بررسی علایم بالینی مبتلایان به برگر و عوامل مرتبط به آن در مراجعین به بیمارستان طالقانی سال‌های ۸۰-۱۳۷۹

دکتر محمدتقی صالحیان[۱]، دکتر حسین پارسا[۲]، ناصر ولایی[۱]

چکیده

سابقه و هدف: باتوجه به مراجعه بیماران برگر و مشاهدات و علایم بالینی متفاوت آنها با کتب مرجع و به منظور تعیین علایم بالینی مبتلایان به برگر وعوامل مرتبط با آن، در این تحقیق مراجعه‌کنندگان به بیمارستان آیت‌ا... طالقانی تهران، در سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش توصیفی صورت پذیرفت. تشخیص بیماری براساس علایم بالینی آن و آزمایشات آنژیوگرافی انجام شده صورت می‌گرفت. علایم بالینی، خصوصیات فردی و اجتماعی گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی ارایه شدند.

یافته‌ها: طی مدت بررسی تعداد ٤٢ بیمار با تشخیص قطعی برگر وجود داشتند که همگی مرد و در سنین ۳۵/۹±۲سال بودند و همگی سیگار مصرف می‌کردند. ۷۱درصد معتاد و ٥٤/٨درصد آنها نیز به مدت ۲۰-۱۰سال دخانیات مصرف می‌کردند. ۷۷/۳درصد مراجعه‌کنندگان تحصیلات کمتر از ٦ ابتدایی داشتند و ٦٩درصد آنها از وضعیت بهداشتی پایین برخوردار بودند و هیچ‌کدام سابقه خانوادگی نداشتند. شایع‌ترین علایم بالینی درد در حال استراحت (۸۱درصد) و در مراحل بعدی اولسرایسکمیک، لنگش متناوب، گانگرن، ترمبوفلبیت مهاجر و درد اندام فوقانی بود.

نتیجه‌گیری: علایم بالینی در بیماران مورد بررسی (احتمالاً در جامعه ایرانی) نسبت به علائم بیماران اروپایی و آمریکایی مندرج در کتب مرجع متفاوت بود. وضعیت اقتصادی، اجتماعی و سطح بهداشتی پایین در بروز بیماری نقش دارد. تحقیق تحلیلی و به دنبال آن تحقیق تجربی برای کاهش مشکل آن را توصیه می‌نماید.

واژگان کلیدی: برگر، ترمبوآنژیت اوبلیتران

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- بیمارستان آیت‌ا... طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

بیماری برگر یک بیماری التهابی غیرآترواسکلروتیت عروقی است که به طور عمده شریان‌ها و وریدهای کوچک و متوسط را در اندام‌های فوقانی و تحتانی درگیر می‌کند(۱) عمده‌ی بیماران مبتلا، مصرف‌کنندگان سیگار می‌باشند(۲،۱) برای اولین‌بار **wart** در سال ۱۸۷۹ یک بیمار ۵۷ ساله را که از ۱۲سال قبل به پا درد مبتلا بود و دچار گانگرن و آمپوتاسیون شده بود گزارش نمود. نمونه پاتولوژی شامل پرولیفراسیون، انتیما، ترمبوز و فیبروز بود(۳). به تدریج گزارش‌هایی از این بیمار منتشر شد. اگرچه بیماری برگر در تمام دنیا دیده می‌شود، در خاورمیانه و خاور دور شیوع آن بیشتر از آمریکا و اروپاست(۳و۲و۱). شیوع برگر در ایالات متحده کاهش یافته و این امر به این دلیل است که مشخص شده تعدادی از بیماران واقعاً به برگر مبتلا نیستند(۳) شیوع آن بر اساس گزارش‌های **Mayo-clinic** از ۱۰۴ درصدهزار در سال ۱۹۴۷ به ۱۲/۶درصد هزار در سال ۱۹۸۶ کاهش یافته است(۳). بیماران معمولاً در سطح اقتصادی اجتماعی پایین قرار داشته و محققین احتمال تأثیر محیط را بر روی این بیماری دخیل دانسته‌اند (۵و۴) قبل از ۱۹۷۰، زنان مبتلا به برگر تنها ۲درصد بیماران را تشکیل می‌دادند ولی در گزارش‌های جدید احتمال آن بیشتر شده است (۶و۳).

اتیولوژی برگر نامشخص است. از نظر پاتولوژیک، ترمبوز سلولاریته بالا وجود دارد که همراه با فعالیت سلولی پایین در جدار عروقی می‌باشد. جالب است که در برگر بر خلاف واسکولیت‌های دیگر، سدیمانتاسیون، **CRP**، **ANA**، کمپلکس‌های ایمنی و عامل روماتوئید منفی یا در سطح طبیعی است(۷) در بیماران مبتلا به برگر سطح کربوکسی هموگلوبین و میزان مصرف سیگار بیشتر از بیماران مبتلا به آترواسکلروز با گروه شاهد بوده است(۳) به نظر می‌رسد این بیماران به فرآورده‌هایی از قبیل سیگار حساسیت بیش از اندازه داشته باشند و این حساسیت موجب التهاب، انسداد عروق کوچک و متوسط می‌شود(۵و۴و۳).

Passive Smoking در آغاز بیماری نقش ندارد(۳) ولی در افرادی که در فاز حاد بیماری‌اند موجب پیشرفت و ادامه بیماری می‌شود با این وجود، با توجه به تناقضات فوق و نظر به اینکه تا به حال گزارش جامعی از خصوصیات بیماران ایرانی گزارش نشده است و یا در دسترس قرار نگرفته است و با توجه به عوارض شناخته شده و عواقب بیماری و به منظور تعیین علایم بالینی مبتلایان به برگر و عوامل مرتبط با آن، در این تحقیق مراجعه‌کنندگان به بخش جراحی عروق بیمارستان طالقانی تهران در سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ مورد مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش توصیفی انجام گرفت. تمامی بیمارانی که با علایم کلینیکی درد اندام تحتانی هنگام استراحت، ایسکمیک اولسر، لنگش متناوب، گانگرن، ترمبوفلبیت مهاجر و درد اندام فوقانی مراجعه کرده بودند به عنوان موارد مشکوک تلقی و در صورتی که در آنژیوگرافی نیز علایم دال بر برگر را داشتند به عنوان تشخیص قطعی برگر (مبتلا) در نظر گرفته شدند(۳) علایم بالینی، خصوصیات فردی بیماران شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت بهداشتی (از نظر بهداشت اندام‌ها و رعایت بهداشت فردی)، مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل و مدت مصرف آنها بررسی و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

در همان فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی، استخراج و با استفاده از آمار توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها

طی مدت مورد بررسی، تعداد ۴۲بیمار واجد شـــرایط وجود داشتند که همگی مرد و در سنین ۲±۳۵/۹ سال بودند. در جدول ۱ توزیع سنی بیماران ارایه گردید. مبتلایان حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۳سال و ۹۷/۶درصد آنها کمتر از ۵۰سال سن داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به برگر برحسب گروه‌های سنی، بیمارستان آیت ا... طالقانی سال‌هـــای ۸۰-۱۳۷۹

فراوانی / گروههای سنی	تعداد	درصد	تجمعی
۳۰-۲۰	۱۱۱	۲۶/۲	۲۶/۲
۴۰-۳۰	۱۷	۴۰/۵	۶۶/۷
۵۰-۴۰	۱۳	۳۰/۹	۹۷/۶
۵۰ سال بیشتر	۱	۲/۴	۱۰۰
جمع	۴۲	۱۰۰	-

تمام بیماران سیگار مصرف می‌کردند و تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه آنها در جدول شماره ۲ ارائه گـردید و نشان می‌دهد که ۵۷/۱ درصـد آنها بین ۱۰ تا ۲۰ نخ روزانه مصرف می‌کردند و ۸۸/۱درصد آنها بیش از ۱۵نخ در روز سیگار مصرف می‌کردند، ضمناً مقدار و نخ سیگار روزانه با شدت علائم بالینی بیمار نقشی نداشته است

جدول ۲- توزیع فراوانی مبتلایان به برگر برحسب تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه

فراوانی / تعداد نخ سیگار در روز	تعداد	درصد	تجمعی
کمتر از ۱۰	۵	۱۱/۹	۱۱/۹
۲۰-۱۰	۲۴	۵۷/۱	۶۹
۴۰-۲۰	۱۳	۳۱	۱۰۰
جمع	۴۲	۱۰۰	-

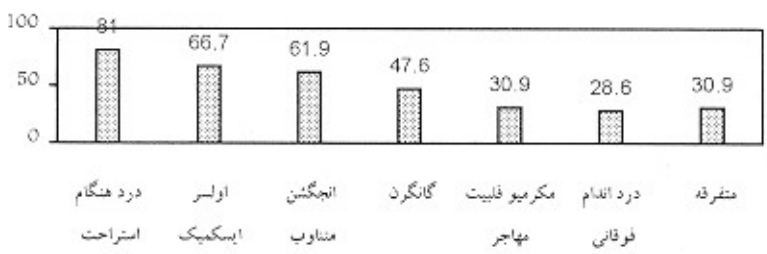
مدت مصرف سیگار در مبتلایان به برگر در جدول ۳ ارائه گردید و نشان می‌دهد که بیشتر آنها بین ۱۰ تا ۲۰سال سیگار مصرف می‌کردند (۵۸۴/۸درصد) و ۶۹/۱درصد آنها بیشتر از ۱۰سال سیگار مصرف می‌کردند. ضمناً ۸۷درصد بیماران از سیگارهای ارزان‌قیمت استفاده می‌کردند.

جدول ۳- توزیع فراوانی مبتلایان به برگر برحسب مدت مصرف سیگار، بیمـــــارستان طالقانی طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۹

فراوانی / مدت مصرف سیگار به سال	تعداد	درصد	تجمعی
کمتر از ۱	۳	۷/۱	۱۰۰
۱۰-۱	۱۰	۲۳/۸	۹۲/۹
۲۰-۱۰	۲۳	۵۴/۸	۶۹/۱
۲۰ سال بیشتر	۶	۱۴/۳	۱۴/۳
جمع	۴۲	۱۰۰	-

از ۴۲بیمار مبتلا به برگر ۷۱/۴درصد معتاد به مواد مخدر بوده و ۴۵/۲درصد الکل مصرف می‌کردند. شایع‌ترین علایم بالینی در نمودار شماره ۱ ارایه گردیده و نشان می‌دهد که به ترتیب درد هنگام استراحت ۸۱درصد بوده و اولسرایسکمیک (۶۶/۷ درصد)، لنگش متناوب (۶۱/۹درصد) و ... بود.

نمودار ۱-



[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

شایع‌ترین محل درگیری بیماری برگر اندام‌های تحتانی بود(۷۶/٤درصد) و ۱٦/۷درصد موارد هر ٤ اندام درگیر بود. تقریباً تمام بیماران از سطح اقتصادی اجتماعی پایین و دارای تحصیلات پایین بودند. ٦۹۵ بیمار وضعیت بهداشتی پایین داشتند.

بحث

تحقیق نشان داد که درد سینه به میزان ۸۱درصد شایع‌ترین علامت بود و اولسرایسکمیک، لنگش متناوب، گانگرن، ترمبوفلبیت مهاجر و درد اندام فوقانی در اولویت‌های بعدی قرار داشتند در تحقیق **Mayo-clinic** در سال ۱۹٤۷ گزارش شده که شایع‌ترین علامت بالینی برگر، ترمبوفلبیت مهاجر و در **Fore foot** می‌باشد. همچنین در گزارشات مختلفی که از هند و چین به دست آمده است، درد در حال استراحت به عنوان شایع‌ترین علامت گزارش شده است باتوجه به بررسی‌های صورت گرفته، علایم در بیماران ایرانی به بیماران هندی و چینی نزدیک می‌باشد.

سئوال می‌شود که چرا علایم بیماری برگر در جامعه ما متفاوت با سایر جوامع است؟ در پاسخ مسایل اقتصادی، اجتماعی، سطح تحصیلات و مصرف سیگار ارزان‌قیمت و نامرغوب از جمله عوامل موثر می‌باشند. وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در بیماران ما نسبت به بیماران اروپایی و آمریکایی پایین‌تر بوده است و اینکه چه عاملی در این مورد دخیل است بررسی‌های تحلیلی دیگری را می‌طلبند.

نکته مهم آن که اگر بیماری برگر برحسب علایم بالینی سریع تشخیص داده شود درمان آن مناسب‌تر و عوارض بعدی آن کمتر است پس در بیماران با وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین با هرگونه علامتی دال بر برگر باید به فکر آن بود که اگر بیماری برگر زود تشخیص داده شود میزان آمپوتاسیون و عوارض بعدی آن کاهش می‌یابد.

سن بیماران جامعه مورد بررسی ما ۲±۳٦ بود که در جوامع اروپایی و آمریکایی ۲±٤٤ گزارش شده بود نشان می‌دهد سن بروز علایم نیز در بیماران ما این امر پایین‌تر است که خود دلیل بر شدت بیشتر علایم بالینی در این بیماران می‌باشد.

تمام بیماران مورد بررسی مرد بودند ولی در مطالعات دیگر ۲۳درصد آنها زن بودند(۸و۷و۳) که نشان‌دهنده تفاوت عمده در این زمینه است. بیمارانی که سیگار، تریاک و الکل را با هم مصرف می‌کردند علایم بالینی شدیدتری نسبت به بیمارانی که تنها سیگار مصرف می‌کردند، داشتند.

تعداد نخ سیگار در شدت علایم بالینی نقشی نداشت که در گزارشات دیگر نیز تایید شده بود(۹و٤)

تقریباً تمام بیماران وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین و وضعیت بهداشتی پایین داشتند. شاید یکی از عوامل سبب این بیماری همین مشکل باشد که بررسی بیشتری را می‌طلبد .

به هرحال انجام تحقیق برای تعیین نقش عوارض فوق با بروز بیماری را در یک تحقیق موردی - شاهدی را توصیه می‌نماید و متعاقب آن یک تحقیق تجربی برای تعیین تاثیر انواع مداخله برای کاهش بروز بیماری را توصیه می‌نماید.

References:

1. Schwartz SL, Shires GT, Spencer FC, et al (eds). Principles of Surgery. 7th ed. MC Graw-Hill 1999: 982-3.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

2. Townsend CM, Harris JW, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 6th ed. Saunders, 2001.

3. Eugen F Bernard, ed. Vascular Surgery. 6th ed. Mosby, 2000.

4. Veith FJ, Hobson RW, Williams R, et al (eds). Vascular Surgery; Principles & Practice. 2nd ed. MC Graw–Hill. 1994.

5. Sasaki S, Sakuma M, Tasuda K. Current status of thromboangitis obliterans (Burger's disease) in Japan. Int J Cardiol 2000; 75(1): 167-70.

6. Adar R, Papa MZ, Schneiderman J. Thromboangitis obliterans an old disease in need of a new look. Harefuah 1999; 136(11): 848-9.

7. Podlaha J, Roubal P, Gregor Z. Ischemic disease of the lower extremity and lumbar sympathectomy. Int Angiol 2000; 19(2): 135-41.

8. Kim EJ, Cho BS, Lee TS, Kim SJ. Morphologic change of the internal elastic lamina in Burger's disease Angiology 2000; 51(2): 141-50.

9. Wysokin Ski WE, Wiatkow Skaw W. Sustained classic clinical spectrum of thromboangitis obliterans. Virchows Arch 2000; 436(1): 59-67.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]