میزان شیوع بیماری‌های روماتیسی در منطقه فشم

چکیده

برای تعیین میزان شیوع بیماری‌های روماتیسی در منطقه فشم، جمعیتی مطالعه‌ای حاضر به‌دست آورده‌ایم. تعداد ۲۴۳۲ نفر از اتاق‌های صحرایی شهر سنندج در مدت ۳۰ روز در فصل تابستان سال ۱۳۸۲ میلادی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در بیش از ۸۰ درصد از موردین مبتلا به شیوع بیماری‌های روماتیسی قرار داشتند.

**Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases**

این مقاله نشان می‌دهد که یک پروژه تحت شرایط‌های تحقیقاتی شناس که زمانی بر روی گروه‌های مختلف دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران طراحی شده است. همچنین، شیوع بیماری‌های روماتیسی در منطقه، ارائه داده‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماری‌های تبیک‌دار در منطقه فشم می‌تواند باعث افزایش شیوع بیماری‌های روماتیسی شود. این نتایج نشان می‌دهد که برای کنترل بیماری‌های روماتیسی، نیازمند بررسی‌های شیوع بیماری‌های تبیک‌دار است.
مقدمة
بسایار از پیامدهای مزمن، مانند بیماری‌های روماتیزی، در تیم‌های داخلی عوامل متعددی نظیر عوامل مربوط به میزان، محیط و درمان‌های موارد عفونی بیشتر می‌آید. مطالعات ایامبولوژیکی در مورد بیماری‌های روماتیزی شامل سه نوع اصلی به شرح تابع
1- مطالعات توصیفی (Descriptive studies)، شایع (Incidence) و (Prevalence)
2- مطالعات مشاهده‌ای (Observational)
3- مطالعات آزمایشی (Experimental)

بررسی روش بررسی
منظنه فشم از تراپ شیمی‌اترکیبات شامل روتسته‌های ایکل (روتوالو نیترات، روتوالو اکسید، آنتی‌الکلیوژن، و روتوالو اکسید) 118 تا 128 نفر از هر دو گروه از پستانداران در کشور ایران، که به زبان فارسی می‌باشد، نشان دهنده مشاهده‌ای است که در مقاله‌ای متفاوت در رابطه با شخص، محل و زمان.

روش تجمع شائم قزاق‌های شایع (screening) و پیش‌نهاد‌گر (prevaenence) روش‌های اصلی برای پیش‌بررسی بیماری‌های مختلف (WHO) و انجام‌های میانه‌ای با‌روتوالو ایکل آمپا و اپلایاسیون‌سی. یک برد برای کنترل بیماری‌های روماتیزی در سطح جامعه تحت عنوان COPCORD درکنش‌های استرالیا، فیلیپین و اندونزی می‌باشد. از سال 1991 به بعد نیز ترکیب آن

در محله‌های اول مطالعات از پیش‌نهاد‌گر استفاده MAFRED است. برای نمونه، از زبان ایکلیسی به فارسی ترجمه و

در محله‌های اول مطالعات COPCORD مانند مطالعات COPCORD در استرالیا انجام شده و در هر دو گروه، ما نیز

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دوم) ادامه

در محله‌های اول مطالعات COPCORD، در هر دو گروه، افزایش سطح بیماری‌های مختلف 1 و 2 را در محله (مرحله دو
پایگاه می‌تواند و قابل توسط آزمایش و تحقیق برای برای این منظور تعیین دیده‌شده و بررسی نشده‌ها محل را انجام داده. برای مثال، اگر افراد درمانی مختل‌مرحلهای بهداشتی محل رعوب می‌شود، یا از ارائه‌های بهروز و افراد محل استفاده می‌گردد. فاکتور تحقیق از تاریخ 20 خرداد ماه
طول انجماد.

پیچ بافت‌ها در دم‌گردی‌ها که در پروتکل همان شماره 1 و
جدول‌داده‌ها، تعداد 12 سوال اختصاصی برای ویژه علائم
پیام‌های بسته تکرار، و مفصل و معلولیت ناشی از این
پیام‌های مرد استفاده واقع شد. سوالات کلیدی این پرسشنامه
عبارت از:

سوال 1 = آیا یک سوال در هنگام دریافت در یکی از مناطق
دریافت می‌شود و در پاسخ نگرفته می‌شود یا یک سوال
در مＮظور یک سوال در هنگام دریافت در یکی از مناطق
دریافت می‌شود و در پاسخ نگرفته می‌شود یا یک سوال
در مＮظور یک سوال در هنگام دریافت در یکی از مناطق

مراجعه دوم تحقیق از تاریخ 20 خرداد ماه

اطلاعات موجود در تاپ پرسشنامه‌های شماره 1 و 2 با استفاده از نرم‌افزار dbase IV (FoxPlus) وارد کامپیوتر شد.

برای تشخیق بیماری‌های مختلف از معماری زیر استفاده شد:

- 1. آرتریوز اولیه: معماری سال 1990 کالج رومانی‌تکنیک آمریکا
- 2. آرتریوز اولیه: معماری کیلی‌تکنیک اولیه نورپردازهای صورتی و
- 3. آرتریوز اولیه: معماری کیلی‌تکنیک اولیه نورپردازهای صورتی و
- 4. آرتریوز اولیه: معماری کیلی‌تکنیک اولیه نورپردازهای صورتی و

سال، خطکی صیغه‌گاهی که از 20 دقیقه، کربنیتپاسین،
حساسیت استخوانی، زیست‌شناسی استخوانی، مفصل و عضد
وجود گذاشته مفصل زاور.

در مفصل انگشتان + س علاز علائم زیر: بروز شدن
استخوانی 2 مفصل + علائم + س علاز علائم زیر: بروز شدن
امکان دارد مفصل 10 مفصل خاص دردست (این 10 مفصل
عیار، در مفصل DIP، سومین مفصل هر دست، دو منی و
سومین مفصل هر دست و اولیه مفصل کارپانکار پال

سال 1376 مجمع دانشگاه علوم پزشکی ایران

184
میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی در منطقه فکم

آکروومیون (پاساژ داتریون) و کم شدن دانه ها حرکت در یک محر (مانند حرکت ایبوکسیون).

7- سایر تاندونهایا: وجود در مصل تنانون +

حساسیت در لمس و چربی دندان نانون و

8- سندرم تینل کارب: وجود علائم حسی در انگشتان (Phalen's sign & Tinel's sign)

9- کمر درد (Low Back Pain): وجود در ناحیه کمری.

یا ساکال تنون قرار که در زمان پرسکوری مرفعه اول بیش از ۲ هفته وجود داشته و ۱ هفته بعد نیز در مرفعه دم مطالعه هنوز بیمار از درد ناحیه شانک پودن است و در امتحان بالینی در موقع انجام حرکات تنون قراری بیمار درد داشته است.

10- گردن درد (Neck Pain): وجود در درگیر که در زمان پرسکوری مرفعه اول بیش از ۲ هفته وجود داشته و ۱ هفته بعد نیز در مرفعه دم مطالعه هنوز بیمار از درد گردن شانک پودن و در امتحان بالینی در موقع انجام حرکات گردن بیمار درد داشته است.

11- حملات آرتريتی تترسی (گردنگشته: مثبت بودن در سوال مربوطه (شامل وجود درد در شست یا + قرمزی و تورم + از بین رفتن علائم در طی ۲ هفته)

نتایج

در مرجع اول تعداد ۲۵۰ نفر از افراد بالا بر از ۱۵ سال مورد پرسکوری قرار گرفتند. این عده شامل ۱۸۴ نفر مورد (۴۸/۱ درصد) و ۱۵۲ نفر (۵۱/۸ درصد) می باشد. نمونه ۱۰ محدودی سنی افراد مورد مطالعه را به تفکیک چند نشان می دهد.

تعداد ۱۲۴ نفر از افراد مورد مطالعه (۴۵/۷ درصد) از سایر بیماران بیش از ۶ هفته در گروه آرتريتی تترسی (گردنگشته: مثبت بودن در سوال مربوطه (شامل وجود درد در شست یا + قرمزی و تورم + از بین رفتن علائم در طی ۲ هفته)

4- آرتريتی تترسی (گردنگشته: مثبت بودن در سوال مربوطه (شامل وجود درد در شست یا + قرمزی و تورم + از بین رفتن علائم در طی ۲ هفته)

5- بیماری رایگان: وجود پل آرتريتی بیش از ۶ هفته در برنامه‌های تحت‌الحمایه + سابقه آرتريتی و کنکتوسیتی و منفی بودن تست فاکتور روماتیزید.

6- پیش آرتريتی مفصل شانه: وجود در ناحیه شانه + حساسیت در دل میکوئیک مانند محل اتصال سردرد تاندون علیه سرپروری تو، بروز تحت
نمودار ۱- پراکندگی سنی و جنسی ۲۵۰۲ نفر جمعیت مورد مطالعه

پاکت و یا جلب بیماری برای انجام معاونت در ۲۵۱ نفر (۱۸/۴) درصد) تشکیل مطالعه را تشکیل group-out دارد (تشکیل). این عده موارد در مطالعه را تشکیل می‌دهند. در ۲۸۲ نفر (۱۹/۷ درصد) یک یا چند بیماری روماتیسمی تشخیص داده شد. جدول ۱ بیماری‌هایی که در این مطالعه تشخیص داده شده‌اند را نشان می‌دهد.

جدول ۱- فراوانی بیماری‌ها و ناکامی‌های روماتیسمی تشخیص داده شده در جمعیت مردان و موارد ۲۳/۷/۱۳۸۹-۱۳۸۷

<table>
<thead>
<tr>
<th>ناراحتی روماتیسمی</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
<th>درصد زنان</th>
<th>درصد مردان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کمردرد</td>
<td>۱۸۵</td>
<td>۴۶۴</td>
<td>۶۵/۹</td>
<td>۸/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>آرتروز مفاصل محيطي</td>
<td>۴۰۴</td>
<td>۸۲/۱</td>
<td>۱۶/۱</td>
<td>۶/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>گردن درد</td>
<td>۱۶۱</td>
<td>۶۵/۷</td>
<td>۶/۱۳۴</td>
<td>۶/۲۱</td>
</tr>
<tr>
<td>پری آرتروت مفصل شانه</td>
<td>۵۸۲/۳</td>
<td>۷۱/۸</td>
<td>۱۴۶</td>
<td>۴/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>ایپی کودنیلیت آرتیژ سایتندونیتها و سندرم تولن کارب</td>
<td>۱۱۳</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۴/۶</td>
<td>۴/۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>فیبرومیالژیا</td>
<td>۱۳۴</td>
<td>۸۰/۷</td>
<td>۴/۶</td>
<td>۴/۳۱</td>
</tr>
<tr>
<td>آرتروت روماتوئید</td>
<td>۶۲</td>
<td>۸۵</td>
<td>۰/۲۸</td>
<td>۰/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه حملات تقرس در شست پا</td>
<td>۲۸/۶</td>
<td>۷۸</td>
<td>۰/۲۸</td>
<td>۰/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>آرتروت پسوریاتیک و رایتر</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۲۸/۶</td>
<td>۰/۷</td>
<td>۰/۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

سال دوم/شماره۲/پاییز۱۳۷۷ مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۸۶
شایعترین شکایت در افراد مورد مطالعه کمر درد بود. در مرحله دوم مطالعه 464 نفر (78.5 درصد) درد در کمر بودند. این عدد شامل 352 نفر زن (72.5 درصد) و 112

نمودار 1 - پراکندگی سنی افراد مبتلا به کمردرد (LBP) و درصد ابتلا افراد مبتلا به کمردرد در سال‌های مختلف

168 نفر از افرادی که مبتلا به کمردرد بودند (39/2 درصد) هنگام مبتلا به میتابان جاری از دستها یا زانوها یزدند. چون دراین مطالعه توانستیم رادیوگرافی سنون

نمودار 2 - پراکندگی سنی افراد مبتلا به اورتزو و درصد ابتلا افراد مبتلا به کمردرد در سال‌های مختلف

سال دوم/شماره 1374/پاییز 1377
بعد از کمیتید، شاهدین پیامبر که در جمعیت فوق در این مطالعه تشخیص دادند و آن‌گونه در رساله (تفریز ۶۳/۱۰ درصد و ۳۱ نفر موردی) باشد.

از افراد که از در درگیری شخصیت شناخته‌شده‌اند ۹۱ نفر هزاران دچار کمیتید (۵۶/۱۰ درصد و ۷۰ نفر در کمیتید مفاصل)

می‌قاتی بود (۴۴/۱۰ درصد).

پری آنکاریتیک شانه در تعداد ۷۴ نفر (۵۰ درصد) تشخیص داده شد. که شامل ۳۴ نفر مورد (۴۸/۲۰ درصد) و ۱۹ نفر زن (۱۸/۲۰ درصد) بود.

سایر روماتوی‌های گیاه نرم شام نامندی شده‌اند. این گونه به آنکاریتیک آن ناحیه و استاندارد کاری و کار گرفتنی زانوها (آویست) و زانوها به آنکاریتیک و وجود داشت این عده شغلی شامل ۳۱ نفر (۵۶/۲۰ درصد) و ۲۷ نفر (۴۸/۲۰ درصد).

در هر ۷۷ نفر به مصرف (۱/۲ درصد) تشخیص داده شدکه شامل ۷۰ نفر (۴۶/۸۰ درصد) و ۷ نفر (۳/۲۰ درصد) درصد می‌باشد.

آنکاریتیک روماوانید در ۸ نفر تشخیص داده شد (۲۲/۳۲ درصد) که شامل ۶۵ نفر (۴۶/۵۰ درصد) و ۳ مورد (۴۶/۵۰ درصد) می‌باشد. سن بیماران بین ۲۴ تا ۵۵ سال بود و در ۶ نفر فاکتور روماوانی دیده بود.

سابقه حملات تقریبی در ۷ نفر تشخیص داده شد (۱/۵۰ درصد) و ۵۷ نفر (۷/۷۵ درصد) وجود داشت. سن این بیماران بین ۴۴ تا ۳۰ سال بود و فقط دو نفر از این بیماران اسیدوزیک بالاتر از ۷ درمان مطالعه‌اشد.

آنکاریتیک پسران بچه در یک مورد ۵۴ ساله با گرتیاری مفصل از پلی آرکتلور و مشاهده پرتره پسرانی و فاکتور روماوانی دیده شد. سن بیماران در ۵۲ نفر (۷۷ درصد) تشخیص داده شد.

پری آنکاریتیک در یک مورد ۵۴ ساله با گرتیاری مفصل از پلی آرکتلور و مشاهده پرتره پسرانی و فاکتور روماوانی دیده شد. سن بیماران در ۵۲ نفر (۷۷ درصد) تشخیص داده شد.

پری آنکاریتیک در یک مورد ۵۴ ساله با گرتیاری مفصل از پلی آرکتلور و مشاهده پرتره پسرانی و فاکتور روماوانی دیده شد. سن بیماران در ۵۲ نفر (۷۷ درصد) تشخیص داده شد.

پری آنکاریتیک در یک مورد ۵۴ ساله با گرتیاری مفصل از پلی آرکتلور و مشاهده پرتره پسرانی و فاکتور روماوانی دیده شد. سن بیماران در ۵۲ نفر (۷۷ درصد) تشخیص داده شد.

پری آنکاریتیک در یک مورد ۵۴ ساله با گرتیاری مفصل از پلی آرکتلور و مشاهده پرتره پسرانی و فاکتور روماوانی دیده شد. سن بیماران در ۵۲ نفر (۷۷ درصد) تشخیص داده شد.

پری آنکاریتیک در یک مورد ۵۴ ساله با گرتیاری مفصل از پلی آرکتلور و مشاهده پرتره پسرانی و فاکتور روماوانی دیده شد. سن بیماران در ۵۲ نفر (۷۷ درصد) تشخیص داده شد.
پرسشگری مرحله اول معمولا توسط افرادی که درمان‌های بهداشت کار می‌کرده‌اند (Primary health workers) یا پرسشگری مرحله دوم توسط افرادی که بهداشت کار این پرسشگری را انجام می‌دهد یا مراکز علی‌البته و پرسشگری مرحله سوم توسط افرادی که بهداشت کار این پرسشگری را انجام می‌دهد.

در این مطالعه قرار برداشته شد که این مطالعه مربوط به بررسی یک ابزار خاص برای مطالعه سطح اجتماعی و امکانات سفر به منطقه توسط سرویس خدمات درمانی که در سرویس خدمات درمانی که در دوره‌های مختلفی کار می‌کرده‌اند.

در این مطالعه، تعداد 30 نفر در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید که شامل 10 نفر از کارگران بهداشت کار، 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات و 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات که در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه، تعداد 30 نفر در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید که شامل 10 نفر از کارگران بهداشت کار، 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات و 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات که در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه، تعداد 30 نفر در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید که شامل 10 نفر از کارگران بهداشت کار، 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات و 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات که در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید.

در این مطالعه، تعداد 30 نفر در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید که شامل 10 نفر از کارگران بهداشت کار، 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات و 10 نفر از کارگران بهداشت و اجتماعات که در سه دسته مختلفی جمع‌آوری گردید.
نتایج این مطالعه قابل تعیین به جامعه شهری و با روستایی با وضوح چهارگانه خیز و خریدی بیماریهای روماتیسی در سطح کشور، توصیف می‌شود. مطالعات مشابه در مناطق دیگر کشور انجام نیافته‌است. یافته‌های بیشتر باید بیماری‌های روماتیسی را در طول عمر به‌طور کلی تاکید کنیم. با توجه به پیش‌بینی‌های بیماری‌های روماتیسی و فقط امنیت‌های افزایشی که در مطالعات فوق شروع بیماری‌های الگویی در گروه‌های مختلط کمتر از 1 درصد افراد بالاتر از 15 سال می‌باشد که در مقایسه با شیوع بیماری‌های آرتروز (1 درصد) قابل توجه می‌باشد.

در این مطالعه بیماری‌های دگر به‌طور همین مانند لیوبوس نیستند. اسکلرودرمی و ویروس استخوان و استخوانی ها در افراد این بیماری تحقیق داده شده است. البته بیماری‌های شیوع را در جامعه داشته و ویروس‌های اپیدمیولوژیکی بدون انگام تست‌های حساسی مانند anti nuclear antibody

1) ACR Subcommittee on Classification Criteria for Osteoarthritis: Classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991 ; 34: 505-14

2) ACR Subcommittee on Classification Criteria of Osteoarthritis: The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33:1601-10


References

1) ACR Subcommittee on Classification Criteria for Osteoarthritis: Classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-14

2) ACR Subcommittee on Classification Criteria of Osteoarthritis: The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33:1601-10


References

1) ACR Subcommittee on Classification Criteria for Osteoarthritis: Classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-14

2) ACR Subcommittee on Classification Criteria of Osteoarthritis: The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33:1601-10


References

1) ACR Subcommittee on Classification Criteria for Osteoarthritis: Classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-14

2) ACR Subcommittee on Classification Criteria of Osteoarthritis: The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33:1601-10


References

1) ACR Subcommittee on Classification Criteria for Osteoarthritis: Classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-14

2) ACR Subcommittee on Classification Criteria of Osteoarthritis: The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33:1601-10


References

1) ACR Subcommittee on Classification Criteria for Osteoarthritis: Classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-14

2) ACR Subcommittee on Classification Criteria of Osteoarthritis: The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33:1601-10

Chun-de, Liu Qing-Yi. The COPCORD Study in Shanghai, APLAR Bull. 1994; 12:75


10) Darmawan J., Valdenburg HA, Muirden KD, Wigley RD: Epidemiology of Rheumatic Diseases in rural and urban populations Indonesia; A World Health Organization International League Against Rheumatism COPCORD study, stage I, phase 2, Annals of Rheumatic Diseases 1992; 525-528


14) Shokoohi H, Forghamizadeh J, Abhari R., Shakibi MR., Demographic data and diagnoses of patients attending the Rheumatic Diseases Unit of Hazrat Rasool Hospital. Journal of Iran University of Medical Sciences, 1995; 2:82-83

15) Veerapen K. The COPCORD project in Malaysia. APLAR Bull. 1989;7:8


PREVALENCE OF RHEUMATIC DISEASES IN FASHAM
J. Forghani-zadeh, M.D. (1)  R. Abhari, M.D (2)  M.R. Shakibi, M.D (3)
F. Samadi, M.D (4)  M. Piroozi, M.D. (4)  S. Tavakoli, M.D (4)

ABSTRACT
The aim of this study is to determine the prevalence of rheumatic diseases in population aged 15 and over in Fasham-Shemiranat a mountainous rural area near Tehran. The sampling method was house to house screening in villages of Fasham.

Using the Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases (COPCORD) core questionnaire, 2502 persons were screened.

In phase 1, key questions concerned the presence of pain in neck, dorsum, low back, sacrum and peripheral joints within the last 2 weeks or disabilities caused by pain in these regions or presence of pain in the past, lasting more than 6 weeks in these regions as well as questions regarding history of pain in great toes along with swelling or redness, subsiding within 2 weeks. Positive respondents for any of above questions entered phase 2 of the study which consisted of clinical examination, laboratory tests and X-ray studies. 1146 (45.8%) were negative cases in phase 1. Of 1358 (54.2%) positive respondents, 282 (20.7%) no longer had complaints and therefore negative examinations. There were 251 (18.4%) drop outs because of loss of follow up or lack of cooperation.

In 825 cases (32.9%) one or more rheumatic conditions were diagnosed according to standard criteria. The prevalence of conditions was estimated as follows: Low back pain=18.5%, Osteoarthritis (peripheral joints only) = 16.1%, Neck pain=6.4%, Periarthritis of shoulder= 5%, other soft tissue conditions (tendinitis, elbow epicondylitis, carpal tunnel syndrome) =4.6%, Fibromyalgia=1.3%, Rheumatoid arthritis=0.32%, history of gouty attacks=0.26%, Psoriatic arthritis and Reiter's syndrome=0.08%.

In conclusion, this study shows high prevalence of rheumatic conditions in a rural area with much higher prevalence rate of low back pain, osteoarthritis and other soft tissue conditions compared to low prevalence of inflammatory arthritis such as rheumatoid arthritis.

Key words: 1) Prevalence 2) Rheumatic diseases 3) Osteoarthritis 4) Soft tissue rheumatism 5) Rheumatoid arthritis

1- Associate Professor of Medicine, Head of Rheumatology Section, Iran University of Med. Sciences and Health services
2- Assistant Professor of Medicine, Iran University of Med. Sciences and Health services
3- Assistant Professor of Medicine, Kerman University of Med. Sciences and Health services
4- Graduates of Internal Medicine residency program, Iran University of Medical Sciences and Health services


JIUMS 214