

بررسی علل فلج شل حاد در استان لرستان

نادره طائی^۱، فاطمه قاسمی^۲، فاطمه ولی زاده^۲، علی مهرزاد صفدری^۳

افلاک / سال اول / شماره ۱ / زمستان ۸۴

۱- استادیار، متخصص کودکان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۲- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

۳- پزشک عمومی، مرکز بهداشت استان لرستان

آدرس مکاتبه: خرم آباد خیرآباد (شقایق) بیمارستان شهید مدنی

تلفن: ۰۶۶۱-۴۲۱۹۱۲۴۰-۴۲۱۹۱۲۵ پست الکترونیک: Taeen47@Yahoo.com

مقدمه

فلج شل حاد (AFP)^۱ کودکان یکی از اورژانسه‌های نورولوژی است و هر کودکی که قبلاً می‌توانسته راه برود و اکنون قادر به راه رفتن، نشستن و گردن گرفتن نیست از این نظر باید بررسی شود. این مشکل می‌تواند در بیماریهای نوروں محرکه فوقانی و اختلال واحد حرکت تحتانی اتفاق بیافتند (۱). فلج شل حاد، در مقابل فلج اسپاستیک بوده و ظرف کمتر از ۲۴ ساعت روی می‌دهد. مهمترین تشخیص‌های افتراقی، سندرم گیلن باره، پولیومیلیت، هیپوکالمی و بوتولیسم می‌باشند (۲).

پولیومیلیت یا فلج اطفال، یک بیماری حاد جنرالیزه بوسیله عفونت پولیو ویروس است که باعث تخریب سلولهای حرکتی در طناب نخاعی، مغز و ساقه مغز شده و منجر به بروز فلج شل در عضلاتی می‌شود که عصب مربوط به آنها درگیر شده است (۳).

از ۱۹۸۸ که WHO^۲ تصمیم به ریشه‌کنی پولیومیلیت گرفت، تعداد کشورهایی که از نظر پولیو اندمیک هستند، از ۱۲۵ کشور به ۶ کشور در انتهای سال ۲۰۰۳ کاهش یافته است. به عنوان قسمتی از استراتژی حذف پولیو، باید یک سیستم همگانی گزارش دهی معین شود تا تمام موارد فلج شل حاد در کودکان کمتر از ۱۵ سال را گزارش داده و شبکه‌ای تشکیل شود تا همه آنها از نظر ویروولوژی بررسی شوند، و معین شود، علت فلج شل حاد عفونت پولیو بوده است یا خیر. بالغ بر ۳۰۰ تشخیص افتراقی برای فلج شل حاد در اطفال وجود دارد که شایعترین علت شناخته شده در کودکان، سندرم گیلن باره

است (۷،۶،۵،۴،۳). هدف از این مطالعه، تعیین علل فلج شل حاد در مبتلایان استان لرستان بود.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه توصیفی و مبتنی بر اطلاعات و پرونده‌های بیماران مبتلا است. جامعه پژوهش شامل پرونده کلیه بیماران مبتلا به فلج شل حاد گزارش شده بود که همه در مرکز بهداشت استان لرستان نگه‌داری شده‌اند. نمونه پژوهش، شامل پرونده ۵۵ بیمار زیر ۱۵ سال بود که از ابتدای سال ۱۳۷۶ تا پایان نیمه اول ۱۳۸۳ با تشخیص فلج شل حاد به مرکز فوق معرفی شده بودند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات فردی بیماران (سن، جنس، محل سکونت، وضعیت واکسیناسیون)، علائم بالینی، تب در شروع فلج، وضعیت تقارن فلج، زمان تکمیل فلج، محل اولیه شروع فلج، وضعیت بیمار در روز ۶۰، عاقبت بیماری، تشخیص اولیه، تشخیص نهایی و جواب آزمایش مدفوع بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss V.11 و آزمونهای آماری توصیفی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

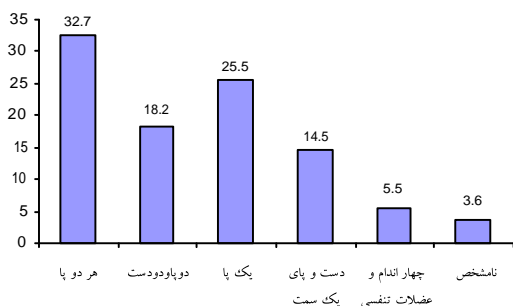
یافته‌ها

از بررسی ۵۵ مورد فلج شل حاد گزارش شده، ۵۱٪ پسر (۲۸ نفر) و ۴۹٪ دختر (۲۷ نفر) بودند. متوسط سن ابتلا، ۶ سال با حداقل سن ۱/۵ ماه و حداکثر ۱۳ سال بود. میانگین دفعات دریافت واکسن پولیو ۶ نوبت بود. از نظر علائم بالینی، ۷۶٪ موارد (۴۲ نفر) در هنگام فلج دارای تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتیگراد بودند و در ۶۳/۶٪ موارد (۳۵ نفر)

1- Acute Flaccid Paralysis (AFP)

2- World Health Organization (WHO)

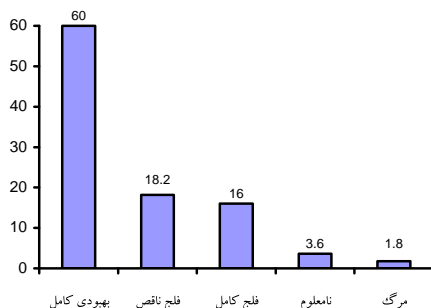
فلج به صورت متقارن شروع شده بود. مدت زمان تکامل فلج به طور متوسط، ۴/۲ روز با حداقل زمان ۱۲ ساعت و حداکثر ۳۰ روز بود.



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی محل بروز فلج در بیماران مبتلا به فلج شل حاد در استان لرستان

نمودار شماره ۱، فراوانی واحدهای مورد پژوهش را بر حسب محل بروز فلج نشان می دهد. بر اساس این نمودار، اکثر نمونه ها (۳۲/۷٪) دچار فلج قرینه اندام تحتانی بودند (نمودار شماره ۱).

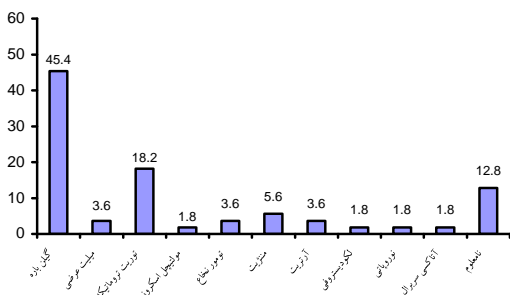
۴۹/۲٪ بیماران (۲۷ نفر) با تشخیص اولیه پولیو، ۳۸/۲٪ (۲۱ نفر) با تشخیص اولیه گیلن باره و ۱/۸٪ (۱ نفر) با احتمال میلیت عرضی، ۱/۸٪ (۱ نفر) با احتمال مننژیت و ۹٪ (۵ نفر) با احتمال نوریت تروماتیک تحت بررسی قرار گرفتند.



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی وضعیت روز ۶۰ در بیماران مبتلا به فلج شل حاد در استان لرستان

از تمام موارد مشکوک به فلج شل حاد، دو نمونه مدفوع به فاصله ۲۴ ساعت تهیه و به آزمایشگاه ملی فلج اطفال تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان ارسال و نتیجه آزمایش مدفوع در ۱۰۰٪ موارد از نظر ویروس پولیو وحشی منفی گزارش شده بود.

نمودار شماره ۲، فراوانی واحدهای مورد پژوهش را بر حسب وضعیت روز ۶۰ نشان می دهد. بر اساس این نمودار، ۶۰٪ بیماران (۳۳ نفر) کاملاً سالم بوده و آثاری از فلج در معاینه نداشتند.



نمودار شماره ۳: توزیع فراوانی نسبی تشخیص نهایی در بیماران مبتلا به فلج شل حاد در استان لرستان

نمودار شماره ۳، فراوانی واحدهای مورد پژوهش را بر حسب تشخیص نهایی نشان می دهد. بر اساس این نمودار، در کلیه موارد گزارش شده پولیومیلیت رد شده و تشخیص نهایی در ۴۵/۴٪ (۲۵ نفر) گیلن باره بود.

بحث

عرضی، ۶/۲٪ عفونت انتروویروس غیر پولیو و در ۵/۲٪ پارالزی بدنبال هیپوکالمی گزارش شده بود (۹). در این مطالعه، شایع ترین علت فلج شل حاد، گیلن باره بود. سندرم گیلن باره یک پلی رادیکولونوروپاتی حاد با دخالت سیستم ایمنی است که با ضعف عضلانی پیشرونده و کاهش یا فقدان رفلکس های و تری عمقی مشخص می شود. با کنترل پولیومیلیت، این سندرم شایع ترین علت فلج شل حاد در دنیا و از جمله ایران است (۱۰).

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر نتیجه آزمایش مدفوع در تمام موارد از نظر ویروس پولیو منفی و فلج اطفال در تمام موارد رد شده بود که می تواند بیانگر پوشش مناسب واکسیناسیون در استان لرستان باشد که جای تقدیر و تشکر از مسئولین محترم بهداشتی و درمانی را دارد.

منابع

- ۱- آخوندیان ج. فلج شل حاد. خلاصه مقالات پانزدهمین همایش بین المللی کوکان، تهران، ۲۵ مهر تا یکم آبان ۱۳۸۲: ۵۷-۵۶
- ۲- همام م، حاتمی ع. فلج شل حاد در اطفال. خلاصه مقالات چهارمین همایش علمی اعصاب کودکان، بندرعباس، بهمن ۱۳۸۳: ۱۰۱-۱۰۰
- 3-Lewis P, Rowland F. Merritt's Neurology. 10 th ed. Lipincott and William wilkins co, Newyork 2000:136-137
- 4-Behrman RE, Kliegman J. Nelson Text Book of Pediatrics. 17 th ed. Sanunders Co, 2004:1037-1042

بر اساس این پژوهش، اکثر موارد AFP در جنس پسر و متوسط سن بیماران ۶ سال و متوسط دریافت واکسن پولیو ۶ نوبت بوده است. در ۷۶٪ موارد در هنگام بروز علائم فلج، دچار تب بالاتر از ۳۸ درجه بودند و فلج در ۶۳/۶٪ موارد به صورت متقارن شروع شده بود. سیر تکامل فلج، بطور متوسط ۴/۲ روز و در اکثر موارد (۳۲/۷٪) اندام تحتانی به طور قرینه درگیر بوده است. ۴۹٪ موارد با احتمال فلج اطفال و موارد دیگر، با احتمال سندرم گیلن باره، میلیت عرضی، نوریت و غیره تحت درمان قرار گرفته اند.

در مطالعه ای مشابه در بلاروس، از تعداد ۲۹۵ مورد AFP گزارش شده در سال ۱۹۹۶ به WHO تنها ۲۸ مورد ویروس پولیو از مدفوع موارد ذکر شده جدا شده بود که ۱۱ مورد، به پولیومیلیت بعد از واکسیناسیون مبتلا شده بودند، ۹ بیمار بعد از اولین واکسیناسیون دچار فلج شده بودند. برای ۲۸۴ بیمار دیگر، سندرم گیلن باره در ۱۱۸ بیمار (۴۱/۵٪)، نوریت تروماتیک در ۵۵ بیمار (۲۲/۲٪)، پارزی گذرای اندام در ۳۵ بیمار (۱۲/۳٪) و میلیت عرضی در ۲۶ بیمار (۹/۲٪) به عنوان تشخیص نهایی مطرح شده بود (۸).

مطالعه ای دیگر در مالزی طی ۵ سال (۱۹۹۶-۲۰۰۱)، شیوع AFP، ۱/۲ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال بود. تشخیص نهایی در ۳۰/۲٪ سندرم گیلن باره، ۱۶/۲٪ عفونت سیستم عصبی مرکزی، ۱۰/۶٪ میلیت

5-Centers for Disease control and Prevention. Acute flaccid paralysis survivallance systems for expansion to other diseases 2003-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004 Dec; 53(47)1113-6

6-Ortize Corredor F. Factors affecting prognosis in childhood Guillain Barre syndrome. Rev Neurol. 2004Mar; 38 (6): 518-23

۷- زهرائی ح، فیروزآبادی ط، جاویدراد ح. دستور العمل کشوری فلج اطفال. مرکز مدیریت بیماریها تهران، اداره بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن، واحد فلج اطفال، تجدید نظر سال ۱۳۸۲: ۱۶.

8-Samoilovich EO, Feldman EV, Yermalovich MA, et al. Vaccine Associated paralytic poliomyelitis and other diseases with acute falaccid paralysis syndrome in Belarus. Cent Eur J Public Health. 2003 Dec;11(4): 213-8

9-Hussain IH, Ali S, Sinniah M, et al . Five year surveillance of acut flaccid paralysis in Malaysia. J paediatr child health. 2004 Mar; 40(3):127-30

۱۰- برزگر م، علیزاده ا. بررسی یافته های اپیدمیولوژیک، بالینی و آزمایشگاهی سندرم گیلن باره در کودکان. خلاصه مقالات چهارمین همایش علمی اعصاب کودکان، بندرعباس، بهمن ۱۳۸۳: ۳۸-۳۹.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.