

ΔΙΤ ΞΗΛ΄ΕΝΙΣ ΟΓΗΚΕΞΙΓΣ ΔΗ΄Λ΄ΥΟΓΗΚΟΠΗ ΥΘ ΔΗ΄ ΚΤΓ ΕΔΙΘΡΕΖΗ Υ

دکتر علی اکبر مؤمن*؛ دکتر رضا عزیزی مال امیری**

چکیده :

سابقه و هدف؛ کودک آزاری از جمله معضلات جوامع امروز است، به گونه‌ای که اکنون در کشورهای پیشرفته قوانین حمایتی از اطفال جایگاه خود را یافته‌اند. در این زمینه نوع فیزیکی کودک آزاری بیشتر با تظاهرات واضح همراه است، به طوری که انواع ضایعات پوستی به شکل کبودی، آثار خراش، گاز گرفتگی و سوختگی همراه با شکستگی‌های جمجمه و آسیب احشای داخل شکمی در آن دیده می‌شوند و هر پزشکی که با ضایعات متنوع پوستی و شکستگی‌های جمجمه‌ای مواجه می‌گردد، باید به فکر این تشخیص باشد. در جوامع مختلف شیوع این مسأله حدود ۶ در ۱۰۰۰ کودک زیر دو سال است که با افزایش سن بالاتر می‌رود.

معرفی بیمار؛ دختر ۸ ماهه‌ای توسط همراهانش با شکایت تشنج که از عصر روز قبل از مراجعه به شکل ناگهانی آغاز شده بود، در ساعات اولیه صبح به اورژانس آورده شد. در شرح حال نکته مثبتی جز متارکه مادرش نداشت. در نگاه اول بیمار خواب آلوده بود، تب نداشت و ملاحظه قدامی برجسته‌ای داشت. ضایعات متعدد پوستی در صورت، گردن، تنه و اندام‌ها به شکل کبودی‌های منتشر، سوختگی، خراش، آثار گاز گرفتگی و بریدگی مشهود بود و در معاینه ته چشم خونریزی شبکیه دیده می‌شد. در بررسی‌های انجام شده تعداد ۲۵۳۵۰ در میکرو لیتراگلول قرمز دژنره در مایع مغزی نخاعی گزارش شد. بررسی‌های انعقادی طبیعی بود. در رادیوگرافی جمجمه شکستگی‌های متعدد در جمجمه وجود داشت. در CT Scan مغز، در هنگام ورود، علایم ادم مغزی مشهود بود که در MRI تأیید شد و در CT Scan مجدد پس از دو هفته، آتروفی منتشر مغزی گزارش گردید. در سونوگرافی از شکم نکته‌ای نداشت. در نهایت شیرخوارنابینا و باکاهش شنوایی همراه با داروهای ضد تشنج از بخش اطفال مرخص گردید، در حالی که علی‌رغم پیگیری‌های قانونی بیمارستان، نام‌برده در اختیار والدین قرار گرفت و به محیط زندگی قبلی برگشت.

بحث؛ دربرخورد با هر شیرخواری که با شکایت تشنج بدون تب، ضایعات پوستی متعدد و ملاحظه برجسته ارجاع می‌گردد و در معاینه ته چشم خونریزی شبکیه دارد، باید به فکر کودک آزاری بود.

کلید واژه‌ها؛ کودک آزاری، تشنج، ملاحظه برجسته، خونریزی شبکیه.

« دریافت: ۱۳۸۲/۴/۲۸ پذیرش: تابستان ۱۳۸۳ »

* فوق تخصص اعصاب اطفال و استادیار گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی جندی

شاهپور اهواز.

**متخصص بیماری‌های کودکان.

*عهده دار مکاتبات: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، بیمارستان گلستان،
بخش اطفال، تلفن: ۳۳۴۳۹۶۲ - ۶۱۱، فاکس: ۳۳۴۳۹۶۲ - ۰۶۱۱.

مقدمه:

۳- هیجانی^۲ ۴٪ موارد و

- کودک آزاری از جمله معضلات جوامع امروزی است و در هر اجتماعی کم و بیش انواع آن وجود دارد. به لحاظ تاریخی چه از زمانی که هانری کمپ در سال ۱۹۶۲ عبارت کودک کتک‌خورده را به شکل دقیق توصیف کرد، این مسأله همواره ذهن مسئولین جوامع مختلف را به خود معطوف کرده است (۱-۳). شیوع آن در جوامع غربی در سن زیر دو سال ۶ در ۱۰۰۰ کودک بیان شده است و بعضی از بررسی‌های گسترده نشان داده‌اند که حداقل یک سوم کودکان در زمانی مورد کودک آزاری قرار گرفته‌اند (۱ و ۲). کودک آزاری انواع گوناگونی دارد، ولی به شکل اجمالی آن را به انواع ذیل تقسیم می‌کنند:
- ۱- اِمال^۱، که در واقع شایع‌ترین گونه است و ۶۰٪ از انواع کودک آزاری را شامل می‌شود؛
 - ۲- جسمانی در ۲۳٪ موارد رخ می‌دهد؛
 - ۳- هیجانی^۲ ۴٪ موارد و
 - ۴- جنسی^۳ که ۹٪ موارد را به‌خود اختصاص می‌دهد (۴-۱).
- علل متفاوتی را برای کودک آزاری ذکر کرده‌اند که به طور خلاصه می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:
- الف- شخص آزاررسان می‌تواند یکی از والدین یا مراقب کودک و در موارد نادر هم اشخاص بیگانه باشند. نکته جالب‌توجه این‌که معمولاً خود این افراد نیز در دوره‌ای از کودکی، قربانی کودک آزاری بوده‌اند (۴)؛
 - ب- استرس و فشارهای روانی وارده به والدین که می‌تواند خطر این مسأله را افزایش دهد؛
 - ج- وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین که خانواده‌ها را در معرض خطر قرار می‌دهد؛
 - د- سن کم مادر در هنگام بارداری و
 - ه- عقاید غلط سنتی و قبیله‌ای.
- بعضی از کودکان، بیشتر مورد آزار قرار می‌گیرند.

می‌گیرد یا اینکه در مکان‌هایی مثل پرور شگاه ها به زندگی ادامه می‌دهد (۸۷)، ولی در مورد این مسأله هنوز در کشور ما ظاهراً اقدامی جدی صورت نگرفته است.

هدف از معرفی این بیمار توجه داشتن به وجود کودک آزاری در جامعه به‌عنوان یک آسیب اجتماعی و لزوم تصویب قوانین حمایتی و پافشاری برای اجرای دقیق آن در جامعه می‌باشد.

معرفی بیمار:

م. ح. دختری ۸ ماهه، از اهالی حمیدیه، بخشی با اکثریت عرب‌زبان در اطراف اهواز، در ساعات اولیه

به‌عنوان مثال، کودک عقب‌مانده ذهنی، چون هیچ‌گونه پاسخی که منشأ دلخوشی والدین باشد، ازخودنشان نمی‌دهد، بیشتر در معرض آزار خواهد بود (۶۵).

از نظر پیش‌آگهی متأسفانه ۲۵٪ کودکانی که به خانواده تحویل می‌گردند، مجدداً مورد آزار قرار می‌گیرند و خود این کودکان نیز ممکن است در آینده به بالغین آزار رسان تبدیل گردند (۳-۱).

در کشورهای که قوانین حمایتی از کودکان با قدرت اجرا می‌گردد، در صورتی که دادگاه تشخیص‌دهد، کودک از والدین گرفته می‌شود و در اختیار خانواده‌های با صلاحیت قرار

1. Neglect

منتقل شود، ولی والدین امتناع ورزیده‌اند تا اینکه بعد از چندین بار تشنج او را به اورژانس بیمارستان انتقال می‌دهند. در بدو ورود، تشنج با دیازپام وریدی کنترل گردید. همراهان از تب یا مشکل دیگری مثل تروما شکی نبودند و ابراز می‌کردند که مشکلات بیمار ناگهانی شروع شده است

2. Emotional

3. Sexual

صبح به اورژانس اطفال بیمارستان گلستان اهواز آورده شد که در بدو ورود در حال تشنج بود و همراهان ابراز می‌کردند از اوایل عصر روز گذشته چندین بار تشنج کرده و به درمانگاه محل سکونت برده شده است. ظاهراً با دیازپام مقعدي تشنج وی کنترل و توصیه گردیده طفل به بیمارستان

و سابقه صرع هم در خانواده وجود ندارد. بقیه فرزندان سالم هستند و ظاهراً مادر بیمار متارکه کرده و خانمی که خود را مادر بیمار معرفی نموده بود، در واقع نامادری او بود. در معاینه، بیمار خواب آلوده و علایم حیاتی در حد قابل قبول بود، تب نداشت، ولی نکته‌ای که در همان نگاه اول جلب توجه می‌کرد ضایعات متعدد پوستی در روی صورت، تنه و اندام‌ها بود، به‌گونه‌ای که محل‌های متعدد گازگرفتگی در روی پوست صورت، محل سوختگی در روی پوست تنه، آثار متعدد سوختگی با سیگار بر روی پوست سر و آثار ضربه‌های شدید در روی پوست اندام‌ها مشهود بود. ملج برجسته و پُری داشت و در معاینه ته چشم آثار خونریزی شبکیه‌ای مشهود بود. در معاینه قفسه سینه، شکم و دستگاه تناسلی نکته غیر طبیعی مشاهده نشد. در معاینه عصبی تا حد امکان معلوم شد که طفل ظاهراً کور است و رفلکس‌های تری عمقی افزایش‌یافته دارد و رفلکس کفپایی بالارونده

است. با توجه به این اوصاف تشخیص کودک آزاری مطرح و کودک از والدین جدا گردید. اقدامات درمانی تشخیصی آغاز شد. داروهای ضد تشنج تجویز و اقداماتی برای کاهش فشار داخل مغزی انجام شد. در بررسی‌های انعقادی، بذر مایع مغزی نخاعی، رادیوگرافی از جمجمه و سایر قسمت‌های بدن و نیز CT Scan^۱ و MRI^۲ مغز مشخص گردید: بررسی‌های انعقادی طبیعی و مایع مغزی نخاعی به رنگ خون بود و در آن تعداد ۲۵۳۵۰ گلبول قرمز در میکرولیتر (۹۵٪ آن‌ها دژنره بودند)، ۲۲٪ لنفوسیت و ۸ نوتروفیل وجود داشت. گلوکز ۹۳ و پروتئین ۶۸ میلی گرم در صد و قند خون همزمان ۱۰۵ میلی گرم درصد گزارش گردیده بود. در رادیوگرافی جمجمه شکستگی‌های متعدد وجود داشت و در CT Scan مغز علایم ادم منتشر مغزی مشهود بود (تصویر ۱ و ۲) که در MRI مغز نیز تأیید شد. در CT Scan مجدد، بعد از دو هفته معلوم شد که مغز به شکل منتشر دچار آتروفی گردیده

است. کودک پس از ۲۷ روز بستری در نهایت کور شده و عملاً شنوایی خود را نیز از دست داده بود و تحت درمان با داروهای ضد تشنج قرار گرفت و از طریق مددکاری بیمارستان به مقامات قضایی تحویل گردید. هرچند که از همان ابتدا مددکار اجتماعی بیمارستان نیز در جریان امور قرار گرفته بود، ولی بدون هیچگونه تمهیدات خاصی در نهایت کودک به والدین تحویل گردید و تابه حال از سرنوشت وی نیز اطلاعی در دست نیست.

1.Computerized Tomography

2.Magnetic Resonance Imaging

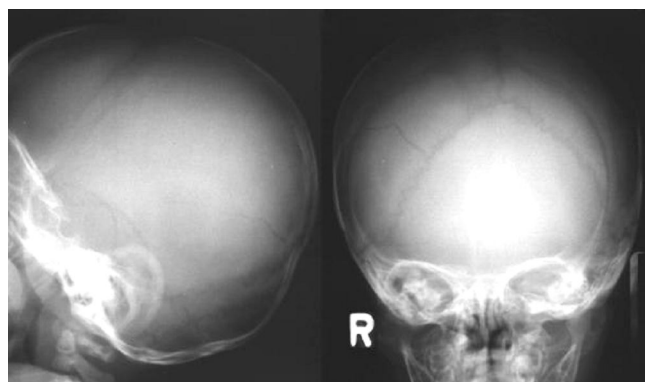


Figure 1 - Radiographic images of the skull of an 8-month-old girl with multiple fractures. The images show the skull from different angles, highlighting the fractures. The text is in Persian: رادیوگرافی رخ و نیم رخ مجسمه دختر شیرخوار ۸ ماهه که شکستگی‌های متعدد خطی را نشان می‌دهد.

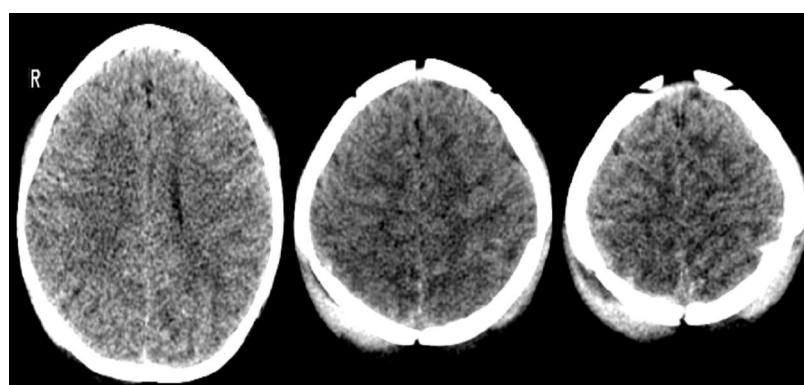


Figure 2 - CT Scan of the head of an 8-month-old girl with multiple fractures and a disseminated infection. The images show the brain and skull from different angles, highlighting the fractures and the infection. The text is in Persian: CT Scan دختر شیرخوار ۸ ماهه که شکستگی‌های مجسمه و ادم منتشر مغزی را نشان می‌دهد.

بحث:

در برخورد با اطفال مشکوک به کودک آزاری، باید ابتدا شرح حال طی و خانوادگی کودک اخذ گردد و معاینه فیزیکی کامل و دقیقی از او به عمل آید، سپس بررسی‌های پاراکلینیکی انجام شود و در نهایت باید طرحی اجرا گردد تا اینکه کودک مجدداً مورد اذیت و آزار قرار نگیرد (۱-۳).

در مورد معاینه از نظر قانونی باید تمامی نکات موجود ثبت شود و هیچ یافته‌ای از قلم نیفتد؛ زیرا این مشاهدات در آینده می‌توانند در تصمیم‌گیری‌های دادگاه کمک‌کننده باشد (۱۰ و ۹). از جمله قسمت‌هایی از بدن که بیشترین تظاهرات در آن مشاهده می‌گردد، پوست است؛ زیرا تظاهرات پوستی شایع‌ترین تظاهر کودک آزاری است که به شکل کبودی، خراش، سوختگی، گازگرفتگی و بریدگی نمایان می‌گردند (۱-۳). از قسمت‌های دیگری که باید مورد ارزیابی دقیق قرار گیرند، جمجمه و سپس اندام‌ها به لحاظ آثار صدمه و شکستگی‌ها بوده که نباید فراموش شوند.

توجه به معاینه دقیق ته چشم و انجام آن توسط همکار چشم پزشک حتماً باید مدنظر باشد (۱۰ و ۹). شکم و احشای درون آن نیز باید مورد توجه باشند و حتماً با استفاده از سونوگرافی یا CT Scan بررسی شوند. در نهایت اقدام‌های تناسلی و مقعدکودک باید دقیقاً معاینه و هرگونه یافته‌ای ثبت گردد.

از نظر اقدامات پاراکلینیک ضرورت دارد که بسیاری از بیماری‌های اطفال در تشخیص افتراقی با آن مورد توجه باشند. از جمله این‌ها انواع بدخیمی‌های خونی هستند که با انجام شمارش کامل خونی^۱ کنار گذاشته می‌شوند. مورد بعدی اختلالات انعقادی است که باید حتماً در بررسی‌های انعقادی مد نظر قرار گیرند (۳-۱). در نهایت رادیوگرافی از همه بدن برای کنار گذاشتن شکستگی‌ها، CT Scan و MRI مغز نیز باید انجام گیرند (۱ و ۲).

اقدامات درمانی، بیشتر جنبه درمان علامتی دارند. نکته حایز اهمیت اینکه کودک اذیت‌شده،

باید به همان مکانی برگردد که در آن مورد آزار قرار گرفته است یا اینکه با یدتحت پوشش اقدامات حمایتی قرار گیرد.

در هر کودکی که با تشنج بدون تب مراجعه میکند و در سطح پوست آثار آسیب‌های متعدد دارد، باید به فکر کودک آزاری بود. همچنان‌که مورد گزارش‌شده، دچار تشنج، درگیری‌های پوستی به شکل کبودی‌های متعدد بود که در واقع شایع‌ترین تظاهر کودک آزاری است و ملاجش برجسته بود، ولی تب نداشت. از طرفی در مورد هر کودکی که با ضایعات پوستی مراجعه میکند، کودک آزاری باید در تشخیص‌های افتراقی باشد تا اینکه به فراموشی سپرده نشود. یکی از نکات حایز اهمیت در بیمار گزارش‌شده این است که ایشان دارای خونریزی‌های شدید در شبکه چشم بود. در مورد وجود این ضایعات ذکر این نکته ضروری است که این خونریزی‌ها به ندرت در مواردی به غیر از ضربه و اختلال انعقادی شایع هستند و وجود

این ضایعات در شیخواری همراه با تظاهرات پوستی حتماً باید ذهن را به سمت کودک آزاری معطوف سازد (۳-۱، ۹ و ۱۰). البته در مشاوره اولیه‌ای که انجام شد، همکار محترم متخصص چشم به‌رغم شرح حال بیمار، مواردی مثل لوسمی و اختلال انعقادی را برای او مطرح کرده بود.

نکته قابل توجه بعدی وجود ملاج برجسته همراه با بروز ناگهانی تشنج بدون تب است که خود می‌تواند مطرح‌کننده آسیب درون‌جمجمه‌ای باشد. معمولاً به‌دلیل آسیب‌های متعدد و تکان‌های بسیار شدیدی که بعضی از این کودکان تحمل می‌کنند، ممکن است دچار خونریزی‌های درون‌جمجمه‌ای گردند که باعث افزایش فشار داخل جمجمه‌ای می‌شود و در صورت باز بودن، ملاج‌ها برجسته خواهند شد. در این مورد بررسی‌های انعقادی همگی طبیعی بود که اختلالات انعقادی را کنار می‌گذارد و از طرفی ذکر این نکته ضروری است که در کودک مورد آزار قرار گرفته تصویرنگاری از

مغز^۲ باید از جمله اقدامات معمول باشد و در عرض دو هفته تکرار گردد تا عوارض برجامانده احتمالی مشخص گردند (۵، ۱۰ و ۹).

از جمله مسایل دیگر در مورد شیرخوار این بود که با پی‌گیری‌های مسئولین بخش اطفال و بیمارستان از طریق مددکار اجتماعی، در نهایت دسـتگاه مـتـرـم

1. CBC (Complete Blood Count)

تشخیص كودك آزارى مد نظر باشد.

درپایان پیشنهاد می‌شود هر چند در کشور ما در سایه وجود فرهنگ و عقاید غنی اسلامی و ملی، كودك آزارى به نظر امر شایعی نیست، ولی در برخورد با موارد مشکوک حتماً باید مد نظر قرار گیرد. وجود مواردی از این قبیل که گاهی درجراید کشور از مناطق مختلف نیز گزارش‌هایی منعکس می‌گردد، در واقع هشدارى برای مسئولین محترم قانون‌گذار کشور است که هر چه سریع‌تر قوانینی جدی و محکم را برای حمایت از این‌گونه كودكان بی‌گناه تصویب کنند و زمینه اجرای آنرا فراهم نمایند، به نحوی که دیگر شاهد زیرپا گذاشتن حقوق برحق اطفال معصوم در جامعه نباشیم. هرچند که خوشبختانه

2. NeuroImaging

قضایى در جریان امر قرار گرفت، ولی اقدام مؤثری برای بیمار صورت نگرفت و پاسخ این بود که چون شاکي خصوصی در این زمینه وجود ندارد، مدعی العموم نیز نمیتواند اقدامی انجام دهد!! . بالاخره شیرخوار به والدینی که به‌نظر می‌رسید صلاحیت نگهداری از وی را نداشتند، باز پس داده شد!؟؟.....

باید متذکر شد بیمار گزارش‌شده نمونه بارز يك مورد كودك آزارى بود که همه نشانه‌ها و علائم مربوطه را دارا بود. در نتیجه در برخورد با شیرخواری که تشنج بدون تب، ملج برجسته و آثار آسیب بدنی دارد و در معاینه ته چشم نیز خونریزی شبکیه مشاهده می‌گردد، باید حتماً

گام های اولیه برداشته شده است.

References:

1. Wissow LS. Child maltreatment: In: McMillan J A, DeAngelis C D., Feigin R D., Warshaw J B, editors. Oski's Pediatrics Principles and Practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1999; PP. 507-524.
2. Johnson CF. Abuse and neglect of children: In: Behrman R, Kliegman R, Jenson H. editors. Nelson textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 2000; PP. 110-115.
3. Hobbs CJ, Hanks HG, Wynne JM. Child abuse and neglect: A clinician's handbook. 2nd ed. London: Churchill Livingstone. 1999; PP. 13-105, 331-369.
4. Kivlin JD. Manifestations of the shaken baby syndrome. Curr Opin Ophthalmol 2001 Jun; 12(3): 158-63
5. Chaney SE. Child abuse: clinical findings and management. J Am Acad Nurse Pract 2000 Nov; 12(11): 467-71
6. Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH, Nickols CD, Whitwell HL. Neuropathology of inflicted head injury in children: I- Patterns of brain damage. Brain 2001 Jul; 124(Pt 7):1290-8.
7. Major V, Deerinwater JL, Cowan JS, Brandt EN Jr. The prevention of shaken baby syndrome. J Okla State Med Assoc 2001 Nov; 94(11): 512-5.
8. Fulton DR. Shaken baby syndrome. Crit Care Nurs Q 2000 Aug; 23(2): 43-50.
9. Mei-Zahav M, Uziel Y, Raz J, Ginot N, Wolach B, Fainmesser P. Convulsions and retinal hemorrhage: should we look further? Arch Dis Child 2002 May; 86(5): 334-5.
10. Bode CO, Odelola MA, Odiachi RO. Abuse and neglect in the surgically ill child. West Afr J Med 2001 Apr-Jun; 20(2): 86-91.