میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی درمنطقه فشم *

دکترجعفرفرقانی‌زاده[۱]
دکتررویا ابهری[۲]
دکترمحمدرضا شکیبی[۳]
دکترمحمدپیروزیان[۴]
دکترفریده صمدی[۴]
دکترسعدا... توکلی بزاز[۴]

چکیده

برای تعیین میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی دریک بافت جمعیتی ، مطالعه توصیفی حاضردرجمعیت بالای ۱۵سال ساکن درمنطقه فشم شمیرانات به روش Survey انجام شده‌است . ازبین ۲۵۰۲ نفرجمعیت مورد بررسی ، نمونه‌گیری درمورد ۲۰۴۳ نفر اهالی روستاهای تابعه فشم به روش غربالگری خانه به خانه و درمورد ۴۵۹ نفرازاهالی بخش فشم به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شده‌است . این بررسی طی دومرحله وبراساس طرح ارائه شده ازسوی اتحادیه مبارزه با روماتیسم آسیا و اقیانوسیه (APLAR) تحت عنوان ** COPCORD صورت گرفته‌است . درمرحله اول از افراد، درخصوص وجوددرد درنواحی مختلف ستون فقرات و مفاصل محیطی ، معلولیتها و سابقه درد و التهاب مفاصل، سؤال شده و براساس پاسخ مثبت به سوالات مذکور ازبین ۲۵۰۲ نفرنمونهٔ مرحله اول ، بعداز گذشت ۶ هفته ، تعداد ۱۳۵۸ نفر انتخاب و درمرحله دوم تحت پرسشگری مرحله دوم ، معاینه بالینی ، امتحانات رادیوگرافیکی و آزمایشات خون قرار گرفتند.طی‌این مرحله در ۲۸۲ نفر (۲۰/۷ درصد) ، شکایات روماتیسمی پس از ۶ هفته ازبین رفته و معاینات نیزطبیعی بوده و ۲۵۱ مورد (۱۸/۴ درصد) drop-out وجودداشته‌است .

پس از اتمام مرحله دوم ، براساس معیارهای بین‌المللی در ۸۲۵ نفر(۳۲/۹ درصدکل جمعیت) یک یا چندناراحتی روماتیسمی به شرح ذیل تشخیص داده شد: کمردرد در ۱۸/۵ درصد،آرتروز مفاصل محیطی در ۱۶/۱ درصد، درد گردن در ۶/۴ درصد ، پری آرتریت شانه در ۵ درصد، سایرضایعات بافت نرم شامل تاندونیت‌ها، اپی‌کوندیلیت آرنج و سندرم تونل کارپ در ۴/۶ درصد، سندرم فیبرومیالژیا در ۱/۳ درصد، آرتریت روماتوئید در ۰/۳۲ درصد، سابقه حملات نقرسی در ۰/۲۸ درصد، آرتریت پسوریاتیک و سندرم رایتر در ۰/۰۸ درصد.

نتایج این مطالعه شیوع زیاد ناراحتی‌های روماتیسمی را درجامعه روستائی فشم نشان می‌دهد. اختلاف زیاد شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی از جمله ، کمردرد ، آرتروز، روماتیسم بافت نرم و بیماریهای التهابی مانند آرتریت روماتوئید ، درمقایسه باآمار مراجعین به بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی قابل توجه می‌باشد.

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

** *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 شده‌است . 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 شده‌است .

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 وخدمات بهداشتی درمانی ایران
۳ - استادیار گروه داخلی، فوق تخصص روماتولوژی - دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی کرمان
۴ - فارغ‌التحصیلان رشته تخصصی طب داخلی - دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی ایران

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

مقدمه

بسیاری از بیماریهای مزمن، مانند بیماریهای روماتیسمی در نتیجه تداخل عوامل متعدد نظیر عوامل مربوط به میزبان، محیط و دربرخی موارد عوامل عفونی بوجود می‌آیند. مطالعات اپیدمیولوژیکی در مورد بیماریهای روماتیسمی شامل سه نوع اصلی می‌باشد:[11]

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 پیشگیری کننده و یا درمانی بیماریهای مختلف.

دردهه ۱۹۸۱ باهمکاری 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* درکشورهای استرالیا، فیلیپین، اندونزی و مالزی انجام شد. از سال ۱۹۹۱ به بعد نیز نظیر این مطالعات درتایلند، چین و تایوان انجام گردید. بخش اول این برنامه شامل مطالعاتی است که طی آن میزان شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی در کشورهای فوق تعیین گردیده‌است.[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 شده‌است.[۶و۱۳]

درکشور 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 دردست است از نظر تخمین میزان بروز و شیوع بیماریهای مختلف قابل تعمیم به جامعه نمی‌باشد. باتوجه به لزوم تعیین میزان شیوع بیماریهای روماتیسمی در جامعه، برآن 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 (و روستای 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 درآن کشاورزی می‌باشد. زن‌ها اکثراً خانه‌دار بوده و علاوه بر خانه‌داری د رکار کشاورزی نیز کمک می‌کنند.

روش نمونه‌گیری در روستاهای تابع فشم بصورت غربالگری *(screening)* خانه به خانه و دربخش 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.

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

درمرحله اول مطالعه تعداد ۲۵۰۲ نفراز 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

* *Asia Pacific League Against Rheumatism*

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

منطقه می‌گذراندند و قبلاً توسط تیم تحقیق برای این منظور تعلیم دیده‌بودند 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 ازراهنمائی بهورزان و افراد مطلع محلی استفاده می‌گردید.

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

بجزاطلاعات دموگرافیکی که درپرسشنامه شماره ۱ وجوددارد ، 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 دریکی از محل‌های زیر(گردن ،پشت ، کمر،ساکروم و مفاصل) درد داشته‌اید؟ چنانچه پاسخ مثبت است ، محل دردرا برروی مانکن صفحه ضمیمه علامت بزنید.

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

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

سؤالات ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ مربوط به وجود درد در شست پا همراه با تورم و قرمزی و ازبین رفتن علائم در طول ۲ هفته بوده که منظور از این سؤالات مشخص کردن حملات آرتریت 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 دریکی از محل‌هائی که در سؤال شماره ۱ پرسشنامه مرحله اول مشخص شده‌بود، 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 درروزهای خاص با تیم تحقیق به محل می‌رفت انجام می‌شد. افراد ازروستاهای محل زندگی بوسیله اتومبیل به مرکز بهداشت اعزام می‌شدند. فیلم‌ها در محل ظاهر شده و تمام کلیشه‌هاتوسط 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 بااستفاده 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 [۳و۲]

معیارهای کلینیکی برای تشخیص آرتروز زانو : وجود درد در زانو + حداقل سه معیار از معیارهای زیر: سن بالاتراز ۳۸ سال، خشکی صبحگاهی کمتر از ۳۰ دقیقه ، کریپیتاسیون ، حساسیت استخوانی ، بزرگ شدن استخوانهای مفصل و عدم وجود گرما درمفصل 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 دردست (این ۱۰ مفصل عبارتنداز : دومین و سومین مفصل *DIP* هردو دست ، دومین و سومین مفصل *PIP* هردو دست و اولین مفصل کارپومتاکارپال

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

هردو دست)، بزرگ شدن استخوانی ۲ مفصل *DIP* یا بیشتر از آن، کمتر از ۳ مفصل *MCP* متورم و تغییرشکل *(Deformity)* حداقل یکی از ۱۰ مفصل خاص.

بیماران مبتلا به آرتروز درمطالعه ما به دو دسته تقسیم شدند: ۱- نوع لوکالیزه که فقط یک یا ۲ مفصل زانو مبتلا بود و ۲- نوع جنرالیزه که درآن ابتلای مفاصل هر دو دست با یا بدون گرفتاری زانوها وجودداشت.

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

۳- فیبرومیالژیا: معیارهای سال ۱۹۹۰ کالج روماتیسم آمریکا [۱۸]، 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 گلوتئال، تروکانتر بزرگ استخوان فمور، بافت چربی قسمت میانی زانو (دوطرف راست و چپ درتمام نقاط). دراین مطالعه ما بجای حداقل ۱۱ نقطه حساس، ۸ نقطه حساس را قبول کردیم.

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

۵- بیماری رایتر: وجود پلی‌آرتریت بیش از ۶ هفته در اندام‌های تحتانی + سابقه اورتریت و کنژنکتیویت و منفی بودن تست فاکتور روماتوئید.

۶- پری آرتریت مفصل شانه: وجود درد در ناحیه شانه + حساسیت درلمس در یکی از نقاط آناتومیکی مانند محل اتصال سردراز تاندون عضله دو سربازوئی، بورس تحت 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 تونل‌کارپ: 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 درناحیه کمری یا ساکرال ستون فقرات که درزمان پرسشگری مرحله اول بیش از ۲ هفته وجودداشته و ۶ هفته بعد نیز در مرحله دوم مطالعه هنوز بیمار از درد این ناحیه شاکی بوده‌است و در امتحان بالینی در موقع انجام حرکات ستون فقرات کمری بیمار درد داشته‌است.

۱۰- گردن درد *(Neck Pain)*: وجود درد درگردن که درزمان پرسشگری مرحله اول بیش از دوهفته 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.

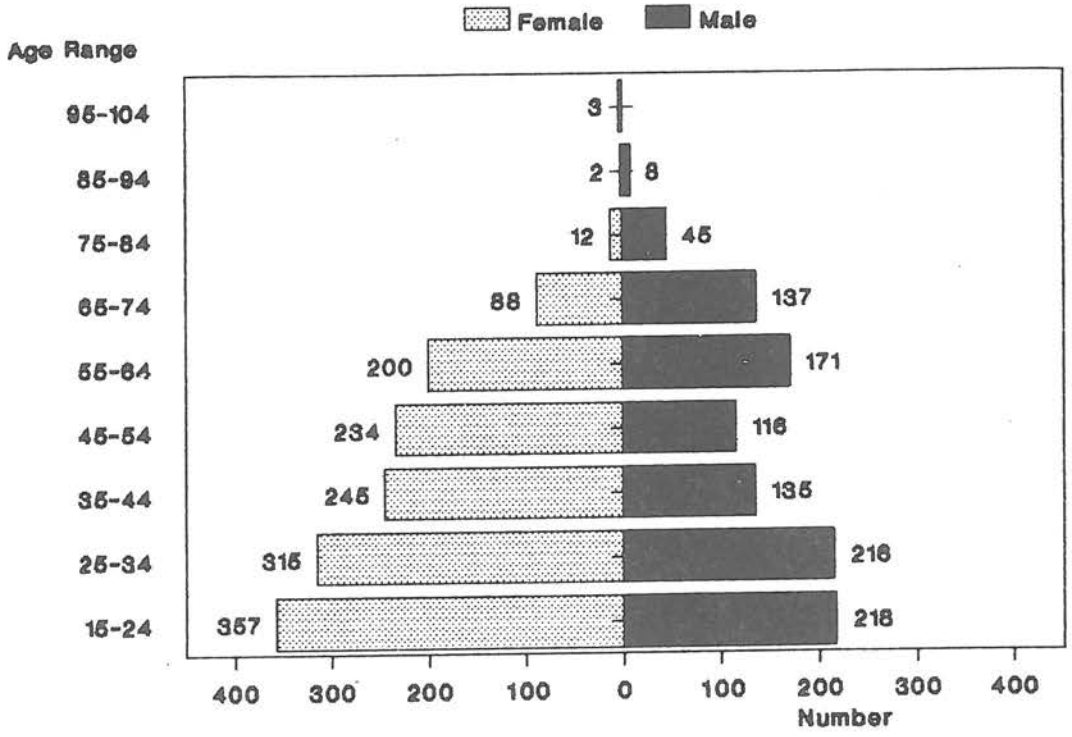
۱۱- حملات آرتریت‌نقرسی در گذشته: مثبت بودن ۳ سؤال مربوطه (شامل وجود درد در شست پا + قرمزی و تورم + ازبین رفتن علائم در طی ۲ هفته).

نتایج

درمرحله 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 نفرزن (۵۸/۲ درصد) می‌باشد. نمودار ۱ محدوده سنی افراد مورد مطالعه را به تفکیک جنس نشان می دهد.

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]



نمودار ۱- پراکندگی سنی و جنسی ۲۵۰۲ نفرجمعیت مورد مطالعه

دوم مطالعه شدند.

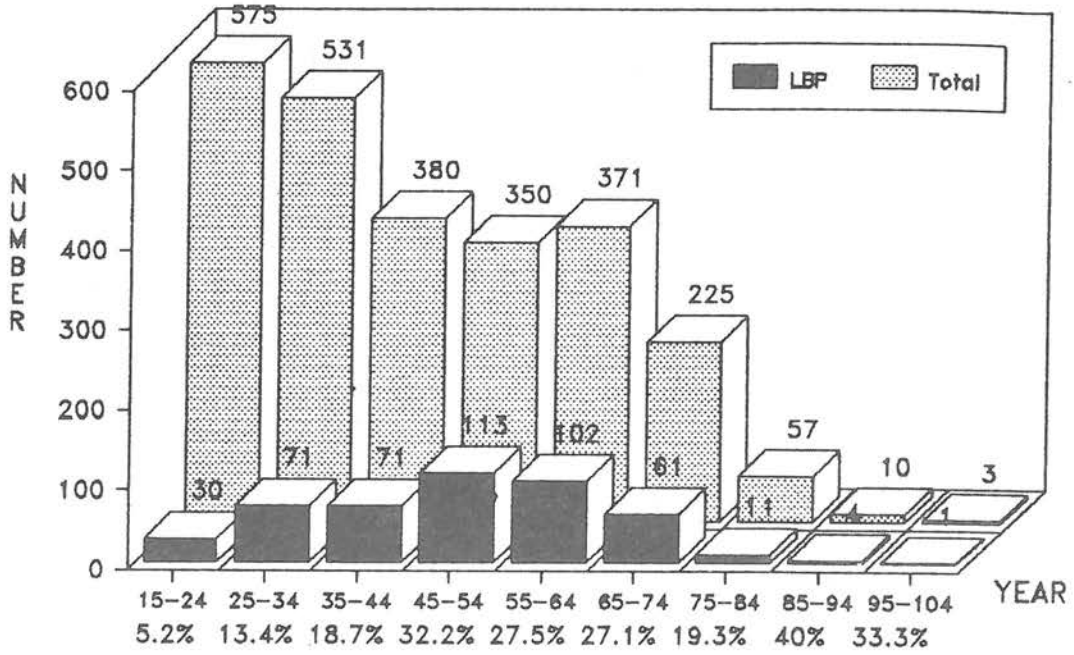
در ۲۸۲ نفر از افراد فوق (۲۰/۷ درصد) شکایات روماتیسمی اولیه که در پرسشگری اول مثبت گزارش شده‌بود برطرف شده بود و معاینه بالینی طبیعی داشتند. این عده موارد منفی مرحله دوم تلقی شدند. در این مرحله مطالعه موفق به یافتن و یا جلب همکاری برای انجام معاینه در ۲۵۱ نفر (۱۸/۴ درصد) نشدیم . این عده موارد *droup-out* مطالعه را تشکیل می‌دهند. در ۸۲۵ نفر (۳۲/۹ درصد) یک یا چند بیماری روماتیسمی تشخیص داده شد. جدول ۱ بیماریهایی که دراین مطالعه تشخیص داده شده‌اند را نشان می دهد.

جدول ۱- فراوانی بیماریها و ناراحتی‌های روماتیسمی تشخیص داده شده درجمعیت موردبررسی ونسبت ابتلای زنان و مردان

ناراحتی روماتیسمی	تعداد	درصد	درصد زنان	درصدمردان
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 آرتریت مفصل شانه	۱۲۴	۵	۷۱/۸	۲۸/۲
اپی‌کوندیلیت آرنج،سایرتاندونیت‌ها و سندرم‌تونل کارپ	۱۱۴	۴/۶	۸۰/۷	۱۹/۳
فیبرومیالژیا	۳۱	۱/۳	۹۶/۸	۳/۲
آرتریت روماتوئید	۸	۰/۳۲	۷۵	۲۵
سابقه حملات نقرس در شست پا	۷	۰/۲۸	۲۸/۶	۷۱/۴
آرتریت پسوریاتیک و رایتر	۲	۰/۰۸	–	۱۰۰

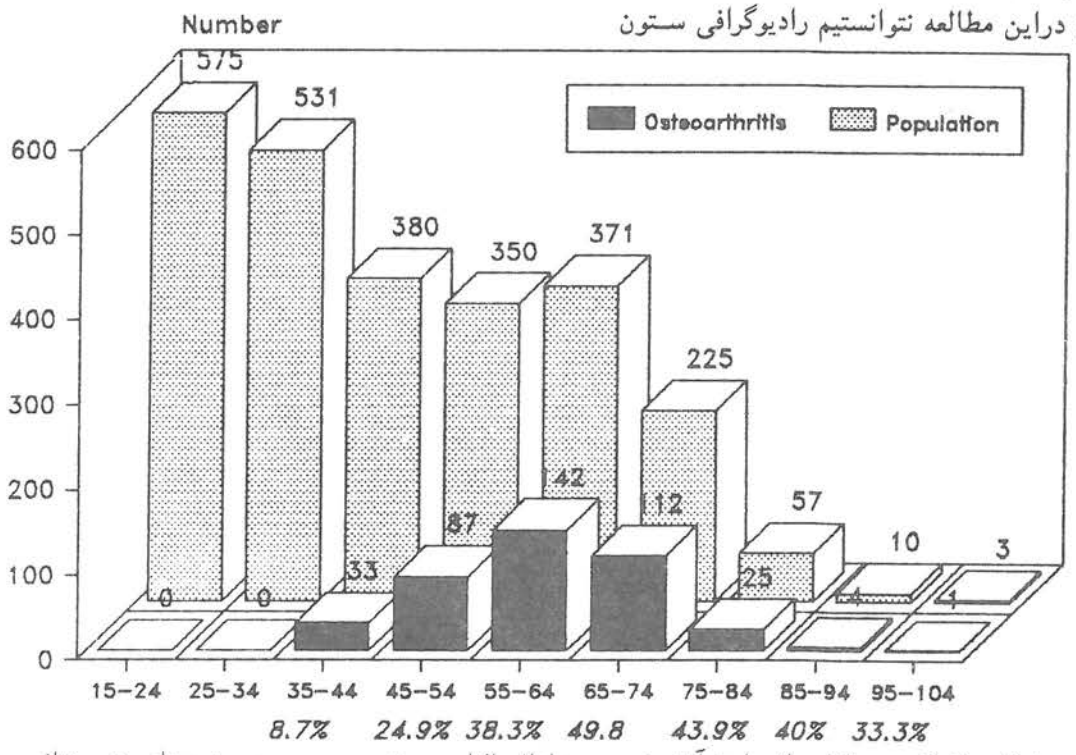
Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

شایعترین شکایت در افراد مورد مطالعه کمردرد بـود. در مرحله دوم مطالعه ۴۶۴ نفر(۱۸/۵ درصـد) دچـار درد کـمر بودند. این عده شـامل ۳۵۲ نـفر زن (۷۵/۹ درصـد) و ۱۱۲ مرد(۲۴/۱ درصد) می‌باشد. نمودار ۲ محدوده سنی افراد مبتلا به کمردرد را درمقایسه با جمعیت نشان می‌دهد.



نمودار۲- پراکندگی سنی افراد مبتلابه کمردرد *(LBP)* ودرصدابتلای افرادجمعیت موردبررسی درمحدوده‌های سنی مختلف

۱۶۸ نفر از افرادی که مـبتلا بـه کـمردرد بـودند (۳۶/۲ درصد) همزمان مبتلا به بیماری آرتروز در دستها یا زانـوها نیزبوده‌اند . چون دراین مطالعه نتوانستیم رادیوگرافی سـتون فقرات کمری و پشتی انجام دهیم ، بنابراین نمی‌توان گفت که چه تعداد از افراد فوق بعلت آرتروز کمردرد دارند.



نمودار۳- پراکندگی سنی افرادمبتلا به استئوآرتریت و درصد ابتلای افراد جمعیت مورد بررسی درمحدوده‌های سنی مختلف

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

بعد از کمردرد ، شایعترین بیماری که در جمعیت فوق در این مطالعه تشخیص داده شد، آرتروز می‌باشد. آرتروز در ۴۰۴ نفر (۱۶/۱ درصد) وجودداشت . 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 درمقایسه باجمعیت موردبررسی نشان می‌دهد.

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

استئوآرتریت جنرالیزه (اوستئوآرتریت دست‌ها با یا بدون گرفتاری زانوها) در ۱۱۸ نفر (۲۹/۲ درصد مبتلایان به آرتروز) وجود داشت . این عده شامل ۳۱ نفرمرد (۲۶/۲ درصد) و ۸۷ نفرزن (۷۳/۸ درصد) بود.

در ۱۷۴ نفر از مبتلایان به آرتروز رادیوگرافی از زانوها یا دستها انجام شده بود. کلیشه‌های رادیوگرافی این عده توسط رادیولوژیست بشرح زیر تفسیر شد[۱۲]:

استئوآرتریت *grade I* : ۶۵ نفر(۳۷/۳ درصد)

استئوآرتریت *grade II* : ۴۳ نفر (۲۴/۷ درصد)

استئوآرتریت *grade III* : ۱۰ نفر(۵/۸ درصد)

استئوآرتریت *grade IV* : ۱ نفر (۰/۵ درصد)

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

چون دراین مطالعه نتوانستیم رادیوگرافی از مفاصل هیپ انجام دهیم ، بنابراین گزارش موارد آرتروز هیپ میسر نیست.[۱] ولی شایان ذکراست که تعداد ۴۸ نفر (۱/۹ درصد جمعیت مورد مطالعه شامل ۲۳ مرد و ۲۵ نفرزن) دچار درد در یک یا هردو مفصل هیپ بوده‌اند که در امتحان بالینی مرحله دوم ، درد در موقع حرکت مفصل یاکاهش دامنه حرکات هیپ را داشته‌اند.

دردگردن یکی دیگر از ناراحتی‌های شایع دراین مطالعه می‌باشد. تعداد ۱۶۱ نفراز درد گردن شکایت داشتند (۶/۴ درصدکل جمعیت) که درمرحله اول بیش از ۲ هفته طول کشیده و پس از ۶ هفته در مرحله دوم نیز هنوز ادامه داشته‌است .

این تعداد شامل ۱۳۰ نفرزن (۸۰/۷ درصد) و ۳۱ نفرمرد (۱۹/۳ درصد) می‌باشد.

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

پری آرتریت 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) می‌باشد.

سایر روماتیسم‌های بافت نرم شامل تاندونیت‌ها، اپی‌کوندیلیت 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 نفرمرد (۳/۲ درصد) می‌باشد.

آرتریت روماتوئید در ۸ نفر تشخیص داده شد (۰/۳۲ درصد) که شامل ۶ زن (۷۵ درصد) و ۲ مرد(۲۵ درصد) می‌باشد. 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) وجودداشت . سن این بیماران بین ۴۴ تا ۷۲ سال بوده و فقط دو نفر از این بیماران اسیداوریک بالاتر از ۷ درزمان مطالعه داشتند.

آرتریت 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 رایتر در یک مرد ۲۷ ساله با آرتریت زانوها، مچ پاها و سابقه اورتریت و کنژنکتیویت تشخیص داده‌شد.

بحث

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

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 می‌گذراندند بود. بهرحال وضعیت خاص جغرافیائی منطقه که یک منطقه کوهستانی است و می‌تواند در میزان شیوع آرتروز زانو نقش داشته‌باشد را باید درنظرگرفت.

دراین مطالعه قراربود 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 پیداکردن افراد در دفعات متعدد انجام می‌گرفت . بااین 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 دربعضی موارد پرونده‌هائی 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 مانتوانستیم 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 در صد ساکنین دارای سن بالاتر از ۱۵ سال را درمرحله 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 دلائل 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.

درمطالعات مشابه انجام شده درکشورهای دیگر منطقه آسیا و اقیانوسیه ، پرسشنامه *COPCORD* مورد استفاده قرار گرفته‌است . مانیز در مرحله اول از آخرین تجدید نظر این پرسشنامه (۱۹۹۰ در کارگاه *COPCORD* درشهر سئول کره جنوبی) استفاده کردیم .

درکشورهای دیگری که این نوع مطالعه انجام شده‌است ، پرسشگری مرحله اول معمولاً توسط افرادی که درخانه‌های بهداشت کار می‌کرده‌اند *(Primary health workers)* و یا پرستارانی که برای این پرسشگری تعلیم دیده‌بودند صورت‌گرفته‌است ، 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 می شد. 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 "کمردرد" طبق تعریفی که در روش مطالعه آمده‌است قابل ارائه می‌باشد. به همین علت تعیین آرتروز مفاصل هیپ نیز میسرنگردید و فقط تعداد افرادی که از درد مفاصل هیپ شکایت داشته و در امتحان بالینی نیز حرکات دردناک داشتند، ذکرشده‌است . 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 دراین مطالعه قابل توجه می‌باشد. آیا کوهستانی بودن منطقه و نوع کار (کشاورزی و دامداری) دراین 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* درمنطقه آسیا و اقیانوسیه آرتروز شیوع زیادی داشته‌است. بطور مثال شیوع آرتروز در شانگهای دریک جمعیت ۲۰۱۰ نفره ۱۳ درصد گزارش شده‌است که ۳۶/۷ درصد آن آرتروز زانو بوده‌است .[۷] در دو مطالعه دیگر که درمناطق روستائی چین انجام شده، شیوع آرتروز در شمال چین ۲۷ درصد و جنوب ۲ درصد گزارش شده‌است .[۱۳]

درمورد شیوع آرتریت روماتوئید که رقم ۰/۳۲ درصد می‌باشد، این شیوع با گزارشات کشورهای اندونزی ، مالزی و

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

شانگهای مطابقت دارد ولی نسبت به کشورهای غربی و استرالیا (شیوع حدود ۱ درصد وبیشتر) کمتر می‌باشد.

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

باتوجه به تعداد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و فقط ۲ مورد دیگر از بیماریهای التهابی مفصلی (آرتریت پسوریاتیک و سندرم رایتر) و احتمال نقرس در ۷ نفر می‌توان چنین نتیجه گرفت که در مطالعه فوق شیوع بیماریهای التهابی مفصلی کمتر از ۱ درصد در افراد بالاتر از ۱۵ سال می‌باشد که در مقایسه با شیوع زیاد آرتروز (۱۶/۱ درصد) قابل توجه می‌باشد.

دراین مطالعه بیماریهای دیگر بافت همبند مانند لوپوس سیستمیک ، اسکلرودرمی وانواع واسکولیت ها دربین 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 نمی‌باشد.

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

نتایج این مطالعه قابل تعمیم به جامعه شهری و یا روستائی با وضعیت جغرافیائی غیرکوهستانی نمی‌باشد و برای تعیین شیوع بیماریهای روماتیسمی در سطح کشور ، توصیه می‌شود مطالعات مشابه در مناطق دیگر کشور انجام پذیرد. باتوجه به شیوع زیاد بیماریهای بافت نرم و همچنین آرتروز در مطالعه فوق و شیوع کم بیماریهای التهابی ، درمقایسه با نوع بیمارانی که به کلینیک‌ها و مراکز آموزشی مراجعه می‌کنند [۱۴]، تأکید بیشتر بر آموزش بیماری‌های بافت نرم و آرتروز در برنامه‌های آموزشی دانشکده پزشکی توصیه می‌شود.

نتیجه گیری

این مطالعه شیوع زیاد ناراحتی‌های روماتیسمی را ، دریک جامعه روستائی نشان می‌دهد (۳۲/۹ درصد افراد دارای سن بالاتر از ۱۵ سال).

دراین مطالعه شایعترین شکایات مربوط به کمر درد بوده (۱۸/۵ درصد) و بیماری آرتروز (۱۶/۱ درصد) به ویژه در زانوها شایعترین بیماری روماتیسمی می‌باشد.

شیوع سایر بیماریهای بافت نرم نیز دراین مطالعه زیاد بوده ولی شیوع بیماریهای التهابی مانند آرتریت روماتوئید ، نقرس،آرتریت پسوریاتیک و سندرم رایتر کم می‌باشد (جمعا کمتر از ۱ درصد).

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

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 Rhematic 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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]

PREVALENCE OF RHEUMATIC DISEASES IN FASHAM

J. Forghanizadeh, M.D. (1) *R. Abhari,M.D* (2) *M.R. Shakibi,M.D* (3)
F. Samadi, M.D (4) *M. Piroozian,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 questionaire, 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 disesases 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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 13:13 IRDT on Tuesday July 3rd 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-29]