

اپیدمیولوژی فلج شل حاد در استان کرمانشاه (۸۸-۱۳۸۳)

کیقباد قدیری^۱؛ میترا دربندی^{۲*}؛ ماندانا افشاریان^۱؛ ناهید خادمی^۳؛ محمد حیدری^۴؛ مرتضی عزیزی^۳؛ ندا ایزدی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین شاخص‌های اپیدمیولوژیک فلج شل حاد (AFP) طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ در استان کرمانشاه بود. مطالعه از نوع توصیفی و بر روی پرونده‌های کودکان مبتلا به AFP موجود در مرکز بهداشت استان کرمانشاه انجام شد. تعداد کل کودکان مبتلا به فلج شل حاد در استان کرمانشاه ۸۹ مورد (۳۶ پسر و ۵۳ دختر) و در محدوده سنی ۰-۱۵ سال بودند. تشخیص ۵۰/۶ درصد موارد گیلن‌باره، ۶/۷ درصد سینوویت گذرا و ۵/۶ درصد آرتريت بود. موردی از پولیو نیز یافت نشد. میزان بروز AFP در استان بیشتر از میزان مورد انتظار WHO (۱ مورد در ۱۰۰۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال) بود. **کلیدواژه‌ها:** اپیدمیولوژی، فلج شل حاد، سندرم.

«دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۳۱»

۱. گروه بیماری‌های عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
 ۲. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
 ۳. مرکز بهداشت استان کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
 ۴. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- * عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۹۱۸۳۸۷۹۳۳۸

Email: mitra.darbandi@yahoo.com

مقدمه

فلج شل حاد (AFP=Acute Flaccid Paralysis) یک سندرم بالینی با طیف گسترده‌ای از اتیولوژی‌های محتمل است که با ضعف سریع عضلات و از جمله ضعف عضلات تنفسی و بلع شروع می‌شود. AFP علل زمینه‌ای متعددی دارد که می‌تواند براساس سن و منطقه جغرافیایی تغییر نماید.

در تشخیص‌های افتراقی فلج شل حاد، بیماری‌های زیادی مطرح بوده که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان پولیو میلیت انتروویروس‌های غیر پولیویی، سندرم گیلن‌باره، نوروپاتی آکسونال حرکتی حاد، فلجی به دنبال واکسیناسیون، پلی رادیکولونوروپاتی التهابی حاد، نوریت ضربه‌ای حاد و میلیت عرضی حاد را نام برد (۱).

میزان بروز AFP غیرپولیویی بر اساس گزارش‌های WHO، حداقل یک مورد در صد هزار کودک زیر ۱۵ سال است (۲ و ۳). میزان بروز سالانه AFP در استرالیا و

چین، ۱/۴ مورد به ازای هر صد هزار کودک زیر ۱۵ سال بوده است (۴ و ۵).

مجمع عمومی جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸ در ژنو با صدور قطعنامه‌ای، ریشه‌کنی فلج اطفال را تا سال ۲۰۰۰ به تصویب رساند (۵). با کاهش چشم‌گیر در میزان پولیومیلیت، سندرم گیلن‌باره (GBS) شایع‌ترین علت AFP در بسیاری از قسمت‌های جهان است (۶).

این مطالعه به بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک فلج شل حاد طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ در استان کرمانشاه پرداخته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی است. پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با مراجعه به مرکز بهداشت استان، کلیه پرونده‌های موجود، دریافت شد و اطلاعات مورد نیاز از سال ۸۸-۱۳۸۳ بر اساس

جدول ۱- توزیع فراوانی تشخیص نهایی (کد تشخیص) در بیماران مبتلا به فلج شل حاد در استان کرمانشاه طی سالهای ۸۸-۱۳۸۳

تشخیص نهایی	کد تشخیص	تعداد	درصد
سندرم گیلن باره	G61	۴۵	۵۰/۶
سینوویت گذرا	M65	۶	۶/۷
آرتریت	M13	۵	۵/۶
میالژی	M79.1	۴	۴/۵
عفونت‌های ویروسی	B34	۴	۴/۵
میوزیت ویروسی	M60	۳	۳/۴
مسمومیت دارویی	T50	۲	۲/۲
انسفالیت	A85	۲	۲/۲
اختلال متابولیک	E88	۲	۲/۲
آتاکسی	R27.0	۱	۱/۱
میلیت عرضی	G37.3	۱	۱/۱
تومور مغزی	C71	۱	۱/۱
تومور نخاع	C72	۱	۱/۱
ناهنجاری مادرزادی	Q89	۱	۱/۱
فلج شل	P14	۱	۱/۱
انسفالیت پس از تلقیح واکسن	G04	۱	۱/۱
وردینگ هوفمن	G12	۱	۱/۱
سایر تشخیص‌ها	-	۸	۹

بحث

در این مطالعه، گیلن باره در ۵۰/۶ درصد، سینوویت گذرا در ۶/۷ درصد و آرتریت در ۵/۶ درصد بیماران، بیشترین عامل ایجاد فلج شل بودند که این نتایج مشابه مطالعه Kathryn Whitfield در استرالیا (۵۰٪ موارد AFP ناشی از سندرم گیلن باره و ۱۹٪ به علت میلیت عرضی) و مطالعه Yasuo Chiba در چین (از ۶۳ نفر بیمار مبتلا به AFP، ۴۰ نفر به علت گیلن باره، ۷ نفر میلیت عرضی و ۱۶ نفر هم ناشی از سایر علل) است (۱، ۵ و ۷).
بر اساس نتایج مطالعه E.J Hoekstra در پنج ایالت چین (۸) و Kathryn Whitfield (۵) محدوده سنی بیماران بسیار به مطالعه ما نزدیک است.

چکلیستی متشکل از بخش‌های جمعیت‌شناختی و اطلاعات مربوط به فلج شل حاد از پرونده کلیه افراد مبتلا به فلج شل حاد طی این سالها جمع‌آوری گردید. میزان بروز با تقسیم تعداد موارد ثبت شده برای فلج شل حاد در هر سال بر جمعیت ۱۵-۰ سال استان که در سرشماری سال ۱۳۸۵ به دست آمده محاسبه شد. جمعیت ۱۵-۰ سال (۵۳۲۴۲۰ نفر) در طی سالهای مطالعه از مرکز آمار ایران گرفته شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد کل مبتلایان فلج شل حاد، ۸۹ مورد بود. کم‌ترین تعداد بیماران در سال ۱۳۸۴ (۱۱ مورد) و بیشترین تعداد بیماران در سال ۱۳۸۸ (۲۲ مورد) بوده است. ۳۶ نفر بیماران مذکر و ۵۳ نفر مؤنث بودند. محدوده سنی بیماران بین ۱۵-۰ سال قرار داشت. بیشتر بیماران در محدوده سنی ۶-۰ سال بودند. بیشترین محل فلج در این بیماران پای چپ (۷۱/۶٪)، پای راست (۷۰/۹٪)، دست چپ (۶۷/۶٪) و دست راست (۶۱/۵٪) بود. بیشترین علائم در بیماران، درد عضلانی (۶۰/۶۷٪)، کوریزا (۴۹/۴۳٪)، ضعف و تحریک‌پذیری (۴۴/۹۴٪) بود. ۸۸ نفر (۹۸/۹٪) از بیماران به‌طور مرتب ایمن‌سازی را انجام داده بودند. در طبقه‌بندی اولیه، ۷۱ نفر (۷۹/۸٪) گیلن باره و ۱۳ نفر را عفونت‌های ویروسی تشکیل دادند و هیچ موردی از پولیو یافت نشد (جدول ۱).
۴ نفر (۴/۵٪) از بیماران با فردی که تازه واکسینه شده یا اخیراً فلج شده بود تماس داشتند و ۸۵ نفر (۹۵/۵٪) از بیماران بدون تماس مشکوک بودند. ۷۰/۸ درصد موارد معلولیتی نداشتند، ۱۰/۱ درصد نمی‌توانستند راه بروند، ۷/۹ درصد با کمک راه می‌رفتند، ۵/۶ درصد لنگش داشتند، ۴/۵ درصد دچار سایر معلولیت‌ها شده بودند و ۱/۱ درصد هم بعد از ۶۰ روز فوت شده بودند.

صد هزار کودک زیر ۱۵ سال (۵ و ۹) و در استرالیا Kathryn Whitfield میزان بروز را ۱/۴ مورد در صد هزار کودک زیر ۱۵ سال گزارش کرده‌اند (۵). در مطالعه Mira Kojouharova در بلغارستان نیز میزان بروز AFP غیرپولیویی، ۳ مورد در صد هزار کودک زیر ۱۵ سال گزارش شده است (۱۰) و نتایج مطالعه Yasuo Chiba و همکاران (۹۲-۱۹۹۱) در چین نشان داد میزان بروز AFP غیرپولیویی، به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۴۶ مورد در صد هزار کودک زیر ۱۵ سال بوده است (۷) که شاید یکی از دلایل آن ضعف در سیستم گزارش‌دهی این بیماران در چین باشد.

نتیجه‌گیری

باتوجه به تعداد موارد گزارش شده AFP طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ می‌توان گفت بیماری فلج شل حاد در استان کرمانشاه از سیستم گزارش‌دهی مطلوبی برخوردار است. میزان بروز AFP در استان بیشتر از میزان مورد انتظار WHO می‌باشد. باید تلاش شود تا ضمن حفظ روند موجود، همه موارد فلج شل حاد سریعاً گزارش و بررسی گردند.

Yasuo Chiba و همکارانش در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که در میان موارد گزارش شده AFP حداقل در ۳۰-۲۰ درصد موارد، فلج پایدار به مدت بیشتر از ۳-۲ ماه در بیماران باقی مانده است. در این مطالعه نیز در پیگیری انجام شده پس از ۶۰ روز مشخص شد که فلج در ۲۵ نفر (۲۸/۱٪) از بیماران باقی مانده است (۷). در مطالعه حاضر با توجه به جمعیت گروه سنی ۱۵-۰ سال که در آخرین سرشماری در سال ۱۳۸۵ به دست آمده است (۵۳۲۴۲۰ نفر) میزان بروز AFP به تفکیک سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ برآورد شد. بدین ترتیب میزان بروز AFP در سال ۱۳۸۳، ۲/۲، در سال ۱۳۸۴، ۲، در سال ۱۳۸۵، ۲/۲، در سال ۱۳۸۶، ۲/۸، در سال ۱۳۸۷، ۳/۱ و در سال ۱۳۸۸، ۴/۱ مورد در صد هزار کودک زیر ۱۵ سال بوده است. با توجه به میزان‌های بروز طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ می‌توان گفت که این میزان روندی افزایشی داشته است و بیشتر از میزان مورد انتظار WHO (۱ مورد در ۱۰۰۰۰۰ کودک زیر ۱۵ سال) بوده است. لازم به ذکر است که این نکته مثبتی بوده و دال بر بررسی بیشتر از حد انتظار موارد فلج شل حاد در استان می‌باشد. در آمریکا میزان بروز سالیانه AFP را ۱/۷ مورد در

References

1. Marx A, Glass JD, Sutter RW. Differential diagnosis of acute flaccid paralysis and its role in poliomyelitis surveillance. *Epidemiol Rev* 2000;22(2):298-316.
2. Beyene B, Gebremariam A, Teka T, Melaku Z, Tsegaye B, Alieyu D, et al. Regional distribution of acute flaccid paralysis cases in Ethiopia in 2000-2002. *Jpn J Infect Dis* 2004;57(2):72-3.
3. WHO: Global eradication of poliomyelitis. Geneva, World Health Organization 1997 (unpublished document WHO/EPI/GEN/96.04)
4. Chiba Y, Hikita K, Matuba T, Chosa T, Kyogoku S, Yu J, et al. Active surveillance for acute flaccid paralysis in poliomyelitis high-risk areas in southern China. *Bull World Health Organ* 2001;79(2):103-10.
5. Whitfield K, Kelly H. Using the two-source capture-recapture method to estimate the incidence of acute flaccid paralysis in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ* 2002;80(11):846-51.
6. Amin R, Akbari A, AL Yasin S, Rafiei SM. [Guillain-Barre syndrome: A 20 years study on pediatrics (Persian)]. *Feyz* 2005;8(32):63-8.
7. Chiba Y, Xu A, Li L, Lie J, Takezaki T, Hagiwara A, et al. Poliomyelitis surveillance in Shandong province, China, 1990-92. *Bull World Health Organ* 1994; 72 (6):915-20.
8. Hoekstra EJ, Feng C, Xiao-jun W, Xing-lu Z, Jing-jin Yu, Bilous J. Excluding polio in areas of inadequate surveillance in the final stages of eradication in China. *Bull World Health Organ* 2000;78(3):315-20.

9. Kelly H, Qing Y, Kennett M, Dsouza R, Jolley D. A capture- recapture estimate of acute flaccid paralysis in Victoria. In: National documentation for certification of poliomyelitis eradication in Australia. Canberra: Commonwealth of Australia, Department of health and aged care 2000; 127-31.
10. Kojouharova M, Zuber PL, Gyurova S, Fiore L, Buttinelli G, Kunchev A, et al. Importation and circulation of poliovirus in Bulgaria in 2001. Bull World Health Organ 2003; 81(7): 476-81.