

細菌性髄膜炎は内科的緊急事態。素早い診断、素早い治療がすべてである。

診断

- ・熱、項部硬直、意識障害の三徴がそろうのは4割程度
 - ・ Jolt accentuation (自動的、他動的に首を左右に2, 3回/秒ふってもらい、頭痛の増加をみる。)が診察上もっとも感度が高い(97%)が、元論文では無菌性髄膜炎症例が多く、細菌性髄膜炎にどのくらい有用かはわからない。とらわれすぎないように (Headache 1991;31:167-171)
 - ・ 「**腰椎穿刺**」をしようかな、と頭をよぎったときが、**腰椎穿刺をするとき**である。域値は低めで。腰椎穿刺なしで髄膜炎の確定診断(あるいは除外)は不可能である。
 - ・ 腰椎穿刺「前」にCTを「ルーチンで」とる必要はない。患者に意識障害、けいれん、神経学的巣症状がある場合、乳頭浮腫がある場合、脳内マスや出血の既往がある場合、免疫抑制があるときなどはCTを腰椎穿刺「前」にとること (N Engl J Med 2001 Dec 13, Arch Intern Med 1999 Dec 13-27)
 - ・ 血液培養は短時間で、抗菌薬投与前に採取できる。髄液培養は「できるかぎり」抗菌薬投与前に採取するが、抗菌薬投与後でもあきらめずに採取する。
- 髄液検査の中で、髄液糖/血糖比「0.4以下」は最も特異度が高い(98%)。血糖値も忘れずに測定する。髄液初圧、多核白血球数は参考になるが診断的ではない。

治療

来院から1時間以内に抗菌薬が投与できるように!!

- ・細菌性髄膜炎の診断がついたら、抗菌薬投与直前、あるいは抗菌薬と同時にデキサメサゾン0.15 mg/kgを6時間おきに4日間投与。抗菌薬単独投与に比べ、死亡率の低下が期待される (N Engl J Med 2002 Nov 14)
 - ・エンピリックにセフトリアキソン2g 12時間おき+バンコマイシン。リステリアを疑えばアンピシリン2g 4時間おきをかませる。ただし、バンコマイシンはデキサメサゾン使用下では髄液内濃度が下がるので要注意
- ・培養と感受性ができれば、適宜抗菌薬を狭めること。髄膜炎菌ならペニシリンG 200万単位を点滴で4時間おき、ペニシリン感受性の肺炎球菌(PSSP)ならペニシリンG 400万単位を点滴で4時間おきに治療する。
- ・治療期間は、症状、髄液所見をみながらではあるが、一般的には14日間である。経口抗菌薬に途中で換えるべきではない。

予防

- ・髄膜炎菌が疑われる場合、あるいは原因不明の場合は飛沫予防のために個室管理
- ・髄膜炎菌にひどく暴露された家族や医療従事者はシプロ500mgを1回経口で内服
- ・適応があれば肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)を。年齢により助成制度がある。

忘れてはいけないもの

髄液圧高くない、重症感ない、単核球優位の細胞数上昇・・・
でも、結核・リステリア・クリプトコッカスは忘れない。

参考文献 Infectious Diseases Society of America. Practice guideline for the management of bacterial meningitis. Clin Infect Dis 2004; 1267-