

درمان اسهال و بایئ شکل

نکارش

دکتر احمد قانع بصیری

گرمای تابستان و تلفات کودکان در این فصل و عدم توجه مردم بپهداشت فرزندان خود و نبودن وسایل لازم چه از نظر آزمایشگاهی و چه غیر آن مرا بر آن داشت که شرح فوق را مورد بحث قرار دهد. کودکانیکه از پستان مادر تغذیه میکنند کمتر در معرض بیماری اسهال قرار میگیرند و حتی مقاومت آنها چندین برابر اطفالی است که با شیرهای مصنوعی تغذیه مینمایند ذکر این مطلب از این نظر است که در صورت ابتلای با اسهال؛ شیر مادر خوار را زودتر میتواند نجات داد تا شیر مصنوعی خوار. اسهال کودکان انواع مختلف دارد باین معنی که از یک اسهال ساده که عارضه جزئی طفل شیرخوار است تا بای کودکان که شدیدترین شق اسهال است موارد سخت و شدت وجود دارد طبقه بندی مرض بر حسب علت مشکل بوده و این علامت مشترک یعنی اختلال اعمال معدی و رودی که سرانجام اسهال را باعث میشود در تمام آنها مشترک است از این مطلب اینطور استنباط میشود که درمان موضعی در تمام اشکال یکسان خواهد بود و چیزیکه اسهال شیرخواران را از اسهال اطفال بزرگتر و بالغ ممتاز میدارد اثر قابل ملاحظه ای است که عامل مرض اولیه گوارش روی دستگاه عمومی بدن دارد و بدن کودک در برابر این عامل واکنشهایی نشان میدهد که مرض از روی آن باشکال ساده تا سخت و بایئ شکل تقسیم میشود.

اسهال ساده چون یکعارضه محلی است تنها دستور روش غذائی صحیح برای شفای طفل کافیهست و محتاج نسخه نویسی عریض و طویل نمیباشد.

باز که این مقدمه یک نکته را برای درمان کلیه امراض بایستی در نظر داشت زیرا مطلوب حقیقی طبیب است و آن وقوف بعلت بیماری است مثلاً در موضوع مورد بحث باید فهمید که چرا اسهالی بشکل و بایئ درمیآید و چون پاتورژنی و علل اسهالها

در این مبحث خیلی متنوع و حتی شمارش آن از حوصله و موضوع مقاله خارج است رئوس اسباب آن را میتوان چنین خلاصه نمود .

در پاتوژنی سندرم تو کسیک تجسسات زیادی شده و هنوز هم قسمت اعظمش معلوم نشده است. همیشه در و بای اطفال علاوه بر اسهال و استفراغ (علامت معدی - روده ای حاد) دزئیدراتاسیون شدید - آسیدوز - کمی ادرار که تا آنوری ممکن است برسد وجود دارد مخاط روده نفوذپذیری غیر طبیعی پیدا کرده و عبور موادی را که بایستی بطور طبیعی نگاهدارد و یا بعد از تغییرات اساسی عبور دهد علت فوق باعث میشود که کبد همیشه دژنرسانس چربی دارد - ماده سلولی از آب و پتاسیوم فقیر و سازمان کولوئیدها تغییر نموده اکسیداسیون سلولی مختل میگردد حجم خون جاری تقلیل مییابد مویرگها و جریان کورونارین آسیب دیده و از آنجا تقلیل فشار خون و اختلالات اکسیداسیون ملاحظه میگردد .

تئوریهای پاتوژنیک که از نظر مسومیت غذائی برای و با معتقدند هنوز در مرحله فرضیه و هیپوتزاست اساس آن دزئیدراتاسیون و خرابیهائی است که بدنبال آن میباشد خیال میکنند مسومیتی که بوسیله مواد سمی حاصل از مواد پروتئین های غذائی در کار است باعث نفوذپذیری غیر طبیعی روده بخون راه یافته کبد هم از آنجا که عمل تو کسیکولی تیک آن مختل شده نمی تواند جلوی آن را بگیرد .

بعضی معتقدند که عبور آمینها (هیستامین - کولین) و سایر مواد سمی از جنس نامعلوم این آشوب را پیاپی میکنند برخی عبور کلی آنندو تو کسین را مسئول میشناسند - و بالاخره عده عقیده دارند که در دنبال دزئیدراتاسیون سد خون و مایعات دیگر همولیکیدین (۱) نفوذپذیر شده است .

مکانیسم دزئیدراتاسیون و اثر آن روی ارگانیسیم بطور کامل روشن نیست شاید ابتدا آب بین سلولی ازارگانیسیم خارج میشود و بعداً دفعش از راه ادرار باعث از دست رفتن کلروسدیم خواهد شد و بالاخره در یک مرحله جلوتر خود سلول قسمتی از

آب وابسته بساختمان کولوئیدهایش را از دست میدهد در این جا خرابی سلول بازمیان رفتن ین پتاسیوم توأم است. بطور کلی اسهالها باعث دفع زیاده از حدمواد قلیائی بوسیله مدفوع میگردند. در موارد سبک این از دست رفتن بازها ممکن است با کاهش برابر دفع ادرار جبران شود لیکن در اسهالهای سخت از بین رفتن مطلق بازها ملاحظه میشود بایستی دانست که بوسیله تهویه ریوی آب تنها از ارگانسیم بیرون میرود در صورتیکه از راه استفراغ آب و کلر توأمأ دفع میگردد و در حقیقت غیر ممکن است با وجود خرابی کلوئیدهای پلاسما و بافتها و اختلالات جریان خون مکانسیم حقیقی دزئیدراتاسیون را معلوم کرد. شمردن عوامل اصلی متعدد که در دزئیدراتاسیون وارد میشود پیچیدگی مطلب را نشان میدهد و این عوامل باعث اختلال عمیق تعادل قلیا و اسید و تبدلات اسمزی خواهد شد آسیدوز را از مدتی قبل مانند یک علامت برای وبای اطفال ذکر میکردند و حال آن که در حقیقت آسیدوز بسته بسندرم سمی نیست بلکه با توجه به نسبت $\frac{\text{کلر قابل خون}}{\text{کلر پلاسمای خون}}$ (نه تنها بندخیره قلیائی که معیار ثابتی خواهد بود) می توان فهمید که آسیدوز در سوءهضم سخت غیر از وبای اطفال هم موجود است. دزئیدراتاسیون بدون آسیدوز موجود است ولیکن آسیدوز بدون دزئیدراتاسیون دیده نشده است. در میان علل متعددی که موجب وبای کودکان میباشد ذکر سه دسته از آنها ضروریست.

الف علل مستعد کننده - کودکان رضیع کمتر از یکسال و بخصوص کمتر از شش ماه فوق العاده در معرض خطرند و حال آن که بعد از دو سالگی تقریباً ابتلای به بیماری نادر است.

تغذیه با شیرهای مصنوعی - چگونگی زندگی شیرخوار - عدم پرورش در دامن مادری دلسوز و فهمیده و یا پرستاری دقیق و غمخوار - بودن در پرورشگاههای عمومی همه از عوامل بوجود آورنده وبای کودکان است. عدم ثبات مخصوص اعمال گوارشی که خصوصاً در شیرخواران نارس - ناتوانها - لنفاتیکها و غیره موجود است در ایجاد بیماری عمل مهمی دارد.

ب عامل عفونی - که خود بدو دسته قابل تقسیم است عفونتهای روده و عفونتهای خارج روده :

عفونتهای روده - این دسته از عفونتهای قدیم بدان توجه شده و حتی تنهاعلمت اصلی بشمار میرفت میکربهای مختلف ساپروفیت اولیه هاضمه (کلی باسیلها - آنترو کوکها باسیل پروتئوس) تحت تأثیر عوامل گوناگون مانند از شیر گرفتن ناگهانی - عدم رعایت های لازم در تغذیه کودک - عوامل جوی ، ویرو لانس و تکثیر یافته خصوصاً هجوم آنها بقسمتهای فوقانی روده باریک که بطور عادی عاری از میکرب است مولد مکانیسم حالات توکسیک میباشد و امروز که کشت مدفوع بطور معمول همیشه صورت میگیرد توانسته اند ژرمهای مختلف مقصر را کاملاً مشخص نمایند و این دسته معتقدند که این عوامل غیر از باکتریهای معمولی در روده است زیرا در پرسش دقیق از اطرافیان بیمار معلوم میشود که اکثراً افرادی که آلوده و ناقل ژرم بوده اند آمد و رفت داشته اند و آنها وسیله سرایت بطفل شده اند . از طرف دیگر با آزمایشهای مکرر که از خون ادرار مایع نخاع در جریان توکسیکوز بعمل آمده نشان داده اند که این اجرام از جدار روده عبور کرده و آنها را در ادرار (باکتری اوری - پیوری) در خون (باکتری امی - سپتی سمی) در چرک گوش یا آبسه سطحی و در مایع نخاع یافته اند . در این شرایط ملاحظه میشود که اثر بیماریزائی این اجرام غیر قابل بحث است .

در میان عفونتهای روده امروزه عامل ویروس راهم مسئول دانسته و توانسته اند تا کنون دو نوع ویروس را در جریان اسپهالهای سخت در شیرخواران مجرا نمایند **عفونتهای خارج روده** - تقریباً تمام میکربهای پیوژن میتوانند منشاء بیماری باشند .

ویروس گریپ اپی دمیک فصلی مؤثرترین عامل میباشد ولی تا کنون نتوانسته اند در جریان حالات توکسیک آن را مشخص نمایند. پنمو کوک - استرپتو کوک - استافیلو کوک - باسیل پفیفر - باسیل پیوسیانیک هر کدام بشخصه می توانند مسئول قرار گیرند .

بیماریهائی که بیشتر در طب کودکان باید مورد توجه قرار گیرد به ترتیب اهمیت عبارتند از ایت - ماستوئیدیت - پیلیت - پیودرمیت - اکزما انفکته - رینوفارنژیت منتشریت چرکی - پاورزی چرکی - سل .

ج علل غیر عفونی - فاكتور تغذیه مانند تغذیه نامتناسب - غیر کافی بودن تغذیه - بدی بهداشت - تغذیه با شیر گاو و با روش های جاهلانه مؤثرترین عامل این قسم اسهال میباشد .

عوامل جوی - که باعث بهم خوردن تعادل آب و املاح از یک طرف و ویرو لانس پیدا کردن ژرم بعلت گرما (۱) از طرف دیگر موجود تو کسبکوز میباشد .
عوامل آلرژیک : عدم تحمل بشیرها در بعضی از کودکان و وخامت حالات تو کسبک حاد که گاهی منجر به مرگ میشود در برخی از اطفال اکزمائی مؤید این نظریه است .

بالاخره بعد از بیماریهای حاد شکم از قبیل فتق های مختنق - ولولوس روده و آپاندیسیت حاد شیر خوران نیز ممکن است در موارد نامبرده فوق دیده شود .
اصول درمان عمومی اسهال سخت عبارتست از :

- ۱- استراحت کافی اوله ها ضمه باین معنی که در ساعات اول شیر خواری که وضع اورقت آورو مشغول دست و پنجه نرم کردن با مرگ است بایستی اورا راحت گذارد نه اینکه با دادن مسهل و تنقیه که گاهی چندین نوبت در روز دستور داده میشود قوایش را تحلیل برد و باین وسیله متابولیسم آب و املاح را خرابتر کرد .
- ۲- استراحت کامل خود طفل . پزشك از معاینات زاید خودداری و از مانورهای خسته کننده و غیر ضروری مثل حمام دادن و غیره صرف نظر نماید .
- ۳- رئیدراتاسیون و اصلاح حجم خون که از کارهای اولیه و فوق العاده ضروری است این رئیدراتاسیون از راه دهان یا از راه تزریق بایستی صورت گیرد و بهتر است که محلول متعادل و با خوراندن کورامین و یا تزریق کامفر توأم باشد . مقادیر و نوع

محلولها را در جدولی خلاصه خواهم نمود .

۴- بخورا کسیتزن در مورد آنو کسمی - مبارزه با بهم خوردن تعادل حرارتی - تجویز گاردنال با مقادیر کافی و حتی بکار بردن نو کافین داخل رگ در محلول سرم یا به تنهایی برای جلوگیری از علائم عصبی که طفل پیدا کرده است همین طور تجویز لارگاکتیل را عده مفید تشخیص داده اند .

۵- تجویز آنتی بیوتیکها سولفامیدها - پنی سیلین - استرپتومیسین - ائورمایسین - کلرومایستین بعد از اینکه طفل تا اندازه رو به بهبود رفت و خطرات اولیه مرتفع شد لازم است امتحانات کلینیکی را کامل نمود جستجوی موضع عفونت - تعیین الکترولیتها - و بالاخره برای بکار بردن آنتی بیوتیکها حساسیت آنها را نسبت بژرم بایستی معین کرد و بعداً بدرمان موضعی آنها پرداخت (اتیت - مننژیت پیایت و غیره) همین طور در موردی که عفونت کبدی اضافه گشته متیونین - کولین - اینوزیتول - و در مواقعی که نفخ شدید شکم توأم باقی ه - ای صفرائی است تجویز پروستیگمین - گذاردن سند در روده راست - و بالاخره هنگامیکه خونریزیهای مختلف پیدا شده بکار بردن ویتامین K - ویتامین C و روتین (۱) نیز مفید است .

خلاصه مطالب در دو جدول :

دارو	راه استعمال	مقدار استعمال
سولفاگوآنیدین	از راه دهان	۰/۵۰ گرم برای هر کیلو گرم وزن
سولفادیازین	از راه دهان	۰/۳۰ « « «
پنی سیلین	تزریق زیر جلد - یا در رگ	نیم میلیون تا یک میلیون واحد
استرپتومیسین	تزریق زیر جلد	۰/۰۵ گرم بر حسب هر کیلو گرم وزن
کلرومایستین	از راه دهان	۰/۰۵ - ۰/۰۳ گرم « «
ائورمایسین	از راه دهان	۰/۰۵ - ۰/۰۳ « « «

دارو	راه استعمال	مقادیر استعمال	موارد استعمال
کورامین کامفر	از راه دهان تزریق زیر جلد	۱۵ - ۸ قطره ربع سانتیمتر مکعب	کلاپوس کلاپوس
گاردنال نو کابین لارگا کتیل ویتامین B	از راه دهان یا تزریق تزریق در رگ تدریجی از راه دهان از راه دهان تزریق در رگ	۰/۰۶ - ۰/۰۴ گرم ۰/۱۵ - ۰/۱۰۵ گرم ۱-۲ میلی‌گرم بر حسب کیلوگرم وزن ده میلی‌گرم	در سندرم نورولژیک ۲-۳ بار در روز در تمام موارد
ویتامین K ویتامین C روتین	تزریق عضلانی از راه دهان تزریق در رگ از راه دهان	ده میلی‌گرم ۰/۲۰ - ۰/۱۰ گرم ده میلی‌گرم	در تمام موارد سندرم هموراژیک
متیونین کولین	از راه دهان « « تزریق زیر جلد	۰/۵۰ - ۰/۳۰ گرم ۰/۱۰۵ گرم	در تمام موارد استا آتوز هپاتیک
پروستگمین	تزریق زیر جلد	ربع تا نیم سانتیمتر مکعب از محلول ۰/۵۰ گرم در هزار	پارزی روده

طریق ریدراتاسیون : راه منطقی و فیزیولوژیک رساندن آب بدن کودک از راه دهان است و تا موقعی که طفل قادر است (نه درو بای اطفال) آب و مایعات مختلف را از راه دهان بپذیرد هر گز به تزریق نباید متوسل شد زیرا راه اخیر ضد فیزیولوژیک و غیرطبیعی است. البته مواقعی که کودک تحمل قطره مایع ندارد چون و بسای کودک نباید وقت مغتنمی را از دست داد بلکه بفوریت به تزریق و هر چه زودتر رساندن مایع بدن طفل اقدام نمود.

۱- مقدار مایعی که باید بدن بیمار برسد ۱۵۰-۱۰۰ سانتیمتر مکعب برای هر کیلوگرم وزن در روز میباشد.

۲- محلولهای مختلفی که بکار میرود عبارتند از محلول ساده - پلاسما یا خون - محلول مختلط.

بطور کلی در موارد فوری محلولهای که بکار میرود محلول استاندار با ترکیب مختلف ولی متعادل باید باشد و در مواردی که اختلالات هورمال پیدا شده لازم است از محلولهای گلوکز در موارد هیپر الکترولیتامی محلول بی کر بناته در موارد آسیدوز بکار برد زیرا فقدان املاح همیشگی است.

و در مرحله بعد از تو کسبیک و یا از روزهای دوم بیعد برای اجتناب از هیپوپروتئینامی و آنمی و هیپوپیتاسمی بایستی پلاسما - خون - محلول دارو بکار برد، طبق دو جدول زیر:

مقدار استعمال	موارد استعمال	راه استعمال	محل
متغیر	دزیدراتاسیون با آلکالوز و یا با آسیدوز معتدل و کلیه سالم	زیر جلد - در رگ در مغز استخوان	سرم فیزیولوژیک ۸٪
۱۰-۲۰٪ وزن بدن	آسیدوز (ذخیره قلیائی کمتر از ۲۵٪ حجم)	در رگ - در مغز استخوان	محلول بیکربناته ۱۲٫۵٪
متغیر	دزیدراتاسیون - ستوز هیپر الکترولیتامی	در رگ - در مغز استخوان	محلول گلوکز ۵٪
۱۰۰۰ ۲۰۰۰ ۱۰۰۰ در روز	خیز مغزی - هیپو گلیسمی	در رگ - در مغز استخوان	محلول گلوکز ۲۰٪
بر حسب هر کیلو ۲۰۰۰ وزن	عدم تحمل هاضمه مصر	زیر جلد - در رگ در مغز استخوان	محلول آمینوآسید ۵٪
بر حسب هر کیلو ۱۵۰۰ وزن	هیپوپروتئینامی	در رگ در مغز استخوان	پلاسما
بر حسب هر کیلو ۱۰۰۰ وزن	آنمی	در رگ در مغز استخوان	خون

محللهای مرکب عبارتند از:

موارد استعمال	مقدار استعمال	راه استعمال	ترکیب	محل
آسیدوز معتدل هیپراسولاریته	۱/۴ ۱/۲ ۱/۴	در رگ در مغز استخوان	محلول فیزیولوژیک ۸٪ « گلوکز ۵٪ « بیکربناته ۱۲٫۵٪	محلول استاندارد شماره ۲
آسیدوز کامل هیپوسالمی	۱/۳ ۱/۳ ۱/۳ ۱/۳	در رگ در مغز استخوان	محلول فیزیولوژیک ۸٪ « گلوکز ۵٪ « بیکربناته ۱۲٫۵٪	محلول استاندارد شماره ۱
حجم خون بائین هیپوپروتئینامی	۱/۳ ۱/۳ ۱/۳ ۱/۳	در رگ در مغز استخوان	محلول فیزیولوژیک ۸٪ « گلوکز ۵٪ پلاسما	محلول استاندارد شماره ۳
هیپوپیتاسمی مرحله بعد از آسیدوز	۸۰۰۰ برای هر کیلو وزن در روز	در رگ در مغز استخوان	کلرورد و پتاسیم ۲ گرم کلرورد و سدیم ۳ گرم لاکتات دو سود ۱۱۲٪ ۴۰۰۰ آب ۷۱۰۰۰	محلول دارو Darrow

سرم پتاسیوم دارو نباید در مورد عدم کفایت کلیه‌ها - در مواقع شك در هنگام هیپرپتاسمی - در مرض آدیسون در صورتی که ضایعاتی در کبد و یا قلب باشد بکاربرد.

مطلبی که فوق‌العاده حائز اهمیت است این است که در اطفال کمتر موفق می‌شویم در رگ تزریق نمائیم (بعلمت معلوم نبودن عروق - کلاپوس عروق سطحی - نبودن وسایل باز کردن رگ - وضع بد مریض) لذا اجباراً بتزریق زیر جلدی متوسل می‌شویم ولی در این مورد یا جذب نمی‌شود و یا دیر جذب می‌شود. امروز ماده بدست آورده‌اند که می‌تواند ماده آلبومینوئیدی که در زیر پوست بدن آدمی وجود دارد و بنام اسید هیالورونیک است حل نماید غلظت این ماده ۱۲ برابر آب است و مانع جذب سریع مواد وارده در زیر پوست می‌گردد ماده حلاله که این ماده آلبومینوئیدی را حل می‌کند بنام هیالورودیناز میباشد که در زهر مار و بعضی حشرات موجود است و در بازار بنام ویداز (۱) و کی نتین (۲) تهیه نموده‌اند مقداری که باید بکاربرد پنج واحد هیالورودیناز برای ۵۰۰ - ۱۲۵ مایع است.

بعد از زدن آتاسیون تجدید تغذیه کمأ و کیفاً متعادل با گنجایش هاضمه و جذب کودک میباشد که تدریجاً بایستی رژیم عادی برگردانده شود تجدید تغذیه در کشور ما بقدری اهمیت دارد که ما مجبوریم تا چندین مدت خودمان مواظب و مراقب طفل باشیم زیرا طفلی را که بامشقات فراوان از مرگ نجات داده‌ایم دو مرتبه که بمنزل می‌رود و همان روش غلط خود را بکار می‌برند با وضعیت بدتر و سخت‌تری مراجعه می‌دهند و بار دوم امکان معالجه را مشکل می‌سازد.

در ۲۴-۱۲ ساعت اول و بایبشتر نسبت بوضعیت طفل ما باید فقط بخوراندن مایعات آنهم بتدریج قناعت کنیم (از راه دهان - یا تزریق) - و بعداً با خیلی احتیاط و تأنی می‌توانیم سوپ هویج - دم کره کاروب پنج درصد - شیرزن که چربی آن را گرفته باشند داد و بتدریج بمقدار شیر اضافه می‌کنیم هرگز نباید زودتر از ده تا پانزده روز

بر ژیم شیر قبل از بیماری برسد.

شیرهایی که باید در این موقع داد به ترتیب اهمیت عبارتند از :
شیر چربی گرفته زن - شیر آلبومینو - بابور - شیر خشک نیم چربی - فارین تور نسله
و بعداً مخلوطی از اینها و در صورتی که بتواند تحمل کند شیر چرب و البته در این هنگام
بایستی ویتامین های K - A - D - C - B و آسیدهای آمینه هم داده شود و همانطور
که ذکر شد برای مبارزه با عفونت آنتی بیوتیکها را چنانچه در جدول نمره ۱ گفته شد
بکار برد.

پیش گیری بیماری - برای این منظور يك وظيفه مربوط به پزشکان است که
بایستی به مادران فهماند که در همه حال خود بدرمان کودکشان نپردازند و تصور نکنند
که اسهال سخت طفل رامی توان با تجویز روغن بادام و کرچک و یا بارهنگ و نبات
علاج کرد و یا غذای طفل در تمام دوران شیرخواری باید نصف شیر و نصف آب آنهم
چربی گرفته باشد.

يك وظيفه دیگر مربوط با اولیاء بهداری است از قبیل تبلیغ - اندرز گاه - تهیه
وسائل نگاهداری کودکان بلاصاحب و بررسی احوال آنان در هر هفته - مساعدت
نسبت بلوازم مورد احتیاج طفل - امکان شیر دادن و مواظبت مادر برای طفل خود در
مدت کار.

پناگاه برای مادران بی بضاعت و یابی سرپرست که اطفال خود را در آنجا نگهداری
نموده و ضمناً کارهای دستی سبك بآنها بیاموزند.