

بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، دموگرافیک، سیر بیماری و اقدامات درمانی انجام شده جهت بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره

دکتر پرویز کاشفی^۱، عبدالله مروجی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: با توجه به این که شناسایی خصوصیات بیماری گیلن باره در تعیین اقدامات و امکانات مورد نیاز مراقبتی و درمانی لازم و ضروری می‌باشد؛ هدف از انجام این مطالعه، تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، دموگرافیک، سیر بیماری و اقدامات درمانی انجام شده جهت بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره‌ی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی مرکز آموزشی-درمانی الزهرا (س) در سال‌های ۹۰-۱۳۸۶ بود.

روش‌ها: طی یک مطالعه‌ی مقطعی، ۱۰۰ بیمار با نشانگان گیلن باره که طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۶ در بیمارستان الزهرا (س) اصفهان بستری شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز بیماران، اعم از اطلاعات دموگرافیک و اپیدمیولوژیک، سیر بالینی بیماری و اقدامات درمانی انجام گرفته و عاقبت درمانی بیمار، از پرونده استخراج شد و با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین مدت زمان بستری این بیماران $18/5 \pm 8/6$ و میانگین مدت ابتلا به بیماری $14/6 \pm 26/1$ روز بود. شدت بیماری در ۲۶، ۲۵ و ۴۹ نفر به ترتیب خفیف، متوسط و شدید بود. ۱۴ بیمار، دارای مشکلات سیستم اعصاب کرانیال، ۴ نفر دارای مشکلات در سیستم اعصاب اتونوم و ۶ بیمار دارای گرفتاری در هر دو سیستم بودند.

نتیجه‌گیری: برابر نتایج این مطالعه، بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره، با انواع مشکلات مواجه می‌شوند و از این رو، لازم است مدیریت بیمارستان نسبت به تأمین امکانات و تجهیزات لازم، بسته به شرایط بیمار، عوارض، علایم و پروتکل‌های درمانی گیلن باره اقدام نماید.

واژگان کلیدی: گیلن باره، اپیدمیولوژیک، دموگرافیک

ارجاع: کاشفی پرویز، مروجی عبدالله. بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، دموگرافیک، سیر بیماری و اقدامات درمانی انجام شده جهت بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۳۶): ۷۷۹-۷۷۰

مقدمه

بی‌حسی، گزگز و گاهی اوقات، فلجی دیده می‌شود (۱). اتیولوژی این بیماری هنوز به روشنی مشخص نیست؛ اما به طور معمول، بعد از یک عفونت ویروسی مانند سرماخوردگی یا آنفلوانزا اتفاق می‌افتد (۲). همچنین، بعد از عفونت با یک باکتری به نام کامپیلکوباکتر هم ممکن است بیماری بروز نماید (۳).

نشانگان گیلن باره نوروپاتی محیطی است که باعث نارسایی عصبی-عضلانی حاد می‌شود (۱). این سندرم، اختلال نادری است که در نتیجه‌ی حمله‌ی سیستم ایمنی بدن به اعصاب محیطی ایجاد می‌شود. به دنبال این حمله، احساس ضعف در ماهیچه‌ها،

۱- استاد، مرکز تحقیقات بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

است (۴-۵).

پیش‌آگهی بیماری گیلن باره، به طور معمول مطلوب است و افراد مبتلا، بهبود می‌یابند (۶)؛ اما ممکن است زمان زیادی طول بکشد. در اکثر افراد، ضعف در طی ۳-۲ هفته بیماری بدتر می‌شود و سپس، شروع به بهتر شدن می‌کند و بعد از مدتی به طور کامل از بین می‌رود (۷). اگر چه بهبودی کامل ممکن است تا ۲ سال طول بکشد.

سندرم گیلن باره، علاوه بر علائم بالینی که در بیمار ایجاد می‌کند، از این نظر که ممکن است با پولومیئلیت اشتباه شود، حایز اهمیت است و با توجه به این که بیماری فلج اطفال در شرف ریشه‌کنی است، کلیه موارد فلج شل حاد که گیلن باره نیز در این گروه قرار دارد، مورد بررسی دقیق قرار می‌گیرند. در عین حال، در طی سال‌های اخیر، موارد بستری به علت شک به گیلن باره نیز در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی افزایش یافته است. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، دموگرافیک، سیر بیماری و اقدامات درمانی انجام شده جهت بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره‌ی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی مرکز آموزشی-درمانی الزهرا (س) در طی یک دوره‌ی ۵ ساله (سال‌های ۹۰-۱۳۸۶) به انجام رسید.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۱ در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) اصفهان به انجام رسید. جامعه آماری مورد مطالعه شامل بیماران مبتلا به گیلن باره بستری در بخش مراقبت ویژه از ابتدای سال ۱۳۸۶ تا پایان سال ۱۳۹۰ بودند.

این بیماری، به طور معمول به سه صورت پلی رادیکولونوروپاتی التهابی حاد و دمیلینه کننده (۹۵ درصد)، اختلال آکسونی حرکتی حاد و نوروپاتی آکسونی حسی و حرکتی حاد بروز می‌کند (۲).

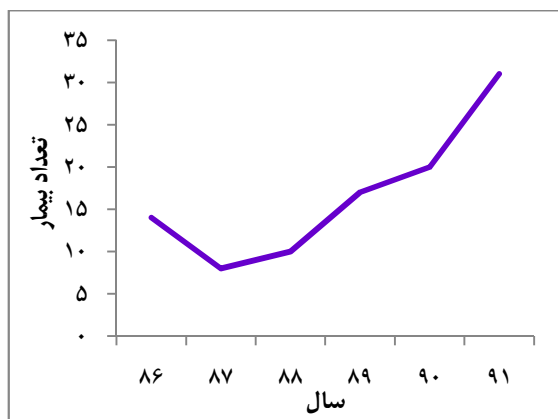
میزان بروز سندرم گیلن باره ۱/۶-۱/۲ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت برآورد شده است و شیوع آن در جنس مرد، ۱/۵ برابر جنس زن می‌باشد (۱). در بعضی موارد، ممکن است علائم گیلن باره بعد از اعمال جراحی اتفاق بیفتد. گاهی هم هیچ گونه عامل شناخته شده‌ای وجود ندارد، اما در همه‌ی موارد پیش گفته، به طور حتم اختلال در عملکرد سیستم ایمنی وجود دارد (۳).

نشانه‌های گیلن باره به طور معمول، با بی‌حسی و ضعف در پاها شروع می‌شود. نشانه‌ها اغلب در عرض مدت کمی حدود چند روز یا چند هفته به قسمت‌های بالایی بدن کشیده می‌شود و بازوها و اندام فوقانی ضعیف و بی‌حس می‌شوند. گاهی اوقات ضعف آن قدر شدید است که بیمار حتی قادر به راه رفتن نیست و همچنین ممکن است به فلجی کامل منجر شود. آزمایش دقیق و قطعی برای تشخیص گیلن باره وجود ندارد؛ اما تشخیص بر اساس علائم از جمله ضعف ماهیچه‌ها و ناتوانی در راه رفتن، آزمایش‌ها و تاریخچه‌ی بیماری صورت می‌گیرد. گرفتن نوار عصب و عضله و گرفتن نمونه از CSF (Cerebrospinal fluid)، از جمله اقداماتی است که جهت تشخیص انجام می‌گیرد (۳).

گیلن باره، درمان قطعی ندارد؛ اما راه‌هایی وجود دارد که علائم را بهبود می‌بخشد که این روش‌ها، به طور عمده شامل تزریق IVIG (Intravenous immunoglobulin) و پلاسما فرزیس

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۰ بیمار مبتلا به سندرم گیلن باره‌ی بستری شده در مرکز آموزشی-درمانی الزهرا (س) مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. ۱۴ نفر از این بیماران در سال ۱۳۸۶، ۸ نفر در سال ۱۳۸۷، ۱۰ نفر در سال ۱۳۸۸، ۱۷ نفر در سال ۱۳۸۹، ۲۰ نفر در سال ۱۳۹۰ و ۳۱ نفر در سال ۱۳۹۱ به علت این بیماری، در بیمارستان بستری شده بودند. بر اساس آزمون χ^2 ، بروز بیماری از سال ۱۳۸۶ تا سال ۱۳۹۱ روند افزایشی معنی‌دار داشت ($P < 0/001$) (شکل ۱).



شکل ۱. روند بروز سندرم گیلن باره طی سال‌های ۱۳۸۶-۹۱

میانگین سن این بیماران $21/2 \pm 37/1$ سال با دامنه‌ی ۱-۸۱ سال بود. ۵۶ نفر (۵۶ درصد) از این بیماران مرد و ۴۴ نفر (۴۴ درصد) زن بودند. میانگین سن مردان و زنان به ترتیب $22/1 \pm 38/9$ و $20/0 \pm 34/8$ سال بود و طبق آزمون t ، تفاوت معنی‌داری بین دو جنس وجود نداشت ($P = 0/340$). میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان $18/5 \pm 18/6$ روز با دامنه‌ی ۴-۱۴۴ روز بود. میانگین دفعات بستری در بیمارستان نیز $1/7 \pm 1/5$ روز با دامنه‌ی ۱-۱۳ روز بود. میانگین مدت زمان

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلای شناخته شده به سندرم گیلن باره، وجود اطلاعات کافی در پرونده و یا امکان تماس با خانواده‌ی بیمار جهت تکمیل اطلاعات بود. همچنین، مقرر گردید در صورت عدم موافقت خانواده‌ی بیمار برای شرکت در مطالعه و یا عدم همکاری در ارایه‌ی اطلاعات، بیمار از مطالعه خارج گردد.

حجم نمونه‌ی مورد نیاز این مطالعه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات شیوع و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد شیوع بیماری گیلن باره در جامعه که به علت نبود مطالعه‌ی مشابه، به میزان ۰/۵ در نظر گرفته شده بود و همچنین در نظر گرفتن میزان خطای ۰/۱، به تعداد ۹۶ نفر برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر، ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند.

روش اجرای طرح بدین صورت بود که پس از تهیه‌ی لیست بیماران حایز شرایط ورود به مطالعه، پرونده‌ی آنان از واحد مدارک پزشکی درخواست شد و اطلاعات مورد نیاز شامل اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به علایم بیماری و یافته‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، مدت بستری و عاقبت بیماری، از پرونده استخراج گردید. همچنین، در صورت وجود نقص در پرونده با خانواده‌ی بیمار تماس حاصل شد و اطلاعات لازم از طریق تلفن اخذ گردید و در غیر این صورت، بیمار از مطالعه خارج شد.

داده‌های مطالعه بعد از جمع‌آوری وارد رایانه شد و توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و استفاده از آزمون‌های آماری t و χ^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بیماری آمده است. انجام آزمون Fisher's exact بر روی داده‌های مطالعه نشان داد که درگیری سیستم اعصاب کرانیال و اتونوم بر حسب شدت بیماری اختلاف معنی‌داری دارد ($P = 0/029$).

در شکل ۲، درصد فراوانی علایم بیماران در هنگام پذیرش آمده است. مطابق این جدول، درگیری اندام‌ها شایع‌ترین علایم مشاهده شده در بیماران بود؛ به طوری که ضعف اندام تحتانی، به عنوان شایع‌ترین علامت، در ۵۹ بیمار وجود داشت. همچنین ضعف اندام فوقانی نیز در ۴۲ بیمار مشاهده شد. در خصوص درگیری سیستم اتونوم، ۱۳ نفر مبتلا به بی‌اختیاری ادرار و ۱۳ نفر دچار اختلال فشار خون بودند. در خصوص درگیری اعصاب جمجمه‌ای، ۷ نفر مبتلا به افتالموپلژی، ۱۲ نفر مبتلا به فلج

ابتلا به بیماری، $26/1 \pm 14/6$ روز بود. همچنین ۷۹ نفر یک بار، ۱۵ نفر دو بار، ۳ نفر سه بار، ۱ نفر ۵ بار، ۱ نفر ۱۲ بار و یک بیمار نیز ۱۳ بیمار در بیمارستان بستری شده بود. از نظر شدت بیماری، ۲۶ نفر مبتلا به فرم خفیف، ۲۵ نفر مبتلا به فرم متوسط و ۴۹ نفر مبتلا به فرم شدید بیماری بودند. در جدول ۱، ویژگی‌های بیماران بر حسب شدت بیماری آمده است.

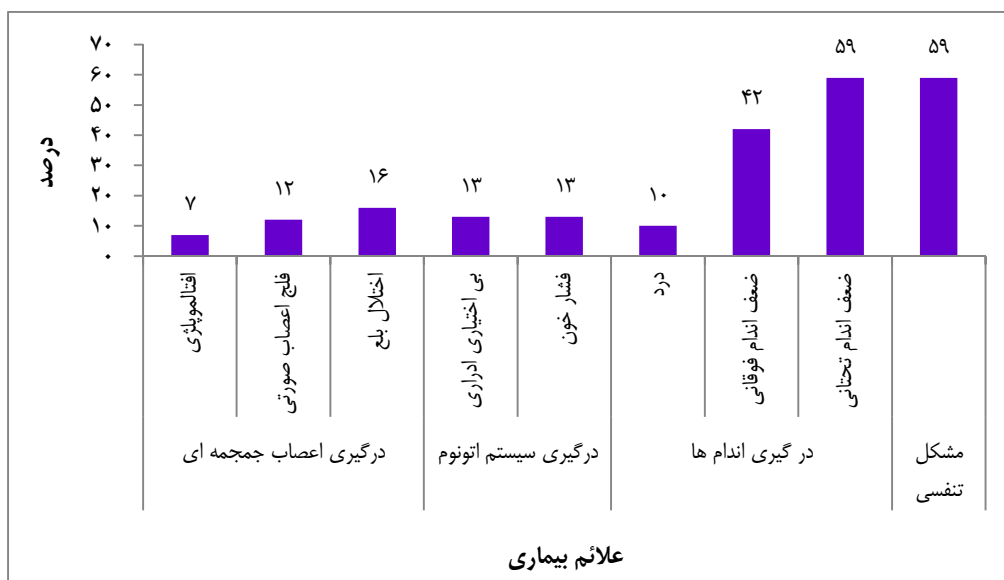
۶۶ نفر از بیماران مورد مطالعه، درگیری در سیستم کرانیال و اتونوم نداشتند. ۱۴ نفر درگیری اعصاب کرانیال، ۱۴ نفر درگیری سیستم اتونوم و ۶ نفر درگیری در هر دو سیستم اعصاب کرانیال و اتونوم داشتند. در جدول ۲، توزیع فراوانی درگیری سیستم اعصاب کرانیال و اتونوم بر حسب شدت

جدول ۱. توزیع فراوانی سن و جنس، مدت و دفعات بستری و مدت ابتلای بیماران بر حسب شدت بیماری

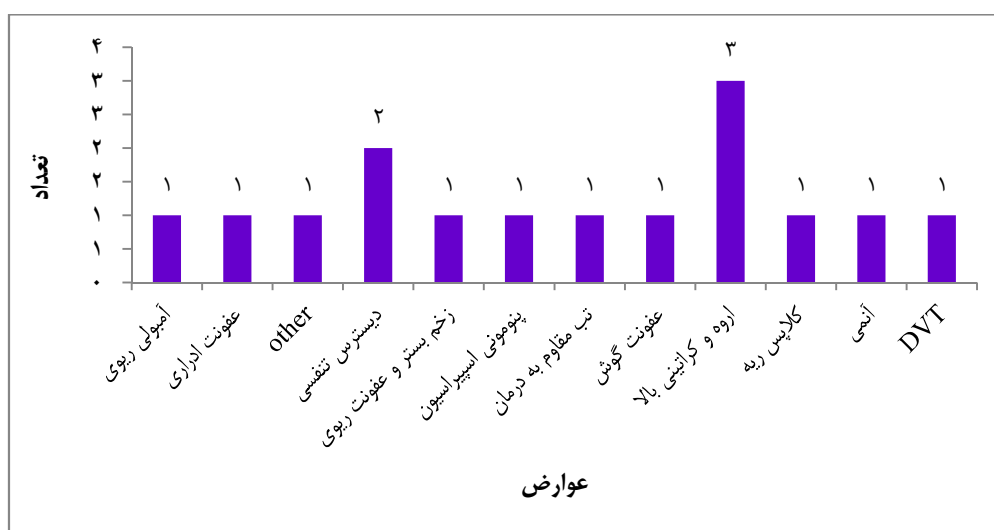
مقدار P	شدت			سطح	ویژگی
	شدید	متوسط	خفیف		
۰/۵۰۰	$38/8 \pm 21/3$	$38/1 \pm 22/7$	$32/9 \pm 19/8$	میانگین \pm انحراف معیار (سال)	سن
۰/۵۰۰	۲۷ (۵۵/۱)	۱۳ (۵۲/۰)	۱۶ (۶۱/۵)	مرد تعداد (درصد)	جنس
	۲۲ (۴۴/۹)	۱۲ (۴۸/۰)	۱۰ (۳۸/۵)	زن تعداد (درصد)	
۰/۶۳۰	$1/5 \pm 1/7$	$1/2 \pm 0/1$	$1/54 \pm 2/4$	میانگین \pm انحراف معیار	دفعات بستری
۰/۰۸۰	$18/6 \pm 18/5$	$15/5 \pm 9/8$	$11/6 \pm 5/0$	میانگین \pm انحراف معیار	مدت بستری
۰/۵۳۰	$18/1 \pm 6/6$	$12/0 \pm 6$	$11/4 \pm 2/6$	میانگین \pm انحراف معیار	مدت ابتلا

جدول ۲. توزیع فراوانی درگیری سیستم اعصاب کرانیال و اتونوم بر حسب شدت بیماری ($P = 0/029$)

شدت	درگیری		
	شدید	متوسط	خفیف
۲۸ (۵۷/۱)	۱۷ (۶۸/۰)	۲۱ (۸۰/۸)	ندارد
۱۰ (۲۰/۴)	۰ (۰)	۴ (۱۵/۴)	اعصاب کرانیال
۸ (۱۶/۳)	۵ (۲۰/۰)	۱ (۳/۸)	سیستم اتونوم
۳ (۶/۱)	۳ (۱۲/۰)	۰ (۰)	هر دو سیستم
۴۹ (۱۰۰)	۲۵ (۱۰۰)	۲۶ (۱۰۰)	جمع



شکل ۲. درصد فراوانی علائم بیماران در هنگام پذیرش



شکل ۳. فراوانی عوارض مشاهده شده در بیماران تحت مطالعه

DVT: Deep venous thrombosis

بعد از درمان شدند که در شکل ۳، فراوانی نوع عوارض ایجاد شده در بیماران آمده است. ۵۷ نفر از بیماران مورد مطالعه، دارای سابقه‌ی حداقل یک بیماری در مدت اخیر بوده‌اند که شایع‌ترین بیماری مشاهده شده، سرماخوردگی بود؛ به طوری که ۲۵ نفر از بیماران دارای سابقه‌ی سرماخوردگی در زمان نزدیک به بروز بیماری فعلی

اعصاب صورتی و ۱۶ نفر مبتلا به اختلال بلع بودند. ۵۹ نفر از بیماران نیز دارای مشکل تنفسی بودند و ۱۵ نفر نیز به علت شدت مشکلات تنفسی، تحت ونتیلاسیون قرار گرفتند.

بر اساس نتایج به دست آمده، ۱ نفر بهبودی کامل و ۹۱ نفر بهبودی نسبی پیدا کرده‌اند و ۸ نفر فوت نموده‌اند. همچنین، ۱۵ نفر از بیماران دچار عوارض

درمانی انجام شده جهت بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره‌ی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی مرکز آموزشی- درمانی الزهرا (س) طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۶ بود. برابر نتایج به دست آمده، موارد بستری به علت سندرم گیلن باره در این مرکز طی سال‌های مورد مطالعه، روند افزایشی داشته است که این سیر صعودی، بیشتر به علت اعمال تشخیصی و همچنین، تأکید مقامات بهداشتی مبنی بر ارجاع تمامی موارد مشکوک به پولیومیلیت به مراکز تخصصی است (۸) و با توجه به اشتراک برخی علائم پولیومیلیت و گیلن باره، موارد زیادی از این بیماری که از قبل تشخیص داده نشده بودند و یا در مراکز دیگر

بودند. همچنین، ۹ بیمار دارای مشکلات تنفسی قبل از بیماری فعلی بودند. قابل ذکر است ۲ بیمار دارای سابقه‌ی واکسیناسیون اخیر بودند. در شکل ۴، توزیع فراوانی بیماری‌های اخیر آمده است.

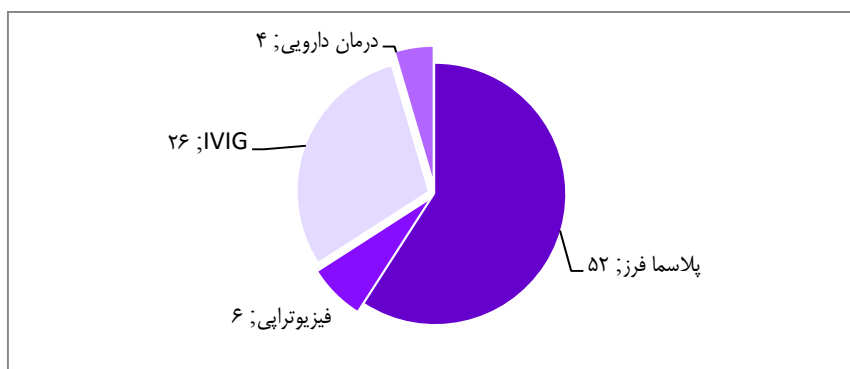
اقدامات درمانی انجام گرفته برای بیماران در شکل ۵ نشان داده شده است که طبق آن، پلاسما فرز شایع‌ترین اقدام درمانی بود که روی ۴۸ بیمار انجام گرفته بود.

بحث

هدف کلی از انجام این مطالعه، تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، دموگرافیک، سیر بیماری و اقدامات



شکل ۴. درصد فراوانی سوابق بیماری‌های اخیر در بیماران مورد مطالعه



شکل ۵. درصد فراوانی اقدامات درمانی انجام گرفته در بیماران تحت مطالعه

IVIG: Intravenous immunoglobulin

دوازده بار و ۱ بیمار نیز سیزده بار در بیمارستان بستری شده بودند. مدت زمان بستری در بیمارستان، به عوامل مختلفی بستگی دارد که شدت بیماری از مهم ترین آن‌ها است. البته بیماران مبتلا به گیلن باره، به علت خطرات مربوط به سیستم تنفسی، مدت اقامت طولانی تری نسبت به بسیاری دیگر از بیماران داشتند. در مطالعه‌ی Cheng و همکاران، میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان $2/2 \pm 13/5$ روز بود که به طور تقریبی نزدیک به مدت بستری بیماران مطالعه‌ی حاضر است (۱۱).

از نظر شدت بیماری، ۲۶ نفر مبتلا به فرم خفیف، ۲۵ نفر مبتلا به فرم متوسط و ۴۹ نفر مبتلا به فرم شدید بیماری بودند. نکته‌ی قابل ذکر در خصوص شدت بیماری، این است که بسیاری از موارد خفیف و حتی متوسط بیماری، ممکن است هرگز تشخیص داده نشوند. بنابراین، میزان بروز موارد خفیف و حتی متوسط بیماری، به احتمال زیاد بالاتر از موارد بستری در بیمارستان خواهد بود.

برابر نتایج به دست آمده، ۱۴ درصد از بیماران مورد مطالعه، درگیری اعصاب کرانیال، ۱۴ درصد درگیری سیستم اتونوم و ۶ درصد، درگیری در هر دو سیستم اعصاب کرانیال و اتونوم داشتند و در عین حال، بین شدت بیماری و درگیری سیستم اعصاب کرانیال و اتونوم، ارتباط معنی دار وجود داشت. طبیعی است که درگیری هر کدام از این سیستم‌ها، علایم مخصوص به خود را دارد و می‌تواند به نوبه‌ی خود برای بیمار خطرناک باشد. این در حالی است که درگیری اعصاب کرانیال در بیماران بدحال و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، به طور قابل توجهی شایع‌تر از درگیری سیستم اتونوم می‌باشد.

تحت درمان بودند، در سال‌های اخیر، به مراکز تخصصی ارجاع شده‌اند و به همین علت، موارد بستری به گیلن باره سیر تصاعدی داشته است.

بررسی سنی بیماران نشان داد که بیشترین فراوانی گروه سنی، گروه ۵۹-۵۰ سال و در مرتبه‌ی بعدی، گروه سنی ۲۹-۲۰ سال و ۱۹-۱۰ سال بوده است. از نظر توزیع جنسی نیز ۵۶ درصد از بیماران مرد و ۴۴ درصد زن بودند. البته در اکثر مطالعات انجام گرفته، میزان بروز گیلن باره در جنس مرد، بالاتر از جنس زن بوده و در برخی موارد، این نسبت ۱/۵ برابر گزارش شده است (۹).

در مطالعه‌ی مظاهری و همکاران در همدان، شیوع بیماری در مردان ۲/۴ برابر زنان گزارش شده است (۱۰). در مطالعه‌ی آرامی و همکاران در همدان نیز، نسبت جنسی ۱/۴۵ بوده است (۱۵). از نظر توزیع سنی در مطالعه‌ی مظاهری و همکاران، بیشتر بیماران در محدوده‌ی سنی ۲۰-۱۱ سال قرار داشته‌اند (۱۰). در مطالعه‌ی Cheng و همکاران نیز بیشتر بیماران در گروه سنی ۲۰-۱۰ سال بوده‌اند (۱۱). Rocha و همکاران نیز یک افزایش واضح ابتلا به گیلن باره را در محدوده‌ی سنی ۴۰-۱۵ سال گزارش نموده‌اند (۱۲). البته در مطالعه‌ی حاضر، پیک بیماری در دو محدوده‌ی سنی جوانی و میانسالی مشاهده گردید و این یافته با بسیاری دیگر از مطالعات که معتقدند بیماری گیلن باره دارای دو محدوده‌ی سنی است، همخوانی دارد (۱۳).

میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان $18/5 \pm 18/6$ و میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری $26/1 \pm 14/6$ روز بود. همچنین ۷۹ نفر یک بار، ۱۵ نفر دو بار، ۳ نفر سه بار، ۱ نفر پنج بار، ۱ نفر

الزهرا (س) اصفهان به علت موقعیت خاص خود در استان و در منطقه‌ی مرکزی کشور، پذیرای ارجاعات از سایر مراکز درمانی است و بیماران بدحال از مراکز دیگر و حتی استان‌های مجاور به این بیمارستان ارجاع می‌گردند. در صورتی که بیماران خفیف و متوسط، در مراکز درمانی منطقه‌ای درمان می‌شوند. بنابراین، نسبت بیماران بدحال بستری شده در این مرکز نسبت به سایر مراکز بالاتر می‌باشد.

۵۷ درصد از بیماران مورد مطالعه، دارای سابقه‌ی حداقل یک بیماری در مدت اخیر بودند که شایع‌ترین آن سرماخوردگی بود؛ به طوری که ۲۵ درصد بیماران دارای سابقه‌ی سرماخوردگی در زمان نزدیک به بروز بیماری فعلی بودند. همچنین، ۹ درصد دارای مشکلات تنفسی قبل از بیماری فعلی و ۲ درصد دارای سابقه‌ی واکسیناسیون اخیر بودند. مطالعات و بررسی‌های قبلی نشان داده است که حداقل دو سوم بیماران مبتلا به گیلن باره، دارای سابقه‌ی قبلی ابتلا به یک بیماری ویروسی و یا تروما بوده‌اند که در این میان، بیماری‌های تنفسی و گوارشی، در سرلوحه‌ی آن‌ها قرار دارد (۱۴).

در مطالعه‌ی مظاهری و همکاران، ۲۵ نفر بیماران دارای سابقه‌ی قبلی عفونت ویروسی بوده‌اند (۱۰). در حالی که در مطالعه‌ی آرامی و همکاران ۶۵/۸ درصد بیماران دارای چنین سابقه‌ای بودند (۱۵). فرضیات مطرح شده در مورد ارتباط بین این بیماری‌ها و گیلن باره، به واکنش‌های ایمنی نسبت داده شده است (۶).

اقدامات درمانی انجام گرفته برای بیماران شامل ۴ درصد درمان دارویی، ۲۶ درصد تزریق IVIG، ۶ درصد فیزیوتراپی و ۵۲ درصد پلاسما فرز بود. در

طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر، درگیری اندام‌ها و مشکلات تنفسی، شایع‌ترین علائم مشاهده شده در این بیماران بود. درگیری اندام‌ها چه در اندام فوقانی و چه در اندام تحتانی و همچنین بروز مشکلات تنفسی، از مهم‌ترین نشانه‌هایی هستند که شک به گیلن باره را در بیماران تقویت می‌کنند. از طرف دیگر، درگیری در سیستم اتونوم، منجر به افزایش فشار خون و بی‌اختیاری ادرار در بیماران می‌گردد که این علائم حداقل در یک چهارم بیماران مشاهده شده است (۱۲).

همچنین، درگیری در سیستم عصبی منجر به بروز افتالموپلژی، فلج عصب صورتی و اختلال بلع می‌گردد که این علائم نیز در ۱۵-۱۰ بیماران مبتلا به گیلن باره مشاهده شده است (۱۱). در مطالعه‌ی حاضر، شیوع افتالموپلژی ۷ درصد، فلج اعصاب صورتی ۱۲ درصد و اختلال بلع ۱۶ درصد بود که هر سه علامت در دامنه‌ی مورد نظر بودند. درگیری سیستم اتونوم نیز در ۱۳ درصد بیماران مشاهده شد که به طور تقریبی، با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۱۲).

برابر نتایج به دست آمده، ۱ درصد بیماران، بهبودی کامل و ۹۱ درصد بهبودی نسبی یافتند و ۸ درصد آنان فوت کردند. همچنین ۱۵ درصد از بیماران، دچار عوارض بعد از درمان شدند. در مطالعه‌ی مظاهری و همکاران، میزان بهبودی کامل ۳۳/۳۰، بهبودی نسبی ۵۴/۸۸ و عدم بهبودی ۹/۸۰ درصد بوده است (۱۰).

یکی از علل تفاوت میزان بهبودی در دو مطالعه‌ی اخیر و بالاتر بودن موارد بهبودی کامل در مطالعه‌ی مظاهری، به وخامت حال بیماران و شدت بیماری مربوط می‌گردد؛ به طوری که مرکز آموزشی-درمانی

تصمیم‌گیری در مورد سیر بیماری و روند آن بایستی به صورت کشوری و یا استانی تعیین شود و مبنای قضاوت قرار گیرد. قابل ذکر است، نقایص موجود در پرونده و کمبود تعداد بیماران مبتلا به سندرم گیلن باره، از محدودیت‌های این مطالعه بود که پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری با حجم نمونه‌ی بالاتر و در سطح وسیع‌تر جهت دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای عبدالله مروجی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

مطالعه‌ی مظاهری و همکاران، غالب بیماران تحت درمان با IVIG قرار گرفته بودند؛ اما به اعتقاد دیگران، کارایی پلاسما فرزیزس تا حدودی مشابه IVIG می‌باشد. نتیجه‌گیری کلی که می‌توان از این مطالعه داشت، این است که بیماری گیلن باره از نظر ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و دموگرافیک، دارای الگوی تقریبی مشابه در مناطق مختلف کشور است، اما به علت موقعیت بیمارستان، وجود امکانات کافی درمانی و وضعیت بیماران ارجاع شده از دیگر بیمارستان‌ها، ممکن است بیماران پذیرش شده در هر مرکز از نظر عوارض بیماری، علایم مرگ و میر، پروتکل درمانی و شدت بیماری، متفاوت باشند. از این رو،

References

1. Cosi V, Versino M. Guillain-Barre syndrome. *Neurol Sci* 2006; 27(Suppl 1): S47-S51.
2. Sladky JT. Guillain-Barre syndrome in children. *J Child Neurol* 2004; 19(3): 191-200.
3. Tekgul H, Serdaroglu G, Tutuncuoglu S. Outcome of axonal and demyelinating forms of Guillain-Barre syndrome in children. *Pediatr Neurol* 2003; 28(4): 295-9.
4. Van den Bergh PY, Pieret F. Electrodiagnostic criteria for acute and chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *Muscle Nerve* 2004; 29(4): 565-74.
5. Odaka M, Tatsumoto M, Susuki K, Hirata K, Yuki N. Intractable chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy treated successfully with ciclosporin. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(8): 1115-20.
6. Kim CT, Strommen JA, Johns JS, Weiss JM, Weiss LD, Williams FH, et al. Neuromuscular rehabilitation and electrodiagnosis. 4. Pediatric issues. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86(3 Suppl 1): S28-S32.
7. Ramachandran R, Kuruville A. Guillain-Barre syndrome in children and adolescents--a retrospective analysis. *J Indian Med Assoc* 2004; 102(9): 480-2, 484, 486.
8. Hui AC, Chow KM, Tang AS, Fu M, Kay R, Wong KS. Electrophysiological, clinical and epidemiological study of Guillain-Barre Syndrome in Hong Kong Chinese. *J Clin Neurosci* 2005; 12(2): 134-6.
9. Bogliun G, Beghi E. Incidence and clinical features of acute inflammatory polyradiculoneuropathy in Lombardy, Italy, 1996. *Acta Neurol Scand* 2004; 110(2): 100-6.
10. Mazaheri Sh, Rezaei AA, Hoseinzadeh A. The ten years survey on clinical and epidemiologic features of guillain-barre syndrome in Sina Hospital, Hamadan, Iran. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2007; 14(2): 56-60. [In Persian].
11. Cheng Q, Wang DS, Jiang GX, Han H, Zhang Y, Wang WZ, et al. Prospective study of clinical epidemiology of Guillain-Barre syndrome in Harbin, China. *J Neurol Sci* 2003; 215(1-2): 63-9.
12. Rocha MS, Brucki SM, Carvalho AA, Lima UW. Epidemiologic features of Guillain-Barre syndrome in Sao Paulo, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62(1): 33-7.
13. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barre syndrome. *Lancet* 2005; 366(9497): 1653-66.
14. Govoni V, Granieri E. Epidemiology of the Guillain-Barre syndrome. *Curr Opin Neurol* 2001; 14(5): 605-13.
15. Arami MA, Yazdchi M, Khandaghi R. Epidemiology and characteristics of Guillain-Barre syndrome in the northwest of Iran. *Ann Saudi Med* 2006; 26(1): 22-7.

Epidemiologic and Demographic Features, Disease Process and Treatment Procedures in the Patients with Guillain-Barre Syndrome

Parviz Kashefi MD¹, Abdollah Moraveji²

Original Article

Abstract

Background: Considering the characteristics of Guillain-Barre syndrome is important for providing hospital instruments for surveillance and treatment of the disease. The aim of this study was to evaluate the epidemiologic and demographic features the disease process and treatment procedures of Guillain-Barre syndrome.

Methods: In a cross-sectional study, 100 patients with Guillain-Barre syndrome hospitalized in Al-Zahra Medical Center, Isfahan, Iran, during 2007-2011 were studied. The demographic and epidemiologic data, disease process and treatment activities were achieved from hospital records and analyzed.

Findings: The mean duration of hospitalization was 18.5 ± 8.6 days. The mean duration of the disease was 26.1 ± 14.6 days. The severity of the disease in 26, 25 and 49 patients were mild, moderate and severe, respectively. Among all, 14 cases had problem in cranial nervous system, 14 in autonomic nervous system and 6 in both cranial and autonomic nervous systems.

Conclusion: According to our results, patients with Guillain-Barre syndrome may be encountered to several problems, and hospital managers must try to prepare adequate facilities based on the condition of patients, complications and symptoms, and treatment protocols.

Keywords: Guillain-Barre syndrome, Epidemiology, Demography

Citation: Kashefi P, Moraveji A. **Epidemiologic and Demographic Features, Disease Process and Treatment Procedures in the Patients with Guillain-Barre Syndrome.** J Isfahan Med Sch 2015; 33(336): 770-9

1- Professor, Anesthesiology and Critical Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Abdolla Moraveji, Email: matin.moraveji@yahoo.com