

مننژیت ویروسی را غالباً مننژیت غیر عفونی می نامند. مننژیت ویروسی به وسیله ویروسهای مختلفی ایجاد می شود. بعضی از آنها از طریق عطسه، سرفه یا وضعیت های بهداشتی نامناسب به وجود می آیند. سایر موارد آن، از جمله ویروس کوکساکسی در فاضلاب آلوده پیدا می شود. مننژیت ویروسی با شروع ناگهانی تب و علائم و نشانه های درگیری مننژ مانند سردرد و سفتی گردن مشخص می گردد. فتوفوبی<sup>۱</sup> نیز از نشانه های معمول آن بوده و ممکن است درجاتی از خواب آلودگی نیز وجود داشته باشد.

این عفونت معمولاً خود محدود شونده بوده و درمان آن بر روی تسکین نشانه و حفظ راحتی بیمار تمرکز دارد. بهبودی آن معمولاً کامل است، اگرچه سردرد و خستگی ممکن است تا یک سال یا بیشتر نیز ادامه داشته باشد.

مننژیت باکتریایی دارای مرگ و میر ۳ تا ۶ درصد بوده و تقریباً یک نفر از ۷ بیمار مبتلا به آن عواقب وخیمی مانند کری و آسیبهای مغزی را تجربه می کنند. یافته های غیر اختصاصی آن در نوزادان و شیرخواران، شامل درجه حرارت غیر طبیعی، خواب آلودگی، تحریک پذیری و تغذیه ضعیف می باشند. در این گروه سنی، برآمدگی فونتانل کاملاً مشخص است، هرچند که در مراحل اولیه بیماری ظاهر نمی شود. یافته های بالینی در کودکان و بزرگسالان نیز شامل تغییر وضعیت روانی، سفتی گردن و علامتهای مثبت کرنیک<sup>۲</sup> و برودزینسکی<sup>۳</sup> است. تشخیص و درمان سریع این عارضه جهت کاهش بیماریزایی و مرگ و میر ناشی از آن ضرورت دارد. در افراد مشکوک به مننژیت با توجه به وضعیت بیمار، پونکسیون لومبر می تواند در تشخیص ارگاناسم مربوطه مفید باشد. بدین لحاظ C.S.F (مایع مغزی نخاعی) و خون بیمار از نظر

## مننژیت

## و بیماریهای

## منگوکوکی

مترجم:

میترا عباس زاده - خاتون حسن نیا  
دانشجویان ترم چهارم پرستاری  
دانشکده پرستاری صومعه سرا

- 1- Photophobia.
- 2- Kernig's Sign.
- 3- Brudzinski's Sign.

پنوموکوکی نامیده می‌شود. این نوع باکتری، میزان میرایی بالاتر از سایر انواع مننژیت (تقریباً ۲۰٪) را شامل می‌شود.

مننژیت هموفیلوس آنفلونزای نوع B معمولاً با باکتری می<sup>۲</sup> همراه است. این بیماری دارای شروع ناگهانی بوده و تا عدم هوشیاری بیمار، پیشرفت می‌کند. معمولاً بوسیله ذرات و ترشحات بینی و گلو منتشر شده و عامل حدود ۴۰٪ عفونتهای باکتریایی در کودکان می‌باشد. بدین لحاظ برنامه ایمن سازی نوزادان با واکسن کتروگه هموفیلوس آنفلونزای B در اکتبر سال ۱۹۹۲ در انگلستان اجراء گردید و در سال ۱۹۹۴، حدود ۹۳٪ اطفال زیر ۱۲ ماه در انگلستان تحت پوشش این واکسن قرار گرفتند. این برنامه موجب کاهش شیوع هموفیلوس آنفلونزا و مرگ و میر ناشی از آن گشته است. هرچند که عقیده بر این است که مننژیت منگوکوکی بخصوص در کودکان، شیوع بیشتری خواهد داشت.

بیماری مننژیت منگوکوکی توسط مننژیتدیس نیسریا ایجاد می‌شود که دارای سوشهای مختلف می‌باشد. در سال ۱۹۹۴ در کشور انگلستان، ۷۰٪ عفونتهای منگوکوکی به زیر گروه B و ۲۶٪ به زیر گروه C نسبت داده شد. با وجود اینکه میزان ابتلا را نمی‌توان برای گروه سنی خاصی در نظر گرفت، اما بالاترین میزان ابتلاء به آن در شیرخواران گزارش شده است. این میزان ابتلا در طول دوران کودکی کاهش می‌یابد، اما اوج ثانویه‌ای در سنین ۱۵-۱۹ سالگی دیده می‌شود.

مننژیتدیس نیسریا تقریباً در گلو و بینی ۱۰٪ از افراد جامعه وجود داشته و قطرات مترشحه از بینی می‌تواند باعث انتشار بیماری و انتقال آن از شخصی به شخص دیگر شود. شیوع این بیماری روبه افزایش است. همانگونه که آمار مربوط به ۴۵ هفته اول سال ۱۹۹۵، نشانگر ۱۴۴۸

مطالعات بیوشیمیایی و کشت میکروسکوپی مورد بررسی قرار می‌گیرند. اگر قبل از گرفتن نمونه خون و CSF، درمان با آنتی بیوتیک برای بیمار شروع شده باشد، می‌توان از روش‌های بررسی سریع ردیابی آنتی ژن<sup>۱</sup> سود جست. درمان مننژیت باکتریایی براساس آنتی بیوتیک‌ها قرار دارد. مقاومت دارویی را می‌توان با استفاده از نسل سوم سفالوسپورین‌ها مانند سفتوکسامین، سفتریاکسون و سفتری زیدیم کنترل نمود.

حفظ تعادل آب و الکترولیتها، کنترل تشنج با داروهای ضد تشنج و بررسی وضعیت عصبی بیمار جهت شناسایی علایم افزایش فشار داخل جمجمه یا تحلیل اعصاب از موارد مهم مراقبتی در این افراد است. مشاهدات باید از نظر بررسی علایم تحریکات مننژ، تغییر سطح هوشیاری، الگوی تنفس، علایم مربوط به مردمک چشم، حرکات چشم، پاسخ حرکتی و کنترل علایم حیاتی انجام پذیرد.

مراقبتهای پرستاری بر کنترل نشانه‌های بیمار تمرکز دارد. برای مثال اتاق بیمار دارای فتو فوی، باید تاریک باشد، از عوارض استراحت در تخت مانند زخم فشاری در بیمار بیهوش جلوگیری شود. بیمار باید حداقل تا ۲۴ ساعت بعد از شروع درمان با آنتی بیوتیک‌ها در اتاق جداگانه نگهداری شود.

#### عوامل مننژیت باکتریایی:

استرپتوکک پنومونی، هموفیلوس آنفلونزا و نیسریا مننژیتدیس موجب اکثریت موارد مننژیت باکتریایی می‌باشند. ای کولای، استرپتوکک B، لیستریا منوسیتوژن‌ها در دوره نوزادی، شایعترین پاتوژنهایی هستند که به هنگام زایمان به نوزاد سرایت می‌کنند.

استرپتوکک پنومونی ممکن است در قسمت فوقانی دستگاه تنفس ۳۰٪ از افراد جامعه یافت شود. این باکتری عامل مهم مننژیت در افراد کهنسال و کودکان و موجب ۱۰٪ از موارد مننژیت است و غالباً به عنوان مننژیت

1- Rapid Antigen Detection Tests.

2- Bacterimia.

جهت کنترل انتقال ارگانیزم از طریق بینی به وی داده شود. دسته دیگر افراد نیازمند به پیشگیری آنتی بیوتیکی کسانی هستند که در طول هفت روز گذشته دارای تماس طولانی با بیماران بوده‌اند. ریفامپین، سیپروفلوکساسین و سفتریاکسون برای پیشگیری از موارد ثانویه بیماری توصیه می‌شوند. خبر منتشر شده‌ای در سال ۱۹۹۲، نشانگر نقش مهد کودک‌ها در انتشار بیماری بود. بر طبق این خبر پیشگیری از بیماری را باید از مهد کودک‌ها شروع نمود تا خطر موارد ثانویه کاهش یافته و وقوع بیماری در جامعه از بین برود.

پیشگیری دارویی برای کارکنان خدمات بهداشتی درمانی ضرورتی ندارد، مگر در مواقعی که تماس دهان به دهان با بیمار، انجام لوله گذاری داخل نای و ساکشن و یا سرفه بیمار به طرف صورت کارکنان اتفاق افتد.

نقش اصلی پرستاران در حمایت از بیماران مبتلا و همچنین از خانواده بیماران در طول زمان پر خطر بیماری است و فعالیت‌های مهم مورد نیاز در آینده جهت پیشگیری از بروز موارد جدید است تا درمان بیماران امروزه واکسن کونژوگه برای زیر گروه C از نوع مننژیت‌دیس نیسریا در دسترس می‌باشد. اما تیترا آنتی بادی‌های آن به سرعت کاهش می‌یابد. پژوهشگران در صدد آزمایشاتی جهت تهیه واکسن کونژوگه جدید AC و همچنین گروه B می‌باشند، تا در جهت پیشگیری از موارد جدید بتوانند دستاوردهای مناسب داشته باشند.

منبع:

Davis, D. "The Cause Of Meningitis And Meningococcal Disease". Nursing Times. Vol:92, No:6. Feb 1996. pp:25-27

1- Vasculitis Rash.

2- General Practitioner Nurse (GP).

مورد عفونتهای مننژوکوکی مهاجم می‌باشد. این آمار با آمار ۱۱۹۹ مورد در سال ۱۹۹۳ و ۱۲۱۱ مورد در سال ۱۹۹۴ در همان دوره زمانی قابل مقایسه خواهد بود. از طرف دیگر از ابتدای اکتبر ۱۹۹۵، ۵ گروه (نوع) بیماری مننژوکوکی به ثبت رسیده است که ۴ گروه آن در مدارس شیوع داشته است.

فرم کشنده بیماری مننژوکوکی، همانند سپتی سمی بروز کرده و غالباً با راش جلدی همراه است. این بیماری دارای سه سندروم شایع مننژیت، سپتی سمی و مننژیت همراه با سپتی سمی است. میزان میرایی در مننژیت مننژوکوکی، کمتر از ۵٪ است، اما این میزان در سپتی سمی تا ۱۰ برابر نیز افزایش می‌یابد. باید توجه داشت که بیماری مننژوکوکی با مننژیت متفاوت بوده و تأکید بر اهمیت بالینی راش و اسکولیتی<sup>۱</sup> (گاهاً به صورت پتشی، پورپورا، خونریزی دهنده و یا کبود شونده توصیف می‌شود) ضروری است.

بیماران مبتلا به راش و اسکولیتی دارای میزان میرایی بیشتری می‌باشند. بنابراین نیاز به فوری‌ترین توجهات در این بیماران وجود دارد. درمان سریع برای کاهش بیماری‌زایی و میرایی سپتی سمی مننژوکوکی ضروری است. بیماری مننژوکوکی به سرعت پیشرفت می‌کند، بنابر این درمان فوری شخص مشکوک با بنزیل پنی سیلین پیشنهاد می‌شود.

در صورت مواجهه با فرد مشکوک به این بیماری در خارج از محیط بیمارستان، پرستار<sup>۲</sup> باید قبل از انتقال وی به بیمارستان، بنزیل پنی سیلین را ترجیحاً از طریق داخل وریدی به بیمار مشکوک تزریق کند پذیرش سریع بیمار در بیمارستان برای شروع درمان فوری و دادن آنتی بیوتیک‌های مناسب ضرورت دارد.

### پیشگیری دارویی:

در صورتی که بیمار قادر به دریافت دارد و از راه دهان باشد، باید از آنتی بیوتیک‌ها به صورت پیشگیری کننده