

گزارش یک مورد تشنج و هیپوکسی ثانویه متعاقب اختلال تهویه‌ای ریه

دکتر سهیلا خزاعی *، دکتر عباد الله فلاحی **

چکیده

در این مقاله به ذکر شرح حال، علائم بالینی و تشخیص بیماری کودک ۲ ساله ای می‌پردازیم که با تشخیص احتمالی تب و تشنج بستری گردیده است. در سمع ریه رونکای بدون ویزینگ وجود داشته و در هنگام بستری بیمار فاقد تب و دیسترس تنفسی بود، سابقه بیماری خاصی در کودک و خانواده وی به جز سکنه مغزی مادرش (طبق گفته پدر بیمار) - در هفته قبل از پذیرش کودک - که به مرگش منجر شده وجود ندارد، قبل از پذیرش در بیمارستان دو نوبت تشنج تونیک - کلونیک (به مدت ۱۰ دقیقه در نوبت اول، حدود ۲۰ دقیقه در نوبت دوم) داشته‌اند. در طی مدت بستری به علت تکرار تشنجات و علی‌رغم تجویز داروهای ضد تشنج و دیسترس تنفسی متناوب، آزمایشات و رادیوگرافی‌های متعدد از قفسه سینه گرفته‌اند و در نهایت مشخص می‌شود که علت تشنج هیپوکسی ثانویه به اختلال تهویه‌ای بوده است

واژه‌های کلیدی: تب، تشنج، پنومونی، آسپیراسیون

مقدمه

در هر بیمار مشکوک به داشتن حملات تشنجی علاوه بر تاریخچه معمولی باید به یک سری سوالات اختصاصی توجه خاصی داشت که سن شروع، تعداد و چگونگی حملات، تغییرات شبانه روزی و عوامل زمینه ساز شناخته شده از آن جمله‌اند. سپس بهترین کار این است که توصیف بسیار دقیق و مفصلی از یک حمله تبیک، خصوصاً از یک ناظر عینی قابل اعتماد در دست داشت. تأثیر هر دارو باید کنترل شود و ثبت جزئیات هر حمله به وسیله بیماران یا والدینشان بسیار ارزشمند است. تغییر فعالیت الکتریکی قشر مغز، منجر به حملات تشنجی می‌شود. برای تشنج علل زمینه‌ای زیادی وجودی دارد.

پزشک معمولاً ارتباط بین خود و بیمار را با اخذ تاریخچه و معاینات فیزیکی آغاز می‌کند و با اجرای این مهارت‌هاست که به شکل منحصر به فردی به صورت یک پزشک هنرمند در می‌آید. پزشک با بکارگیری کلیه استعدادهایش آگاهی را برای خود ایجاد می‌کند که او را به سوی استفاده اصولی از وسایل علمی، طبی و پیراپزشکی هدایت می‌کند. اگر کوشش مستمری برای پی بردن از ورای شکایت اصلی بیمار به سوی منشأ ارتباطی که سبب می‌شود تا شکایت اصلی به شکل مشکلی برای وی درآید، صورت گیرد، این آگاهی به شکل ثابتی ریشه‌دارتر می‌گردد.

*. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام
**. متخصص گوش و حلق و بینی

در نوزادان شایع ترین علت آسیب پری ناتال مغز در اثر هیپوکسی می باشد. تشنج به علت تب خصوصاً در شیرخواران نسبتاً شایع می باشد. تروما، عفونت ها، اختلالات متابولیک از دیگر علل تشنج در شیرخواران و کودکان می باشد. هیپوکسی ثانویه به بیماری های تنفسی گاهی علل ایجاد کننده تشنج بوده و ندرتاً در غیاب علائم تنفسی بارز و مداوم، تشنج به عنوان علت مراجعه در بیمار مبتلا به اختلال تهویه ای متناوب خواهد بود.

شرح مورد

دختر بچه ۲ ساله ای را با تشخیص احتمالی تب و تشنج از آبدانان به اورژانس بیمارستان ایلام اعزام کرده بودند که در هنگام رسیدن به اورژانس تشنج نداشته اما در فاز کاهش هوشیاری به دنبال تشنج بود. تشنج مطابق شرح حال داده شده، تونیک کلونیک ژنرالیزه بوده و حدود ۲۰ دقیقه طول کشیده است. ۲ روز قبل از این مراجعه نیز بیمار به علت تشنج به پزشک محل سکونت خود (آبدانان) مراجعه کرده و پس از کنترل تشنج مرخص می گردند. مدت تشنج اولیه کم تر از ۱۰ دقیقه بوده است.

بیمار تنها فرزند خانواده بوده و مادر ایشان یک هفته پیش فوت کرده اند، بیماری مادر بنا به اظهارات همسر ایشان سکتة مغزی (؟) بوده است.

در هنگام ویزیت درجه حرارت آکزیلر ۳۷ درجه، فشار خون نرمال، تعداد تنفس و ضربان قلب نرمال و وزن و قد بیمار بالای صدک پنجم منحنی رشد بود، تنها نکات مثبت، وجود فاز پست ایکتال و رونکای پراکنده در هر دو ریه بدون ویزینگ و بدون دیسترس تنفسی بود، مردمک ها و رفلکس به نور نرمال بودند. سابقه بیماری خاص، طی دو سال قبل از مراجعه وجود نداشته و تشنج قبلی گزارش نگردید. با شیر مادر تغذیه شده و از ۵ روز قبل

از مراجعه تب و سرفه های مکرر داشته اند که آموکسی سیلین و دی فن هیدرامین در آبدانان تجویز شده است. به علت سابقه تشنج قبل از مراجعه و فاز اختلال هوشیاری، بیمار N.P.O شدند و سرم ۲۴ ساعته در حد دو سوم حجم نگهدارنده به علت احتمال وجود ترشح نابجای هورمون آنتی دیورتیک در نظر گرفته شد. دیازپام با دوز ۰/۳ mg/kg به صورت PRN در صورت تکرار تشنج تجویز و توصیه گردید که کنترل درجه حرارت هر ۶ ساعت انجام و در صورت درجه حرارت رکتال بیشتر از ۳۸/۵ اطلاع داده شود.

آزمایشات روتین درخواست گردید که پاسخ آزمایشات به صورت زیر گزارش شد.

WBC=15000

Neu=83%

L=17%

Ht=32%

Hb=10.8

(سرم بیمار دکستروز ۰/۵٪ بوده است)

BS=350

Urea=17

Creat=0.5

U/A

suger = ++

pH = Acid

WBC = 8-16

RBC = 0-1

Nitrite = (-)

ESR بیمار ۶۰، L.P نرمال بدون RBC و WBC، قند

۸۵ و پروتئین ۱۵ بود. CXR انفیلتراسیون مختصر دو طرفه ریه بدون پر هوایی یک یا هر دو ریه را مشخص نمود. آمبی سیلین با دوز ۱۰۰ mg/kg روزانه به صورت وریدی تجویز شد، ۱۲ ساعت پس از مراجعه، وضعیت هوشیاری نرمال و در مدت کنترل، درجه حرارت بیمار نیز نرمال بود. پدر بیمار به علت سرفه های فرزند خود خصوصاً شب ها تقاضای تجویز داروی ضد سرفه را نمودند. بیمار با اطرافیان به خوبی ارتباط برقرار نموده و به علت حال عمومی خوب، سرم بیمار قطع و دی فن

هیدرامین کامپاند تجویز و آمپی سیلین وریدی هر ۶ ساعت ادامه یافت.

ساعت ۴ بعد از ظهر همان روز پرستار محترم ساجده (بیمار مورد نظر) اطلاع دادند که ساجده مجدداً تشنج نموده که درجه حرارت بیمار ضمن تشنج نرمال بوده است. بلافاصله پس از اطلاع، ساجده ویزیت شد در هنگام ویزیت حال عمومی وی بسیار بد بود و دیسترس تنفسی شدید همراه با سیانوز داشت، تشنج خاتمه یافته، مردمکها میدریاز و رفلکس به نور نرمال، تنفس وی صدادار و بدون استوسکوپ نیز رال و ویز سمع می‌شد با گوشی، رال و ویزینگ منتشر در هر دو ریه وجود داشت. سرم بیمار در حد دو سوم میزان نگهدارنده تجویز، ساکشن مکرر ترشحات انجام و اکسیژن از همان ابتدا برای بیمار گذاشته شد. N.P.O گردید. سوند معده گذاشته شد و ترشحات جهت جلوگیری از آسپیراسیون ساکشن گردید. فنوباریتال 10mg/kg تجویز و آنتی بیوتیک بیمار با توجه به حال عمومی بسیار بد به سفتریاکسون تبدیل شد. با توجه به علائم تنفسی شدید مسئله آسپیراسیون به دنبال تشنج مطرح گردید و به علت فوت مادر در یک هفته قبل، تکرار تشنج و تشنج بدون وجود تب و یونوگرام نرمال، با احتمال ترومای سر و یا Child Abuse، C.T.Scan اورژانس درخواست گردید که نرمال گزارش شد. تشنج تکرار گردید و جهت حفظ سطح هوشیاری و با توجه به وضعیت تنفسی نامناسب بیمار، دیلاتین 10mg/kg تجویز و دوز نگهدارنده روزانه 50mg/kg توصیه شد. Portable CXR با مشورت متخصص رادیولوژی انجام شد که صرفاً انفیلتراسیون خفیف دو طرفه را نشان داد. وضعیت دیافراگم ها نرمال بود.

دیسترس تنفسی با همان شدت ادامه یافت و حملات آپنه ایجاد کرد که بیمار به ونتیلاتور وصل و به ICU

منتقل گردید. در شرح حال بیمار سابقه سرفه‌های مکرر به دنبال غذا خوردن و کبودی ثانویه لب‌ها ذکر نگردید.

طبق مشورت‌های انجام شده با همکاران محترم متخصص اطفال و ENT تشخیص تشنج و پنومونی مطرح گردید. گازومتری انجام شده مقادیر زیر را نشان داد:

PH=7.152

PCO2=66.5

PO2= به علت خرابی دستگاه گزارش نشد

HCO3=22.3

ABEC=-6.9

۴ ساعت پس از انتقال بیمار به ICU و استفاده از ونتیلاتور بیمار لوله انتویه را تحمل ننموده، از ونتیلاتور جدا شد ۲ ساعت پس از قطع تنفس با دستگاه، وضعیت تنفسی بیمار نرمال بدون دیسترس تنفسی و بدون سیانوز بود و هوشیاری او نیز نرمال بود، در سمع ریه رال دو طرفه کاهش یافته و صداهای ریوی نرمال و ویزینگ وجود نداشت. بیمار با لبخند به اطرافیان آشنا عکس العمل نشان داده و اظهار می‌داشت که گرسنه است و غذا می‌خواهد. حال عمومی بیمار به حدی خوب بود که تصور مشکلات چند ساعت قبل برای همکارانی که قبلاً بیمار را ندیده بودند دور از ذهن می‌نمود. بخش ICU از ادامه پذیرش بیمار به علت حال عمومی خوب وی امتناع ورزیده و بیمار مجدداً به بخش اطفال منتقل و تغذیه خوراکی شروع شد. بعد از ظهر همان روز پرستار کشیک بخش اطلاع دادند که تشنج بیمار تکرار و دیسترس شدید وی نگران کننده است. بیمار تب نداشتند، پدر بیمار این دفعه اظهار داشتند که ساجده چند سرفه پشت سر هم نموده و پس از آن دچار کبودی لب‌ها، تشنج و تنفس مشکل شده است. در معاینه دیسترس تنفسی بسیار شدید و خستگی وافر بیمار به علت هیپوکسی و استفاده از عضلات فرعی تنفسی مشهود بود. رال و ویزینگ بدون گوشی پزشکی و از کنار تخت بیمار قابل سمع بود. مجدداً CXR پرتابل برای بیمار انجام شد که نتیجه آن توسط

رادیولوژیست محترم مطابق قبل گزارش گردید. حملات حاد سرفه بدون تب و سپس تشنج متعاقب آن و دیسترس تنفسی شدید در حد خستگی تنفسی علی رغم گزارش رادیولوژی و با توجه به آزمایشات و C.T. Scan نرمال، مطرح کننده جسم خارجی در ریه بود، مشورت اورژانس ENT جهت پزشک محترم متخصص ENT انکال داده شد و از ساعت ۶ صبح تا یک بعدازظهر بیمار تحت برونکوسکوپی قرار گرفت. در برونکوسکوپی تنها وجود ترشحات غلیظ داخلی برونش ها گزارش شد که ترشحات تخلیه و پس از بازگشت هوشیاری، وضعیت تنفسی کاملاً نرمال شد و دیسترس تنفسی و سیانوز وجود نداشت. ساجده مجدداً با اطرافیان آشنا با لبخندی پاسخ داده و تقاضای آب می نمود. حال عمومی او کاملاً خوب بود.

بعد از ظهر همان روز برای نوبت سوم طی مدت بستری بیمار پرستار محترم کشیک اطلاع دادند که ساجده سرفه های مکرر دارد و از آن جایی که شب قبل هم با همین علائم دچار تشنج و دیسترس تنفسی شده بود، نگران تکرار علائم بودند. بلافاصله به بخش اطفال جهت ویزیت مراجعه شد. طی این فاصله کوتاه (حدود ۱۰ دقیقه) تشنج تکرار و مجدداً دیسترس تنفسی شدید ایجاد گردیده بود. لازم به ذکر است که به علت تشنج، دیلاتین و فنوباریتال با دوز نگهدارنده روزانه تجویز می شد که به نظر می رسید جسم خارجی در ریه با وجود برونکوسکوپی انجام شده هنوز قویاً مطرح می باشد، مجدداً مشورت ENT با یکی دیگر از همکاران متبحر در این زمینه انجام گرفت و تلفنی علائم بیمار به اطلاع ایشان رسید.

بلافاصله بیمار به علت حال عمومی بسیار بد و سیانوز شدید و خستگی تنفسی به اتاق عمل جهت برونکوسکوپی مجدد فرستاده شد. ساکشن ترشحات انجام و اکسیژن تزويز شد، ساکشن سبب تحریک سرفه

می گردید. پزشک بیهوشی نیز جهت انجام برونکوسکوپی آماده شدند. طی این مدت نسبتاً کوتاه حال عمومی بیمار رو به بهبودی رفته سیانوز و دیسترس تنفسی رفع شد. اما با این همه چون علائم بیمار با علت دیگر قابل توجیه نبود برونکوسکوپی با دقت، حوصله و مهارت توسط همکار محترم ENT انجام و ابتدا پوسته هایی سفید و نهایتاً دانه لویا توسط برونکوسکوپ از برونش طرف راست خارج گردید. پس از بازگشت هوشیاری، حال عمومی بیمار کاملاً خوب و دیسترس تنفسی رفع گردیده بود. حملات تشنج و دیسترس تنفسی تکرار نشده بود و بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید و توصیه شد که جهت کنترل مراجعه نمایند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به وجود علائم سرفه های مکرر قبل از مراجعه بیمار و شروع بیماری با علائم تنفسی به صورت سرفه، تب و سپس تشنج دو احتمال زیر عمدتاً مطرح می باشند:

- ۱- پنومونی تب ← تشنج ← آسپیراسیون محتویات معده به داخل ریه ← انسداد متناوب کارینا به علت جا به جایی جسم خارجی ← هیپوکسی ← تشنج ←
- ۲- آسپیراسیون جسم خارجی باعث:

- الف. پنومونی تب ← تشنج ← تکرار تشنج به علت طولانی بودن مدت هیپوکسی متعاقب تشنج همراه تب
- ب. جا به جایی جسم خارجی با سرفه و تشنج به علت هیپوکسی ثانویه به انسداد کارینا

با توجه به عدم وجود تب در بیمار طی مدت بستری و تکرار حملات تشنج به صورت سیکل سرفه ← سیانوز

- ← تشنج ← دیسترس تنفسی شدید؛ برای بیمار مورد نظر تشنج ثانویه به هیپوکسی (متعاقب تغییر مکان جسم خارجی آسپیره شده در ریه) و انسداد کارینا مطرح

References:

- 1-Behrman R.E, Kliegman RM; Nelson textbook of pediatrics; 16th edition, W.B.saunders company, Philadelphia, 2000.
- 2- Rudolph AM; Rudolph's pediatrics; 20th edition, سیانوز. California, 2000.

بود که با حذف جسم خارجی ، حملات تشنجی نیز تکرار نگردید. (البته به علت تکرار حملات هیپوکسی و تکرار تشنجات ، فنوباریتال برای جلوگیری از عود تشنجات تجویز و E EG درخواست گردید)

***A case report of convulsion and secondary hypoxia to
pulmonary ventilation disorder***

Dr. Khazaei S. (MD) , Dr. Falahi E. (MD)

Abstract : Here , a 2yearold child admitted for a probable fever and convulsion is described in the view of clinical signs , disease diagnosis and condition report . Pulmonary listening confirmed no wheezing sound and the patient had no signs of fever or respiratory distress . There was no disease precedence among the family except for the cerebral failure which had led to his mother's death a week before . The patient had already been attacked by 2 tonic and clonic convulsions (the first for 10 minutes and the second for about 20 minutes) before being admitted . During the admission , the patient underwent various tests and radiographic examinations and inspite of prescribing anti - convulsion as well as antidistress drugs to control his repeated convulsions the condition was all unchanging . At last . the patient proved affected by a secondary hypoxia .

Key words : *Fever , convulsion , Pneumonia , aspiration.*