

بررسی فراوانی درماتیت کهنه در کودکان زیر ۲ سال مهد کودکهای شهر همدان طی سالهای ۸۱-۱۳۸۰

دکتر محمود امدادی* ، دکتر حسن بزم آمون*

چکیده:

شایعترین بیماری التهابی در کودکان درماتیت کهنه (دیپیر درماتیت) می باشد. هرچند علت دقیق بیماری مشخص نیست ولی عواملی مانند اصطکاک مکانیکی، رطوبت، تماس با ادرار و مدفوع، تغییرات pH پوست را در پاتوژنز آن دخیل می دانند. به دلیل اینکه در اغلب موارد درمان بیماری در منزل صورت می گیرد برآورد دقیق فراوانی آن مشکل است ولی فراوانی بیماری از ۷٪ تا ۳۵٪ و حتی تا ۵۰٪ گزارش شده است. هدف اصلی مطالعه حاضر تعیین فراوانی درماتیت کهنه و بررسی نقش عوامل دخیل در ایجاد آن در میان کودکان زیر دو سال مهد کودکهای شهر همدان طی سالهای ۸۱-۱۳۸۰ بوده است.

در این پژوهش مقطعی- توصیفی با مراجعه به مهد کودکهای شهر همدان حجم نمونه ای معادل ۳۸۵ کودک زیر دو سال بطور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

از میان کودکان مورد مطالعه ۷۹ نفر (۲۰٪/۵) مبتلا به درماتیت کهنه بودند. رابطه بین شیوع بیماری با سطح تحصیلات مادران ، رده سنی کودک و استفاده از پوشک یکبار مصرف معنی دار بود ($P < 0.05$). شایعترین ناحیه ابتلا، درگیری توام ژنیتالیا، پرنه ، باتوک و ران بود. رابطه معنی داری بین فراوانی بیماری و جنسیت بیمار مشاهده نشد. به منظور کنترل بیماری یافته های مطالعه بر آموزش بهداشت کودک برای مادران و مربیان مهدکهای کودک و استفاده از پوشکهای با قدرت جذب بالای آب تاکید می کند.

کلید واژه ها : درماتیت کهنه - کودکان / مهد کودک ها

مقدمه :

دیده نمی شود. عارضه یاد شده ممکن است در هر دو جنس و در همه نژادها دیده شود(۳).

از نظر علائم بالینی، بصورت درماتیت اریتماتو و پاپولووزیکولار روی قسمت پایین شکم، ژنیتالیا، سطوح محدب باتوک، رانها و گاهی ساقها، بدون درگیری چینها خود را نشان می دهد(۴،۵). در موارد شدید زخمهای سطحی ایجاد و با ملتهب شدن سر آلت باعث تکرر ادرار، دیزوری، رتانسیون ادرار و پیدایش لکه های خون روی کهنه کودک می شود(۲،۳).

بسیاری از بیماریهای پوستی مانند درماتیتهای تماسی ، عفونتهای کاندیدیایی ، درماتیت آتوپیک ،

درماتیت شایعترین بیماری پوستی است و شایعترین نوع آن در کودکان درماتیت کهنه یا دیپیردرماتیت می باشد. این بیماری ناحیه ای از پوست که بوسیله کهنه یا دیپیر پوشیده می شود را درگیر می کند. این عارضه در افراد مسن با بی اختیاری و بچه ها و بالغینی که بدنبال هیرشپرونک یا آنومالیهای مجاری ادرار بی اختیاری پیدا کرده اند نیز دیده می شود(۳-۱).

فراوانی بیماری در مطالعات مختلف از ۷٪ تا ۳۵٪ (۲) و حتی تا ۵۰٪ نیز گزارش شده است (۳). بیشترین رده سنی درگیر ۱۲-۶ ماه می باشد و معمولاً در سنین زیر سه هفته

نتایج:

در جمعیت مورد مطالعه از ۳۸۵ کودک مورد بررسی ۷۹ نفر (۲۰/۵٪) مبتلا به درماتیت کهنه بودند. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده شایعترین رده سنی ابتلا ۶-۱۲ ماهگی و کمترین آن زیر ۶ ماهگی بود که ارتباط آماری معنی داری بین آنها مشاهده می‌گردد ($p < 0.05$).

جدول ۱: فراوانی درماتیت کهنه در کودکان زیر دو سال مهد کودکهای شهر همدان بر حسب سن

| درماتیت کهنه سن (ماه) | دارند | | ندارند | | جمع |
|--------------------------|-------|------|--------|------|-----|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| زیر ۶ ماه | ۳ | ۳/۲ | ۸۹ | ۹۶/۸ | ۹۲ |
| ۶-۱۲ | ۳۸ | ۳۹/۲ | ۵۹ | ۶۰/۸ | ۹۷ |
| ۱۳-۱۸ | ۲۶ | ۲۵/۵ | ۷۶ | ۷۴/۵ | ۱۰۲ |
| ۱۹-۲۴ | ۱۲ | ۱۲/۷ | ۸۲ | ۸۷/۳ | ۹۴ |
| جمع | ۷۹ | ۲۰/۵ | ۳۰۶ | ۷۹/۵ | ۳۸۵ |

از نظر فراوانی جنسی از ۱۹۳ پسر مورد بررسی ۳۶ نفر (۱۸/۶٪) و از ۱۹۲ دختر مورد بررسی ۴۳ نفر (۲۲/۴٪) مبتلا به بیماری بودند.

از بین شیرخوارانی که مادرانشان بیسواد بودند ۴۰/۷٪ و از آنها که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند ۸/۳٪ مبتلا به بیماری بودند که دارای ارتباط آماری معنی داری می‌باشند ($p < 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۲: فراوانی درماتیت کهنه در کودکان زیر دو سال مهد کودکهای شهر همدان بر حسب میزان تحصیلات مادر

| درماتیت کهنه تحصیلات مادر | دارند | | ندارند | | جمع |
|------------------------------|-------|------|--------|------|-----|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| بیسواد | ۱۱ | ۴۰/۷ | ۱۶ | ۵۹/۳ | ۲۷ |
| ابتدائی | ۲۶ | ۳۷/۷ | ۴۳ | ۶۲/۳ | ۶۹ |
| راهنمائی و دبیرستان | ۳۴ | ۱۷/۶ | ۱۵۹ | ۸۲/۴ | ۱۹۳ |
| دانشگاهی | ۸ | ۸/۳ | ۸۶ | ۹۱/۷ | ۹۴ |
| جمع | ۷۹ | ۲۰/۵ | ۳۰۶ | ۷۹/۵ | ۳۸۵ |

فراوانی بیماری در کودکانی که تنها از پوشک یکبار مصرف استفاده می‌کردند ۸ نفر (۱۱٪) و آنها که از کهنه قابل شستشو استفاده می‌کردند ۲۴ نفر (۲۵/۳٪) و آنها که تماماً از هر دو استفاده می‌کردند ۴۷ نفر (۲۱/۷٪) بود که ارتباط بین آنها از نظر آماری معنی دار می‌باشد ($p < 0.05$) (جدول ۳).

بولوس پمفیگوس، سوختگیها، سفلیس کنژنیتال، درماتیت سبورئیک، scabies، کمبود بیوتین، پسوریازیس در تشخیص افتراقی آن قرار می‌گیرند (۴-۶).

از نظر اتیولوژی بنظر نمی‌رسد تمام موارد بیماری در اثر یک گروه از علل ایجاد شوند ولی بهر حال پیدایش آن بدون وجود پوشش کهنه و درجاتی از بی اختیاری ادرار ومدفوع خیلی بعید است. عواملی که در اتیولوژی آن باید در نظر گرفت شامل رطوبت پوست، بسته بودن طولانی مدت پوست، سائیدگی، باقی ماندن آثار صابون در کهنه، وجود ادرار که باعث افزایش نفوذپذیری پوست می‌شود، pH بالا که باعث افزایش فعالیت آنزیمهای پروتولیتیک و لیپولیتیک مدفوع می‌شود و وجود مدفوع می‌باشد (۱،۳).

درمان بیماری شامل باز گذاشتن کودک تا حد امکان (۷،۸)، پاک کردن و خشک کردن مرتب پوست آلوده به مدفوع و ادرار، تعویض مکرر کهنه، تجویز مواد نرم کننده و محافظ پوست بعد از هر بار تعویض کهنه، استفاده از پماد هیدروکورتیزن ۱٪ در صورت لزوم، مصرف آنتی بیوتیکهای موضعی در صورت بروز عفونت باکتریال و در صورت قارچی شدن ضایعه بکار بردن کرمهای ضد قارچ می‌باشد (۲،۳،۵).

با توجه به مطالب فوق در این مطالعه سعی شده است با بررسی اپیدمیولوژیک درماتیت کهنه از یک طرف و بررسی فراوانی آن بر حسب عواملی چون جنس کودک، نواحی درگیر پوست، تحصیلات مادر و نوع کهنه مصرفی، اقدامات پیشگیرنده مناسب نیز ارائه شود.

روش کار:

این پژوهش مقطعی - توصیفی طی سالهای ۸۱-۱۳۸۰ بر روی کودکان زیر دو سال مهدکودکهای شهر همدان انجام شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن شیوع ۲۰٪، سطح اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۰/۰۴ برابر با ۳۸۵ نفر محاسبه شد که با مراجعه به مهدکودکها و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب و مورد معاینه قرار گرفتند.

نحوه تشخیص بر اساس مشاهده و تشخیص محقق بوده است. برای کلیه افراد مورد بررسی پرسشنامه ای مشتمل بر سئوالات زمینه ای تکمیل و اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون آماری χ^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۳: فراوانی درماتیت کهنه در کودکان زیر دو سال مهد کودکهای شهر همدان بر حسب نوع پوشک مصرفی

| نوع پوشک مصرفی | دارند | | ندارند | | جمع |
|-----------------|-------|------|--------|------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| پوشک یکبار مصرف | ۸ | ۱۱ | ۶۵ | ۸۹ | ۱۸/۹ |
| کهنه قابل شستشو | ۲۴ | ۲۵/۳ | ۷۱ | ۷۴/۷ | ۲۴/۷ |
| توام | ۴۷ | ۲۱/۷ | ۱۷۰ | ۷۸/۳ | ۵۶/۴ |
| جمع | ۷۹ | ۲۰/۵ | ۳۰۶ | ۷۹/۵ | ۱۰۰ |

بیشترین ناحیه درگیر، ابتلا نواحی ژنیتالیا، پرینه، باتوک و ران بصورت همزمان در ۴۱ نفر (۵۱/۹٪) بود. بعد از آن درگیری همزمان ژنیتالیا، پرینه، باتوک در ۲۷ نفر (۳۴/۲٪) قرار داشت و کمترین آن فقط درگیری ژنیتالیا در ۱۱ نفر (۱۳/۹٪) بود.

بحث:

در بررسی حاضر ۲۰/۵٪ کودکان زیر ۲ سال مهدکودکهای شهر همدان به درماتیت کهنه مبتلا بودند که در مقایسه با آمار ۷-۳۵٪ منابع دیگر (۳-۱) قابل قبول می‌باشد.

در این مطالعه ارتباطی بین جنس و ابتلا مشاهده نگردید که در سایر منابع نیز این مسئله تایید شده است (۱-۴).

از نظر فراوانی سنی، شیرخواران ۱۲-۶ ماهه بیشترین میزان ابتلا نسبت به سایر گروهها را داشتند که در سایر منابع نیز سن یاد شده بعنوان شایعترین سن درگیری ذکر شده است (۱،۲،۵).

در این مطالعه ابتلا به درماتیت کهنه با کاهش سطح تحصیلات مادر نسبت مستقیم دارد. در این زمینه مطالعه دیگری برای مقایسه یافت نگردید ولی این موضوع را می‌توان با آگاهی احتمالا بیشتر مادران تحصیل کرده در مورد مسائل بهداشتی و برخورداری از امکانات مالی بهتر توجیه کرد که البته این امر نیازمند بررسی بیشتر می‌باشد.

در مورد نوع پوشک مصرفی، اکثریت کودکان از هر دو نوع پوشک سنتی و یکبار مصرف استفاده می‌کردند ولی در بین آندسته که فقط از یک نوع استفاده

می‌نمودند شیوع بیماری در نوع پوشک یکبار مصرف کمتر بود. در منابع دیگر نیز به این مسئله اشاره شده و علت امر را به قدرت جذب بالای آب این پوشکها نسبت داده اند (۱،۳).

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر، محققین برای کاهش میزان فراوانی درماتیت کهنه، ارائه آموزش اصول بهداشت به مادران و مربیان مهد کودکها در مورد شستشوی مناسب و تعویض مکرر کهنه کودک و استفاده از پوشکهای با قدرت جذب بالای آب را پیشنهاد می‌کنند.

سپاسگزاری:

بدینوسیله از زحمات آقایان دکتر ایرج محمدفام و مهندس سعید امیری که در نوشتن این مقاله ما را یاری فرمودند نهایت سپاس و تشکر را داریم.

منابع:

1. Agrawat R. Diaper Dermatitis: eMed J 2002 Nov; 3(11): 2-11
2. Odom RB, Jame WD, Berger TG. Andrew diseases of the skin. 9th ed. Philadelphia: W.B Saunders, 2000: 80-81.
3. Champion RH, Burton JL, Burns DA. Rook textbook of dermatology. 6th ed. London: Blackwell, 1998: 468-472.
4. Jordan WE, Lowson KD, Borg RW. Diaper dermatitis frequency and severity: Ped Dermatol 1986; 3: 198-207.
5. Arndt, Leboit PE, Robinson GK. Cutaneous medicine and surgery. Philadelphia: W.B Saunders, 1996: 1896-1897
6. Kazkel EL, Lane TL. Diaper Dermatitis. Ped Clin North Am 2000; 47 : 909-919.
7. Wolf R, Wolf D, Tuzun B. Diaper Dermatitis: Clin Dermatol 2000; 18(6): 657-660.
8. Behrman RE, Kligman RM, Arvin AM (eds). Nelson text book of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: W.B Saunders, 2000: 1995.