

۱۴۱۵

" دانشگاه ملی ایران "

دانشکده پزشکی

پایان نامه برای دریافت درجه دکتری پزشکی

موضوع :

" سندرم گیلن بارسه "

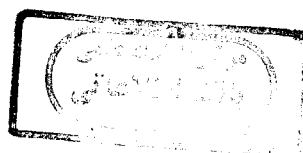
استاد راهنما :

جناب آقای دکتر حسین پور

نگارش :

دکتر عماد عقیق

سال تحصیلی ۱۴۰۱ - ۱۴۰۲



۱۴۱۵

سوگند نامه پزشکی (اعلامیه زنو/ ۱۹۴۷)

هم اکنون که حرفه پزشکی را برای خود اختیار میکنم با خود عهد می بندم که
زندگیم را یکسر وقف خدمت به بشریت نمایم .

احترام و تشکرات قلبی خود را بعنوان دین اخلاقی و معنوی به پیشگاه
اساتید محترم تقدیم میدارم ، و سوگند یاد میکنم که وظیفه خود را با وجدان
و شرافت انجام دهم .

اولین وظیفه من اهمیت و بزرگی شماری سلامت بیمارانم خواهد بود .
اسرار بیمارانم را همیشه محفوظ خواهم داشت ، شرافت و حیثیت پزشکی
را از جان و دل حفظ خواهم کرد .

همکاران من برادران من خواهند بود ، دین ، ملیت ، نژاد عقاید سیاسی
و موقعیت اجتماعی هیچگونه تاثیری در وظایف پزشکی من نسبت به بیمارانم
نخواهد داشت .

من در هر حال به زندگی بشر کمال احترام را مبذول خواهم داشت و هیچگاه
معلومات پزشکی ام را برخلاف قوانین بشری و اصول انسانی بکار نخواهم برد .
آزادانه و شرافت خود سوگند یاد میکنم ، آنچه را که قول داده ام انجام دهم .

تقدیم به :

استاد محترم جناب آقای دکتر عبد الرضا حسین پور

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر منوچهر رزم آراء

تقدیم به :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر پرویز معیلی

تقديم بـه :

اساتيد محترم دانشكده پزشکی

تقديم به :

پدر و مادر عزیزم

تقديم به ————— :

خواهران و برادران عزیزم —————

تقدیم بـ _____ ہ :

دوستان عزیز _____ زم

فهرست مطالب

- ۱- مقدمه و تاریخچه سندرم گیلن باره
- ۲- اتیولوژی
- ۳- آسیب شناسی
- ۴- پاتوژنسی
- ۵- فیزیوپاتولوژی
- ۶- علائم بالینی سندرم گیلن باره
- ۷- تشخیص افتراقی
- ۸- سیروپیش آگهی
- ۹- سنگل و عود بیماری
- ۱۰- درمان
- ۱۱- جدول ضمیمه و بحث در مورد بیماری
- ۱۲- معرفی دو بیمار (یک بیمار از بیمارستان فرحناز پهلوی ، دیگری از بیمارستان جرجانی)
- ۱۳- بحث نوتاهی در سندرم گیلن باره

تاریخچه :

با اینکه سندرم گیلن باره در حدود ۱۰۰ سال پیش شناخته شده هنوز علت آن بر اطباء مجهول مانده است . نکته جالب در مورد این بیماری متفیر بودن علائم بالینی آن میباشد .

گرچه پیدایش این بیماری را در سن کودکی نامید استند ولسی مشاهدات متعدد خلاف این نظریه را تأیید نموده و نشان داده که حتی میزان شیوع آن در این وضعیت سنی روبه افزایش بوده و بعد از چهار سالگی وحتى سنین پائین تر نیز دیده شده (یک مورد کودک / ۹ ماهه از پارتمان تل آویو گزارش شده) .

از آنجاکه علائم بالینی و اشکال بسیار مختلف و تظاهرات گوناگونی از آن مشاهده شده در نتیجه اسامی متفاوت در رتبه و نشریات پزشکی دیده میشود که از آن جمله است .

1- Guillain Barre . Strohl - Syndrome

2- Landry - Guillain. Berre. Syndrome

3- Acute infective Neuronitis

4- Acute infective Polyneuritis

- 5- Acute Idiopathic polyneuritis
- 6- Acute polyneuritis with facil. diplegia
- 7- Acute polyradiculitis
- 8- Polyradiculoneuritis
- 9- Myloradiculoneuritis
- 10- Neurorhinitis hyper albuminetic
- 11- Polyradiculoneuritis curable
- 12- Schwannosis

همانطورکه (۱۴) Marshall (۱۹۶۳) معتقد است، تعدد نامگذاری

براین بیماری دلیل بسیار خوبی است که نشان میدهد هنوز برای اتیولوژی آن بین دانشمندان اتفاق نظر وجود ندارد.

در سال ۱۸۵۹ لاندری (Landry) مرد ۴۳ ساله ای را معرفی

نمود که اندام فوقانی و تحتانی بطور متناوب دچار ضعف شده و عضلات تنفسی

پارزی داشته و اختلالات حسی و سیسی در او یافت میشده و ۱۰ روز پس از شروع بیمار

در اثر نارسائی تنفس فوت مینماید. یافته های کالبدشکافی نیز علتی را برای آن -

واضح نکرد. لاندری و بیمار مشابه را که خصوصیات بالینی تمام آنها پارالیزی

بالا رونده بود مورد مطالعه قرارداد ولی در هیچ يك از آنها امتحان مایع مغزی نخاعی انجام نشده بود. (۱۲) (Markland) گزارشهای کشورهای مختلف دیگر پس از گزارشات لاندری منتشر شد که در آنها نیز پارالیزی بالا رونده مشخصه مهم بیماری بود. البته هیچ يك از گزارشات مطالبی را جمع به امتحان مایع مغزی نخاعی در بر نداشت. در عین حال لاندری به بیماران مشابهی برخورد کرد که برخلاف دارا بودن علائم فوق فقط ۲ نفر از ۱ نفر آنها فوت کردند.

در سال ۱۹۱۶ گیلین باره (Guillain, Barre) شرح حال

دو بیمار تحت عنوان پلی رادیکولونوریت در مان شونده

بصورت زیرگزارش Polyradiculoneuritie curable

دادند (۱۲) (Markland ۱۹۱۷)

" مایه دو بیمار برخوردیم که در آنها سندرمی با خصوصیات زیر یعنی :

اختلالات حرکتی ، کاهش واژبین رفتن رفلکسهای تاندونی و طبیعی بودن رفلکس های پوستی ، اختلالات مختصرا بژکتیو حس ، حساسیت عضلانی هنگام فشار اختلال خفیف عصبی در واکنش الکتریکی عضلانی مشاهده شد . نکته بسیار جالب توجه همپرا الومینوز مایع نخاعی مغزی در برابر عدم وجود سلول (Albuminocytologic Dissociation) و پروتوستیک خوب در این

بیماری است " و متذکر میگرداند که علت این سندرم گرفتاری ریشه های عصبی
 وسیله یک عامل عفونی یا توتسیک است و از این رو باید از رادیکولیت ساده

(Simple Radiculitis) ویولی نوریت خالص

(Pure. Polyneuritis) ویولی میوزیت افتراق شود . معالجات گرافیک

در سرعت رفلکس ها و زمان نهفته آنان و خصوصیت انقباض ماهیچه ای این

حقیقت را نه در این سندرم کلیه قسمتهای نوروما سکولر گرفتار هستند روشن

میسازد و به مسئله عدم تطابق سلول و آلبومین ده تا نون گزارش نشد تا اکید زیاد

مینماید . با توجه به مطالعه دو بیمار مورد بحث در فوق بنظر میرسد که

پیش آگهی بیمار چندان نا امید کننده باشد و باین ترتیب اولین بار گیلن باره

به عدم تطابق سلول و آلبومین مایع مغزی نخاعی توجه نمودند .

در سال ۱۹۳۶ Boudain پایان نامه دکترای خود را در

باره سندرم گیلن باره بخصوص اشکال بیماری که به فلج عصب فرنیکی میگردد

نوشت :

در سال ۱۹۳۹ G. Delaine و M. Lenegne بچه ۱۲ ساله ای

را نه پس از ابتلای سرخاک به سندرم گیلن باره دچار شده بود معرفی نمودند

M. Milht و Fouquet بچه ۶ ساله ای را که باین سندرم مبتلا بود معرفی

نمودند که هم عصب فرنیك توام با اعصاب پیاز مغز تیره (Bulber) رانیسز گرفتار کرده و بیمار با زحمت فراوان از مرگ نجات پیدا نمود .

در سال ۱۹۳۸ در سمپوزیونی گیلن و باره باین توافق رسیدند که بیماری ممکن است در بعضی از افراد کشنده باشد . در هر حال یک عامل عفونی برای آن قائل شد و در طی این مدت بعلت توام بودن بیماری با بیماریهای عفونی ، بد خیم ، یاد رحین و اکسیناسیون ها ، و بیماریهای الرژیك برای درمان آن گزارشات مختلف و گوناگونی منتشر شده هر یک ترجمان مهم بودن ماهیت بیماری است (۱۲)

• (Markland)

اتیولوژی :

مطالعات بی گیر و کوششهای فراوان که برای یافتن علت این بیماری انجام شده باشندست مواجه گشته است . با توجه به پیشرفت علم و ویروس شناسی و تکنیک های دقیق آزمایشگاهی این سوال پیش می آید که آیا میتوان با این وسایل عامل سندرم گیلن باره را یافت ؟ اگرچه فرضیات گوناگونی برای توجیه سندرم گیلن باره اظهار میشود ولی هر کدام به نحوی مورد انتقاد قرار میگیرد .

Bienond از تریاتوزنی توئسیك با اتیولوژی متفاوت طرف داری کرده و

مطالعات Jan Bogeaert این بیماری را جزء پلی رادیکو لنوریت های غیر