

مننژیت

گزارش دهی:

■ فوری

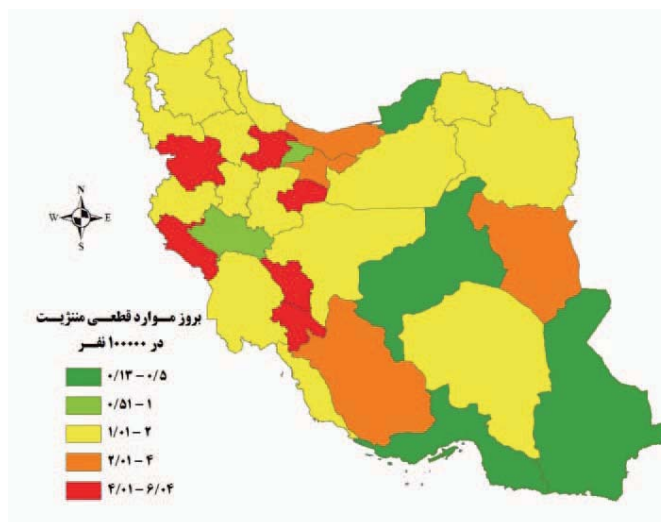
□ غیر فوری ماهانه

معرفی بیماری

مننژیت یکی از اورژانس‌های پزشکی است. میزان مرگ ناشی از این بیماری قبلاً تا ۵۰٪ می‌رسید؛ ولی با کشف درمان‌های مناسب آنتی‌بیوتیکی به ۵ تا ۱۵٪ کاهش یافته است. علاوه بر آن ۱۰ الی ۲۰٪ از بهبود یافتگان بیماری دچار عوارضی مانند عقب افتادگی ذهنی، اختلالات بینایی یا شنوایی و یا اختلالات حرکتی می‌شوند. به منظور کاهش مرگ و میر ناشی از مننژیت، تشخیص زود هنگام بیماری، تعیین سریع عامل احتمالی مولد بیماری، آغاز هر چه سریع‌تر درمان مناسب آنتی‌بیوتیکی و درمان عوارض ایجاد شده حایز اهمیت است. هموفیلوس آنفلوانزا تیپ b، مننگوکوک و پنوموکوک عامل ۷۵٪ تمام موارد مننژیت باکتریال و ۹۰٪ موارد مننژیت کودکان هستند. در کشورهایی که واکسن هموفیلوس آنفلوانزا استفاده شده است، شیوع این عامل بسیار کم شده و متوسط سن ابتلا از دوره کودکی به بالای ۱۵ سالگی افزایش یافته است. مننگوکوک عامل اصلی اکثر موارد همه‌گیری مننژیت می‌باشد. انتقال بیماری به وسیله تماس مستقیم با قطرات تنفسی و ترشحات بینی و گلولی افراد آلوده صورت می‌گیرد. برخی افراد به صورت حامل سالم مننگوکوک بوده و سبب انتقال به دیگران می‌شوند.

پراکندگی بیماری در ایران: بیشترین میزان بروز آن در فصل‌های زمستان و بهار می‌باشد. مردان بیشتر از زنان به این

بیماری مبتلا می‌شوند.



شکل ۱۶: میزان بروز موارد قطعی مننژیت در کشور در سال ۱۳۹۰

علائم و تشخیص

علائم به صورت تب، سردرد شدید، تهوع و استفراغ و اغلب سفتی گردن تظاهر می‌کند. در اغلب موارد راش‌های جلدی پتشی شکل وجود دارد. تاخیر در شروع درمان می‌تواند سبب افزایش احتمال مرگ و یا عوارض بیماری شود. تایید تشخیص با بررسی مایع مغزی نخاعی بیمار و جستجوی میکروارگانیسم بیماری‌زا در آن انجام می‌شود.

دوره نهفتگی از ۲ تا ۱۰ روز متغیر است و در صورتی که درمان با آنتی‌بیوتیک موثر انجام شود معمولاً ۲۴ ساعت بعد از شروع درمان امکان انتقال به دیگران از بین می‌رود.

تعاریف

مورد مشکوک: هر فردی در هر سنی با تب ناگهانی بالای $38/5^{\circ}\text{C}$ و یکی از علائم سفتی گردن، کاهش سطح هوشیاری، علائم مننژیال (سر درد، استفراغ و هر نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی)، ملاحظ برجسته (در اطفال)، مورد مشکوک به مننژیت محسوب می‌شود.

مورد محتمل: هر مورد مشکوکی که آزمایش CSF او حداقل یکی از موارد زیر را نشان دهد:

- ظاهر کدر و چرکی.
- افزایش گلبول‌های سفید بیش از ۱۰۰ سلول/mm³.
- افزایش گلبول‌های سفید ۱۰-۱۰۰ سلول/mm³ به همراه افزایش پروتئین بیش از ۱۰۰ mm/dl یا کاهش قند به کمتر از ۴۰ mg/dl.
- وجود یکی از نتایج زیر در رنگ آمیزی گرم:
 - باسیل گرم منفی (مطرح کننده هموفیلوس آنفلوانزا).
 - دیپلوکوک گرم منفی (مطرح کننده نایسریا مننژایتیدیس).
 - دیپلوکوک گرم مثبت (مطرح کننده استرپتوکوک پنومونیه).

مورد قطعی: مواردی که کشت مثبت وجود دارد یا آنتی‌ژن جرم پاتوژن در مایع مغزی نخاعی و یا خون فرد دارای علائم بالینی یافت شود.

اقدامات مورد نیاز

الف- درمانی

تمام موارد به محض تشخیص و یا شک به بیماری باید به مراکز تخصصی ارجاع شوند. آنتی‌بیوتیک وریدی بایستی پس از تهیه نمونه خون و مایع مغزی نخاعی تجویز شود؛ ولیکن در مواردی که امکان اعزام فوری و دسترسی به مراکز بیمارستانی وجود ندارد به دلیل ضرورت شروع هر چه سریع‌تر درمان می‌توان نسبت به تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف اقدام نمود. در این موارد با توجه به سن بیمار، وجود شرایط زمینه ساز بیماری و میکرو ارگانسیم‌های شایع می‌توان از سفالوسپورین‌های نسل سوم با یا بدون همراهی ونکومايسين استفاده نمود. چنانچه بیمار با پنی‌سیلین درمان شود قبل از ترخیص از بیمارستان باید تحت درمان با ریفامپین هم قرار گیرد تا کلونیزاسیون حلق یا بینی برطرف شود.

ب- پیشگیری

- گزارش فوری به مرکز بهداشت شهرستان.
- آموزش درباره کاهش تماس مستقیم با قطرات آلوده آب دهان بیمار.
- کم کردن تجمعات در مناطق مسکونی و محیط کار.

- تزریق واکسن مننژیت برای سربازها و زائران اماکن مذهبی.
- پیگیری موارد تماس و در صورت لزوم تجویز پروفیلاکسی دارویی.

○ پیشگیری دارویی موارد تماس در مننژیت هموفیلوسی

- در خانواده‌هایی که کودک زیر ۳ سال دارند باید تمام اعضای خانواده از جمله بالغین که در تماس با بیمار بوده‌اند پروفیلاکسی دارویی دریافت نمایند.
- در مهدکودک‌ها و مراکز نگهداری کودکان، در صورتی که سن کودکان ۲ ساله و یا بزرگتر باشد پروفیلاکسی لزومی ندارد؛ مگر این که در عرض ۶۰ روز ۵ مورد یا بیشتر اتفاق افتاده باشد. در مورد مهد کودک‌هایی که کودکان کوچکتر از ۲ سال هم نگهداری می‌شوند برای تمام افراد از جمله بالغین، باید پروفیلاکسی داد.

جدول ۲۵: پروتکل پروفیلاکسی در مننژیت هموفیلوسی

گروه سنی	دارو	مدت مصرف
بزرگسالان	ریفامپین ^۱ ۲۰ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن در روز، حداکثر ۶۰۰ میلی‌گرم	۴ روز
کودکان	ریفامپین ۱۰ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن در روز	۴ روز

○ پیشگیری دارویی در مننژیت مننگوکوکی

- در تماس‌های نزدیک با فرد مبتلا مانند افراد خانواده.
- هر فردی که مستقیماً با ترشحات بیمار (بوسیدن و دست کاری‌های مجاری تنفسی) سر و کار دارد.
- افراد ارتشی که فضای خواب مشترک دارند.
- در مدارس، دوستان نزدیک که ظرف غذای مشترک دارند نه همه دانش آموزان.
- در مهد کودک‌ها تمام کودکان و موارد تماس.

جدول ۲۶: پروتکل پروفیلاکسی در مننژیت مننگوکوکی

گروه سنی	دارو	مدت مصرف
بزرگسالان	ریفامپین هر ۱۲ ساعت ۶۰۰ میلی‌گرم	۴۸ ساعت (۴ دوز)
	سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم عضلانی	تک دوز
خانم‌های باردار	سفتریاکسون ۲۵۰ میلی‌گرم عضلانی تک دوز	تک دوز
افراد بالای ۱۲ سال	سیپروفلوکساسین ۵۰۰ میلی‌گرم خوراکی (ممنوع در حاملگی و اطفال)	تک دوز
کودکان بالای یک ماه	ریفامپین ۱۰ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن هر ۱۲ ساعت	۴۸ ساعت
کودکان زیر یک ماه	ریفامپین ۵ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن هر ۱۲ ساعت	۴۸ ساعت
زیر ۱۵ سال	سفتریاکسون ۵ میلی‌گرم برای هر کیلو وزن حداکثر تا ۱۲۵ میلی‌گرم	

^۱ از سفتریاکسون و سفوتاکسیم نیز میتوان برای پروفیلاکسی استفاده کرد.

اندیکاسیون‌های ارجاع به سطوح بالاتر

تمام موارد باید به محض شک به بیماری به مراکز تخصصی ارجاع شوند.

در صورت همه‌گیری، با نظر مرکز بهداشت شهرستان واکسیناسیون تمام افراد در تماس نزدیک، در اماکن تجمعی مانند پادگان و مدارس با نیم میلی لیتر واکسن دو ظرفیتی A و C به صورت زیر جلدی باید انجام شود.

جداسازی

رعایت نکات تماس تنفسی تا ۲۴ ساعت بعد از شروع درمان با آنتی‌بیوتیک موثر الزامی است.

منابع

۱. آخرین دستورالعمل کشوری مننژیت. مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، ۱۳۹۰.
۲. اصول پیشگیری و مراقبت بیماری‌ها. مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۴.
۳. اطلاعات و آمار بیماری‌های واگیر در ایران (۱۳۸۱-۱۳۵۶). مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۳.
۴. راهنمای کنترل بیماری‌های واگیر دار در انسان، ویرایش نوزدهم، ۲۰۰۸.