بررسی اپیدمیولوژیک بیماری مننژت در استان کردستان
از ابتدا

سال 1381 تا پایان سال 1383

دکتر شهین کنعانی، دکتر قباد مرادی

1- استادیار گروه علومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان (مسئول مسئول)
2- پژوه علومی، مسئول گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های استان کردستان

جکیده

چیزه‌ی جویایش مالکی به بیماری مننژت خصوصاً در استان‌های غربی و کوچک‌تر این اقلیت، در نیاز به اقدامات تشخیصی و درمانی سریع و صحیح دارد که در غیر این صورت با مرگ و میر و عوارض بالایی همراه است. از طرفی اطلاع از خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماری در یکی از مناطق جغرافیایی ایران از این سو بیماری‌زالی‌ها در منطقه کمک می‌کند. اکنون وضعیت و سیاست‌ها در این مناطق بالا گرفته شده است.

روش بررسی:
این مطالعه از نوع توصیفی بوده و جامعه آماری شاخص کل بیمارانی که در سال 1381 تا آخر سال 1383 در بیمارستان‌های سطح استان کردستان بوده است. روش گونه‌گری سرچشمه و افزایش مصرف آثاری اطلاعات چک‌لیست بوده است که بر اساس استاد مکرر و میانگین آن بیماران تکمیل شده است.

یافته‌ها:
نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که از 161 مورد بیمار مننژت 107 مورد با تشخیص مننژت باکتری بال (66%) و 54 مورد مننژت ویرال بوده است (33%) و 104 مورد مرد (64%) و 57 مورد زن (35%) بوده است. بیشترین گروه سنی مبتلا 4-10 سال می‌باشد (34/6%). علامت والوی شایع‌ترین ترتیب شایع‌تر، سردرد، گوش، استفراغ و علی‌العملی مننژت بود که در بیش از 80% موارد 8/3 علماً را به هم داشته‌اند. 11 مورد مرگ ناشی از مننژت (6/8%) که 7 مورد آن باکتری بال و 4 مورد ویرال بوده است. عوامل زمینه ساز در 12 مورد بیان شد که شامل سر درد، عمل عصبی، و عمل جراحی مغز و شکستگی فاقد ووی و اوتیسم مبنا بوده است. اکثر مراجع CSF در 25 مورد CSF مثبت و 17 مورد دیپلواکوک گرم منفی و 8 مورد کوکسی گرم مثبت بوده است. کشت CSF در 14 مورد (6/8%) مثبت شد که 11 مورد دیپلواکوک 3 مورد پنوموکوک و 3 مورد پنوموکوک رشد کرد.

نتیجه‌گیری:
شیوع مننژت در مردان نزدیک به 1/8 برای زنان بوده است و گروه سنی مبتلا بیشتر در جریان سنی 30-40 سال و در بیشتر میزان مرگ نزدیک در این عرصه سنی بوده است. میزان مرگ در مقایسه با آمار جهانی بسیار پایین است که جهت بررسی علت آن نیازمند بررسی‌های بیشتر در این زمینه است. که شاید یکی از علل عدم گزارش مرگ مربوط به مننژت با عدم ثبت آن باشد. بیشترین باتوین رشد کرد منگوکوک می‌باشد که با توجه به این امر نیازمند تعامل بیشتر و پژوهش در مورد توزیع این واکسن به هم افراد جامعه یا افراد در معرض خطر و بررسی تأثیر این واکسن دارم. از طرفی در این جویایش موارد اسمی و کشت
مثبت نسبت به آمارهای جهانی بسیار بالایی است که نیازمند غذایهای
پیش‌برد جهت پایش علت این امر است.
کلید و آزمون‌ها: مننژیت، مرگ و میر، باکتریال، ویرال
وصول مقاله: 26/8/84
صلاح نهایی: 11/10/84
پذیرش مقاله: 84/10/12
مقدمه
بیماری مننیت یک بیماری عفونی ناشی از عوامل باکتریال یا ویروس است که به دلیل پاسخ التهابی لیتومنیز اجات می‌شود و با وجود تعداد غیر طبیعی CSF در مایع WBC می‌شود (1). از خاطه بانی‌نی به صورت شروع علائم غیر مننی در عرض چند ساعت تا چند روز تعريف می‌شود. سر درد از جمله علائم بارز بیماری است، وی بیشتر بیماران قبل از شروع نظارت‌های سیستمیک بدون علامت مستند و یا فقط تب دارند. علائم پروتروموال شامل: سردرد، سوزش کلو، آرتریز، بینی، سرفه، کنزنکتیویت است. با شروع فاز شدید بیماری علایمی نظر: نزدیک‌گی، استفراغ، تب و لرز، میانزی و آورانژی نیز اضافه می‌گردد. تب معمولاً شدید و بین 39 تا 41 درجه سانتی‌گراد است (1و2).

علل مننیت حاد بیمار
متنوع است، از جمله عفونی شامل باکتریها، ویروس‌ها، ریکتزیاها، اسپروکوتاها و پروتوزوها و از علائم غیر عفونی پرخی داروها، تومورها و نوده‌های داخل هم‌جهانی و بیماری‌های سیستمیک مانند SLE، باخی اعمال داروهای روز سیستم عمیق و مواردی مانند تشنج، مننیت مولارت است (1و2).

علل ویلام مننیت بیمار
زیاد است. انتروپیروس حذف 95 تا 95% علی و ویروس مننیت را به حود اختصاص می‌دهند. سایر علائم آزموپیروپوزا، ویروس LCM و ویروس Mumps (نفوسیتوک کوریو مننیت)
یافته‌ها
در این مطالعه 161 بیمار در فاصله سال‌های 83-1381 با تشخیص مننیت حاد بستری شده‌اند. از این تعداد 104 مورد مرد (64%) و 57 مورد زن (35%) بوده‌اند. بیشترین سن بیماران 40-50 سال بوده است. با 56 مورد (34%) و بیشترین موارد ابتلا مربوط به فصل بهار بوده است. میزان بروز مننیت در طی سال‌های 81-83 به ترتیب 5 و 13/3 و 14/3 مورد از 80 مورد موارد وجود داشته‌اند. در کل 11 مورد از بیماران فوت نکردند که 8/6 است. که 7 مورد بین سنین 40-60 سال بوده است (63%) و 4 نفر سریاژ بودند. فاصله زمانی شروع بستری شروع درمان ضد میکروبی از نیم ساعت تا 8 ساعت متفاوت بوده است.

روش‌های بیماری
این مطالعه به صورت توصیفی انجام شده است. جامعه آماری شامل کل بیماران بستری به علت مننیت در بیمارستان‌های سطح استان در طول سال‌های 1381-1383 می‌باشد. روش گونه‌گری در این برسی به روش سرشماری و روش گردآوری داده‌ها مراجعه به پرونده و آبزار علی‌آباد جک لیست بود. اطلاعات مورد نیاز بر اساس نسخه و مدارک موجود بیمارستان و همچنین اطلاعات موجود در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کردستان با استفاده از پرونده بیماران و فرم‌های همکار جهت بیماران مننیتی تکمیل گردید. داده‌هایی گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS خیلی گردید.
کوكسي گرم مثبت بوده است.
کشت CSF در 14 مورد (6/8)
مثبت که شامل 11 مورد
منگنیکوک و 3 مورد استرب
پنومونیه بود و از موارد
مثبت 7 مورد (50%) در گروه
سنی 0-4 سال بوده است. جداول
و توزیع فراوانی موارد
ابتلا را به تفکیک شهرستان و
عمل سکوت نشان می‌دهند.

### جدول 1: توزیع فراوانی موارد ابتلا به منزیت به تفکیک شهرستان بر حسب سال و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>47</td>
<td>100</td>
<td>24</td>
<td>/4</td>
<td>11</td>
<td>/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
<td>54</td>
<td>/4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>42</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>/3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>1379</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>66</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1378</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول 2: توزیع فراوانی موارد منزیت در طی سال‌های 1381-1383 به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>44</td>
<td>71</td>
<td>48/6</td>
<td>34</td>
<td>40/6</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>24/3</td>
<td>17</td>
<td>30/8</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>27/1</td>
<td>19</td>
<td>28/6</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>161</td>
<td>100</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
<td>91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول: میزان بروز منزیت در این بررسی بین 5 الی 1/3 درصد
یک آمار آمار در دسترس در
بوده که در سال 1379 بوده
است، تعداد 1363 مورد منزیت
دورال و نقش سوئیپ‌ها بوده

### جدول: توزیع فراوانی موارد ابتلا به منزیت به تفکیک شهرستان بر حسب سال و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>47</td>
<td>100</td>
<td>24</td>
<td>/4</td>
<td>11</td>
<td>/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
<td>54</td>
<td>/4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>42</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>/3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>1379</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>66</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1378</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد منزیت در طی سال‌های 1381-1383 به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>44</td>
<td>71</td>
<td>48/6</td>
<td>34</td>
<td>40/6</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>24/3</td>
<td>17</td>
<td>30/8</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>27/1</td>
<td>19</td>
<td>28/6</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>161</td>
<td>100</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
<td>91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد ابتلا به منزیت به تفکیک شهرستان بر حسب سال و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>47</td>
<td>100</td>
<td>24</td>
<td>/4</td>
<td>11</td>
<td>/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
<td>54</td>
<td>/4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>42</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>/3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>1379</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>66</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1378</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد منزیت در طی سال‌های 1381-1383 به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>44</td>
<td>71</td>
<td>48/6</td>
<td>34</td>
<td>40/6</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>24/3</td>
<td>17</td>
<td>30/8</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>27/1</td>
<td>19</td>
<td>28/6</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>161</td>
<td>100</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
<td>91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد ابتلا به منزیت به تفکیک شهرستان بر حسب سال و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>47</td>
<td>100</td>
<td>24</td>
<td>/4</td>
<td>11</td>
<td>/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
<td>54</td>
<td>/4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>42</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>/3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>1379</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>66</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1378</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد منزیت در طی سال‌های 1381-1383 به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>44</td>
<td>71</td>
<td>48/6</td>
<td>34</td>
<td>40/6</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>24/3</td>
<td>17</td>
<td>30/8</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>27/1</td>
<td>19</td>
<td>28/6</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>161</td>
<td>100</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
<td>91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد ابتلا به منزیت به تفکیک شهرستان بر حسب سال و جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>47</td>
<td>100</td>
<td>24</td>
<td>/4</td>
<td>11</td>
<td>/8</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>23</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
<td>54</td>
<td>/4</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>21</td>
<td>42</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>/3</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>1379</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>66</td>
<td>33</td>
<td>7</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1378</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### جدول: توزیع فراوانی موارد منزیت در طی سال‌های 1381-1383 به تفکیک جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>سال</th>
<th>شهرستان</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
<th>مرد</th>
<th>زن</th>
<th>تعداد درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1383</td>
<td></td>
<td>44</td>
<td>71</td>
<td>48/6</td>
<td>34</td>
<td>40/6</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>1382</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>24/3</td>
<td>17</td>
<td>30/8</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>1381</td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>45</td>
<td>27/1</td>
<td>19</td>
<td>28/6</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>1380</td>
<td></td>
<td>100</td>
<td>161</td>
<td>100</td>
<td>70</td>
<td>100</td>
<td>91</td>
</tr>
</tbody>
</table>
و یا اشکالات تکنیکی در LP ارتباط با کشت از جمله دیر
فساندن گونه جهت ادامه آزمایش و مقادیر ناکافی گونه
جهت بررسی باشند (1و2).
CSF از نظر اسیر نیز در 4/23% غونه مثبت بود که در مقایسه با آمار جهانی
(60-90%) همخوانی ندارد
(7و5و4و2).
از نظر عوامل با کربال اجاداتمندی متنزیت که در اسیر بسته مثبت است که شاول دیپلموک گرم منفی و کوکسی گرم مثبت و مینگوکوک و پنوموکوک بودند. در مطالعه زنو (7) و کانادا (9) استیت کوک پنومونه و نیسیرا
متنزیتیس بوده است. در مطالعه نیژه (5) پنوموکوک Ecoli و مینگوکوک و لیستریا
متنزیتیس و در مطالعه ترکیب پنوموکوک شایع‌ترین عامل اجاداتمندی بیماری بوده اتکتیقاً همخوانی دارد
(1و5). در این بررسی 12 بیمار دارای عوامل زمینه ساز برای متنزیت بودند (7/4%).
شايعترین علل شاول تب و سردرد و استفراغ و عللایی عرضه منفی بوده است (80%) که با مطالعه اجسام شده در مادرید بر روي 97 بیمار مبتلا به متنزیت در 59% بیمار دارای عوامل زمینه ساز بوده اند تریباد تب و سفنتی گردن و تغیر وضعیت هموشیاری در 54% موارد وجود داشته است. ماهریه بانوی زن در 62% کشف بوده که در افراد مسن و بیمارانی که از قبل آنتی‌بیوتیک دریافت نکرده بودند که آمار ما با آن همخوانی ندارده یکی از
حد در کل کشور گزارش شد که میزان بروز آن 23/2 در هر
100/000 نفر بوده است که 33
مبتلایان زن و 67% مرد
بوده اند. بیشترین میزان بروز در ماه‌های فروردین و آذر و آبان و آذر با 87/4% می‌باشد
با مطالعه ما همخوانی دارد
(6).
میزان مرك و میر بیماران در این بررسی 8/6% (11
نفر) بوده است و بیشترین
میزان مرگ و میر در گروه سنی 4-0 بود که در مقایسه با
میزان کشوری 6/7% همخوانی
دارد (6) اما با مطالعات
خارجی مشابه دارم (3). در این بررسی 257 بیمار متنزیتی در
زنو در فاصله سالهای 1980-89
امام شد مورتالیتی کلی 4/14
بوده است (7) و در غربی بر
روی 493 بیمار مبتلا در
بیمارستان ماساجست امام شد
مورتالیتی کلی 25% بود (8) و
در مطالعات در ترکیب در فاصله سالهای 96-85 امام شد
مولتالیتی 27% گزارش شده بود
همخوانی دارد. از این حکایت
اختلاف می‌تواند عدم گزارش
صحیح باشد. از نظر سن
ابتلا، گروه سنی 4-0 بالاترین
فرآیند ابتلا را به خود
خصوصیات داده‌آورد با آمار
کشوری کمی تفاوت دارد (6).
در این بررسی 8/6% غونه
کشت مثبت بوده است که CSF آماده زنده با آمار کشوری
کشت مثبت (14%) است ولی با آمار جهانی که 70-85% می‌باشد
فساله زیادی دارد. دلیل این
تفاوت فاصله می‌تواند ناشی از
نصرف آنتی‌بیوتیک قبل از اجاع
باشیم و بر هم اساس باید عواملی را که سبب منفی شدن کاذب کشت می‌شود را شناسانی کنیم. از طرفی با توجه به اینکه شایع‌ترین گروه سی‌تی‌بی‌اس مبتلا به منزیت در دهه 4-0 سال است و بیشتر میزان مرگ و میر در این رده سی‌بی‌اس است لازم است از نظر تشخیص سریع و درمان سریع و آمادگی مورد این شرایط آن جهت مراجعه یک راه‌آهنگ‌سازی لازم داده شود و جهت این گروه‌ها می‌تواند جایگزین دانش‌آموز بیمار باشد.

واکسیناسیون منگوکوک در برنامه واکسیناسیون آنان جای گیرد. از طرفی جون بیشترین گروی گروگان می‌پیونددیا به منزیت، درمانگری که مبتلا به منزیت آنان‌شان‌زاد اس‌بی‌اس و بیماران حسن‌زاد به این‌که قبل از دوره سریع واکسیناسیون منگوکوک برای آنان اگرام می‌گردد، لازم است در مورد اثر خشی این واکسین سروریمبیا نیسیا منزیت‌بی‌ینی به کسب منزیت می‌شود. خیالیات بیشتری اگرام کرد. 

علیرغم اختلاف می‌تواند عدم بررسی جهت یافتن عمل ایجاد کننده منزیت باشد (11). عوارض ناشی از بیماری منزیت در 8 مورد (3/4%) گزارش شده که نسبت به مطالعه اسپانیا 83% بوده است از شیوع کمی برخورد که امکان دارد به دلیل ثبت نشدن کلیه عوارض یا کشف نشدن کلیه follow up عوارض طی بیماری با عدم مراجعه بیمار یا پایین بودن واقعی عوارض باشد (12).

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این غیره می‌توان دریافت، با توجه به اینکه در موارد اولیه بیماری که بیشترین کمک به بیمار می‌شود کاهش اوقات به دلیل عدم شک به بیماری درمان به تأخیر می‌افتد و شاید یکی از دلایل اکثر عوارض بعدی همیشه بیمار باشد. از طرفی با توجه به CSF اینکه نتایج حاصل از کشت بسیار با بهبود می‌تواند یکی از مناسب و بررسی الگوی مقاومت‌پذیری عوامل باقی‌ماند ایجاد کننده عفونت منزیت در استان کرمان با مشکل روبرو

References

6. واحد مدیریت بیماری‌های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان.

گزارش وضعیت منزیت در سال 1379.


