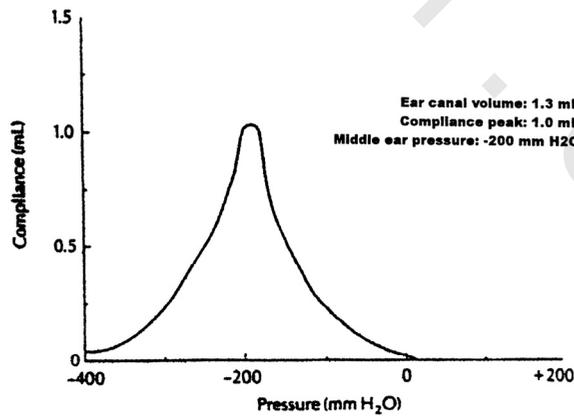
في حالة التهاب الأذن الوسطى مع الانصباب يكون السائل موجوداً دون أي تغيرات في طبلة الأذن وبدون ظهور أية أعراض لالتهاب حاد.



ا



ب



ج

الشكل رقم (١، ٣). (أ) نمط القياس الطبلي العادي. وبلغت ذروتها في منحنى الامتثال (تشير التنقل الطبيعي للغشاء الطبلي)، وتحدث ذروة في تحت ضغط - ١٠ ملم H₂O (الضغط العادي: + ١٠٠ ملم H₂O إلى - ١٥٠ ملم H₂O). حجم قناة الأذن طبيعي (الحجم العادي: ٠,٢ مل إلى ٢,٠ مل). (ب) نمط القياس الطبلي المسطح من السوائل الحقيقية داخل الأذن الوسطى. حجم الأذن طبيعي، في حين ينخفض التنقل إلى حد كبير. ويرى في هذا النمط أيضاً ندوب وتصلب الأغشية

الطبلية المتصلبة. في الممارسة السريرية الفعلية، نادراً ما يكون التسطح مغالياً تماماً tympanograms، ولكن عادة ما تظهر بعض الأدلة على الحد الأدنى من التنقل. (ج) منحني الامتثال يبدو عادياً ولكن تبلغ ذروته عند - ٢٠٠ ملم مما يشير إلى ضغط عالٍ في الأذن الوسطى. وهذا يشير إلى انسداد قناة إستاكيو.

علاج التهاب الأذن الوسطى الحاد Management of Acute Otitis Media

في الوقت الحاضر تمر طرق علاج التهاب الأذن الوسطى الحاد بمراحل تطور متغيرة. نزول ٨٠٪ من حالات التهاب الأذن الوسطى من دون استعمال المضادات الحيوية. سوف يتحرر معظم الأطفال من الألم خلال ٢٤ ساعة دون الحاجة للمضاد الحيوي، ولكن اتضح أن استعمال المضادات الحيوية تقلل حدة الألم. مع التزايد المستمر في مقاومة البكتيريا للمضاد الحيوي، فإنه يجب أن يقتصر استخدام المضادات الحيوية على حالات التهاب الأذن الوسطى الحادة المؤكدة. عندما يكون التشخيص غير أكيد فإنه يوصى بمتابعة الطفل دون إعطاء المضاد الحيوي. يبين الجدول رقم (٣، ٢) قائمة بأنواع المضادات الحيوية التي يشيع وصفها لالتهاب الأذن الوسطى. يظل الأموكسيسيلين (أموكسيل) Amoxicillin (Ameoxil) كأول اختيار من قائمة المضادات الحيوية لأنه اقتصادي وفعال. مع الحدوث المتزايد لمقاومة جرثومة ذات الرئة للبنسيلين فإن بعض الخبراء ينصحون بأن جرعة عالية من الأموكسيسيلين (٨٠-٩٠ ملجم/كجم يومياً) تكون كعلاج تجريبي أولي. وفي أحسن الأحوال فإن الحاجة لجرعة متزايدة تعتمد على مدى تفشي المرض محلياً، لكن هذه المعلومة قد لا تكون متوفرة مباشرة للأطباء (Dowell, 1999). إن العلاج قصير الأجل لمدة ٥-٧ أيام يمكن أن يوصى به للأطفال بعد سن الثانية من العمر الذين لا يعانون من أي مما يلي:

- وجود ثقب في طبلة الأذن.
- التهاب الأذن الوسطى الحاد المزمن.
- تشوهات وجاهية جمجمية.
- حالات نقص المناعة.

يجب أن يحصل الأطفال الآخرون على العلاج لمدة ١٠-١٤ يوماً. توفر قطرات الأذن المخدرة (أوراجلان) (Auraglan)، سواء مع استخدام المضادات الحيوية أو بدونها، راحة من الأعراض. إن جرعة واحدة بالعضل من سيفترياكسون (روسوفين) (Rocephin) ceftriaxone في العضل (بمعدل ٥٠ ملجم/كجم) تكون فعالة مثلها مثل علاج على مدى ١٠ أيام باستعمال الأموكسيسيلين أو الترايمايثوبرين سولفاسوكسازول (باكتريم) (Bactrim) trimethoprin sulfamethoxazole الجرثومة ذات الرئة الحساسة للبنسيلين. قد يكون هذا الاختيار مفيداً بشكل خاص في الحالات المتكررة أو للمريض الذي لا يلتزم بالعلاج أو الحالات التي أخفق فيها المضاد الحيوي. إذا كان قد ظن أن جرثومة ذات الرئة المقاومة للبنسيلين قد ظن أنه سبب فشل الأنتيبايوتيك فإن

إعطاء سيفرياكون عن طريق العضل وعلى مدى ثلاثة أيام (بمقدار ٥٠ ملجم/كجم يومياً) أو جرعة كبيرة من أموكسيسيلين مع كلافيولانيت (أوقمنتين) (Augmentin) clavulanate قد تجدي نفعاً.

الجدول رقم (٢، ٣). الأدوية المقترح بها للتعامل مع التهاب الأذن الوسطى.

التعليقات	جرعة يومية ذات علاقة بطب الأطفال	عدد المرات	علامة تجارية عائمة أو سائبة
ما يزال الدواء الأفضل للعلاج الأولي.	٤٠ ملجم/كجم يومياً	ثلاث مرات يومياً	العلاج بالأنثيبوتيك للمرحلة الأولى أموكسيسيلين (أموكسيل)
يستعمل في المرحلة الأولى عند وجود جراثومة ذات الرئة المقاومة للبنسلين.	٨٠-٩٠ ملجم/كجم يومياً	ثلاث مرات يومياً	أموكسيسيلين بجرعة مرتفعة
عندما يكون من الممكن أن يتحسس الطفل من البنسلين.	ملعقة واحدة لكل ١٠ أرطال من الوزن	مرتين يومياً	تيميثوبرين سولفاميثوكسوزول (bactrim septa)
صورة طبقية محورية، و ١٥٪ إلى ٢٠٪ من التوسع المعوي.	٤٠ ملجم/كجم يومياً من الأموكسيسيلين	ثلاث مرات يومياً	العلاج بالأنثيبوتيك للمرحلة الثانية أموكسيسيلين-كلافيولانيت (أوقمنتين)
منج الأموكسيسيلين مع الأموكسيسيلين-كلافيولانيت جرعة متزامنة. يجب المحافظة على كلافيولانيت أكثر من ١٠ ملجم/كجم يومياً.	٨٠-٩٠ ملجم/كجم يومياً من الأموكسيسيلين	مرتين يومياً	جرعة مرتفعة من الأموكسيسيلين-كلافيولانيت
يمكن إعطاء المحلول بغض النظر عن الطعام، ولا يمكن إعطاء البرشام.	١٠ ملجم/كجم في اليوم الأول و ٥ ملجم/كجم في الأيام ٢-٥	مرة يومياً	أزيثراميسين (zithromax)
لا يستحسن قبل ستة أشهر من العمر.	٣٠ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	سيفروزيل (cefzil)
صورة طبقية محورية، جرعات مناسبة.	١٠ ملجم/كجم يومياً	مرة يومياً	سيفبودوكسيم (vantin)
صورة طبقية محورية، جرعات مناسبة.	٩ ملجم/كجم يومياً	مرة يومياً	سيفتوبوتين (cedax)

تابع الجدول رقم (٣، ٢).

صورة طبقية محورية، جرعة ذات طعم مرّ.	٣٠ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	سيفروكسيم (ceftin)
صورة طبقية محورية، يمكن تحمل الدواء.	١٥ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	كلارتروميسين (biaxin)
يجب إعطاؤها قبل الطعام بساعة واحدة أو بعد الطعام بساعتين.	٣٠ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	لاراكاربيف (Larabid)
علاج ممتاز لجرثومة ذات الرئة المقاومة.	١٢-٨ ملجم/كجم يومياً	ثلاث مرات يومياً	العلاج بالأنتيبايوتيك للمرحلة الثالثة كلينداميسين (كليوسين)
مفيد من أجل التهاب الأذن الوسطى من النوع المقاوم للعلاج. يمكن اتباع دورة علاج لمدة ثلاثة أيام ضد جرثومة ذات الرئة المقاومة.	٥٠-٧٥ ملجم/كجم يومياً (IM)	مرة يومياً	سيفترياكسين (rocephin)
يتوجب تبريدها وإعادة ملئها مرة كل أسبوعين.	٢٠ ملجم/كجم يومياً	مرة يومياً	بروفيلاكتيك أنتيبايوتيك أموكسيسيلين (amoxil)
لا ضرورة للتبريد.	٧٥-٣٠ ملجم/كجم يومياً	مرة يومياً	سولفسوكازول (gantrizin)

Adapted from Dowell SF et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance – a report from the Drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* Therapeutic Working Group. *Pediatr Infect Dis* 1999;18:1; and Rasenfield RM. An evidence-based approach to treating otitis media. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:1165.

المتابعة Follow-up

يتوجب رؤية الطفل ثانية إذا زادت الأعراض رغم استخدام العلاج، أو في حال استمرار الأعراض إلى ما بعد اليومين إلى الأيام الأربعة الأولى من العلاج. عند هذه النقطة قد يستخدم الخط الثاني من المضادات الحيوية. إذا فشل المضاد الحيوي الثاني فإن الخط الثالث من المضادات الحيوية يجب استعماله. إذا فشل هذا فعندها يمكن النظر في إحالة المريض إلى احتمال سحب السائل المتجمع خلف طبلة الأذن tympanocentesis إذا كان مقاومة البكتيريا للمضاد الحيوي شائعة فينبغي سحب السائل مبكراً.

عندما تزول الأعراض فيمكن عندها إعادة فحص الطفل بشكل اعتيادي بعد ٤-٦ أسابيع. تشاهد حالات الانصباب عموماً خلال زيارات المتابعة، وفي الحقيقة إن ١٠٪ من الأطفال سيكون لديهم انصباب متواصل لمدة ثلاثة أشهر بعد التهاب الأذن الوسطى الحاد. هؤلاء الأطفال مصابون بالتهاب الأذن الوسطى المترافق بالانصباب. (انظر ما سيأتي لاحقاً).

Management of Otitis with Effusion علاج التهاب الأذن الوسطى المترافق مع الانصباب

ينبغيطمأنة الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من التهاب الأذن الوسطى المترافق مع الانصباب (انظر نشرات الأكاديمية الأمريكية لطب العائلة لإرشاد المرضى AAFP Patient Ed Handout) وكذلك ينبغي متابعة الأطفال بشكل متتابع. إذا استمر الانصباب لمدة ثلاثة أشهر فينصح عندها بفحص السمع بغض النظر عن عمر الطفل. إذا أظهر ذلك الفحص نقصاً في السمع إلى ٢٠ ديسيبل في الأذن الأفضل، فإن دورة من المضاد الحيوي كتلك المعطاة لالتهاب الأذن الوسطى الحاد يمكن تجربتها. إن تقليل التعرض للتدخين السلبي، للطعام، أو مسببات التحسس الأخرى، أو الابتعاد عن مراكز الرعاية النهارية كل ذلك قد يسهل زوال الالتهاب. بالإضافة إلى ذلك فإن الأمراض المصاحبة كالتهاب الأنف التحسسي أو الجيوب الأنفية يتوجب معالجتها. إذا كان ذلك غير فعال فإنه يوصى بالإحالة من أجل وضع أنابيب لطفلة الأذن. إذا استمر الانصباب بدون فقدان في السمع فإنه ينصح بإجراء فحص يشمل قياس السمع كل ٣-٤ أشهر (Rosenfeld).

Management of Recurrent Acute Otitis Media علاج التهاب الأذن الوسطى الحاد المتكرر

يمكن تعريف التهاب الأذن الوسطى الحاد المتكرر على أنه ثلاث نوبات إصابة واضحة أو أكثر مسجلة بشكل موثق وأكثر وضوحاً خلال أشهر السنة الأخيرة. أو على أنه نوبات أربعة جرت في العام السابق. إذا انطبق هذا التعريف على الحالة فإن الاستمرار في إعطاء مضاد حيوي وقائي مثل أموكسيسيلين وسالفا ميثوكسازول أو ترايموثوبريم سالفا ميثوكسازول قد أثبت أنه يقلل من معدل تكرار الإصابة على الرغم أن الطفل نظرياً سوف يحتاج لأن يعالج على مدى تسعة أشهر لتجنب نوبة إصابة واحدة لالتهاب الأذن الوسطى الحاد (Rosenfeld). في حال استعمال أنتيبوتيك بروفيلاكسين فإن استعماله يجب أن يقتصر على ستة أشهر لا أكثر. تُعتبر عملية وضع أنابيب في طفلة الأذن فعالة أيضاً في منع تكرار التهاب الأذن الوسطى. يجب النظر بقوة في استعمال هذه الأنابيب إذا كان الطفل مصاباً بالتشنج الحموي أو فقدان في السمع أو مشاكل في النطق أو تشوهات وجهية جمجمية أو متلازمة داون Down syndrome وكذلك إذا كان هناك نقص أو قصور مناعي.

الإحالة Referral

إن الأطفال الذين تبدو عليهم السميّة بما في ذلك ضعف في القدرة على التواصل العيني أو الحمول أو الحمى المرتفعة جداً أو علامات الإنتان فيتوجب فحصهم من قبل أخصائي الأذن والأنف والحنجرة لإمكانية وجود ثقب في طبلة الأذن. يجب الاستشارة عند الاشتباه بالتهاب في التواء الحلمي للعظم الصدغي أو الجمجمة. قد يحتاج الأمر إلى تركيب أنابيب في طبلة الأذن في حالة الالتهاب الأذن الوسطى الحاد المتكرر، أو التهاب الأذن الوسطى الذي يدوم طويلاً ويصاحبه انصباب. إن الجدول رقم (٣,٣) يحدد كيفية العناية بالطفل الذي لديه أنابيب في طبلة الأذن. ولأخذ العلم فإن معظم نوبات دفع الأذن لدى الأطفال ذوي أنابيب طبلة الأذن لها علاقة بالتهاب مجرى الجهاز التنفسي العلوي وليس بسبب التعرض للماء. أيضاً وحسب سالاتا Salata فإن قطرة الأذن الوقائية أو استعمال السدادات المحكمة في الأذن لم تظهر أنها تقلل خطورة دفع الأذن لدى الأطفال ذوي أنابيب طبلة الأذن.

الجدول رقم (٣,٣). رعاية الأطفال ذوي أنابيب طبلة الأذن.

يمكن للطفل أن يغتسل بالمسحاح (الدوش) أو أن يستحم بشكل طبيعي.
يجب وضع سدادات الأذن المحكمة إذا غطس الطفل رأسه تحت ماء الحمام.
لا حاجة لسدادات الأذن للسباحة دون أن يغطس رأسه في المسبح.
يجب وضع سدادات الأذن المحكمة للغطس أو السباحة تحت الماء خاصة في البحيرات والبرك والأنهار.

Adapted from text in Isaacson.

المراجع References

- Bredfeldt RC. An Introduction to tympanometry. *Am Fam Physician* 1991;44:2113.
- Dowell SF, et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance. A report from the Drug-Resistant *Streptococcus pneumoniae* Therapeutic Working Group. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:1.
- Dowell SF, et al. Otitis media: principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101:165.
- Dowell SF, Phillips WR. Appropriate use of antibiotics for URIs in children. Part I: Otitis media and acute sinusitis. *Am Fam Physician* 1998;58:1113.
- Isaacson G, Rosenfeld RM. Care of the child with tympanostomy tubes. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:1183.
- Kozyrskyj AL, et al. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: A meta-analysis. *JAMA* 1998;43:1736.
- Maxson S, Yamauchi T. Acute otitis media. *Pediatr Rev* 1996;17:191.
- Otitis Media Guideline Panel of the American Academy of Pediatrics. Managing otitis media with effusion in young children. *Pediatrics* 1994;94:766.
- Rosenfeld RM. An evidence-based approach to treating otitis media. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:1165.
- Salata JA, Derkay CS. Water precautions in children with tympanostomy tubes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery* 1996;122:276.
- Weiss JC, Yates GR, Quinn LD. Acute otitis media: making an accurate diagnosis. *Am Fam Physician* 1996;53:1200.

تثقيف/تعليم المريض Patien Education

Otitis media. Handout available from AAFP online at www.familydoctor.org.

التهاب البلعوم Pharyngitis

الشكوى الرئيسية Chief Complaint

"لدى طفلي التهاب في الحلق" "My child has a sore throat".

تاريخ ظهور المرض History of Present Illness

عند تقييم حالة طفل يعاني من التهاب في الحلق فإنه على طبيب الأسرة أن يقيم شدة ومدة الألم وكذلك ظهور أعراض مترافقة مثل الحمى والبرد الشديد والسعلة والرشح والصداع وانتفاخ في الغدد وألم عضلي وتوعك معوي. يجب التأكد من مخالطة الآخرين الذين ثبتت إصابتهم بداء عقدي أو تكثر وحدات النواة بالحنجرة. إن السفر الخارجي واستهلاك الطرائد كلها عوامل مهيئة لأسباب غير الشائعة للإصابة بالتهاب البلعوم.

التاريخ الطبي Medical History

إن وجود تاريخ تكرار التهاب الحلق بسبب الجرثومة العقدية أو تثبيط المناعة قد يغير التقويم والعلاج.

الفحص الجسماني Physical Examination

إن الكزاز وسيلان اللعاب واللون الرمادي واستمرار "وضعية الاستنشاق" تعتبر كلها علامات على احتمال تضيق مجرى النفس، وقد يحتاج المرضى الذين لديهم هذه الأعراض إلى علاج إسعافي. ولكون الفحص قد يزيد تضيق مجرى النفس سوءاً فإنه يجب عدم فحص الحلق عند هؤلاء الأطفال. في حالات التهاب الحلق العادية فإن محور الفحص يشمل درجة الحرارة، والوزن، والعيون للتحقق من اليرقان، والتهاب الملتحمة، والأذن، والرقبة للتأكد من تضخم الغدة اللمفاوية، والرئتين، والقلب، والبطن للتأكد من تضخم الأعضاء، وأخيراً يشمل الجلد للتحقق من الطفح الجلدي. وداخل الفم فإنه يجب ملاحظة وجود نزيف شعيري في سقف الحلق، واحمرار الحلق أو اللوزتين أو وجود نتح عليهما، والفطريات، والتقرحات.

التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

في الحالة العادية لالتهاب الحلق لدى الأطفال فإن تنوع التشخيص يحتوي على التهاب الحلق الفيروسي مقابل الإصابة بمجموعة (أ) بيتا البكتيرية العقدية النزفية عموماً، وإن الطفل المصاب بمجموعة (أ) بيتا البكتيرية العقدية النزفية هذه، يكون لديه حمى وتظهر عليه الأعراض سريعة، وعدم وجود رشح أو سعال عند الفحص فإن الجانب الخلفي للحلق يكون محمراً ومن الممكن ظهور بقع نتحية. كما يمكن أن تكون الغدد اللمفاوية العنقية الأمامية مؤلمة عند اللمس بالإضافة إلى طفح جلدي خشن. ولسوء الحظ فإن هذه النتائج ليست خاصة بالتهاب الحلق Gabhs الناجم عن مجموعة (أ) بيتا البكتيرية النزفية، ولذلك يجب عدم القطع بالتشخيص بناءً على الفحص السريري فقط. ومن الجهة الأخرى فإن مجموعة (أ) بيتا البكتيرية النزفية نادراً ما تكون سبب التهاب الحلق المترافق مع حمى بسيطة أو غير موجودة، ومع سعال ورشح أنفي والتهاب الملتحمة وحكة بالحنجرة لوقت طويل. إن الالتهاب أحادي النواة الإبتائي يحصل بسبب فيروس إبتاين-بار Epstein-Barr virus أو بسبب فيروس الحمى المضخمة للخلايا. هؤلاء الأطفال - غالباً المراهقون - تظهر لديهم الحمى، التوعك، والتهاب الحلق عادةً مع نتح إفرازي. وهناك أسباب أقل شيوعاً لالتهاب الحلق مدرجة في الجدول رقم (٤، ٣).

الجدول رقم (٤، ٣). الأسباب الأقل شيوعاً لالتهاب الحلق.

المرض	التعليق
السيلان	المراهقين، تعرض الفم للأعضاء التناسلية.
الدفتيريا	تلي السفر لدول أجنبية وخاصة إلى الاتحاد السوفيتي سابقاً.
حمى الأرانب	صبادو الأرانب، وتلي عضه القراد.
اليد والقدم والفم	حمى فيروس كوكسكي، حويصلات مؤلمة أو تقرحات على الحلق.
الرشح الأنفي الخلفي	ويترافق مع التهابات الأنف أو الجيوب الأنفية التحسسية.

الفحص المخبري Laboratory Tesing

بشكل عام فإن مجموعة (أ) بيتا البكتيرية النزفية يجب أن لا تشخص بدون تأكيد مخبري. إن اختبارات اكتشاف مستضدات البكتيريا العقدية السريعة تتميز بنسبة ٩٠-٩٦٪ عند مقارنتها بمزرعة الحلق، لذلك فإنه سريراً تشير النتيجة الإيجابية لهذا الفحص السريع إلى الإصابة بمجموعة (أ) بيتا البكتيرية العقدية النزفية. هناك نتائج سلبية زائفة (الحساسية ٧٦-٨٧٪) لذا فإن الاختبار ذا النتيجة السلبية يتطلب الإثبات بواسطة الزرع عند وجود شك سريري. يجب أخذ مسحة من قاعدة اللوزتين والجزء الخلفي من الحلق. إن عمل مزرعة للحلق تعتبر المقياس الذهبي لتشخيص مجموعة (أ) بيتا البكتيرية العقدية النزفية. كما أن استخدام قرص الباسيتراسين يقلل من النتائج الإيجابية

الزائفة للإصابة بالبكتيريا العقدية من مجموعات أخرى غير المجموعة A. للعلم فإن الزراعة المثالية للحلق تكتشف فقط مجموعة (أ) بيتا البكتيرية العقدية النزفية؛ لذا فإنه ينبغي إعلام المختبر فيما إذا كانت الجراثيم الأخرى المؤدية للمرض موضع شك. إذا كانت نتيجة عيار مضاد الستربتولارسين-5 موجبة فإن ذلك يؤكد الإصابة بالبكتيريا العقدية في الأشهر السابقة. إن هذا الاختبار عادة غير مفيد في حالة التهاب الحلق الحاد. عند الاشتباه بالإصابة أحادية النواة الإنتاني فإن وجود كريات لمفاوية شاذة عند عد شامل لكريات الدم أو كون فحص مونوسبوت Monospot موجباً قد يؤكد الإصابة. في الأسبوع الأول من الإصابة أو في الأطفال أقل من أربع سنوات فإن فحص مونوسبوت غالباً ما يكون سلبياً زائفاً. في هذه الحالات قد يلزم إجراء فحص المصل لفيروس إيبستين-بار.

العلاج Management

لقد تبين أن المضاد الحيوي يقلل زمن الأعراض وخطورة الحمى الرئوية التي تلي مجموعة (أ) بيتا البكتيرية العقدية النزفية (الجدول رقم ٣,٥). ويبقى البنسلين الخط العلاجي الأول. إن الدواء أريثروميسين هو البديل المنصوح به لمرضى التحسس من البنسلين. تحتوي الاختيارات الفعالة الأخرى على ماكرولايدز الأحدث وعلى سيفالوسبورينز. وللتقليل من معدل حدوث مقاومة البكتيريا المضاد الحيوي فإن استخداماً واسعاً للخط الثاني من المضادات ذات الطيف الواسع يجب تجنبه. وعلى كل حال فإن هذه العوامل قد تكون فعالة بشكل خاص عند صعوبة الالتزام بالدواء أو مع الالتهابات المتكررة. تبين أن السيفالوسبورينز أكثر فاعلية لاستئصال مجموعة (أ) بيتا البكتيرية النزفية من البنسلين. وفي معظم الحالات فإن العلاج بالمضاد الحيوي يجب التوقف عنه إلى حين توفر التأكيد المخبري. إذا اختار الطبيب أن يعالج مجموعة (أ) بيتا البكتيرية النزفية بواسطة المضاد الحيوي أثناء انتظار نتيجة مزرعة الحلق فإن كمية المضاد الحيوي المعطاة يجب قصرها على يومين مع زيادة مدة المضاد الحيوي بمجرد أن تكون نتيجة المزرعة إيجابية. يجب توعية المرضى بأن الالتزام بدورة كاملة من المضاد الحيوي هو أمر مصيري من أجل التقليل من خطورة الحمى الرئوية. ولم يتضح أن تأخير البدء في العلاج بالمضاد الحيوي يزيد من خطورة الحمى الرئوية.

إن المضادات الحيوية ليست مفيدة في حالة التهاب الحلق الفيروسي. إن علاج التهاب الحلق الفيروسي هو علاج مساعد ويشتمل على مسكنات بالألم مثل الأسييتامينوفين (بنادول) أو إيبوبروفين ومخدر موضعي. إن علاج الإصابة بأحادي النواة الإنتاني هو أيضاً علاج مساعد. يجب تجنب الرياضات التي يحصل فيها احتكاك إلى حين زوال تضخم الطحال الكبدي. شعاعياً يمكن أن ينصح بعمل موجات فوق صوتية للبطن قبل السماح بالعودة إلى الرياضات التي فيها احتكاك كبير مثل كرة القدم. ينصح أيضاً بإعطاء الكورتيزون فقط في حالة ضيق مجرى الهواء، أو بوجود مضاعفات حادة أخرى مثل التضخم الشديد للطحال.

الجدول رقم (٣,٥). المضادات الحيوية لعلاج التهاب الحلق المؤكد بسبب البكتيريا (أ) بيتا العقدية (حالة الدم لمدة ١٠ أيام ما لم تحدد المدة).

الدواء	عدد المرات	مقدار الجرعة	التعليقات
خط العلاج الأول بنزاتين بنسلين	مرة يومياً	٢٥٠٠٠٠ وحدة/كجم. الحد الأعلى ١,٢ مليون وحدة	في العضل، يعطى عند عدم الالتزام بالجرعات.
بنسلين V	٢-٣ مرات يومياً	٢٥-٥٠ ملجم/كجم يومياً	الخط الأول، طعم سيء، ضيف الطيف.
أريثروميسين إيسيتليت	مرتين يومياً	٢٠ ملجم/كجم يومياً	قد يسبب اليرقان. يستخدم للمرضى الذين لديهم حساسية للبنسلين.
أريثرومايسين = إيتايل سكسنت	مرتين يومياً	٤٠ ملجم/كجم يومياً	للمرضى الذين لديهم تحسس للبنسلين.
خط العلاج الثاني أموكسيلين (أموكسيل)	ثلاث مرات يومياً	٤٠ ملجم/كجم يومياً	طعم أفضل. الأفضل لالتهاب الأذن الوسطى المرافقة.
أموكسيسيلين-كلافو لونيت (أغمانتين)	مرتين يومياً	٤٥ ملجم/كجم يومياً من الأموكسيسيلين	غالي الثمن. تخلص عالي من البكتيريا.
أريثرومايسين (زيتروماكس)	مرة يومياً	١٢ ملجم/كجم يومياً	لمدة خمسة أيام الحمية. جرعة مختلفة عن التهاب الأذن الوسطى تأثيرات جانبية أقل للجهاز الهضمي من الأريثرومايسين.
سيفوروكسيم أكسيتيل (Ceftin)	مرتين يومياً	٢٠ ملجم/كجم يومياً	طعم سيء. لمدة ١٠ أيام.
سيفوردوكسيم بروكسيتيل (فانتين)	مرتين يومياً	١٠ ملجم/كجم يومياً	طعم سيء. شراب الشوكولاتة أو زبادي الفراولة قد يساعدان على الطعم لمدة من ٥-١٠ أيام.
سيفروزيل (سيفزيل)	مرتين يومياً	١٥ ملجم/كجم يومياً	طعم أفضل.
سيفاليكسين (كيفلكس)	مرتين يومياً	٢٥-٥٠ ملجم/كجم يومياً	
كليندامايسين (كليوسين)	ثلاث مرات	٢٠-٣٠ ملجم/كجم يومياً	توجد خطورة حصول قولنج غشائي زائف.

Adapted from Pichichero ME. Group AB hemolytic streptococcal infections. *Pediatr Rev* 1998;19:291.

الإحالة Referral

إن استئصال اللوزتين قد تم الأخذ بها تقليدياً عندما يكون لدى المريض ست إصابات بمجموعة (أ) بيتا العقدية البكتيرية النزقية في السنة أو ثلاث إلى أربع إصابات في كل من الستين المتتاليتين على الرغم من عدم وجود برهان على الفائدة من استئصال اللوزتين من خلال تجارب عشوائية منضبطة (Burton). تظهر لدى المرضى المصابين بالصدمة العقدية السمية هبوط حاد في ضغط الدم، وصدمة وفشل لأعضاء عديدة. يقل عادةً عدد كريات الدم البيضاء والصفائح، في حين يرتفع مستوى الكرياتينين وأنزيم الكرياتينين في المصل.

المراجع References

- American Academy of Pediatrics. Group A streptococcal infections. In: Peter G, ed. 1997 *Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases*, 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997:483.
- Burton MJ, et al. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis (Cochrane Review). In: The Cochrane library, issue 3, 1999. Oxford Update Software.
- Dowell SF, Schwartz B. Appropriate use of antibiotics for URI's in children: Part II. Cough, pharyngitis and the common cold. *Am Fam Physician* 1998;58:1335.
- Perkins A. An approach to diagnosing the acute sore throat. *Am Fam Physician* 1997;55:131.
- Peter J, Ray CG. Infectious mononucleosis. *Pediatr Rev* 1998;19:276.
- Pichichero ME. Sore throat after sore throat: Are you asking the critical questions? *Postgrad Med* 1997;101:205.
- Ruoff GE. Recurrent streptococcal pharyngitis. *Postgrad Med* 1996;99:211.

تعليم المريض Patient Education

Sore throat. Handout available from AAFP online at www.familydoctor.org.

التهاب الملتحمة

Conjunctivitis

يعتبر التهاب الملتحمة إصابة شائعة لدى الأطفال. تظهر عادة مع احمرار العين وإفرازات من إحدى أو كلا العينين، وكذلك بإكساء العين بطبقة أثناء الليل. إن الإفرازات الصديدية أكثر شيوعاً في الالتهابات البكتيرية منها في الفيروسية، لكن انعدام القيح لا ينفي الإصابة البكتيرية. إن أكثر الأسباب المرضية شيوعاً لالتهاب الملتحمة المعدية المستديمة النزلية والبكتيريا العقدية الرئوية وكذلك فيروس الحمى الغدية. يمكن أن تنتشر الإصابة بالاتصال المباشر أو الرذاذ من الفم أو الأغراض الشخصية. إن مرتدي العدسات اللاصقة يكونون عرضة للإصابة بالتهاب البكتيريا سودومونص psudomonas المزيفة وللإصابة القرنية بما في ذلك الكشط والتقرحات. إن العيون التي فيها حكة، وخاصة بالترافق مع علامات وأعراض حساسية الأنف، غالباً ما تدل على سبب تحسسي. يجب أخذ احتمال وجود كشط القرنية بالاعتبار إذا حدث للمريض إصابة.

عند الفحص فإن الملتحمة غالباً ما تكون محمرة مع تورم في ملتحمة الجفن باستسقاء جفني ونخاعي. إن الكشف تحت الجفن العلوي يوصى به عند الشك بجسم غريب. يمكن استخدام الصبغة الفلورية Fluorescein staining للتأكد من وجود كشط أو تقرح في القرنية. تعتبر الإصابة بمرض الغدة للمفاوية قبل صيوان الأذن مرضاً شائعاً في حالات الالتهابات الفيروسية. تلاحظ البثرات في حالات التهابات القوباء. ولأن التهاب الملتحمة البكتيري غالباً ما يترافق مع التهاب الأذن الوسطى - وأحياناً من دون أعراض أذنية - فإنه ينبغي فحص الأذن دائماً. يستبعد باقي الفحص وجود أمراض متزامنة تبرز الحاجة للزراعة فقط عند الإصابة بالالتهابات الشديدة أو في الحالات المقاومة للعلاج الاعتيادي.

العلاج Treatment

لقد تبين أن علاج التهاب الملتحمة يؤدي إلى زوال أسرع الأعراض ويصاحبها استئصال أعظم للبكتيريا (Lohr). على الرغم من أن هذا الاستئصال لم يقيم بشكل خاص إلا أنه يجب أن يؤدي إلى التقليل من انتقال البكتريا. يكون المضاد الحيوي الموضعي غالباً فعالاً (الجدول رقم ٦, ٣). قد يكون وضع المرهم أكثر سهولة لدى الطفل الصغير وغير المتعاون من القطرات. يجب عدم استخدام الكورتيزون الموضعي بدون فحص بالجهاز الضوئي لفحص العين لاستبعاد الإصابة بالالتهاب القوباء. قد يعود الأطفال إلى المدرسة عند زوال الإفرازات وتغير لون العين. بالنسبة لمرثدي العدسات اللاصقة فإن الصبغة الفلورية قد تكون مطلوبة لاستبعاد وجود كشط في القرنية. ولكون الالتهاب البكتيري شائعاً pseudomonas فإنه يفضل استخدام المضادات الحيوية مع (Garamycin, Genoptic) التي تعطي البكتيريا التي لا تصبغ بصبغة غرام. يجب عدم ارتداء العدسات اللاصقة حتى يزول الالتهاب بشكل كامل ويجب تبديلها أو تطهيرها قبل عادة استعمالها. يستجيب التهاب الملتحمة التحسسي لنقط مضادات الهيستامين/المعللة للاحتقان antihistamine/decongestant (الجدول رقم ٦, ٣).

ينصح بإحالة عاجلة لطبيب العيون إذا كان هناك شك بالإصابة بالتهاب القوباء وذلك بالنسبة لمستخدمي العدسات اللاصقة المصابين بكشط أو أعراض شديدة، أو في حالات الالتهابات الشديدة.

المراجع References

- Datner EM, Jolly BT. Pediatric ophthalmology. *Pediatr Clin North Am* 1995;13:669.
 Giglotti F. Acute Conjunctivitis in childhood. *Pediatr Ann* 1993;22:353.
 Lohr JA. Treatment of conjunctivitis in infants and children. *Pediatr Ann* 1993;22:359.

الجدول رقم (٦، ٣). تحضيرات موضعية مختارة لالتهاب الملتحمة الحاد.

التعليقات	العلاج	الدواء
	وضع مرهم كل ٣-٤ ساعات	أدوية الالتهاب البكتيري بوليمكسين/باسيتراسين (بوليسبارين)
	٢-١ قطرة كل ٢-٣ ساعات مرهم أربع مرات يومياً وعند النوم	صوديوم سلفاسيتاميد ١٠٪ (بلف-١٠)، سولاميد
	٢-١ قطرة كل أربع ساعات مرهم كل ٣-٤ ساعات	بوليسبورين/باستراسين/نيومايسين (نيوسبورين)
يستعمل بتكرار أكثر لالتهابات الشديدة. يستعمل خصيصاً لدى الاشتباه بالتهاب البكتيريا سلبية صبغة غرام.	قطرة: ٢-١ قطرة كل أربع ساعات مرهم: ٣-٢ مرات يومياً	جنتيمييسين (غارامايسين، جينوبتيك) (Garamycin, Genoptic)
يستعمل بتكرار أكثر عند الالتهابات الشديدة. يستعمل خصيصاً لدى الاشتباه بالتهاب البكتيريا سلبية صبغة غرام.	قطرة: ٢-١ قطرة كل أربع ساعات مرهم: مرتين أو ثلاث مرات يومياً	توبراميسين ٠,٣٪ (توبريكس)
لا تستعمل عند الاحتكاك الناعم.	قطرة: ٢-١ قطرة كل أربع ساعات	التهاب الملتحمة التحسسي كرومولين صوديوم (كولوم)
	قطرة: ٢-١ قطرة كل أربع ساعات	نافزالين (فاسوكان)
لا تستعمل مع العدسات اللاصقة.	قطرة: ٢-١ قطرة كل أربع ساعات	نافازالين/فينيرامين (نافكون أ)

التهاب الجيوب الأنفية

Sinusitis

يُعتبر التهاب الجيوب الأنفية من المضاعفات الشائعة لالتهاب الجهاز التنفسي العلوي، وعند الأطفال الذين يعانون من ٣-٨ بالتهاب في الجهاز التنفسي العلوي سنوياً يقوم طبيب العائلة بفحص هذه الالتهابات. وعلى عكس المفهوم سابقاً فإن الجيوب الفكية والغربالية موجودة عند الولادة على الرغم من كونها صغيرة جداً. تظهر الجيوب الأنفية الأمامية والوتدية عند ٥-٦ سنوات من العمر وقد يكتمل نموها عند سن المراهقة.

لقد تطورت المعايير بحيث أصبحت تميّز التهاب الجيوب الأنفية من التهاب الجزء العلوي التنفسي الفيروسي الجرثومية، وتشمل هذه المعايير:

١- علامات التهاب الجهاز التنفسي العلوي وتشمل السعال واحتقان الأنف، والذي يستغرق مدة تزيد عن ١٠-١٤ يوماً دون تحسن.

٢- التهاب الجهاز التنفسي العلوي الأكثر شدة التي تشمل ارتفاع درجة الحرارة أكثر من ٣٩ م، وورماً بالوجه عادة، أو ألماً في الأسنان أو الوجه.

ينطبق المعيار الأول بشكل شائع عند تشخيص التهاب الجيوب الأنفية. إن كمية أو نوعية الإفرازات الأنفية بما في ذلك الإفراز السميك الصديدي لا يميز الالتهابات الفيروسية من الالتهابات البكتيرية. يعرف التهاب الجيوب الأنفية المزمن بأنه الأعراض السابقة والتي تستمر أكثر من ٣٠ يوماً. قد تبدو الصور الإشعاعية غير طبيعية أو الطبقيّة للجيوب الأنفية CT عند حدوث التهابات فيروسية ولا يعتبر ذلك تشخيصاً للحالة.

التاريخ History

ينبغي أن يشمل التاريخ مدة ونوعية الإفراز الأنفي ووجود الحمى (التي غالباً ما تكون مرتفعة ارتفاعاً طفيفاً). إن آلام الوجه والأسنان نادراً ما تظهر، ولكنها تتضمن التهاباً أكثر شدة. يكون لدى الكثير من الأطفال الذين لديهم التهاب جيوب أنفية نفس كره الرائحة. يكون السعال أكثر سوءاً في الليل، أما السعال أثناء النهار فإنه مؤشر بشكل أكثر لوجود التهاب الجيوب الأنفية. يتوجب استيضاح أي استعمال حديث للمضاد الحيوي أو أية التهابات متكررة في الجيوب الأنفية. يجب اكتشاف استعمال أي دواء استخدم بدون وصفة طبية. إن التهاب الجيوب أكثر شيوعاً لدى الأطفال الذين يرتادون مراكز عناية نهائية أو يذهبون إلى المدرسة.

الفحص الجسماني Physical Examination

ينبغي أخذ درجة الحرارة. افحص العينين تقصياً للتورم أو لقصور في حركة العينين مما يوحي لوجود مرض أكثر شدة. إن الفحص بالضوء ليس مفيداً، ونادراً ما يكون التهاب الجيوب مؤلماً عند اللمس إلا في الأمراض الشديدة المبكرة. عند وجود السلية المخاطية ينبغي استبعاد مرض التكيس الليفي. يحدث التهاب الأذن الوسطى بالترافق مع التهاب الجيوب الأنفية. إن بقية الفحص ينبغي أن يستبعد أي مرض متزامن.

التقييم المخبري Laboratory Evaluation

إن الدراسة المخبرية نادراً ما تكون ضرورية. وقد يحتاج الأمر في حالة الالتهاب الشديد أو الالتهابات الدائمة أو الأشخاص الذين لديهم ضعف في المناعة إلى سحب سائل من الجيوب الأنفية لعمل صبغة غرام ومزرعة.

التصوير الشعاعي Radiography

إن التقويم الشعاعي نادراً ما يحتاج إليه. إن الصور الإشعاعية إذا ما أجريت مبكرة في دورة التهاب الجهاز التنفسي العلوي غير المعقد غالباً ما تظهر علامات لالتهاب الجيوب البكتيري والذي لا يكون موجوداً بالفعل. تبين صور الأشعة المقطعية معلومات مفصلة أكثر، ولكنها نادراً ما تكون ضرورية. لا توجد نتائج للصور الإشعاعية تخص التهاب الجيوب الأنفية في تاريخ سريري للمرض يوحى بالتهاب الجيوب الأنفية. وعلى كل حال فإن النتائج الطبيعية والأشعة العادية المقطعية الطبيعية تجعل الإصابة البكتيرية بالتهاب الجيوب أمراً غير وارد. إن وجود عتامة في الصور الإشعاعية للجيوب الأنفية غير مكتملة النمو خاصة عند الأطفال الأصغر من سنة قد تُفسر خطأ على أنها التهاب جيوب أنفية.

العلاج Treatment

بمجرد أن يتم تشخيص التهاب الجيوب البكتيرية بدراسة تاريخ المريض و عن طريق الفحص الجسماني فإن العلاج بالمضاد الحيوي يكون فعالاً بشكل كبير. يعتبر الأموكسيسيلين (أموكسيل) بجرعة ٤٠-٦٠ ملجم/كجم في اليوم الحظ العلاجي الأول. يبين الجدول رقم (٣,٧) قائمة من المؤشرات لاستعمال أدوية أخرى.

يبين الجدول رقم (٣,٨) قائمة بأدوية علاج التهاب الجيوب الأنفية. عند إنتاج بيتا لكتاميرا بشكل شائع فإنه يجب اعتبار الأموكسيسيلين كلافيلانيت (أوغمانتين) وعندما تصبح مقاومة البنسلين أمراً شائعاً فإنه يتوجب زيادة جرعة الأموكسيسيلين إلى ٩٠ ملجم/كجم يومياً. في حال عدم استجابة الطفل خلال ٤٨ ساعة لاستخدام المضاد الحيوي فإنه ينبغي تغييره. قد يحتاج الأطفال شديدي المرض أو الذين لا يستجيبون للعلاج لعمل مزرعة. بصفة عامة يستمر العلاج بالمضادات الحيوية لمدة ١٠ أيام حتى ولو تأخرت الاستجابة. بعد مرور سبعة أيام على زوال الأعراض أمراً مقبولاً. يعتبر استعمال الكورتيزون عن طريق الأنف أمراً مساعداً خصوصاً مع وجود حساسية غير ظاهرة. إن مضادات للهستامين ومضادات الاحتقان الموضعية أو عن طريق الفم لم تدرس جيداً ومن غير المحتمل أن تكون مفيدة.

يقتصر التنويم في المستشفى على الحالات المرضية الشديدة ومنها ما يعتمد الجهاز العصبي المركزي، أو حول مجرى العين، أو أولئك الغير قادرين على تعاطي المضادات الحيوية عن طريق الفم.

الجدول رقم (٣,٧). مؤشرات استخدام الأدوية غير الأموكسيسيلين ذي الجرعة المنخفضة.

- التحسس من الأموكسيسيلين.
- عدم التحسس مع استخدام الأموكسيسيلين.
- العلاج بالأموكسيسيلين في الشهر الماضي.
- الانتشار المرتفع للبكتيريا المنتجة لبيتا لاكتيميز المستديمة النزلية مثل أو بكتيريا مونوكسيلاكاتارليس.
- التهاب الجيوب الأنفية الإسفنجية الأمامية أو الأسفينية.
- التهاب الجيوب الأنفية الغربالية المعقد.
- أكثر من ٣٠ يوماً من الأعراض.

Adapted from Wald ER. Sinusitis. *Pediatr Ann* 1998;27:811.

التهاب الجيوب المتكرر والمزمن Chronic and Recurrent Sinusitis

يجب أخذ الانتباه للحساسية، والتكيس الليفي، ونقص المناعة، والتشوهات الخلقية في الاعتبار عند الأطفال المصابين بالتهابات متكررة أو مزمنة. في حال عدم اكتشاف خلل غير ظاهر فإن المضادات الحيوية الوقائية من الأمراض مثل التي تعطى لعلاج التهاب الأذن الوسطى تؤخذ بالاعتبار.

الإحالة Referral

إن إحالة حالة حادة إلى طبيب الأنف والأذن والحنجرة تعتبر مناسبة للأمراض الشديدة جداً أو عند الحاجة للزراعة، والإحالات التالية يجب أخذها بالاعتبار في الأمراض المتكررة أو المقاومة. إن توسيع النافذة الأنفية الفموية قد أظهر فاعليته في حين أن التوسيع غير مجدٍ في نافذة الأنف الغارية. إن استئصال اللوزتين واللحمية قد يكون مفيداً إذا كان تفخهما يؤدي إلى خروج الإفرازات من الجيوب الأنفية.

المراجع References

- Blumer J. Clinical perspectives on sinusitis and otitis media. *Pediatr Infect Dis* 1998;17:S68.
- Isaacson G. Sinusitis in childhood. *Pediatr Otolaryngol* 1996;43:1297.
- O'Brien KL, et al. Acute sinusitis: principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101:174.
- Wald ER. Sinusitis. *Pediatr Ann* 1998;27:811.

الجدول رقم (٨، ٣). أدوية موصى بها للعلاج الطبي لالتهاب الجيوب الأنفية.

التعليقات	الجرعة اليومية للأطفال	عدد المرات	المضاد الحيوي
لا يزال المضاد المختار للعلاج الأولي.	٤٠ ملجم/كجم يومياً	ثلاث مرات يومياً	الخط الأول للعلاج بالمضاد الحيوي أموكسيسيلين (أموكسيل)
يستخدم كخط أول إذا كان معدل حدوث جرثومة ذات الرئة المقاومة للبنسلين عالياً.	٨٠-٩٠ ملجم/كجم يومياً	ثلاث مرات يومياً	جرعة مرتفعة من الأموكسيسيلين
إذا كان لدى الطفل حساسية من البنسلين.	ملعقة ١٠/أرطال من وزن الجسم	مرتين يومياً	ترايميثوبريم ميثوكسازول (باكتيم؛ سبترا)
واسع الطيف لكن يؤدي إلى ٢٠-١٥٪ من التوعك المعوي.	٤٠ ملجم/كجم يومياً الأموكسيسيلين	ثلاث مرات يومياً	الخط الثاني للعلاج بالمضاد الحيوي أموكسيسيلين-كلافولانيت (أوغمانتين)
مزج الأموكسيسيلين مع الأموكسيسيلين كلافولانيت جرعة متزامنة. يجب المحافظة على كلافولانيت أقل من ١٠ ملجم/كجم يومياً.	٨٠-٩٠ ملجم/كجم من الأموكسيسيلين	مرتين يومياً	جرعة مرتفعة من الأموكسيسيلين-كلافولانيت
يمكن إعطاء المحلول بغض النظر عن الطعام. البرشام لا يعطى.		أربع مرات يومياً	أزثرامايسين (زيثروماكس)
لم يقر قبل ستة أشهر من العمر.	٥ ملجم/كجم يومياً من ٥-٢ أيام	مرتين يومياً	سيفروزيل (زيفريل)
واسع الطيف جرعات مناسبة.	٣٠ ملجم/كجم يومياً	أربع مرات يومياً	سيفيدوكسيم (فانتين)
واسع الطيف جرعات مناسبة.	١٠ ملجم/كجم في اليوم	أربع مرات يومياً	سيفتي بيوتين (سيداكس)
واسع الطيف مَرّ الطعام.	٩ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	سيفوبروكسيم (سيفتين)
واسع الطيف تتحمل بشكل جيد.	٣٠ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	كلارثراميسين (بياكسين)
يعطى قبل الطعام بساعة أو بعد الطعام بساعتين.	١٥ ملجم/كجم يومياً ٣٠ ملجم/كجم يومياً	مرتين يومياً	لاراكاريف (لارايد)

تابع الجدول رقم (٨، ٣).

ممتاز ضد جرثومة الرئة المقاومة.	ثلاث مرات يومياً	المخط الثالث للعلاج بالمضاد الحيوي كليندامايسين (كليوسين)
مفيد لالتهاب الأذن الوسطى الحاد المقاوم. قد يكون ضرورياً للاستعمال لمدة ثلاثة أيام ضد جرثومة ذات الرئة المقاومة.	٨-١٢ ملجم/كجم يومياً ٥٠-٧٥ ملجم/كجم يومياً بالعضل	أربع مرات يومياً سيفترايكون (روسيفين)
يجب التبريد، وإعادة التعبئة كل أسبوعين.	٢٠ ملجم/كجم يومياً	المضادات الحيوية الوقائية أموكسيسيلين (أموكسيل)
لا داعي للتبريد.	٥٠-٧٥ ملجم/كجم يومياً	جرعتان سلفا سوكسازول (غانتريسين)

الرتل pound = ٤٥٤ جم.

Adapted from Dowell SF, et al. Acute otitis media: management and surveillance in an era of pneumococcal resistance – a report from the Drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* Therapeutic Working Group. *Pediatr Infect Dis* 1999;18:1; Rosenfeld RM. An evidence-based approach to treating otitis media. *Pediatr Clin North Am* 1996;43:1165.