

نکاتی چند راجع به مننژیت سلی

نقارش :

دکتر اقبال

استاد کرسی بیماریهای گندزا

دکتر محمدعلی مولوی

رئیس درمانگاه بیماریهای گندزا

مطالعات و تفحصات مرگ و میر مبتلایان به مننژیت سلی در سرویس های مختلف تهران مارا بر آن میدارد که نکاتی چند در این باره نگاشته و همکاران گرامی را بیدار و هوشیار سازیم.

احصائیه مبتلایان به مننژیت سلی در بخش بیماریهای گندزای بیمارستان پهلوی در یکسال اخیر نشان میدهد از ده نفر بیماری که مراجعه کرده اند فقط يك طفل ۱۴ ساله از آن میان از مرگ نجات یافته که شرح حال مختصر آنرا بعداً خواهیم نگاشت علت رهائی وی بواسطه مراجعه زودرس و تشخیص و درمان دقیق و سریع بوده است.

بسرویس آقای دکتر معتضدی در سال اخیر دو بیمار مبتلا به مننژیت سلی مراجعه کرده و هر دو بعلت مراجعه دیررس و اینکه بیماری در مرحله پیشرفته بوده است در گذشته اند.

در سایر بخش ها نیز تلفات این بیماری بسیار سنگین است در صورتیکه مطالعات آمار مننژیت سلی اروپا و ملل غربی نشان میدهد که پیدایش تدابیر جدید و داروهای ضد سلی نوین مرگ و میر این بیماری را بمقدار معتنا بهی کاسته است یعنی مرگ و میر فعلی آن از ۱۵ درصد متجاوز نیست. در سرویس دبره و بریسو و اتین برنار (۱) تعداد نجات یافتگان از این ناخوشی به ۸۵ درصد بالغ میشود. ما تصور میکنیم این اختلاف فاحش تلفات در کشور ما مربوط به عوامل زیر است :

- ۱ - بیماران دیر به بیمارستان و پزشکان مراجعه میکنند.
- ۲ - بعلت کافی نبودن وسائل لازم، در تشخیص تأخیر میشود و بخش های

مجهز و مخصوصی برای این گروه بیماران وجود ندارد.

۳ - نبودن داروهای ضروری و لازم در دسترس بخش‌های مربوطه درمان پیش‌رس را بتأخیر انداخته و وقت گرانبهای اولیه تلف میشود.

اگر مننژیت سلی را از ابتدای شروع آن که هنوز علائم بالینی کاملاً آشکار نشده تشخیص بدهند و سرعت درمان مقتضی با استرپتومیسین - ریمی فون - پاس پرداخته شود قطعاً تعداد مرگ و میر کاهش فاحشی خواهد یافت.

در ایران سهل‌انگاری اطرافیان بیماران و نادانی آنان باعث میشود که اغلب مبتلایان در مراحل پیشرفته به بیمارستان مراجعه کنند و نمیدانند که چه وقت گرانبهای را بدین ترتیب تلف می‌کنند و جان بیماران خود را به مهلکه میاندازند. شروع مننژیت سلی اغلب تدریجی است و مرض بآرامی پیش میرود لذا جلب نظر اطرافیان نایبنا را نمی‌کند. شروع حاد مرض بسیار نادر است. به تغییر اخلاق و سردرد طفل اغلب مادران ایرانی اهمیت نمی‌دهند، بی‌اشتهایی و یات‌هوع و استفراغ و بی‌بوستوی را حمل بردودل و غیره میکند و موقعی مریض را تحویل بیمارستان و طبیب میدهند که در حال رخوت و یا اغماء باشد در این مرحله البته موفقیت درمان بسیار ناچیز است.

امیدواریم در کشور عزیزمانیز موازینی برضد سل اتخاذ شود و سرویس‌های منظم و مجهزی در دسترس بیماران قرار گیرد تا از مرگ و میر این بیماری کاسته شود و احصائیه آن قابل مقایسه با ممالک راقیه گردد.

مننژیت سلی همواره بایستی مدنظر پزشک خانواده‌گی باشد و عواقب آنرا بخانواده گوشزد کند و جلب نظر آنان را در تغییرات جزئی احوال کودکان بنماید. در اروپا مادران بیدار و مراقب سرعت به تغییرات سلامتی و وضع طفل خویش آگاه میشوند و بزودی پزشک را به‌مشورت می‌طلبند.

پیش‌بینی بیماری نسبت به سرعت مراجعه متفاوت است برای فهم مطلب آمار بخش دبره را ذکر میکنیم:

۱ - در بین بیمارانی که در مرحله اولیه و شروع مرض مراجعه کرده‌اند یعنی

- حواس و وجدان بیمار کاملاً بجا بوده است، مرگ و میر ۱۶ درصد بوده است.
- ۲- در بین گروهی که در مرحله انبوهی لاسیون (۱)، رجوع کرده اند مرگ و میر ۲۹ درصد بوده است.
- ۳- بیمارانی که بحالت خواب آلودگی رجوع نموده اند تعداد مرگ و میر ۳۲ درصد بوده.
- ۴- مرضائی که بحالت بهت و تورپور (۲) به بیمارستان آمده اند تلفات ۶۷ درصد بوده.
- ۵- مبتلایانی که بحالت اغماء به سرویس راهنمائی شده اند مرگ و میر ۹۱ درصد بوده است.
- آمار فوق اهمیت مطلب را بخوبی هویدا میسازد.
- بعلاوه عامل سن نیز در پیش بینی بیماری تأثیر بسزائی دارد هرچه سن بیمار کمتر باشد خطر بیماری زیاده تر بوده و مرگ و میر زیاده تر است میدانیم که در نوزادان و شیرخواران این مرض خطر زیادی دارد و باج بیماری اغلب در این سن تأدیه میشود.

علامت بالینی مننژیت سلی

- ۱- در نوزادان - در اغلب موارد مننژیت سلی در نوزادان با خواب آلودگی و چرت همراه است و یا اینکه تشنج مقدمه آنرا تشکیل میدهد - زمانی اغماء و یا فلج نیمه بدن جلب نظر می کند نادراً بزرگ شدن حجم سر و باز شدن محل التیام استخوانهای سر (۳) و برآمدگی جاندارانه قدامی دقت را جلب میکند و شروع مرض را اعلام میدارد. در نوزادان يك نوع مننژیت هیدروسفالیک حقیقی وجود دارد. هرگز در نوزادان سه پایه مننژ را نمی توان تحقیق کرد. در شروع مرض استفراغ شایع است ولی در نوزاد استفراغ در حال سلامتی هم صورت گرفته جلب نظر اطرافیان را نمیکند. در نوزاد اسهال شایع تر از یبوست است و حتی گاهی اسهال شدید با دزئیدراتاسیون و رنگ پریدگی و منظره اسهال و بائی شکل را بخود میگیرد.
- تحقیق سختی قفا خالی از اشکال نیست گاهی وجود نداشته زمانی انقباض

عضلات گردن باعث خمیدن سخت گردن بعقب میشود. فشار جاننده علامت مهم بیماری را در شیرخواران تشکیل میدهد ولی در مواردیکه دژئیدراتاسیون شدید باشد این علامت وجود ندارد. لاغری اغلب وجود دارد ولی گاهی در حالت عمومی تغییری مشاهده نمیشود.

تب خاصی وجود ندارد ولی در تمام موارد و در ساعات مختلف روز نبض نامنظم و نامساوی است.

حالت چرت تا حدی راهنمای خوبی است. کوتی را آکسیون مثبت تاحدی کم میکند ولی در تمام موارد مثبت نیست، بعلمت این اشکال بالینی در برخی از بخش های سلی از نوزادان بهره‌مندی که رجوع میکنند یک بزل نخاع سیستماتیک انجام می‌شود و حتی این امر را در اطفال و بزرگان نیز معمول میدارند و بدین طریق در سرویس پرفسور اتین برنارد (۱) ۵-۴ درصد مننژیت سلی که هیچ علامتی از نظر بالینی نداشته تشخیص داده‌اند و از مرگومیر آنها مانع شده‌اند.

۲- در اطفال - برای مننژیت سلی در اطفال سه مرحله ذکر میکنند:

مرحله مقدماتی، مرحله تحریک و بالاخره مرحله فتور و انتهائی.

در مرحله مقدماتی تغییر خلق و رفتار طفل مهم است یعنی طفل به‌انه جوئی میکند و محبتش بپدر و مادر و اطرافیان تغییر کرده و اغلب مغموم و غمگین میشود بجزئی چیزی آتش خشمش شعله‌ور شده لجوج و بداخلاق میشود، دردقت و حافظه‌اش خلل راه مییابد. در وسط خواب مضطرب است و دندانها را بهم میساید یا تقلید جویدن میکند و یا حرکات عضلانی خواب وی را پریشان میکند.

لاغری و بی‌اشتهائی گاهی جالب است زمانی استفراغ های مکرر و متعدد و بدون علت و درد، تبهای کوچك و نامنظم میکند. زمانی اختلال تعادل و راه رفتن و گاهی باز شدن حدقه چشم و عدم تساوی آنها جلب نظر میکند. سردرد شایع است ولی منفی بودن امتحانات بالینی در برخی اوقات ارزش آنرا کم میکند.

شکم منقبض و اختلال وازوموتور و کرنیک خفیف گاهی راهنمای خوبی برای تشخیص میباشد.

مرحله مقدماتی متفاوتست و علائم آن بسیار متغیرند مدت آن از چند روز تا چند هفته تغییر میکند.

در مرحله تحریکی علائم ثابت تر آشکار شده و حدس مرض را قوی تر میکند. سردرد و یبوست و استفراغها، حالت بهت و چرت زدگی، هذیان و گاهی لرزش در این مرحله واضح تر است. خوفالنور و جیغ شبانه و اختلال تنفس جالب است و حساسیت شدید پوست و عروق واضح اند. و پریدگی و سرخ شدن چهره و اندامها بطور متناوب آنها را اعلام میدارند عرقهای زیاد و خط مننژه نیز ترجمان اختلال وازوموتور است. گشادی و تنگی حدقه گاهی استاز ته چشم از عناصر تشخیصی میباشد.

نبض نامنظم و حرارت متغیر ظن بیماری را قوی تر میکند. کم اشتھائی و یا اشتھای زیاد، لاغری، زبان مرطوب بسا این مرض در این مرحله همراهند. طحال گاهی کمی بزرگ است.

امتحان خون پلی نوکلووز با افزایش مونونوکلئر را نشان میدهد.

در مرحله انتهائی و یا فتور حرارت بالاتر رفته فلج عضلات مضیقه و اختلال در عضلات مبتلا رخ میدهد رفلکسها از بین میروند مخصوصاً فلج صورت و چشم واضح میشود.

مرکب باحالت ضعف عمومی و قلب و اغما، و یا اختلال تنفس (خفگی) تشنج و غیره فرا میرسد.

این تابلو در تمام موارد وجود ندارد اشکال دیگری از این بیماری وجود دارد که بسیار اغوا کننده میباشد.

اشکال بی تب و خفیف، مننژیت سلی بامشی حاد، خون ریزی مننژه، اشکال فلجی و تیفو باسیلوز نیز وجود دارد.

۳- در بالغ - مننژیت سلی پلی مرفیسم زیاد دارد و اغلب يك علامتی است: سردرد تنها دريك مورد درمورد دیگر احتباس پیشاب، در مورد سوم تشنج

و صرع بصورت براوه ژاکسونین، در يك مورد مننژیت سلی که در لب-ول پاراساترال بوده و بصورت صرع موضعی بروز کرده است شارلوت و سوك شرح داده اند.

همچنین اشكال آفازيك - فلیجی - روحی اغمائی - هاضمه و تیفوئیدی نیز مشاهده کرده و شرح داده اند.

در مقابل این کثرت و تنوع اشكال بخوبی نشان میدهد که خطادر تشخیص بسیار است در مقابل علائم عصبی آتیپیک و سردرد و غیره همواره باید بفکر بیماری بوده بوسائل لازم بزل مایع نخاع - رادیوگرافی و جستجوی داغهای سلی بوجود مرض هرچه زودتر پی برده و بدرمان عاجل پرداخت.

مشاهده بالینی - هادی ۱۴ ساله - دانش آموز بعلت تب و لاغری و بی اشتتهائی در تاریخ ۳۱/۱۰/۱ در بخش واکیر بیمارستان پهلوی بستری میشود.

شرح حال بیماری - ده روز قبل مادر طفل احساس میکند که پسرش مغموم است و از سردرد شکایت دارد گاهی تب میکند. بتدریج تهوع و استفراغ نیز باین سردرد اضافه میشود.

شدت سردرد در ناحیه پیشانی و گاهی همراه با سرگیجه است از روز هفتم از اشتتهای طفل بطور واضح کاسته شده و غذاها را رد میکند.

روز دهم بیماری به بخش مراجعه و بستری میگردد.

در امتحان بالینی - حواس بیمار بجا بوده و بخوبی بسئالات جواب میدهد از درد ناحیه پیشانی و گیجگاه شکایت دارد رنگش کمی پریده است حالت عمویش نسبتاً خوب، درجه حرارت ۳۸/۵ به پشت خوابیده و پشت به پنجره کرده است عضلات قفایش کمی سفت است علامت بروز نسکی و کرنیک بطور ملایم وجود دارد. حساسیت پوست بدن شدید است. انعکاسهای و تری طبیعی بوده و اختلال مهمی در چشم مشاهده نمی گردد قلب طبیعی فشار خون $\frac{11}{9}$ است امتحانات سایر دستگاهها منفی است.

امتحانات پاراکلینیک - در رادیوسکپی و رادیوگرافی ریه ها تصویر غیر طبیعی مشاهده نمیشود - ته چشم سالم است. در بزل مایع نخاع که در روز ورود طفل بعمل

آمد زیادی فشار آن واضح گردید مایع بزل شده زلال و روشن است.

نتیجه آزمایش لایراتواری بقرار زیر بود:

آلبومین ۹۰ سانتی گرم در لیتر

قند ۱/۴ گرم »

کلرور ۷/۴ » »

سیتولژی: ۶۰ لنفوسیت در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع.

۲ پلی نوکائز

در امتحان مستقیم میکربی مشاهده نگردید - بنژوان کلئیدال طبیعی است.

آزمایش ادرار در ۳۱/۱۰/۶:

آلبومین نشان نداد

قند موجود نیست.

در امتحان میکروسکوپی رسوب ادرار مقداری فسفات آمرف و چند لوکوسیت

مشاهده شد.

آزمایش خون در ۳۱/۱۰/۷:

گویچه سرخ ۴ میلیون

» سفید ۷ هزار

سگمانته ۶۶

باتونه ۴

اؤزینوفیل ۲

مونوسیت ۴

لنفوسیت ۲۴

فرمول لوکوسیت:

انترادر مورد آکسیون مثبت است.

در تاریخ ۳۱/۱۱/۷ با دقت بیشتر در مایع نخاع آقای دکتر آژیر توانستند

باسیلهای کخ را مشاهده نمایند.

کشت مایع نخاع در ۳۱/۱۱/۹ پس از ۴ روز نیز B.K. را نشان داد.

تلقیخ مایع نخاع بکمی نیز سلی بودن مبنای این مننژیت را آشکار ساخت.

امتحان ته چشم در ۳۱/۱۱/۳۰ آترفی عصب بینائی را آشکار نموده ولی دانه‌های سلی در رتین مشاهده نشد.

طریقه درمان - مدت پنج ماه از همان روز ورود استرپتومیسین روزانه یک گرم از راه عضلانی و ۱۰ سانتی گرم از راه داخل نخاع انجام شد. چون در آخر ماه پنجم بیمار به سنگینی گوش مبتلا شد درمان داخل نخاعی موقوف گردید و مدت ده روز دیگر تزریق داخل عضلانی ادامه یافت ولی شدت اختلال سامعه باعث قطع استرپتومیسین از راه عمومی نیز گردید. در تاریخ ۳۱/۱۰/۲۸:

قند مایع نخاع	۰/۳۰ گرم در لیتر
کلرور	» ۸/۱
آلبومین	» ۱/۳۲

سیتولژی: ۵۰۰ پلی نوکلئر در مقابل ۱۰۰ لنفوسیت در هر میلی‌متر مکعب. در اواسط درمان با استرپتومیسین و پاس ریمی فن نیز بمقدار روزانه پنج میلی گرم از راه داخل نخاعی و ۵۰ میلی گرم از راه داخل عضلانی بکار برده شد. امتحان مایع نخاع در ۳۱/۱۱/۹:

قند مایع نخاع	۰/۳۸ گرم در لیتر
کلرور	» ۶/۴
آلبومین	» ۰/۹۸

سیتولژی: ۱۴ پلی نوکلئر در مقابل ۸۶ لنفوسیت در هر میلی‌متر مکعب. هر روز امتحان مایع نخاع بعمل می‌آمد و بهبودی تدریجی از آن بخوبی هویدا بود.

پس از دو روز استعمال ریمی فون از راه داخل نخاعی چون عدم تحمل دیده شد و استفراغهای شدید مزاحم بیمه‌ار گردید لذا ناچار استعمال داخل نخاعی این دارو قطع گردید و فقط با استعمال داخل عضلانی آن بمقدار ۵۰ میلی گرم در روز قناعت شد.

نتیجه امتحان مایع نخاع در تاریخ ۳۱/۱۱/۲۶ بدین قرار بود:

قند مایع نخاع ۰/۷۲ گرم در لیتر

» » ۶/۸ کلرور

» » ۱/۸ آلبومین

سیتولژی : ۶۰ لنفوسیت و ۸ پلی نوکلئر در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع وجود دارد .

وزن طفل در این او ان ۲۹ کیلو است یعنی ۶ کیلو افزایش یافته است .

امتحان ته چشم آترفی عصب بینائی را آشکار میسازد .

امتحان مایع نخاع در تاریخ ۳۱/۱۲/۲۱ :

قند مایع نخاع ۰/۲۸ گرم در لیتر

» » ۶/۲۵ کلرور

» » ۱/۹ آلبومین

سیتولژی : ۳۶۳ لنفوسیت در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع

امتحان خون در این تاریخ کم خونی را نمایان میسازد ۳/۵ میلیون گلبول

قرمز ولی سایر نسبت های آن طبیعی است .

ته نشنی گویچه های سرخ در این دوران ۳۵ میلیمتر در ساعت اول با اسباب

وستر گرین است .

آزمایش مایع نخاع در ۳۲/۱/۱۱ :

قند مایع نخاع ۰/۳۶ گرم در لیتر

» » ۷ کلرور

» » ۱/۶۰ آلبومین

سیتولژی : سه لنفوسیت و دو پلی نوکلئر در هر میلیمتر مکعب .

در امتحان گوش به ضایعات گوش داخلی یا نوریت کوکلئر (۱) متوجه شده اند .

بالاخره امتحان مایع نخاع در ۳۲/۳/۱۱ :

قند ۰/۴۷ گرم در لیتر

» » ۷ کلرور

» » ۰/۲۵ آلبومین

سلول : لنفوسیت در هر میلیمتر مکعب مایع نخاع
مقدار کلی داروهای استعمال شده بدین قرار بوده است :

۱۵۰ گرم استرپتومیسین از راه عمومی ، ۱۵ گرم از راه داخل نخاعی ،
دو گرم ریمی فون از راه عمومی و داخل عضلانی و ۱۰ میلی گرم از راه داخل نخاعی .
سدیما تاسیون در این ایام ۳۲/۴/۸ یعنی پس از ۵/۵ ماه استراحت در سرویس
و درمان ۱۷ میلیمتر در ساعت اول بود .

توضیح اینکه بیمار پس از ۲۰ روز از روز ورودش که تحت درمان دقیق در
سرویس قرار گرفته بود تبش پائین افتاد و بطبیعی گرائید و در آخر ماه اول تب
بکلی قطع شد و طفل مدت ۴/۵ ماه بدون تب تحت درمان دقیق بوده است .

بیمار مادر تاریخ ۳۲/۴/۱۱ با حالت خوب سرویس را ترک گفت در حالیکه
۸/۵ کیلو چاق شده و آناری از بیماری و خیمش وجود نداشت .

خلاصه آنکه بیمار بر اثر مراجعه زودرس ، تشخیص سریع و بجا و درمان
مقتضی از مرگ حتمی نجات یافت .

در خاتمه متذکر میشویم که الکتروانسفالوگرافی در تشخیص و سیر مننژیت
سای کمک شایانی میکند ولی متأسفانه بعلت نبودن وسیله و متخصص آن در ایران ما
نتوانسته ایم از مزایای آن در این بیماری استفاده کنیم .