

## میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی در منطقه فشم \*

### چکیده

برای تعیین میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی در یک بافت جمعیتی، مطالعه توصیفی حاضر در جمعیت بالای ۱۵ سال ساکن در منطقه فشم شمیرانات به روش Survey انجام شده است. از بین ۲۵۰۲ نفر جمعیت مورد بررسی، نمونه گیری در مورد ۲۰۴۳ نفر اهالی روستاهای تابعه فشم به روش غربالگری خانه به خانه و در مورد ۴۵۹ نفر اهالی بخش فشم به شیوه نمونه گیری خوشه‌ای انجام شده است. این بررسی طی دو مرحله و براساس طرح ارائه شده از سوی اتحادیه مبارزه با روماتیسم آسیا و اقیانوسیه (APLAR) تحت عنوان COPCORD صورت گرفته است. در مرحله اول از افراد، در خصوص وجود درد در نواحی مختلف ستون فقرات و مفاصل محیطی، معلولیتها و سابقه درد و التهاب مفاصل، سؤال شده و براساس پاسخ مثبت به سوالات مذکور از بین ۲۵۰۲ نفر نمونه مرحله اول، بعد از گذشت ۶ هفته، تعداد ۱۳۵۸ نفر انتخاب و در مرحله دوم تحت پرسشگری مرحله دوم، معاینه بالینی، امتحانات رادیوگرافیکی و آزمایشات خون قرار گرفتند. طی این مرحله در ۲۸۲ نفر (۷/۲۰ درصد)، شکایات روماتیسمی پس از ۶ هفته از بین رفته و معاینات نیز طبیعی بوده و ۲۵۱ مورد (۴/۱۸ درصد) drop-out وجود داشته است.

پس از اتمام مرحله دوم، براساس معیارهای بین‌المللی در ۸۲۵ نفر (۹/۳۲ درصد کل جمعیت) یک یا چند ناراحتی روماتیسمی به شرح ذیل تشخیص داده شد: کمردرد در ۵/۱۸ درصد، آرتروز مفاصل محیطی در ۱/۱۶ درصد، درد گردن در ۴/۶ درصد، پری آرتريت شانه در ۵ درصد، سایر ضایعات بافت نرم شامل تاندونیتها، ابری کوندیلیت آرنج و سندرم تونل کارپ در ۶/۴ درصد، سندرم فیبرومیالژیا در ۳/۱ درصد، آرتريت روماتوئید در ۳۲/۰ درصد، سابقه حملات نفرسی در ۲۸/۰ درصد، آرتريت پسوریاتیک و سندرم رایتر در ۸/۰ درصد. نتایج این مطالعه شیوع زیاد ناراحتیهای روماتیسمی را در جامعه روستائی فشم نشان می‌دهد. اختلاف زیاد شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی از جمله، کمردرد، آرتروز، روماتیسم بافت نرم و بیماریهای التهابی مانند آرتريت روماتوئید، در مقایسه با آمار مراجعین به بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی قابل توجه می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** ۱- شیوع ۲- بیماریهای روماتیسمی ۳- آرتروز  
۴- روماتیسم بافت نرم ۵- آرتريت روماتوئید

دکتر جعفر فرقانی زاده<sup>(۱)</sup>  
دکتر رویا ابهری<sup>(۲)</sup>  
دکتر محمدرضا شکیبی<sup>(۳)</sup>  
دکتر محمد پیروزیان<sup>(۴)</sup>  
دکتر فریده صمدی<sup>(۴)</sup>  
دکتر سعدا... توکلی بزاز<sup>(۴)</sup>

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

\* این مقاله قسمتی از نتایج طرح‌های تحقیقاتی شماره ۱۳۱، ۱۳۲ و ۱۳۳ می‌باشد که بودجه آنها توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران تأمین شده است. همچنین قسمتهائی از این مقاله در ششمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران (۲۹ خرداد لغایت ۱ تیرماه ۱۳۷۴) در تبریز به شکل سخنرانی ارائه شده است.

- ۱- دانشیار گروه داخلی، فوق تخصص روماتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- ۲- استادیار گروه داخلی، فوق تخصص روماتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
- ۳- استادیار گروه داخلی، فوق تخصص روماتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
- ۴- فارغ‌التحصیلان رشته تخصصی طب داخلی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

در جامعه، بر آن شدیم که مطالعه‌ای در منطقه فشم شمیرانات انجام داده و شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی در افراد بالاتر از ۱۵ سال را تعیین کنیم.

### روش بررسی

منطقه فشم از توابع شمیرانات شامل روستاهای ایگل (وروستای اقماری یاغگل) با جمعیت ۵۰۴ نفر، امامه ۵۸۲ نفر، رودک (باروستاهای اقماری امین‌آباد، دمپل، حشمتیه، زربند و گلوکان) با جمعیت ۴۴۴ نفر، زایگان (وروستای اقماری آب‌نیک) با جمعیت ۵۹۲ نفر، آهار با جمعیت ۱۰۸۲ نفر و فشم با جمعیت تقریبی ۳۰۰۰ نفر می‌باشد. متوسط تراکم جمعیت ۱۲۸ نفر در هر کیلومتر مربع می‌باشد. این منطقه کوهستانی است و کار اکثر مردهای ساکن در آن کشاورزی می‌باشد. زن‌ها اکثراً خانه‌دار بوده و علاوه بر خانه‌داری در کار کشاورزی نیز کمک می‌کنند.

روش نمونه‌گیری در روستاهای تابع فشم بصورت غربالگری (screening) خانه به خانه و در بخش فشم به شکل خوشه‌ای (cluster sampling) بود.

در مرحله اول مطالعه از پرسشنامه COPCORD استفاده گردید. این پرسشنامه از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه و برای فهم بهتر در بعضی سؤالات آن تغییرات مختصری داده شد.

در مطالعات اولیه COPCORD مانند مطالعاتی که در استرالیا انجام شده چهار مرحله وجود دارد. با توجه به شرایط و امکانات و برای سرعت بخشیدن به مطالعه، ما نیز همانند مطالعه مالزی مراحل ۱ و ۲ را در یک مرحله (مرحله اول) و مراحل ۳ و ۴ را نیز در یک مرحله (مرحله دوم) ادغام کردیم.

در مرحله اول مطالعه تعداد ۲۵۰۲ نفر از افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد پرسشگری واقع شدند. این عده شامل ۲۰۴۳ نفر اهالی روستاهای تابع فشم و ۴۵۹ نفر از اهالی بخش فشم می‌باشند.

کارورزان دانشکده پزشکی که دوره کارورزی خود را در

بسیاری از بیماریهای مزمن، مانند بیماریهای روماتیسمی در نتیجه تداخل عوامل متعدد نظیر عوامل مربوط به میزبان، محیط و در برخی موارد عوامل عفونی بوجود می‌آیند. مطالعات اپیدمیولوژیکی در مورد بیماریهای روماتیسمی شامل سه نوع اصلی می‌باشد: (۱۱)

۱- مطالعات توصیفی (descriptive studies) برای تخمین میزان بروز (Incidence)، شیوع (Prevalence) و مرگ‌ومیر بیماریهای مختلف در رابطه با شخص، محل و زمان.

۲- مطالعات مشاهده‌ای (observational) برای مشخص کردن عوامل اتیولوژیک.

۳- مطالعات آزمایشی (experimental) برای بررسی اقدامات پیشگیری‌کننده و یا درمانی بیماریهای مختلف.

در دهه ۱۹۸۱ با همکاری سازمان جهانی بهداشت (WHO) و اتحادیه مبارزه با روماتیسم آسیا و اقیانوسیه\* (APLAR) یک برنامه برای کنترل بیماریهای روماتیسمی در سطح جامعه تحت عنوان COPCORD در کشورهای استرالیا، فیلیپین، اندونزی و مالزی انجام شد. از سال ۱۹۹۱ به بعد نیز نظیر این مطالعات در تایلند، چین و تایوان انجام گردید. بخش اول این برنامه شامل مطالعاتی است که طی آن میزان شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی در کشورهای فوق تعیین گردیده است. (۶،۷،۸،۹،۱۰،۱۳،۱۵،۱۶،۱۷) بخش دوم این برنامه شامل آموزش و چگونگی پیشگیری از بیماریهای روماتیسمی است. پرسشنامه‌های این مطالعات پس از بازنگری و تأیید اعتبار آنها، یک وسیله مناسب برای مطالعات اپیدمیولوژیک شناخته شده است. (۶،۱۳)

در کشور ما مطالعات توصیفی برای بررسی میزان شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی در جامعه انجام نشده و اطلاعاتی که از سری بیماران بستری در بیمارستانها یا کلینیک‌های تخصصی در دست است از نظر تخمین میزان بروز و شیوع بیماریهای مختلف قابل تعمیم به جامعه نمی‌باشد. با توجه به لزوم تعیین میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی

منطقه می‌گذراندند و قبلاً توسط تیم تحقیق برای این منظور تعلیم دیده بودند پرسشگری مرحله اول را انجام دادند. برای یافتن افراد روستاهای مختلف در منزل یا محل کار به پرونده‌های موجود درخانه‌های بهداشت محل رجوع می‌شد، یا از راهنمایی بهورزان و افراد مطلع محلی استفاده می‌گردید.

فاز اول تحقیق از تاریخ ۱۳۷۲/۶/۲۰ تا ۱۳۷۲/۸/۲۰ به طول انجامید.

بجز اطلاعات دموگرافیکی که در پرسشنامه شماره ۱ وجود دارد، تعداد ۱۲ سؤال اختصاصی برای وجود علائم بیماریهای ستون فقرات و مفصلی و معلولیت ناشی از این بیماریها مورد استفاده واقع شد. سؤالات کلیدی این پرسشنامه عبارتند از:

سؤال ۱ = آیا در ۲ هفته گذشته در یکی از محل‌های زیر (گردن، پشت، کمر، ساکروم و مفاصل) درد داشته‌اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است، محل در دربروی مانکن صفحه ضمیمه علامت بزنید.

سؤال ۹ = آیا در حال حاضر بعلت درد در یکی از مناطق گردن، پشت، کمر، ساکروم و یا مفاصل محیطی دچار ناتوانی در انجام کارهای روزمره خود می‌باشید، یا بیش از یک هفته بعلت درد مفاصل یا ستون فقرات مجبور به ترک کار خود شده‌اید؟

سؤال ۱۰ = آیا در گذشته در یکی از محل‌های زیر (گردن، پشت، کمر، ساکروم، مفاصل) بیش از ۶ هفته درد داشته‌اید؟ (منظور از این سؤال تعیین وجود علائم در گذشته بوده که در ۲ هفته قبل از پرسشگری از بین رفته بوده است).

سؤالات ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ مربوط به وجود درد در شست پا همراه با تورم و قرمزی و از بین رفتن علائم در طول ۲ هفته بوده که منظور از این سؤالات مشخص کردن حملات آرتريت نقرسی می‌باشد.

پس از بررسی تمام پرسشنامه‌های مرحله اول، آن دسته از افرادی که به یکی از سؤالات کلیدی فوق پاسخ مثبت داده بودند، وارد مرحله دوم مطالعه گردیدند.

مرحله دوم مطالعه ۶ هفته پس از پایان مرحله اول شروع شد. چنانچه افراد فوق پس از گذشت ۶ هفته در یکی از محل‌هایی که در سؤال شماره ۱ پرسشنامه مرحله اول مشخص شده بود، هنوز درد داشتند یا سؤالات ۹ و ۱۰ یا ۱۲ و ۱۳ و ۱۴

پاسخ مثبت داده بودند به عنوان موارد مثبت مرحله اول مورد امتحان بالینی قرار گرفتند. امتحان بالینی توسط دستیاران داخلی عضو تیم تحقیق و با نظارت یکی از فلوهای روماتولوژی عضو تیم، صورت گرفت نتیجه امتحان بالینی تمام افراد مورد مطالعه در مرحله دوم و تشخیص بالینی آنها در فرم مخصوص شماره ۲ ثبت می‌شد.

خونگیری در محل و پس از امتحان بالینی توسط کارورزان صورت می‌گرفت و نمونه‌های خون هرروز به آزمایشگاه بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) برای انجام آزمایشات *CBC, ESR, CRP, Latex, Uric acid* ارسال می‌شد.

برای انجام رادیوگرافی‌ها از یک دستگاه پرتونگاری موجود در مرکز بهداشت فشم استفاده شد. رادیوگرافی‌ها توسط یک تکنسین رادیولوژی که در روزهای خاص با تیم تحقیق به محل می‌رفت انجام می‌شد. افراد از روستاهای محل زندگی بوسیله اتومبیل به مرکز بهداشت اعزام می‌شدند. فیلم‌ها در محل ظاهر شده و تمام کلیشه‌ها توسط یک نفر رادیولوژیست خوانده شد.

مرحله دوم تحقیق از تاریخ ۱۳۷۲/۸/۲۰ تا ۱۳۷۲/۹/۳۰ به طول انجامید.

اطلاعات موجود در تمام پرسشنامه‌های شماره ۱ و ۲ با استفاده از نرم‌افزار *dbase IV (Fox-Plus)* وارد کامپیوتر شد. برای تشخیص بیماری‌های مختلف از معیارهای زیر استفاده شد:

۱- آرتروز اولیه: معیارهای سال ۱۹۹۰ کالج روماتیسم آمریکا<sup>(۲۳)</sup>

معیارهای کلینیکی برای تشخیص آرتروز زانو: وجود درد در زانو + حداقل سه معیار از معیارهای زیر: سن بالاتر از ۳۸ سال، خشکی صبحگاهی کمتر از ۳۰ دقیقه، کریپیتاسیون، حساسیت استخوانی، بزرگ شدن استخوانهای مفصل و عدم وجود گرما در مفصل زانو.

معیارهای تشخیص آرتروز دست‌ها: وجود درد یا خشکی در مفاصل انگشتان + سه علامت از علائم زیر: بزرگ شدن استخوانی ۲ مفصل از ۱۰ مفصل خاص در دست (این ۱۰ مفصل عبارتند از: دومین و سومین مفصل *DIP* هردو دست، دومین و سومین مفصل *PIP* هردو دست و اولین مفصل کارپومتاکارپال

آکرومیون (یاساب دلتوئید) و کم شدن دامنه حرکات در یک محور (مانند حرکت ابدوکسیون).

۷- سایر تاندونیت‌ها: وجود درد در محل تاندون + حساسیت در لمس و حرکت دردناک تاندون

۸- سندرم تونل کارپ: وجود علائم حسی در انگشتان دست + مثبت بودن تست فالن یا تست تینل (Phalen's & Tinel's sign)

۹- کمردرد (Low Back Pain): وجود درد در ناحیه کمری یا ساکرال ستون فقرات که در زمان پرسشگری مرحله اول بیش از ۲ هفته وجود داشته و ۶ هفته بعد نیز در مرحله دوم مطالعه هنوز بیمار از درد این ناحیه شاکی بوده است و در امتحان بالینی در موقع انجام حرکات ستون فقرات کمری بیمار درد داشته است.

۱۰- گردن درد (Neck Pain): وجود درد در گردن که در زمان پرسشگری مرحله اول بیش از دو هفته وجود داشته و ۶ هفته بعد نیز در مرحله دوم مطالعه هنوز بیمار از درد گردن شاکی بوده و در امتحان بالینی در موقع انجام حرکات گردن، بیمار درد داشته است.

۱۱- حملات آرتريت نقرسی در گذشته: مثبت بودن ۳ سؤال مربوطه (شامل وجود درد در شست پا + قرمزی و تورم + از بین رفتن علائم در طی ۲ هفته).

### نتایج

در مرحله اول تعداد ۲۵۰۲ نفر از افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد پرسشگری قرار گرفتند. این عده شامل ۱۰۴۶ نفر مرد (۴۱/۸ درصد) و ۱۴۵۶ نفر زن (۵۸/۲ درصد) می‌باشد. نمودار ۱ محدوده سنی افراد مورد مطالعه را به تفکیک جنس نشان می‌دهد.

تعداد ۱۱۴۴ نفر از افراد مورد مطالعه (۴۵/۷ درصد) هیچگونه شکایتی از وجود درد در مفاصل و یا ستون فقرات در دو هفته گذشته قبل از مطالعه نداشتند و سابقه درد طولانی بیش از ۶ هفته در مناطق فوق را نمی‌دادند و هیچگونه معلولیتی نیز نداشتند. این عده بعنوان موارد منفی مرحله اول شناخته شدند. بنابراین ۱۳۵۸ نفر موارد مثبت مرحله اول بوده که وارد مرحله

هر دو دست)، بزرگ شدن استخوانی ۲ مفصل DIP یا بیشتر از آن، کمتر از ۳ مفصل MCP متورم و تغییر شکل (Deformity) حداقل یکی از ۱۰ مفصل خاص.

بیماران مبتلا به آرتروز در مطالعه ما به دو دسته تقسیم شدند: ۱- نوع لوکالیزه که فقط یک یا ۲ مفصل زانو مبتلا بود و ۲- نوع جنرالیزه که در آن ابتدای مفاصل هر دو دست با یا بدون گرفتاری زانوها وجود داشت.

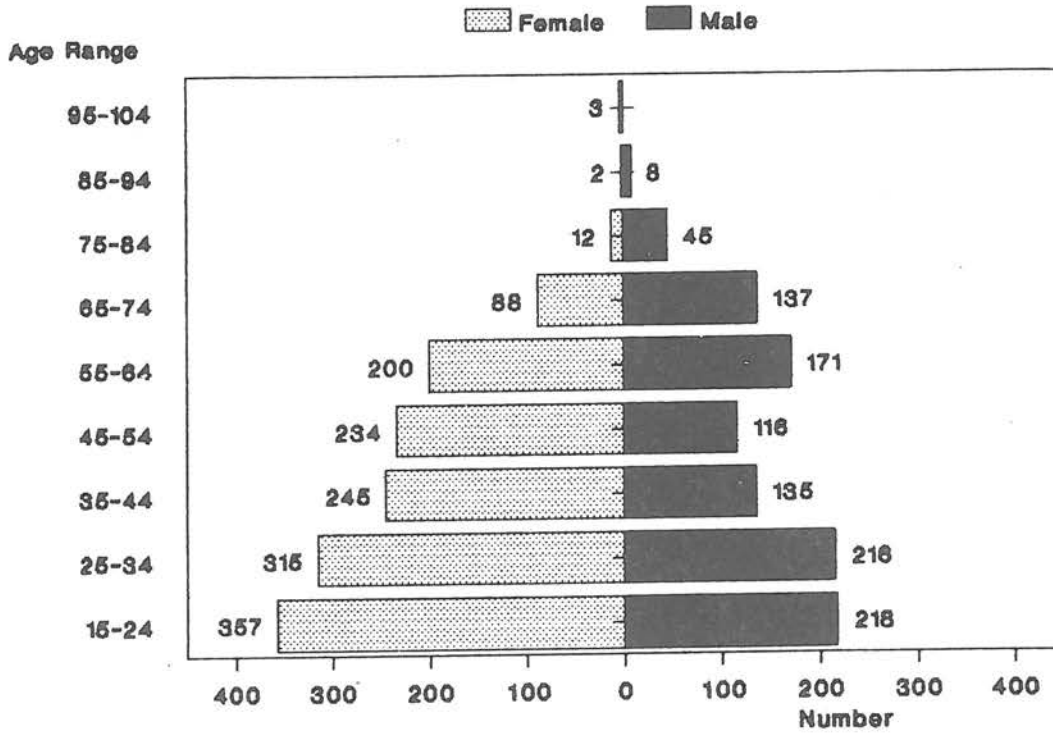
۲- آرتريت روماتوئید: معیارهای سال ۱۹۸۷ انجمن روماتیسم آمریکا<sup>(۴)</sup>، بیماری مبتلا به آرتريت روماتوئید شناخته می‌شد که حداقل ۴ معیار از ۷ معیار زیر را دارا بود: خشکی صبحگاهی (حداقل بمدت یک ساعت)، آرتريت حداقل ۳ مفصل، آرتريت مفاصل دست (مچ دست‌ها، MCP's و PIP's)، آرتريت قرینه، ندولهای روماتوئیدی، فاکتور روماتوئید مثبت در سرم، تغییرات رادیوگرافیک مربوط به آرتريت روماتوئید شامل اروزیون مفصلی یا حداقل اوستئوپنی اطراف مفصلی.

۳- فیبرومیالژیا: معیارهای سال ۱۹۹۰ کالج روماتیسم آمریکا<sup>(۱۸)</sup>، این معیارها عبارتند از: وجود درد منتشر + وجود حساسیت در ۱۱ نقطه از نقاط حساس زیر (Tender points): اوکسی پوت، پائین گردن، عضله تراپزیوس، عضله سوپرااسپیناتوس، دنده دوم، اپی کوندیل خارجی آرنج، عضله گلوئتال، تروکانتر بزرگ استخوان فمور، بافت چربی قسمت میانی زانو (دو طرف راست و چپ در تمام نقاط). در این مطالعه ما بجای حداقل ۱۱ نقطه حساس، ۸ نقطه حساس را قبول کردیم.

۴- آرتريت پسوریاتیک: وجود ضایعات پوستی + پلی آرتريت التهابی بیش از شش هفته و منفی بودن تست فاکتور روماتوئید.

۵- بیماری رایتز: وجود پلی آرتريت بیش از ۶ هفته در اندام‌های تحتانی + سابقه اورتريت و کژنکتیویت و منفی بودن تست فاکتور روماتوئید.

۶- پری آرتريت مفصل شانه: وجود درد در ناحیه شانه + حساسیت در لمس در یکی از نقاط آناتومیکی مانند محل اتصال سردراز تاندون عضله دو سر بازوئی، بورس تحت



نمودار ۱- پراکنندگی سنی و جنسی ۲۵۰۲ نفر جمعیت مورد مطالعه

یافتن و یا جلب همکاری برای انجام معاینه در ۲۵۱ نفر (۴/۱۸ درصد) نشدیم. این عده موارد *droup-out* مطالعه را تشکیل می دهند. در ۸۲۵ نفر (۹/۳۲ درصد) یک یا چند بیماری روماتیسمی تشخیص داده شد. جدول ۱ بیماریهایی که در این مطالعه تشخیص داده شده اند را نشان می دهد.

دوم مطالعه شدند.

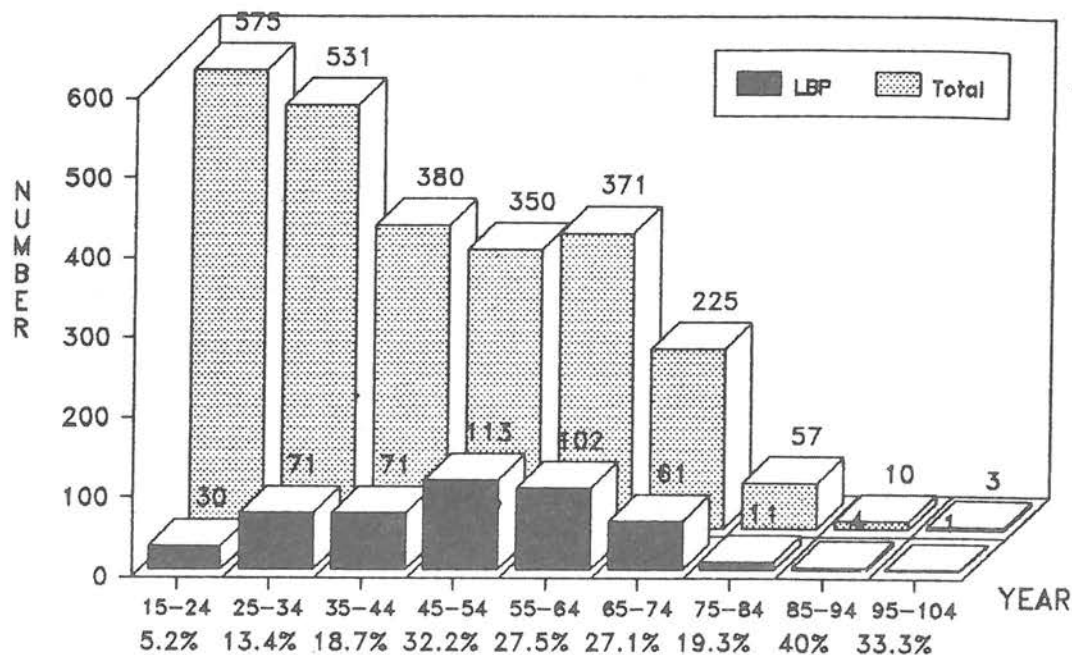
در ۲۸۲ نفر از افراد فوق (۷/۲۰ درصد) شکایات روماتیسمی اولیه که در پرسشگری اول مثبت گزارش شده بود برطرف شده بود و معاینه بالینی طبیعی داشتند. این عده موارد منفی مرحله دوم تلقی شدند. در این مرحله مطالعه موفق به

جدول ۱- فراوانی بیماریها و ناراحتیهای روماتیسمی تشخیص داده شده در جمعیت مورد بررسی و نسبت ابتلای زنان و مردان

ناراحتی روماتیسمی	تعداد	درصد	درصد زنان	درصد مردان
کمردرد	۴۶۴	۱۸/۵	۷۵/۹	۲۴/۱
آرتروز مفاصل محیطی	۴۰۴	۱۶/۱	۶۳/۱	۳۶/۹
گردن درد	۱۶۱	۶/۴	۸۰/۷	۱۹/۳
پری آرتريت مفصل شانه	۱۲۴	۵	۷۱/۸	۲۸/۲
اپی کوندیلیت آرنج، سائرتاندونیتها و سندرم تونل کارپ	۱۱۴	۴/۶	۸۰/۷	۱۹/۳
فیبرومیالژیا	۳۱	۱/۳	۹۶/۸	۳/۲
آرتريت روماتوئید	۸	۰/۳۲	۷۵	۲۵
سابقه حملات نقرس در شست پا	۷	۰/۲۸	۲۸/۶	۷۱/۴
آرتريت پسونیاتیک و رایتز	۲	۰/۰۸	-	۱۰۰

مرد (۱/۲۴ درصد) می باشد. نمودار ۲ محدوده سنی افراد مبتلا به کمردرد را در مقایسه با جمعیت نشان می دهد.

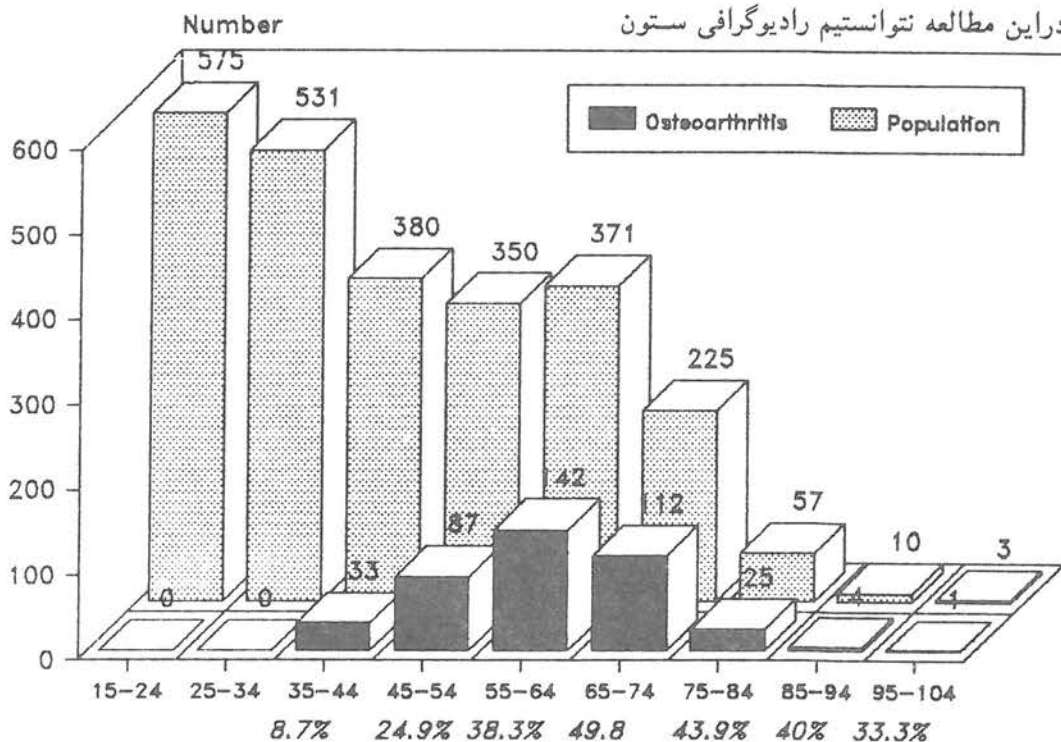
شایعترین شکایت در افراد مورد مطالعه کمردرد بود. در مرحله دوم مطالعه ۴۶۴ نفر (۱۸/۵ درصد) دچار درد کمر بودند. این عده شامل ۳۵۲ نفر زن (۷۵/۹ درصد) و ۱۱۲



نمودار ۲- پراکندهی سنی افراد مبتلا به کمردرد (LBP) و درصد ابتلای افراد جمعیت مورد بررسی در محدوده های سنی مختلف

فقرات کمری و پستی انجام دهیم، بنابراین نمی توان گفت که چه تعداد از افراد فوق بعلت آرتروز کمردرد دارند.

۱۶۸ نفر از افرادی که مبتلا به کمردرد بودند (۳۶/۲ درصد) همزمان مبتلا به بیماری آرتروز در دستها یا زانوها نیز بوده اند. چون در این مطالعه نتوانستیم رادیوگرافی ستون



نمودار ۳- پراکندهی سنی افراد مبتلا به استئوآرتریت و درصد ابتلای افراد جمعیت مورد بررسی در محدوده های سنی مختلف

و پس از ۶ هفته در مرحله دوم نیز هنوز ادامه داشته است.  
این تعداد شامل ۱۳۰ نفر زن (۸۰/۷ درصد) و ۳۱ نفر مرد (۱۹/۳ درصد) می باشد.

از افرادی که از درد گردن شکایت داشتند تعداد ۹۱ نفر همزمان دچار کمردرد (۵۶/۵ درصد) و ۷۴ نفر دچار آرتروز مفاصل محیطی بودند (۴۶ درصد).

پری آرتريت شانه در تعداد ۱۲۴ نفر (۵ درصد) تشخیص داده شد، که شامل ۳۵ نفر مرد (۲۸/۲ درصد) و ۸۹ نفر زن (۷۱/۸ درصد) می باشد.

سایر روماتیسم های بافت نرم شامل تاندونیت ها، اپی کوندیلیت آرنج و سندرم تونل کارپ جمعاً در ۱۱۴ نفر (۴/۶ درصد)، شامل ۲۲ نفر مرد (۱۹/۳ درصد) و ۹۴ زن (۸۰/۷ درصد) وجود داشت.

سندرم فیبرومیالژیا در ۳۱ نفر (۱/۳ درصد) تشخیص داده شد که شامل ۳۰ نفر زن (۹۶/۸ درصد) و فقط ۱ نفر مرد (۳/۲ درصد) می باشد.

آرتريت روماتوئید در ۸ نفر تشخیص داده شد (۰/۳۲ درصد) که شامل ۶ زن (۷۵ درصد) و ۲ مرد (۲۵ درصد) می باشد. سن بیماران بین ۲۷ تا ۶۵ سال بود و در ۶ نفر فاکتور روماتوئید مثبت بود.

سابقه حملات نقرسی، در ۷ نفر شامل ۲ زن (۲۸/۶ درصد) و ۵ مرد (۷۲/۴ درصد) وجود داشت. سن این بیماران بین ۴۴ تا ۷۲ سال بوده و فقط دو نفر از این بیماران اسیداوریک بالاتر از ۷ در زمان مطالعه داشتند.

آرتريت پسوریاتیک در یک مرد ۵۴ ساله با گرفتاری مفصلی از نوع پلی آرتیکولر و ضایعات پوستی پسوریازیس و فاکتور روماتوئید منفی تشخیص داده شد.

سندرم رایتز در یک مرد ۲۷ ساله با آرتريت زانو ها، مچ پاها و سابقه اورتريت و کتوزکتیویت تشخیص داده شد.

#### بحث

یکی از اهداف مهم این مطالعه تعیین میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی در یک جامعه معین بود. علت انتخاب منطقه فشم برای این مطالعه، وجود امکاناتی مانند خانه های بهداشت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در روستاهای مورد نظر و یک دستگاه

بعد از کمردرد، شایعترین بیماری که در جمعیت فوق در این مطالعه تشخیص داده شد، آرتروز می باشد. آرتروز در ۴۰۴ نفر (۱۶/۱ درصد) وجود داشت. تعداد زنان مبتلا به آرتروز ۲۵۵ نفر (۶۳/۱ درصد) و تعداد مردان مبتلا به آرتروز ۱۴۹ نفر (۳۶/۹ درصد) و بیشترین شیوع در محدوده سنی ۶۴-۵۵ سال (۳۵ درصد موارد آرتروز) بود. نمودار ۳ محدوده سنی مبتلایان به آرتروز را در مقایسه با جمعیت مورد بررسی نشان می دهد.

اوستئو آرتريت لوکالیزه زانو ها در ۲۸۶ نفر (۷۰/۸ درصد) مبتلایان به آرتروز) وجود داشت. این عده شامل ۱۶۸ نفر زن (۵۸/۷ درصد) و ۱۱۸ نفر مرد (۴۱/۲ درصد) بود.

اوستئو آرتريت جنرالیزه (اوستئو آرتريت دست ها با یا بدون گرفتاری زانو ها) در ۱۱۸ نفر (۲۹/۲ درصد) مبتلایان به آرتروز) وجود داشت. این عده شامل ۳۱ نفر مرد (۲۶/۲ درصد) و ۸۷ نفر زن (۷۳/۸ درصد) بود.

در ۱۷۴ نفر از مبتلایان به آرتروز رادیوگرافی از زانو ها یا دستها انجام شده بود. کلیشه های رادیوگرافی این عده توسط رادیولوژیست بشرح زیر تفسیر شد<sup>(۱۲)</sup>:

اوستئو آرتريت grade I : ۶۵ نفر (۳۷/۳ درصد)

اوستئو آرتريت grade II : ۴۳ نفر (۲۴/۷ درصد)

اوستئو آرتريت grade III : ۱۰ نفر (۵/۸ درصد)

اوستئو آرتريت grade IV : ۱ نفر (۰/۵ درصد)

در ۵۱ نفر (۲۰/۳ درصد) رادیوگرافی طبیعی خوانده شد. در ۴ نفر (۲/۲ درصد) کلیشه ها بعلا اشکال تکنیکی قابل تفسیر نبودند.

چون در این مطالعه نتوانستیم رادیوگرافی از مفاصل هیپ انجام دهیم، بنابراین گزارش موارد آرتروز هیپ میسر نیست.<sup>(۱)</sup> ولی شایان ذکر است که تعداد ۴۸ نفر (۱/۹ درصد) جمعیت مورد مطالعه شامل ۲۳ مرد و ۲۵ نفر زن) دچار درد در یک یا هر دو مفصل هیپ بوده اند که در امتحان بالینی مرحله دوم، درد در موقع حرکت مفصل یا کاهش دامنه حرکات هیپ را داشته اند.

درد گردن یکی دیگر از ناراحتی های شایع در این مطالعه می باشد. تعداد ۱۶۱ نفر از درد گردن شکایت داشتند (۶/۴ درصد کل جمعیت) که در مرحله اول بیش از ۲ هفته طول کشیده

رادیوگرافی در مرکز بهداشت فشم و امکانات سفر به منطقه توسط سرویس حمل و نقل بخش پزشکی اجتماعی و امکان حضور کارورزانی که دوره کارورزی خود را در آن منطقه می‌گذرانند بود. بهرحال وضعیت خاص جغرافیائی منطقه که یک منطقه کوهستانی است و می‌تواند در میزان شیوع آرتروز زانو نقش داشته‌باشد را باید در نظر گرفت.

در این مطالعه قرار بود که از تمام ساکنین روستاهای بخش فشم که سن بالاتر از ۱۵ سال داشتند در مرحله اول مطالعه پرسشگری بعمل آید. مراجعه به پرونده‌های موجود در خانه‌های بهداشت و برداشتن لیست ساکنین بعلاوه مراجعه خانه به خانه برای پیدا کردن افراد در دفعات متعدد انجام می‌گرفت. با این وجود در مواردی قادر به یافتن بعضی افراد بخصوص مردها نمی‌شدیم. علت این موضوع رفت و آمد افراد به نقاط دیگر از جمله تهران برای کار یا تحصیل بود. تعداد دقیق ساکنین منطقه را با وجود کوشش‌های فراوان نتوانستیم تعیین کنیم، زیرا در بعضی موارد پرونده‌هایی در خانه‌های بهداشت موجود بود که افراد مربوطه آن زمان در محل ساکن نبودند و برعکس در مراجعات خانه به خانه با افرادی مواجه می‌شدیم که پرونده‌ای در خانه بهداشت نداشتند. بنابراین ما نتوانستیم بطور دقیق *response rate* را برای مرحله اول تعیین کنیم، اما می‌توانیم بگوئیم که با مراجعات مکرر به خانه‌ها و یا مزارع و محل کار مردان، بیش از ۹۰ درصد ساکنین دارای سن بالاتر از ۱۵ سال را در مرحله اول مورد پرسشگری قرار دادیم (تعداد کل ۲۵۰۲ نفر).

از ۱۳۵۸ نفر که وارد مرحله دوم مطالعه شدند، تعداد ۲۵۱ نفر (۱۸/۴ درصد) به دلایل مختلف از جمله عدم همکاری برای انجام معاینه بالینی و یا پیدانکردن آنها در مرحله دوم موارد *drop-out* را تشکیل می‌دهند. بنابراین *response rate* مرحله دوم ۸۱/۶ درصد می‌باشد.

در مطالعات مشابه انجام شده در کشورهای دیگر منطقه آسیا و اقیانوسیه، پرسشنامه *COPCORD* مورد استفاده قرار گرفته است. مانیز در مرحله اول از آخرین تجدید نظر این پرسشنامه (۱۹۹۰) در کارگاه *COPCORD* در شهر سئول کره جنوبی) استفاده کردیم.

در کشورهای دیگری که این نوع مطالعه انجام شده است،

پرسشگری مرحله اول معمولاً توسط افرادی که در خانه‌های بهداشت کار می‌کرده‌اند (*Primary health workers*) و یا پرستارانی که برای این پرسشگری تعلیم دیده‌بودند صورت گرفته است، ولی در مطالعه ما پرسشگری توسط کارورزان بخش پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی انجام گردید. برای به حداقل رساندن خطاهای *interobserver* و *intraobserver* قبل از شروع مطالعه تمام کارورزان توسط تیم تحقیق آموزش داده شده و در حین مطالعه نیز نظارت کامل بر کار پرسشگری توسط تیم تحقیق اعمال می‌شد. در مرحله دوم مطالعه با مشکل مربوط به دستگاه رادیوگرافی موجود در مرکز بهداشت فشم روبرو شدیم، این دستگاه قادر نبود که رادیوگرافی از لگن و ستون فقرات کمری را انجام دهد، لذا به یکی از اهداف مطالعه که تعیین شیوع اسپوندیلیت آنکیلوزان بود دست نیافتیم و در عوض فقط آمار مربوط به "کمر درد" طبق تعریفی که در روش مطالعه آمده است قابل ارائه می‌باشد. به همین علت تعیین آرتروز مفاصل هیپ نیز میسر نگردید و فقط تعداد افرادی که از درد مفاصل هیپ شکایت داشته و در امتحان بالینی نیز حرکات دردناک داشتند، ذکر شده است. علیرغم این با توجه به تعداد کم افراد دارای درد مفاصل هیپ نسبت به تعداد زیادی که از درد زانو شکایت داشته‌اند، می‌توان گفت که شیوع آرتروز مفاصل هیپ نسبت به زانو در این مطالعه بسیار کمتر می‌باشد. شیوع زیاد آرتروز زانو در این مطالعه قابل توجه می‌باشد. آیا کوهستانی بودن منطقه و نوع کار (کشاورزی و دامداری) در این موضوع نقش دارد؟ برای جواب دادن به این سؤال لازم است که مطالعه فوق در مناطق دیگر کشور تکرار شود.

البته در تمام مطالعات انجام شده *COPCORD* در منطقه آسیا و اقیانوسیه آرتروز شیوع زیادی داشته است. بطور مثال شیوع آرتروز در شانگهای در یک جمعیت ۲۰۱۰ نفره ۱۳ درصد گزارش شده است که ۳۶/۷ درصد آن آرتروز زانو بوده است.<sup>(۷)</sup> در دو مطالعه دیگر که در مناطق روستائی چین انجام شده، شیوع آرتروز در شمال چین ۲۷ درصد و جنوب ۲ درصد گزارش شده است.<sup>(۱۳)</sup>

در مورد شیوع آرتروز روماتوئید که رقم ۰/۳۲ درصد می‌باشد، این شیوع با گزارشات کشورهای اندونزی، مالزی و



نتایج این مطالعه قابل تعمیم به جامعه شهری و یا روستائی با وضعیت جغرافیائی غیرکوهستانی نمی باشد و برای تعیین شیوع بیماریهای روماتیسمی در سطح کشور، توصیه می شود مطالعات مشابه در مناطق دیگر کشور انجام پذیرد. با توجه به شیوع زیاد بیماریهای بافت نرم و همچنین آرتروز در مطالعه فوق و شیوع کم بیماریهای التهابی، در مقایسه با نوع بیمارانی که به کلینیک ها و مراکز آموزشی مراجعه می کنند (۱۴)، تأکید بیشتر بر آموزش بیماریهای بافت نرم و آرتروز در برنامه های آموزشی دانشکده پزشکی توصیه می شود.

### نتیجه گیری

این مطالعه شیوع زیاد ناراحتی های روماتیسمی را، در یک جامعه روستائی نشان می دهد (۳۲/۹ درصد افراد دارای سن بالاتر از ۱۵ سال).

در این مطالعه شایعترین شکایات مربوط به کمر درد بوده (۱۸/۵ درصد) و بیماری آرتروز (۱۶/۱ درصد) به ویژه در زنان شایعترین بیماری روماتیسمی می باشد.

شیوع سایر بیماریهای بافت نرم نیز در این مطالعه زیاد بوده ولی شیوع بیماریهای التهابی مانند آرتريت روماتوئید، نقرس، آرتريت پسونریاتیک و سندرم رایتز کم می باشد (جمعا کمتر از ۱ درصد).

شانگهای مطابقت دارد ولی نسبت به کشورهای غربی و استرالیا (شیوع حدود ۱ درصد و بیشتر) کمتر می باشد.

در زمان مطالعه آرتريت نقرسی حاد تشخیص داده نشد ولی در ۷ نفر سوالات مربوط به سابقه حملات آرتريت در شست پا همراه با تورم یا قرمزی و بهبود طی ۲ هفته مثبت بود که احتمال بیماری نقرس در این تعداد را مطرح می سازد.

با توجه به تعداد بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید و فقط ۲ مورد دیگر از بیماریهای التهابی مفصلی (آرتريت پسونریاتیک و سندرم رایتز) و احتمال نقرس در ۷ نفر می توان چنین نتیجه گرفت که در مطالعه فوق شیوع بیماریهای التهابی مفصلی کمتر از ۱ درصد در افراد بالاتر از ۱۵ سال می باشد که در مقایسه با شیوع زیاد آرتروز (۱۶/۱ درصد) قابل توجه می باشد.

در این مطالعه بیماریهای دیگر بافت همبند مانند لویوس نیستیمیک، اسکلوودرمی و انواع واسکولیت ها در بین افراد تشخیص داده نشد. این بیماریها شیوع کمی در جامعه داشته و روشهای اپیدمیولوژیکی بدون انجام تستهای حساس مانند *Anti nuclear antibody* قادر به تعیین شیوع آنها در یک جمعیت کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر نمی باشد.

شیوع زیاد دردهای گردن، کمر و بیمارهای بافت نرم مانند پری آرتريت شانه، انواع تاندونیتها و اپی کوندیلیت نیز با مطالعات مشابه همخوانی دارد.

### 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
- 3) Altman RD, Asch E, Bloch D, et al : Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification

osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1986; 29:1039-1049

4) Arnett FC, et al : The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis, *Arthritis Rheum* 1988, 31: 315-24

5) Calin A: Spondyloarthropathies; In *Textbook of Rheumatology. Third edition. Edited by WN Kelley et al. Saunders Co.1989; P:1022*

6) Chaimnuay P. Thailand COPCORD Study, *APLAR Bull* 1995; 13:9-11

7) Chen Shun-le, Xue Bing-quiang, Bao

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

8) Dans LF, Tankeh-Torres S, Amante CL, Penserga E, *Philippine COPCORD: The prevalence of Rheumatic Diseases in a Filipino Urban Community*, *APLAR Bull.* 1995; 13:12-14

9) Darmawan J: *Rheumatic conditions in the northern Part of central Java. An epidemiological survey. Ph.D. Thesis. Erasmus University, Rotterdam* 1988

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

11) Hochberg MC: *Epidemiology of the Rheumatic Diseases. In Primer on the Rheumatic Diseases. Ninth edition. Edited by H.R. Schumacher. Arthritis Foundation, 1988 PP: 48-50*

12) Kellegren JH, Jeffrey MR, Ball J: *The Epidemiology of Chronic Rheumatism, Atlas of Standard Radiographs . Vol 2. Oxford : Blackwell*

*Scientific*, 1963

13) Report: *The first Aplar Symposium and the COPCORD Workshop; APLAR Bull* 1991;9:3 P:53-58

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

16) Wigley R, Manahan L, Muirden KD, Caragay R, Pinfold B, Couchman KG and Valkenburg HA. *Rheumatic disease in a philippine village II: A WHO-ILAR-APLAR COPCORD study , phase II and III. Rheumatol Int* 1991;11: 157-161

17) Wigley RD, Zhang NC, Zeng QY, Duff I, Bennett P. *ILAR study of rheumatic disease in China. III APLAR Bull.* 1990; 7:51-53

18) Wolfe F, et al . *The American College of Rheumatology 1990; Criteria for the classification of fibromyalgia, Report of the multicenter criteria committee, Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172

## PREVALENCE OF RHEUMATIC DISEASES IN FASHAM

J. Forghanizadeh, M.D. <sup>(1)</sup>      R. Abhari, M.D. <sup>(2)</sup>      M.R. Shakibi, M.D. <sup>(3)</sup>  
F. Samadi, M.D. <sup>(4)</sup>      M. Piroozian, M.D. <sup>(4)</sup>      S. Tavakoli, M.D. <sup>(4)</sup>

### 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=0.28%, 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