

مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هشتم، شماره ۳، ص ۱۳۶-۱۳۰،

۱۳۸۰

مقاله پژوهشی

تعیین تابع بقاء و خطر در بیماران مبتلا به پمفیگوس استان کرمان

دکتر سعداله شمس‌الدینی، دکتر علیرضا فکری^۲، دکتر ایرج اسفندیارپور^۳،
دکتر سیمین سریزدی^۲، دکتر زهرا رهنما^۳، دکتر سودابه زندی^۳،
دکتر علی قربانی^۴ و دکتر فرهاد افشار^۴

خلاصه

در این پژوهش سیر ماندگاری و میزان بروز مخاطره در بیماران مبتلا به پمفیگوس طی ۱۲ سال تعیین گردیده‌است. به این منظور ۵۵ بیمار از بین بیمارانی که دارای پرونده ابتلاء به پمفیگوس بوده و طی سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۹ در بخش پوست بیمارستان شماره ۱ دانشگاه علوم پزشکی کرمان بستری شده و یا به طور سرپایی درمان شده‌اند، مورد مطالعه و پی‌گیری قرار گرفت و ماندگاری بیماران تا ۱۲ سال بعد از رسیدن به

تشخیص قطعی تعیین شده است. اثر متغیرهای سن، جنس، نوع پمفیگوس و روش درمان با فرض همگنی سطوح هر متغیر، برماندگاری بیماران تعیین و مورد سنجش قرار گرفت. بدین منظور فرمول $ciS b(t) \exp \{i-$ $oht(x) = h$ {انتخاب گردید که $o=(hazardoh$ مخاطره پایه در لحظه صفر و $hazard \ t)= ht$ مخاطرات پیش آمده بعدی در زمان و لحظه t است (تابع و متغیر) و b نمایانگر ضریب رگرسیون بوده و C می تواند اعداد متعددی از متغیرهای مختلفی چون سن، جنس، نوع پمفیگوس و روش درمان و غیره را قبول نماید. نتایج بدست آمده نشان داد که گروه های سنی بالاتر نسبت به گروه های سنی پایین تر و زنان در مقایسه با مردان، در ۸ سال اول زندگی پس از حصول تشخیص و نیز ابتلای به پمفیگوس نوع وولگاریس و وژتان در مقایسه بانوع فولیاسه و اریتماتو و مبادرت به درمان توأم درمقایسه با درمان تک دارویی (کورتیکواستروئید) از بقاء کمتری برخوردار بوده اند. سایر متغیرها مانند شغل و محل زندگی فرد بر تابع ماندگاری مؤثر شناخته نشدند.

واژه های کلیدی: بقاء بیماران، بیماری پمفیگوس، تحلیل بقاء، پیش بینی طول عمر

مقدمه مختلف این بیماری درانسان گزارش شده

پمفیگوس بیماری ای است که به است (۷،۶،۵،۴). از عوامل مسبب

طور معمول با تاول های پوستی مخاطی بیماری می توان به علل ژنتیکی، نوع HLA

بروز کرده و اگرچه علتی ناشناخته دارد فرد، عوامل فیزیکی و شیمیایی اشاره کرد.

ولی اختلال ایمنولوژیک همراه با گونه های بیماری بدون درمان مرگ و میر بالایی

کاکس (مدل مخاطرات متناسب) مورد
ارزیابی قرار گرفتند که بدین منظور فرمول
$$h(t) = h_0 \exp\left\{ \int_0^t \lambda(x) dx \right\}$$

انتخاب گردید که h_0 (hazard
مخاطره پایه در لحظه صفر و $\lambda(x)$
مخاطرات پیش آمده بعدی در زمان و
لحظه t است (تابع و متغیر) و b نمایانگر
ضریب رگرسیون بوده و C می تواند اعداد
متعددی از متغیرهای مختلفی چون سن ،
جنس، نوع پمفیگوس و روش درمان و
غیره را قبول نماید (۱، ۲، ۳، ۴، ۱۳۱۲).
متغیرهای مذکور به ترتیب وارد فرمول
شده و نتایج حاصله مورد تجزیه و
تحلیل آماری قرار گرفتند (۱۱). با توجه
به اینکه بیماری پمفیگوس در پیروان
مذهب یهود که ازدواج غیر فامیلی کمتری
دارند، بیشتر دیده شده است (۵، ۱۶).
افزایش غیر منتظره بیماری در اهالی استان
کرمان شاید به علت داشتن ریشه مذهبی
آیین زرتشتی در مردم بومی و مقیم آن
باشد که در گذشته های دور به کیش

داشته است اما بعد از کشف
کورتیکواستروئیدها، این بیماران از
طول عمر بیشتری برخوردار گردیده اند
(۹، ۱۳). با توجه به ملاحظاتی از این قبیل،
بیماری در کشورهای متفاوت و حتی
مناطق مختلف یک کشور با تفاوت های
نژادی، جغرافیایی، رژیم های غذایی
و عادات سنتی، بروز متغیری دارد. تظاهر
اولیه بیماری در مخاطدهان با فراوانی
بیشتری همراه می باشد و پیدایش تاول در
پوست سالم اغلب بدون وجود هیچ سابقه ای
از ضربه بروز می کند. هدف از انجام این
مطالعه تعیین میزان بقاء بیماران مبتلا به
پمفیگوس در کرمان بوده لذا کلیه بیمارانی
که در ۱۲ سال گذشته به علت این بیماری
در بخش پوست بستری شده و یا به طور
سرپایی تحت درمان قرار گرفته اند، مورد
بررسی و ارزیابی آماری قرار
گرفتند. متغیرهایی که بر روی تابع
ماندگاری حیات و مخاطره این بیماران
موثر بوده اند با استفاده از مدل رگرسیون

اسلام گرویده‌اند (اثبات آن نیاز به بررسی گسترده جمعیت شناسی از طریق انجام HLA دارد).

مواد و روش کار

تعیین تابع بقاء و تهیه نمودار مخاطره بیماران در انواع مختلف پمفیگوس برای پزشکان اهمیت آموزشی داشته و در تعیین پیش آگهی و نیز پیش بینی مدت زمان حیات بیماران نقش تعیین کننده‌ای دارد. در این تحقیق گروه مورد مطالعه تمامی بیماران مبتلا به پمفیگوس بوده‌اند که طی سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۷۹ در بخش پوست بیمارستان شماره ۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان بستری و یا به طور سرپایی تحت درمان بوده‌اند. اطلاعات مربوط به سرنوشت بیماران تا اوایل سال ۱۳۷۹ به روش مراجعه حضوری و پیگیری مجدد بیماران یا کسب اطلاع از خانواده آنها بوده‌است. اطلاعات اولیه نیز از پرونده

پزشکی و گزارش پاتولوژی و شرح حال بیماران، جمع آوری گردید. جمعیت مورد مطالعه ۵۹ بیمار بودند که ۴ بیمار به علت عدم دسترسی و یا تشخیص اشتباهی از جمع مطالعه حذف شدند و ادامه تحقیق با ۵۵ بیماری که تشخیص پمفیگوس آنها قطعی شده بود، صورت گرفت. متغیر وابسته در این تحقیق فاصله زمانی بود که یک بیمار مبتلا به پمفیگوس از این بیماری فوت می‌نمود یا دچار مخاطره می‌گردید. متغیرهای مستقل این تحقیق شامل جنس (مرد و زن)، سن، پیدایش اولین جایگاه درگیر (مخاط دهان یا پوست)، محل زندگی، شغل، نوع روش درمانی (استفاده از کورتیکواستروئیدها به تنهایی یا توأم با آزاتیوپرین و نوع پمفیگوس (وولگاریس، وژتان، فولیاسه‌واریتوماتو) بودند. تعیین شدت و میزان تاثیر عوامل مذکور در ایجاد مخاطره در بیماران مبتلا به پمفیگوس به ترتیب در جداول آورده شده‌اند.

نوع مطالعه اپیدمیولوژیک در این تحقیق، بررسی تاریخی می‌باشد. در تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از نرم‌افزارهای آماری STATA, SPSS/WIN استفاده شده است. تعیین تابع بقا از دو روش ناپارامتری جدول طول عمر و جدول کاپلان-مایر انجام شده و برای تعیین اثر متغیرهای دیگر از مدل رگرسیون کاکس (Cox) بهره گرفته شده است. روش‌های ناپارامتری به علت سادگی برای تعیین میزان ماندگاری بیماران بیشتر به کار برده شدند. این روش‌ها شامل روش حدی حاصل ضرب یا برآورد کاپلان-مایر و روش جدول طول عمر یا هر دو روش بودند. بر اساس مجموع طول مدت بقای افرادی که در این مطالعه شرکت کرده‌اند، بدون توجه به طول زمانی که هر بیمار پی‌گیری شده، یعنی داده‌های ناتمام و کامل، احتمال بقا در فواصل زمانی ۲ ساله تا ۱۲ سال یعنی فواصل ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۲ سال می‌باشد که از زمان

قطعی شدن تشخیص بیماری پمفیگوس در بیماران بوده است. برای متغیرهایی که اندازه نمونه در هر گروه از افراد مورد مطالعه بیش از ۳۰ مورد بوده، با استفاده از جدول طول عمر، تابع بقا را بدست آورده و برای متغیرهایی که تعداد نمونه کمتر از ۳۰ بود، از روش کاپلان-مایر استفاده شد و در کل برای تعیین رابطه بین زمان بقا با متغیرهای توصیفی واثرگذار بر تابع بقا، میزان ماندگاری را از فرمول رگرسیون کاکس (Cox) regression به دست آوردیم که فرمول مدل کلی آن $S b = h_0(t) \exp [\sum_{i=1}^k \beta_i X_i]$ می‌باشد (۸،۷).

نتایج

کل بیماران مبتلا به پمفیگوس در استان کرمان ۵۵ نفر بودند که همه در این مطالعه مشارکت داده شدند و از بین آنها ۱۷ نفر مرد (۳۰/۹٪) و ۳۸ نفر زن (۶۹/۱٪) بودند که به گروه‌های سنی کمتر

داشتند. ۳۲ بیمار (۵۸/۲٪) در مرحله کنترل و ۱۱ نفر (۲۰٪) در فاز فعال بیماری و ۱۲ نفر (۲۱/۸٪) آنها فوت کرده بودند. اگر بخواهیم متغیرهای مهم یعنی متغیرهایی که P value آنها کمتر از ۰/۰۲ PR» بوده است را مد نظر داشته باشیم، باید متغیرهای

از ۲۵، ۵۰-۲۶ و بیش از ۵۰ ساله تقسیم و میزان بقاء هر گروه در جدول ۵ آورده شده است. ۴۵ مورد (۸۱/۸٪) از بیماران به پمفیگوس نوع ولگاریس و وژتان مبتلا بودند و تنها ۱۰ مورد (۱۸/۲٪) از بیماران نوع فولیاسه و اریتماتو بیماری را

جدول ۱: توزیع فراوانی جنس بیماران پمفیگوس بر حسب

سن

جمع	فولیاسه اریتماتو		ولگاریس وژتان		نوع پمفیگوس گروه سنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱	۴۰	۴	۱۵/۶	۷	<۲۵
۳۰	۰	۰	۶۶/۶	۳۰	۲۵-۴۹/۹
۱۲	۴۰	۴	۱۷/۸	۸	۵۰-۷۵
۲	۲۰	۲	۰	۰	>۷۵
۵۵	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۴۵	جمع

جدول ۲: توزیع فراوانی نوع پمفیگوس بر حسب گروه

سنی

جمع		بیماران زن		بیماران مرد		جنس
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	گروه سنی
۲۰	۱۱	۲۱	۸	۱۷/۶	۳	< ۲۵
۵۴/۶	۳۰	۵۵/۲	۲۱	۵۳	۹	۲۵-۴۹/۹
۲۲/۸	۱۲	۱۸/۵	۷	۲۹/۴	۵	۵۰-۷۵
۳/۶	۲	۵/۳	۲	۰	۰	۰ > ۷۵
۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۱۷	جمع

جدول ۳: تابع ماندگاری (بقاء) بدون در نظر گرفتن متغیرهای توصیفی بر اساس جدول طول عمر

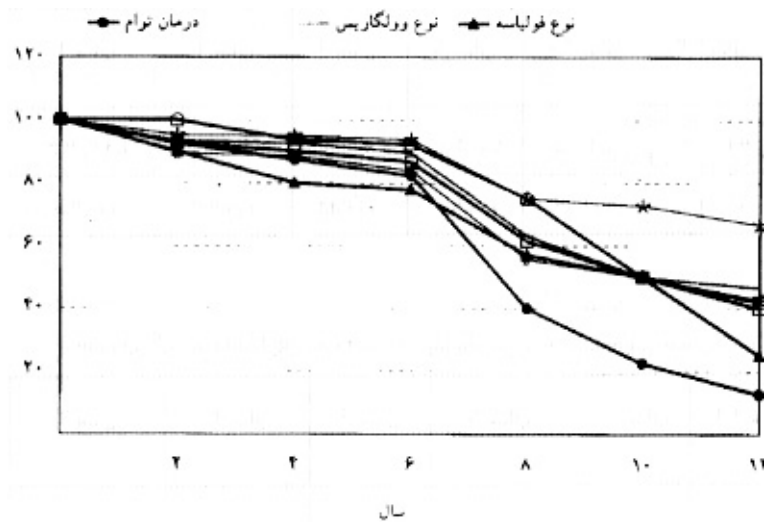
زمان بقاء	۲ سال	۴ سال	۶ سال	۸ سال	۱۰ سال	۱۲ سال	میانۀ زمان بقاء (سال)
(سال)	۹۲/۷±%	۹۰/۲±%	۸۶/۸±%	۶۱/۵±%	۵۰±%	۴۲/۱±%	۱۰
±SE	۰/۰۴۵	۰/۰۴۲	۰/۰۵۶	۰/۰۹۷	۰/۱۰۹	۰/۱۱۶	۰/۴۴۷

جدول ۴: تابع ماندگاری (بقاء) بیماران پمفیگوس بر حسب جنس بیمار

زمان بقاء سال	۲ سال	۴ سال	۶ سال	۸ سال	۱۰ سال	۱۲ سال	میانۀ زمان بقاء (سال)
مرد	۱۰۰±	۹۳/۸±	۹۲/۳±	۷۵	۵۰±	۴۰±	۱۰±
±SE	۰/۰۰۰	۰/۴۷۴	۰/۴۸۹	۰/۰۵۰	۰/۴۱۷	۰/۴۶۴	۰/۴۶۷
زن	۸۹/۵±	۸۸/۶	۸۴/۰۰۰±	۵۵/۶±	۵۰±	۴۲/۹±	۱۰±
±SE	۰/۴۷۶	۰/۴۴۷	۰/۴۴۷	۰/۴۲۲	۰/۴۱۷	۰/۴۶۷	۰/۴۶۷

جدول ۵: تابع ماندگاری (بقاء) بیماران پمفیگوس در رابطه با متغیرهای سن جنس نوع بیماری پمفیگوس و درمان

متغیرهای مورد مطالعه	۲ سال	۴ سال	۶ سال	۸ سال	۱۰ سال	۱۲ سال	میانۀ زمان بقاء (سال)
گروه‌های سنی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۵/۷	۸۰	۸۰	>۱۲
۲۵-۴۹/۹	۰/۹۶۳	۹۶/۳	۹۴/۴	۷۷/۸	۵۷/۱	۵۷	>۱۲
۵۰-۷۴/۹	۸۳/۳	۷۵	۶۶/۷	۳۳/۳	۲۳/۳	۰	۷
>۷۵	۵۰	۵۰	۰	۰	۰	۰	<۲
جنسیت	۱۰۰±۰/۰۰۰	۹۳/۸±۰/۴۷۴	۹۲/۳±۰/۴۸۹	۷۵±۰/۰۵۰	۵۰±۰/۴۱۷	۴۰±۰/۴۶۴	۱۰±۰/۴۶۷
مرد	۸۹/۵±۰/۴۷۶	۸۸/۶±۰/۴۴۷	۸۴/۰۰۰±۰/۴۴۷	۵۵/۶±۰/۴۲۲	۵۰±۰/۴۱۷	۴۲/۹±۰/۴۶۷	۱۰±۰/۴۶۷
زن	۹۳/۳	۹۲/۷	۸۹/۷	۶۳/۲	۵۰	۴۶/۷	۱۰
انواع پمفیگوس	۹۰	۸۰	۷۷/۸	۵۷/۱	۵۰	۲۵	۱۰
وولگاریس و وزتان	۹۵/۲±	۹۵	۹۳/۸	۷۵	۷۲/۷	۶۶/۷	>۱۲
فولیاسه و اریتماتوس	۹۲/۶±	۸۷/۵	۸۲/۴	۴۰	۲۲/۵	۱۲/۵	۷/۵
سوع کورتیکواستروئید							
استروئیدوایمون							



سال

نمودار ۱: مقایسه ماندگاری کلی بیماران پمفیگوسی استان کرمان در رابطه با متغیرهای مختلف

درگیری پوست و مخاط دهان در مقایسه بوده است. در مورد نوع درمان نیز ۲۸ نفر با کورتیکواستروئید تنها و ۲۷ نفر با کورتیکواستروئید به اضافه آزاتیوپرین درمان شده‌اند. نتایج بدست آمده از تابع

شغل و محل زندگی را از مدل حذف نماییم. تأثیر متغیر محل بروز بیماری پمفیگوس در بیماران (پوست یا مخاط دهان) در جدول ۵ به طور کامل نشان داده شده که اولین محل بروز بیماری با ابتلا و

بقاء به تفکیک پس از تأثیر عوامل فوق در جداول ۳ و ۴ آورده شده‌اند. به طور مثال بر اساس مندرجات جدول ۳، ۵۰ درصد افراد مورد مطالعه بیش از ۱۰ سال زنده بوده‌اند و احتمال بقاء بیماران پمفیگوسی در پایان ۲ سال اول بعد از تشخیص قطعی بیماری، ۹۲/۷٪ و احتمال بقاء در بیش از ۱۲ سال بعد از تشخیص، ۴۲/۱٪ بوده است. تفسیر سایر یافته‌ها برای دیگر متغیرها در جداول ۵-۱ و نمودار ۱ آورده شده و مشابه تفسیر تأثیر متغیر فوق بر ماندگاری بیماران با فرض همگنی سایر متغیرها، محاسبه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری پمفیگوس بدون درمان مرگ و میر بالایی داشته است اما بعد از کشف کورتیکواستروئیدها، بیماران از طول عمر بیشتری برخوردار گردیده‌اند (۱۳،۹). بیماری با اختلال در سیستم ایمنی همراه بوده و در درمان آن استفاده از

کورتیکواستروئیدها به تنهایی یا توأم با آزاتیوپرین مهمترین اقدام است. از مدتی قبل به سبب عوارض کورتیکواستروئیدها، درمان توأم در این بیماری کاربرد بیشتری پیدا کرده ولی هنوز هم اولین اقدام در درمان بیماری پمفیگوس، استفاده از کورتیکواستروئیدهای خوراکی است. در این مطالعه تابع و نمودارهای ماندگاری و فراوانی مخاطرات در رابطه با نوع بیماری و گروه سنی، جنسیت و نوع درمان متفاوت، تعیین شد که نتایج و تحلیل آنها می‌تواند برای همکاران مفید باشد. این مطالعه می‌تواند عواملی را که در پیش‌آگهی بیماری موثر بوده یا در تعیین طول مدت بقاء و حیات بیماران تأثیر دارند، نشان دهد (۵،۴).

با توجه به رابطه بین متغیرها و ماندگاری یا بقاء بیماران که در جداول مشاهده می‌شود، می‌توانیم چنین نتیجه‌گیری نماییم که زنان در مقایسه با مردان که سطح اول و گروه مرجع به

حساب آمده‌اند، دارای احتمال بقای عمر کمتری در ۸ ساله اول بعد از تشخیص بیماری پمفیگوس بوده‌اند در حالی که هر دو گروه در دهمین سال بعد از تشخیص از احتمال بقاء یکسانی برخوردار گردیدند. به طوری که زنان در مقایسه با مردان در سال‌های اول عمر بعد از تشخیص بیماری، ضریب منفی می‌گیرند. ($B1=0/025$) و ($B1=0/1025$) پس جنسیت مرد بر تابع بقاء اثر مثبت و بر تابع مخاطره اثر منفی دارد. ماندگاری نسبی مرد به زن در ۸ سال اول پس از تشخیص $1/5$ در برابر ۱ بوده است. یعنی احتمال فوت به علت پمفیگوس در زنان ۸ سال پس از تشخیص، $1/5$ برابر بیشتر از مردان می‌باشد. متغیر دیگر سن شروع بیماری بوده است. بیماران دارای گروه سنی ۵۰-۲۵ سال در مقایسه با گروه سنی کمتر از ۲۵ سال از میزان بقاء (عمر) کمتری برخوردار بوده‌اند. با توجه به اینکه متغیر سن پیوسته می‌باشد، تاثیر آن بر تابع بقاء

با محاسبه تفاضل مخاطره‌ها به ازای $K25=$ سال افزایش در متغیر سن به دست آمده است (۲). به طوری که بیماران ۵۰-۲۶ ساله در اولین ۱۰ سال پس از تشخیص نسبت به بیماران کمتر از ۲۵ ساله، $0/23$ و بیماران ۷۵ ساله بی‌الا $0/47$ بیشتر در معرض خطر مرگ قرار داشته‌اند ($B2=0/014$). یعنی سن تشخیص بیماری با امید بقاء رابطه معکوس داشته و به هر میزان بیماری در سنین بالاتر شروع شود، پیش‌آگهی بدتر و امید بقاء کمتری خواهد داشت. متغیر انواع پمفیگوس، ولگاریس و وژتان در مقایسه با انواع فولیاسه و اریتماتو مورد تحلیل قرار گرفت (۱۶، ۱۴، ۱۲) که نتیجه در دو سطح مورد نظر نشان داد که گروه دوم در مقایسه با گروه اول در اولین ۱۰ سال بعد از تشخیص در نیمی از موارد، دو گروه بیماران احتمال بقاء یکسانی داشتند ($B3=0/52$) ولی همین یافته در اولین ۱۲ سال بعد از تشخیص به میزان مندرج در جدول تغییر یافت که نشان

دهنده اهمیت نحوه اثر این متغیر بر روی تابع بقاء و مخاطره بیماران می باشد و برخلاف انتظار، بیماران مبتلا به نوع فولیاسه و اریتماتو در نهایت (بعد از گذشت ۱۲ سال) زودتر می میرند. یافته های بدست آمده در مورد متغیر محل زندگی بیمار نشان داد که چون اغلب بیماران بستری ما از استان کرمان بوده و بیماران سایر استان ها که برای درمان به این استان آمده بودند، ارقام قابل توجهی را به خود اختصاص نمی دادند، امکان تحلیل بر روی این تعداد اندک خارج استانی مقدور نبود. اگرچه عامل محل جغرافیایی زندگی فرد در میزان بروز بیماری اثر داشته ولی در این مطالعه به علت کمی تعداد بیماران، تحلیل آماری مقدور نگردید و لذا فرمول تابع بقاء بیماران مبتلا به پمفیگوس در کرمان به صورت $[-] \{ -2 - [0.52] \times 1 - 3 + [1 - 2] \times [-0.14] - 2$ آید. در مورد متغیر شغل اختلاف آشکاری

در این مطالعه مشاهده نگردید. متغیر کاربرد روش درمانی که به دو روش " تک دارویی " و " توأم درمانی " بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. یعنی گروهی که از کورتیکواستروئید به تنهایی استفاده کرده و گروهی که درمان توأم با آزاتیوپرین (ایمونوساپرسیو) داشتند. بیماران گروه اخیر (درمان توأم) در مقایسه با گروه اول از مخاطره بیشتر و امید بقاء کمتری برخوردار بودند که در همه مقاطع سال های بعد از تشخیص بیماری (فواصل ۲ ساله) نمودی آشکار داشته است. احتمال بقاء ۶ سال بعد از تشخیص در گروه توأم درمانی ۱۱/۴٪ کمتر از گروه اول بوده و میانه سال های بقاء در گروه اول بیش از ۱۲ سال و در گروه دوم ۷/۵ سال به دست آمد. ایرادی که به تحلیل این یافته می توان گرفت این است که بیمارانی که تحت درمان توأم قرار گیرند چون از شدت وخامت بیشتری برخوردار بوده اند، پزشک مجبور شده و یا صلاح دانسته او را روی

Summary

Determining of Survival & Hazard in Patients with Pemphigus in Kerman

S. Shamsadini, MD1, AR. Fekri, MD2., I. Esfandiary-Pour, MD3., S. Saryazdi, MD2., Z. Rahnama, MD3., S.Zadndi, MD3., A. Ghorbani, MD4. and F. Afshar, MD4.

1. Professor, 2. Associate Professor, 3. Assistant Professor of Dermatology, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran 4. General Practitioner

The incidence of survival analysis and hazard rates in 55 patients with the pemphigus have been determined for a period of 12 years from 1989-2000. The effect of pemphigus type, sex, age and the method of treatment were evaluated separately. For this the equation $ht(x) = h_0(t) \exp \{b_{1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k}\}$ was chosen in which h_0 is the baseline hazard in zero

این نوع درمان قرار دهد و لذا بقاء کمتر این گروه بیماران ناشی از شدت وخامت بیماری فرد بوده و نه تأثیر درمان توأم، ولی باید گفت که چنانچه این فرض هم مصداق داشته باشد، نتیجه این تحلیل می تواند ارزش خود را در تعیین و پیش بینی احتمال بقاء بیماران داشته باشد. به عبارت دیگر می توان گفت که اگر شدت و وخامت بیماری در فرد مبتلابه پمفیگوس به حدی باشد که پزشک معالج مجبور شود از درمان توأم استفاده نماید (شدت بیماری یا عدم پاسخ به درمان)، امید و احتمال بقاء این بیمار از منحنی مخصوص به خود تبعیت می کند که با منحنی بیمارانی که استروئید به تنهایی مصرف کرده اند، متفاوت می باشد و مرگ و میر گروهی که درمان توأم بگیرند نسبت به گروهی که درمان یک دارویی در انتظارشان باشد، زودرس تر خواهد بود (۱۵،۱۰). (مراجعه شود به جدول ۵).

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2001; 8(3): 130-136

Key Words: *Survival, Death time, Pemphigus, Longevity predicting*

منابع

۱. دیلی. بورک، مک گیلورای: تفسیر و استفاده از آمار پزشکی. ترجمه: فقیه زاده، سقراط؛ بامداد سقین سرا، جاوید و رفیع زاده، بابک. دانشگاه شاهد، ۱۳۷۵.

۲. فلچر، روبرت. اچ: اصول اپیدمیولوژی بالینی. ترجمه: جانقربانی، محسن و صادقی، علی. دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۴.

3. Armitag and berry: Statistical methods in medical resaech. London, 1988.

4. Arnold HL Jr, Odom RB, James WD and Andrew S. Diseases of the skin

time, ht is hazard happened later (in timet), bis regression coeficient andccan be age, sex, pemphigus type and method of treatment. Results of this study revealed that the upper age groups had relatively smaller surrival chance than those of lower age groups, and women less than men. The first 8 years after pemphigus diagnosis, patients with vulgaris and vogtatype as compared with foliaceae and etythmatous had also less survival chance, so was combined therapy compared with single thrapy (cortico steriodes). Other parameters like job type and place of living had noapparent effect.

clinical dermatology. 8thed., Philadelphia, W.B. Saunders, Co., 1990; pp534-543.

5. Beutne HL, Chorzeiski TP, Hale WL, Hausmanowa-

Petrusewicz I.
 concurrent myasthenia gravis
 and pemphigus
 erythematosus. *JAMA* 1968; 203(10): 845-849.

6. Beutner EH and Chorzelski TP. Studies on etiologic factors in pemphigus. *J Cutan Pathol* 1976; 3(2): 67-74.

7. Cox DR. Regression models and life tables. *J Roy Stat Soc* 1972; 34: 187-220.

8. Cox DR and Oakes D: Analysis of survival data. London, Chapman and Hall, 1984.

9. David JD: Fine vesiculobullous disease. In Demis DJ (ed). Clinical dermatology. Philadelphia, J.B. Lippincott Co, 1993; pp2-10.

10. Lapidth M, David M, Ben Amitai D, Katzenelson V, Lustig S and Sandbank M. The efficacy of combined treatment with prednisone and cyclosporine in patients with pemphigus: Preliminary study. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30(5 pt 1): 752-757.

Autoimmunity in

11. LEE ET: Statistical methods for survival data analysis. John Wiley, 1992.

12. Lever WF and Schaumburg-Lever G: Histopathology of the skin. 7th ed., Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1990; pp116-121.

13. Matsukawa Y, Sawada S, Hayama T, Usui H and Horie T. Suicide in patients with systemic lupus erythematosus: a clinical analysis of seven suicidal patients. *Lupus* 1994; 3(1): 31-35.

14. Paterson AJ, Lamey PJ, Lewis MA, Nolan A and Rademaker M. Pemphigus vulgaris precipitated by Glibenclamide therapy. *J Oral Pathol Med* 1993; 22(2): 92-95.

15. Perez Bernal AM, Moreno J and Camacho F. Ten years' experience of the treatment of 34 cases of pemphigus. *J Dermatol Treat* 1992; 3(2): 73-75.

16. WojnaRowska F, Eady
RAJ and Burge SM.
Bullous eruptions. In:
Champion RH, Burton JL,
Burns DA and Breathnach
SM. (Eds). Text book of
dermatology. 6thed., Oxford,
blackwell science, 1998;
pp1817-1898.