

بررسی اپیدمیولوژیک مننجیت در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی

پوهنیار دوکتور خالد بها^۱ و پوهنیار احمد ولید فرهمند^۲

۱ استاد دانشکده طب دانشگاه بلخ

۲ استاد دانشکده طب دانشگاه بلخ

چکیده

کنترول و وقایه التهاب سحایا یکی از اولویتهای سازمان صحتی جهان است که بر اساس وضعیت ابتلا به این مرضی در کشورهای مختلف، مستلزم سیستمهای مراقبتی متفاوتی خواهد بود. این مطالعه از نوع توصیفی بوده و جامعه آماری آن تمام مریضان بستر شده با تشخیص مننجیت از ابتدای سال ۱۳۹۸ الی زمستان ۱۳۹۹ در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی بوده است. روش نمونه‌گیری سرشماری و روش جمع‌آوری اطلاعات چک لیست بوده که براساس دوسیه‌های موجود در شفاخانه تکمیل شده است. این تحقیق بالای ۱۶۱ مریض طی سالهای ۱۳۹۸ الی زمستان ۱۳۹۹ با تشخیص مننجیت حاد بستری شده اند. از این تعداد ۱۰۰ تن مرد و ۶۱ تن زن می‌باشد. بیشترین ابتلا (۹۰) مربوط به فصل بهار و ۷۱ مورد در فصل زمستان بوده است. میزان بروز مننجیت طی سال‌های ۹۸ و ۹۹ به ترتیب ۵ و ۳،۱۳ و ۳،۱۴ در هر صد هزار نفر جمعیت می‌باشد. علایم سریری شامل تب، سردردی و استفراغ، علایم تحریک سحایا در بیش از ۸۰٪ موارد وجود داشته اند.

واژه‌های کلیدی: التهاب سحایا، مرگ و میر، اپیدمیولوژیک، باکتریا

۱- مقدمه

مننجیت عبارت است از التهاب پرده‌های دماغ که با تعداد غیرطبیعی کریوات سفید، در مایع دماغی شوکی خود را نشان می‌دهد. مننجیت باکتریال حاد یک بیماری بسیار مهم در سطح جهان است. در سال‌های اخیر پیشرفت‌های واضحی در شناسایی پاتوفیزیولوژی مننژیت باکتریال و چگونگی برخورد با این بیماران حاصل شده است. با وجود این مننجیت باکتریال به‌عنوان یک عامل مهم مرگ‌ومیر و اختلالات باقی‌مانده است. علل مننجیت حاد بسیار متنوع است، از جمله علل انتانی شامل باکتريا، ویروس‌ها، ریکتزیاها و اسپروکتها از علل غیر انتانی برخی دواها، تومورها و کتلای داخل قحفی و مریضی‌های سیستمیک مانند SLE، برخی اعمال جراحی روی سیستم عصبی و مواردی مانند تشنج، مننجیت مولارت است (۴).

علل ویرال مننجیت بسیار زیاد است. انتر و ویروس حدود ۸۵-۹۵٪ علل ویروس مننجیت را به خود اختصاص می‌دهد. سایر علل آربوویروسها، ویروس Mumps و ویروس LCM (لنفوسیتیک کوریو مننجیت) است. از علل باکتریال عمده‌ترین پاتوجنها شامل هموفیلوس آنفلوانزا، نیسریا مننژیتیدیسی و استرپتوکوک پنومونیه می‌باشد که علل بیش از ۸۰٪ را به خود اختصاص داده است (۸). شیوع مننجیت با استفاده از واکسین هموفیلوس آنفلوانزا که در اطفال تزریق می‌گردد، به شدت کاهش یافته و از انسیدانس ۲٫۹ در سال ۱۹۸۶ به ۲ در سال ۱۹۹۵ رسیده است. طوریکه امروزه مننجیت باکتریال از علل مننجیت در بالغین است تا شیرخواران و نوزادان.

میزان مرگ و میر در مننجیت ویرال بسیار کم است و بهبودی کامل معمولاً ایجاد می‌شود. در مننجیت باکتریال مرگ و میر بسته به نوع میکروب بین ۱۰-۲۵٪ متفاوت بوده است. فاکتورهای خطر مرگ‌ومیر در میان مریضان مبتلابه مننجیت اکتسابی در جامعه شامل سن بالای ۶۰ سال، اختلال هوشیاری در بدو پذیرش، تشنج در ۲۴ ساعت اول مریضی است (۱۰). با توجه به مطالب فوق مریضی مننجیت حاد یکی از فوریت‌های طبی بوده که نیاز به اقدامات تشخیصی و تداوی سریع و صحیح دارد که در غیر این صورت با مرگ‌ومیر و عوارض بالایی همراه است. از طرفی اطلاع از خصوصیات اپیدمیولوژیک مریضی در یک منطقه جغرافیایی و اطلاع از سوشهای مریضی‌ها هر منطقه کمک زیادی به انجام صحیح‌تر و دقیق‌تر اقدامات اولیه جهت تداوی خواهد شد. لذا این تحقیق با هدف کسب اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های دموگرافیک و علل مننجیت و بروز آن در ولایت بلخ اجرا گردیده است.

شیوع سالانه مننجیت حاد باکتریایی در کشورهای توسعه یافته ۱-۲ در ۱۰۰۰۰۰ تخمین زده می‌شود. وزارت صحت انگلستان گزارش سالانه‌ای در مورد مریضی تهاجمی مننژوکوک منتشر می‌کند. در سال ۲۰۱۷-۲۰۱۸، ۷۵۵ مورد تایید شده در انگلستان وجود داشته است، مشابه ۷۴۸ مورد گزارش شده در سال ۲۰۱۶-۲۰۱۷.

اپیدمیولوژی مننجیت باکتریایی در طی دو دهه گذشته در انگلستان با یک برنامه واکسیناسیون در حال تحول و تغییر است. مننجیت در افراد در همه گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد، اما شیرخواران بیشترین خطر مننجیت باکتریایی و بیماری مننژین را دارند و اوج دیگری در نوجوانان و بزرگسالان وجود دارد (۲).

مننجیت ویروسی شایع‌ترین است، بیش از نیمی از موارد را شامل می‌شود، اما مننجیت باکتریایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به‌ویژه که مرگ‌ومیر بالایی دارد. تصور می‌شود بسیاری از موارد مننجیت ویروسی گزارش نشده است - برای مثال در سال ۲۰۰۵-۶، افرادی که با تشخیص مننجیت ویروسی در شفاخانه بستری بودند ده برابر گزارش‌ها در مورد آمار این مریضی بود. تخمین زده می‌شود که یک داکتر اوسط در طول دوره کاری خود فقط یک یا دو مورد از مننجیت باکتریایی را مشاهده می‌کند (۷،۱).

روش تحقیق

این تحقیق کاربردی از نوع توصیفی بوده که جامعه آماری آن شامل تمام مریضان بستری به شفاخانه ابوعلی سینای بلخی طی سال‌های ۱۳۹۸ الی زمستان ۱۳۹۹ انجام شده است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به روش سرشماری و روش جمع‌آوری اطلاعات مراجعه به دوسیه‌های مریضان و چک لیست بود. اطلاعات موردنیاز اساس اسناد و مدارک موجود در

شفاخانه از دوسیه های مریضان و فورم مخصوص جهت مریضان مننجیتی تکمیل گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 23 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

این پژوهش بالای ۱۶۱ مریض طی سال‌های ۱۳۹۸ الی زمستان ۱۳۹۹ با تشخیص مننجیت حاد بستری شده اند. از این تعداد ۱۰۰ تن مرد و ۶۱ تن زن می‌باشد. بیشترین ابتلا (۹۰) مربوط به فصل بهار و ۷۱ مورد در فصل زمستان بوده است. میزان بروز مننجیت طی سالهای ۹۸ و ۹۹ به ترتیب ۵ و ۳،۱۳ و ۳،۱۴ فیصد هزار نفر جمعیت می‌باشد. علایم کلینیکی شامل تب، سردرد و استفراغ، علایم تحریک مننژ که در بیش از ۸۰٪ موارد وجود داشته اند. در کل ۱۱ مورد از مریضان فوت نمودند.

عوامل زمینه‌ساز مریضی در ۱۲ مورد وجود داشته که شامل تروما به سر، جراحی مغز و اعصاب و التهاب گوش متوسط بوده است. عوارض مریضی در ۸ مورد مشاهده شد که شامل عوارض نورولوژیک کانونی، هیدروسفالی و اتروفی دماغ، آمپیم ساب، دورال و نقص شنوایی بوده است.

		شهر	فیصدی	روستا	فیصدی	مجموع
Valid	1398	40	40%	60	60%	100
	1399	30	49%	31	51%	61
	Total	70	100.0	91	100	161

جدول (۱) در موارد مننجیت در طی سالهای ۹۸ و ۹۹ نشان می‌دهد که از جمله ۱۶۱ تن ۱۰۰ تن در سال ۱۳۹۸ که از آنجمله ۴۰٪ شهری و ۶۰٪ روستایی می‌باشد. در طی سال ۱۳۹۹ ۶۱ تن بوده که از آنجمله ۳۰ تن شهری و ۳۱ تن دهاتی که براساس فیصدی به ترتیب ۴۹٪ و ۵۱٪ می‌باشد.

سال	ولسوالی	زن	مرد	مجموع
1398	مرکز	25	15	40
	خلم	3	2	5
	دولت آباد	4	1	5
	دهدادی	6	3	9
	نهرشاهی	3	4	7
	مارمل	1	3	4
	شولگره	7	3	10
	زاری	2	2	4
	کلدار	3	2	5
	کشندی	5	1	6
	چاربولک	-	5	5
1399	مرکز	10	20	30
	خلم	2	-	2
	دولت آباد	3	1	4
	دهدادی	2	1	3

	نهرشاهی	1	2	3
	مارمل	2	-	2
	شولگره	3	1	4
	زاری	-	1	1
	کلدار	3	1	4
	کشندی	-	3	3
	چاربولک	1	4	5

جدول (۲) در موزد مننجیت براساس ولسوالی ها نشان می‌دهد که در طی سال ۹۸ (۴۰) تن در مرکز (۱۵ مرد و ۲۵ زن)، در ولسوالی خلم ۵ تن (۲ مرد و ۳ زن)، در ولسوالی دولت آباد ۵ تن (۴ زن و ۱ مرد)، در ولسوالی دهدادی ۹ تن (۳ مرد و ۶ زن)، در ولسوالی نهرشاهی ۷ تن (۴ مرد و ۳ زن)، در ولسوالی مارمل ۴ تن (۳ مرد و ۱ زن)، در ولسوالی شولگره ۱۰ تن (۳ مرد و ۷ زن)، در ولسوالی زاری ۵ تن (۲ مرد و ۳ زن)، ولسوالی کشندی ۶ تن (۱ مرد و ۵ زن) و در اخیر ولسوالی چاربولک ۵ تن مرد دچار مننجیت شده بودند. در سال ۱۳۹۹ در مرکز ۳۰ تن (۲۰ مرد و ۱۰ زن)، در ولسوالی خلم ۲ زن، در ولسوالی دولت آباد ۴ تن (۱ مرد و ۳ زن)، ولسوالی دهدادی ۳ تن (۱ مرد و ۲ زن)، ولسوالی نهرشاهی ۳ تن (۲ مرد و ۱ زن)، ولسوالی مارمل ۲ زن، ولسوالی شولگره ۴ تن (۱ مرد و ۳ زن)، ولسوالی زاری ۱ مرد، ولسوالی کلدار ۴ تن (۱ مرد و ۳ زن) و ولسوالی کشندی ۳ مرد و ولسوالی چاربولک ۵ تن (۴ مرد و ۲ زن) مصاب به مریضی مننجیت شده بودند

جدول (۳) تعداد فوتی ها نظر به فصول طی سال ۹۸-۹۹

		تعداد فوتی	فیصدی	مجموع
۱۳۹۸	بهار	۵۹		۹۹
	تابستان	۴۰		
	خزان	-		
	زمستان	-		
۱۳۹۹	بهار	۳۱		۶۲
	تابستان	۳۱		
	خزان	-		
	زمستان	-		

جدول (۳) در مورد تعداد فوتی ها نظر به فصول سال نشان می‌دهد که اکثریت فوتی‌های در بهار (۹۰ تن) صورت گرفته در سال ۹۸ و ۹۹ به ترتیب ۵۰ و ۳۱ تن فوت نموده و در تابستان ۹۸ و ۹۹ به ترتیب ۴۰ و ۳۱ تن فوت نموده است

نتیجه‌گیری:

این تحقیق کاربردی از نوع توصیفی بوده که جامعه آماری آن شامل تمام مریضان بستری به شفاخانه ابوعلی سینای بلخی طی سال‌های ۱۳۹۸ الی زمستان ۱۳۹۹ انجام شده است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به روش سرشماری و روش جمع‌آوری اطلاعات مراجعه به دوسیه‌های مریضان و چک لیست بود. اطلاعات مورد نیاز اساس اسناد و مدارک موجود در شفاخانه از دوسیه‌های مریضان و فورم مخصوص جهت مریضان مننجیتی تکمیل گردید.

این تحقیق بالای ۱۶۱ مریض طی سال‌های ۱۳۹۸ الی زمستان ۱۳۹۹ با تشخیص مننجیت حاد بستری شده اند. از این تعداد ۱۰۰ تن مرد و ۶۱ تن زن می‌باشد. بیشترین ابتلا (۹۰) مربوط به فصل بهار و ۷۱ مورد در فصل زمستان بوده است. میزان بروز مننجیت طی سال‌های ۹۸ و ۹۹ به ترتیب ۵ و ۳،۱۳ و ۳،۱۴ فیصد هزار نفر جمعیت می‌باشد. علایم بالینی شامل

تب، سردردی و استفراغ، علائم تحریک سحایا که در بیش از ۸۰٪ موارد وجود داشته اند. در کل ۱۱ مورد از مریضان فوت نمودند؛ که از جمله ۱۶۱ تن ۱۰۰ تن در سال ۱۳۹۸ که از آنجمله ۴۰٪ شهری و ۶۰٪ دهاتی می‌باشد. در طی سال ۱۳۹۹ ۶۱ تن بوده که از آنجمله ۳۰ تن شهری و ۳۱ تن دهاتی که براساس فیصدی به ترتیب ۴۹٪ و ۵۱٪ می‌باشد. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان دریافت که با توجه به اینکه در موارد اولیه مریضی که بیشترین کمک به مریض می‌شود؛ گاهی اوقات به دلیل عدم شک به مریضی تداوی آن به تأخیر می‌افتد و شاید یکی از دلایل ایجاد عوارض بعدی همین امر باشد. آموزش‌های لازم جهت مراجعه به موقع داده شود

مأخذ:

۱. قوطاسلو، رضا و صفر فرج‌نیا. (۱۳۹۱). شناسایی نایسریا مننجیتیدیس در کودکان مشکوک به مننجیت توسط PCR و مقایسه آن با روشهای کشت و آگلوتیناسیون، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره یازدهم، صص ۶۰۵-۶۱۰.
۲. کاظمی‌گلوگاهی، محمد حسن؛ خلیلی‌فر، سید امیر حسین و مرتضی اکبری. (۱۳۹۱). بررسی موارد مننجیت در کارکنان یکی از نهادهای نظامی طی سالهای ۱۳۸۴-۱۳۸۹ و تهیه نقشه توزیع آن با استفاده از GIS، مجله طب نظامی، دوره ۱۵، شماره ۱، صص ۱-۶.
۳. نیکخوی، عبدالرسول؛ احمدی، فاطمه؛ علویان، بانک و سیده ثریا اشرفی‌زاده. (۱۳۹۱). بررسی اپیدمیولوژیک موارد سلولیت منجر به عارضه در بیماران بستری شده در بخش عفونی بیمارستان رازی اهواز طی سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۰، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جندی-شاپور اهواز، صص ۲۰-۳۴.
4. Chang WN, Lu CH, Huang CR, Tsai NW, Chuang YC, Chang CC, et al. Changing epidemiology of adult bacterial meningitis in southern taiwan: a hospitalbased study. *Infection*. 2008;36(1):15-22.
5. Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ, Miller SI, Southwick FS, Caviness VS Jr, et al. Acute bacterial meningitis in adults. A review of 493 episode. *Inf disease unit. Massachuset, general hospital, Boston. New England*. 1998; 7; 328: 21-28.
6. Ellis Simonsen SM, van Orman ER, Hatch BE, Jones SS, Gren LH, Hegmann KT, et al. Cellulitis incidence in a defined population. *Epidemiol Infect* 2006;134(2):293-9.
7. Hosoglus AC. Acute bacterial meningitis in Enuhu, Nigeria. April 1989 to march 1993. Department of medical microbiology, Univerdity of Nigeria, teaching hospital, Enugo. *Cent Afi J med*. 1997; 41; 54-59.
8. Hussan AS, Shafran SD. Acute bacterial meningitis in adult. A12 years review. Division of infectious disease. Department of medicine, University os Alberta, Edmonton. Canada. *Medicine* 2004; 79: 360-308.
9. Lafoort R. Andreoli TE, Cecil RL. Cecil essentials of medicine. 6th ed. Philadelphia, Pa: Saunders; 2004. P. 720-1.
10. Laguna DP, Shafran SD. Acute bacterial meningitis in adult, A clinical and developmental analysis of 100 cases. Departamento de medicina, Clinica Puerto de hierro, Universidal Autonoma, Madrid. *An Med Interna*. 2003; 13: 520-526.
11. Wilder-Smith A, Goh KT, Barkham T, Paton NS. outbreak of neisseria meningitides serogroup W135: Estimate of the attack rate in a defind population and risk of invasion developing in carrier *Clin INF Disease*. 2003; 36: 679-683.