اپیدمیولوژی مبتلایان به دیسکوپاتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال‌های ۷۳-۱۳۷۱

دکتر سید علی مسعود *، محسن نقدسی **، دکتر حسین شریفی *

دکتر حسن افضلی ***

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع بالای کمردردهای ناشی از دیسکوپاتی و این که اکثر بیماران از قشر فعال جامعه می‌باشند و هم‌چنین متفاوت بودن علل مراجعه، محل درگیری و عدم اطلاع از وضعیت بیماران در کاشان، این تحقیق به منظور تعیین اپیدمیولوژی مبتلایان به دیسکوپاتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۷۳-۱۳۷۱ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوش حاضر با روش مطالعه داده‌های موجود (Existing data) بر روی کلیه بیماران با تشخیص قطعی دیسکوپاتی صورت پذیرفت. خصوصیات فردی علل مراجعه، محل درگیری و نوع درمان از پرونده استخراج، ثبت و براساس آمار توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها: طی مدت مورد بررسی، ۱۰۰۰ بیمار که ۶۱ نفر مرد و بقیه زن با میانگین سنی ۱۴/۵±۴۸ سال مورد بررسی قرار گرفتند. در دو رده سنی بیشتر دیسکوپاتی دیده شد، یکی سن ۴۰-۳۱ سالگی (۲۶ نفر) و دیگری ۷۰-۶۱ سالگی (۲۳ نفر). میانگین سنی مردان پایین‌تر از زنان است (۴۳/۶ سال در مردان و ۴۸ سال در زنان). ۶۱/۶ درصد خانمها خانه‌دار و ۳۸/۴ درصد قالیباف و اکثر مردان (۳۷/۷ درصد) کارگر و ۲۴/۵ درصد کارمند بودند. اختلالات همراه، در ۷۲ مورد SLR مثبت، در ۴۷ درصد اختلال رفلکس آشیل، در ۳۱ نفر اختلاف حسی و در ۲ مورد آتروفی عضلانی می‌باشد. ۵ نفر اختلال اسفنگتری پیدا کرده بودند. ۸۰ درصد مراجعه کنندگان از درد کمر به صورت حاد و رادیکولر شاکی و بقیه از درد اندامها شکایت داشتند. بیشترین محل درگیری در خانمها، L4-L5 (۳۸/۵ درصد) و در L5-S1 (۳۳/۳ درصد) و در مردان در L4-L5 (۵۵/۷ درصد) و در L5-S1 (۳۶ درصد) می‌باشد. بیشترین درمانهای به عمل آمده برای بیماران استراحت مطلق و دارو بود.

نتیجه گیری: دیسکوپاتی در بیماران مرد بیشتر از زنان و تقریباً دو برابر است. بیشترین ناحیه درگیری مهره‌های L4-L5 و L5-S1 می‌باشد. بیماری در نمای سنی چهارم و ششم زندگی داشت و بیشتر در کارگران و کارمندان که طبقه زحمتکش جامعه هستند ایجاد گردیده است. اکثر بیماران با درد کمر به صورت حاد و رادیکولر بوده‌اند. تحقیق بیشتر برای شناخت علل و درمان بیماران را توصیه می‌نماید.

واژگان کلیدی: دیسکوپاتی، کمردرد، اپیدمیولوژی

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان، گروه داخلی

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی (گروه داخلی جراحی)

*** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی کاشان، گروه عفونی

مقدمه

کمر درد یکی از شایع‌ترین شکایتی است که افراد مختلف را در رده‌های سنی متفاوت گرفتار می‌کند و تعداد زیادی از مراجعین به مراکز درمانی را به خود اختصاص می‌دهند (۱). از میان علل متفاوت کمر درد ضایعه‌های دیسک بین مهره‌ای یکی از خطرناک‌ترین و مهم‌ترین علل می‌باشد (۲). سالانه بیماران زیادی در اثر صدمات دیسک بین مهره‌ای و عدم درمان صحیح دچار معلولیت‌های شدید می‌شوند (۳). درد سیاتیک در ۳-۲ درصد بیماران مبتلا به کمردرد مشاهده می‌گردد (۴).

عوامل زیادی از قبیل فلکشن‌های ناگهانی ستون فقرات موثر می‌باشند (۶). عده زیادی از بیماران سابقه تروما را بیان نمی‌کنند (۵) و یا به یاد نمی‌آورند. Youmans ذکر می‌کند که بیش از نیمی از بیماران دارای تاریخچه تروما قبل از شروع درد، می‌باشند (۴). کمردرد ناشی از دیسکوپاتی در مردان نسبت به زنان شیوع بیشتری دارد و MRI اکثراً در دهه سوم و چهارم زندگی می‌باشد(۷). دیسکوپاتی‌های کمری که به علل ژینکولوژی بررسی شده بود بیانگر آن می‌باشد که با افزایش سن دژنرسانس و برآمدگی دیسک فزونی یافته و در دهه پنجم عمر به هفتاد درصد می‌رسد (۱). در حدود ۹۵ درصدبیماران دیسک بین مهره‌ای در L4-L5 دارند(۲) و دیسک بین مهره‌ای در L5-S1 شایع‌ترین مکان درگیری است (۱). بعضی از محققین اعتقاد دارند که شیوع یکسانی دارد ، در حالی که بعضی دیگر دیسک بین مهره‌ای در ناحیه L4-L5 و L5-S1 را شایع‌ترین محل درگیری می‌دانند (۳). درمان این بیماران، استراحت مطلق و استفاده از داروهای مسکن و ضدالتهاب می‌باشد. در نهایت، چنانچه درمان موفق نباشد، درمان بعدی جراحی خواهد بود. از طرفی ، عمل مذکور پرهزینه و سنگین است و از آنجایی که اکثر درمان‌های دیسکوپاتی منجر به عدم کارآیی موقت بیمار می‌شود و اغلب این بیماران از قشر فعال جامعه می‌باشند (۹) و در کشور ما که در حال بازسازی است فشار زیادی را بر اقتصاد کشور وارد می‌کند . با توجه به هزینه زیاد این بیماری ، عوارض سخت و شدید آن و هم چنین نبودن اطلاعات کافی از وضعیت بیماران مبتلا به دیسکوپاتی و از طرفی ،پیش‌گیری به عنوان تنها راه حل بیماری می‌باشد (کاهش وزن ، فیزیوتراپی، ورزش) (۱۱) . از این رو بیماران مبتلا به دیسکوپاتی و بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال‌های ۷۳-۱۳۷۱ مورد مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روشها

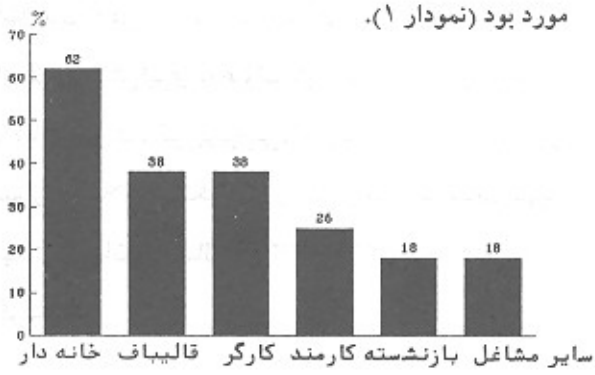
پژوهش حاضر با روش مطالعه داده‌های موجود (Existing data study) بر روی بیمارانی که با تشخیص قطعی دیسکوپاتی بودند صورت پذیرفت. ابتدا پرونده بیماران از بایگانی درخواست و سپس اطلاعات لازم را از متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس و شغل بیماران قبل از ابتلا ، وجود اختلال حسی و حرکتی ، محل درگیری مهره‌های کمری ، نوع درمان (استراحت مطلق ، دارو و یا جراحی) از پرونده بیماران استخراج و به فرم اطلاعاتی منتقل و براساس آمار توصیفی ارایه گردید.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۰ بیمار مورد بررسی، ۳۹ نفر زن و ۶۱ نفر مرد بودند . در دو دوره سنی بیشترین مبتلایان به دیسکوپاتی قرار داشتند (۱) ۴۰-۳۱ سالگی (۲۶ نفر) (۲) و سن ۷۰-۶۱ سالگی (۲۳ نفر) و در سنین دیگر به ترتیب کمتر از مقادیر مذکور بود.

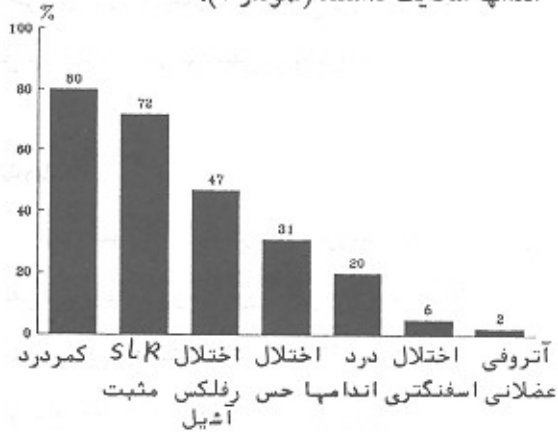
میانگین سنی بیماران ۱۴/۵±۴۸ سال بود.

میانگین سنی مردان پایین‌تر از زنان می‌باشد. (۴۳/۶ سال در مردان و ۴۸ سال در زنان) و از نظر شغل ۶۱/۶ درصد از خانمها خانه‌دار و ۳۸/۴ درصد هم قالیباف و در مردان ۳۷/۷ درصد کارگر و ۲۴/۵ درصد کارمند بودند. در مردان بازنشسته ۱۸ درصد و سایر مشاغل هم ۱۸ درصد مورد بود (نمودار ۱).



نمودار ۱ـ توزیع مشاغل ۱۰۰ نفر مبتلا به دیسکوپاتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی طی سال‌های ۷۳ـ۱۳۷۱

از نظر اختلالات همراه، در ۷۲ مورد SLR مثبت، در ۴۷ درصد اختلال رفلکس آشیل، در ۳۱ نفر اختلال حسی و فقط در دو مورد آتروفی عضلانی وجود داشت و ۵ نفر اختلال اسفنگتری پیدا کرده بودند. اغلب مراجعه کنندگان اول از درد کمر شاکی بودند (۸۰ درصد) که درد به صورت حاد و رادیکولر بود و ۲۰ درصد بقیه از درد اندامها شکایت داشتند (نمودار ۲).



نمودار ۲ـ توزیع علل مراجعه صد نفر مبتلا به دیسکوپاتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی طی سال‌های ۷۳ـ۱۳۷۱

بیشترین محل درگیری در خانمها در L4-L5 (۱۵ نفر) و در L5-S1 (۱۲ نفر) و در مردان به ترتیب ۳۴ و ۲۲ نفر بود (جدول ۳).

جدول ۳ـ توزیع فراوانی بیماران مبتلا به دیسکوپاتی بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان بر حسب محل درگیری طی سال‌های ۷۳ـ۱۳۷۱

محل درگیری / جنس	زن	مرد	جمع
(L1-L2)	۰ (۰)	۱ (۱/۶)	۱ (۱)
(L3-L4)	۵ (۱۲/۸)	۰ (۰)	۵ (۵)
(L4-S5)	۱۵ (۳۸/۴)	۳۴ (۵۵/۷)	۴۹ (۴۹)
(L5-S1)	۱۳ (۳۳/۳)	۱۲ (۳۶)	۳۵ (۳۵)
سایر موارد	۶ (۱۵/۲)	۶ (۶/۶۴)	۱۰ (۱۰)
جمع	۳۹ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)

بیشتر درمان‌های به عمل آمده برای بیماران استراحت مطلق و دارو بود (۷۰ درصد) و بعد از آن جراحی در ۱۴ نفر از بیماران می‌باشد.

بحث

در این مطالعه اغلب بیماران مورد مطالعه مرد بودند (۶۱ درصد در مقابل ۳۹ درصد). در مطالعه‌ای که توسط کوثریان و همکارانش در سال ۱۳۶۹ بر روی ۱۰۸

بیمار بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران انجام گرفت، نشان داده شد که ۷۳/۱ درصد بیماران مرد و ۲۶/۹ درصد زن بودند (۱۰) ، نتیجه آنها مشابه این مطالعه می‌باشد. شیوع دیسک در مردان در حدود ۲ برابر زنان می‌باشد که احتمالاً به خاطر این است که مردان شغل‌های سخت را انتخاب می‌کنند و یا مجبور به انجام آن هستند و یا وزن‌های غیر معمول را بلند نموده که بیشتر باعث آسیب ستون فقرات در آنها می‌گردد و بعضی از مطالعات تروما به ستون فقرات را علل دیسک می‌دانند (۳). بعضی تحقیق‌ها به این مطلب اشاره دارد که بیش از نیمی از بیماران تاریخچه‌ای از تروما به صورت فلکشن ناگهانی ستون فقرات دارند اما عده‌ای از آنها تاریخچه تروما را به یاد نمی‌آورند (۴) . Merrits ذکر می‌کند که اگر چه تروما علت اولیه و اصلی دیسک می‌باشد، تنها علت نیست و به نظر می‌رسد استعداد ژنتیکی در بسیاری از موارد مؤثر است و تروما می‌تواند این استعداد را به مرحله بروز و آشکاری دیسک برساند (۲). از نظر سن در دهه سوم زندگی ۲۶ درصد بیماران و در دهه ششم هم ۲۳ درصد مبتلا بودند و بقیه بیماران در سایر رده‌های سنی کمتر از موارد مذکور بودند. Adams نیز اعتقاد دارد که در دهه سوم وچهارم بیشتر دیسکوپاتی ایجاد می‌شود (۱). در بعضی تحقیقات بیشترین سن شیوع افراد بین ۴۰-۳۱ ساله می‌باشد(۱۰). محسنی و همکاران شیوع آن را در دهه سوم تا پنجم می‌داند (۱۱). اگر چه دیسک تقریباً در هر سنی ممکن است به وجود آید و در همه افراد ممکن است پیدا شود ولی در مردان در دهه‌های ۴ و ۵ روی می‌دهد (۱۲). تغییرات بافت دیسک بین مهره‌ای و لیگمانها در اثر کهولت و احتمالاً تروماهای کوچک از اولین تغییراتی است که در دهه سوم عمر شروع می‌شود. رسوب کلاژن والاستین و تغییرات گلیکوزآمینوگلیکان با هم موجب کاهش محتویات آب نوکلئوس پلیوزیس می‌گردد . میزان آب از بیش از ۹۰ درصد به ۶۵ درصد کاهش یافته ، عروق صفحه انتهایی غضروف کم می‌شود (۱۳) و دیسک بیشتر شکننده می‌گردد. این تغییرات باعث می‌شود نوکلئوس پلیوزیس به خارج برآمده شده و حتی در اثر تروما به بیرون رانده گردد.

از نظر شغلی بیشتر بیماران مرد کارگر و سپس کارمند و خانمها بیشتر خانه‌دار می‌باشند و در مطالعه کوثریان و همکاران هم ۲۳/۲ درصد بیماران کارمند ، ۲۷/۸ درصد کارگر و ۲۳/۱ درصد خانه‌دار می‌باشند. آنها نشان دادند که از نظر آماری بین شغل بیماران و فتق دیسک بین مهره‌ای رابطه معنی‌داری وجود ندارد (۱۰) و علاوه بر آن ، بین سابقه خانوادگی هم ارتباط معنی‌داری با دیسک بین مهره‌ای وجود نداشت. ۵۶ درصد خانمها دارای ۴ یا بیشتر زایمان بودند ولی ارتباط معنی‌داری بین تعداد زایمان و سطح دیسک بین مهره‌ای نشان ندادند(۱۰). بیشتر این بیماری در مشاغلی که خم و راست شدن زیاد است و شغل سنگین دارند به وجود می‌آید که شاید بتوان گفت طرز نادرست نشستن و یا کارکردن در منزل و یا چند زایمان کردن که خود فشار بر ستون فقرات وارد می‌کند و هم چنین حاملگی‌های متعدد خانمها علل احتمالی ابتلا آنها به دیسکوپاتی می‌باشد (۱۴). در این مطالعه نیز بیشتر بیمارانی که مبتلا به دیسک بودند شغل‌های کارگری و کارمندی داشتند که تقریباً اغلب آنها افرادی فعال می‌باشند و ممکن است عدم اطلاعات آنها از طرز صحیح نشستن و انجام فعالیت‌های فیزیکی کم است که این خود باعث می‌شود در معرض ابتلا به دیسک بین مهره‌ای قرار گیرند که علت این امر آزردگی در طول عمل فلکشن بوده و در تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران که بدون سابقه تروما مبتلا گردیده‌اند هم به علت دژنرسانس نوکلئوس

پولیوزیس است (۳) که در افراد مسن در سنین متوسط و یا بالای عمر رخ می‌دهد و حتی ممکن است یک عطسه، پیچ خوردن و یا هر حرکت مختصر دیگر موجب ایجاد پروبلپس شود (۲).

در بیماران مرد محل درگیری در ۵۵/۷ درصد و در زنها ۳۳ درصد در L4-L5 و در مردان ۳۶ درصد و در زنان ۳۳/۳ درصد در L5-S1 بود. ابتلای ۳ مهره‌ای فقط در یک خانم وجود داشت (۵). هم چنین کوثریان و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند ۴۹/۲ درصد در L4-L5 و ۳۱/۵ درصد در L5-S1 و ۹/۲ درصد در L4-L5 و 5-S1) دارای اشکال می‌باشند (۱۰) و در مطالعه دیگر در ۱۹۸۲ نشان دادند که بین ۹۷ بیمار مبتلا به دیسکوپاتی ۴۲ نفر در L5-S1 و ۴۵ نفر در L4-L5 گرفتاری دارند (۳).

محل‌های شایعی که دیسک ایجاد می‌شود L5-S1 و L4-L5 (۱) و یومنز می‌نویسد که (Clinical Diagno) هر دو محل شیوع مساوی دارند و بعد از این دو ناحیه L3-L4 شایع‌تر است (۴). بیکر ذکر می‌کند که اگرچه که هر دیسک لومبار می‌تواند درگیر شود ولی L5-S1 شایع‌تر است و مریت ذکر می‌کندکه دیسک L5-S1 و L4-L5 شایع‌ترین دیسک است (۱۲). شاید به دلیل تفاوت فرهنگی و آموزشی افراد مورد مطالعه در جوامع مختلف باشد. هم‌چنین به نظر می‌رسد که نوع شغل بیماران با توجه به تحرک بیشتر در بین مهره‌های L5-S1 و اختلافات نژادی و شغلی در فرهنگ‌های مختلف باعث اختلاف آمارهای ذکر شده می‌باشد که می‌تواند به دلایل فشارهای مکانیکی بیشتری که در مردها به مهره‌ها وارد می‌شود پاسخ مناسبی برای این موضوع باشد که چرا دژنراسیون دیسک در خانمها کمتر از آقایان است. هم چنین اطلاعاتی که در ارتباط با ۶۰۰ دیسک بین مهره‌ای از ۲۷۳ جسد که سن بین ۹۶-۵ سال داشتند نشان داد که در تمام دیسک در مردان بیشتر از خانمها (L4-L5) است به خصوص در دهه دوم و چهارم و ششم و هفتم و به طور متوسط دیسک ناحیه (L3-L4) و دژنراسیون بیشتری نسبت به دیگر دیسک‌ها داشته است (۱).

از ۱۰۰ بیمار ۲۰ بیمار جراحی شده، که به علت عدم بهبودی با درمان‌های طبی بوده به جز یک مورد که به علت متاستاز تومور به مهره‌های کمری بود. درمان این بیماران اغلب طبی است مگر اینکه درد به درمانهای طبی جواب نداده یا علایم عصبی واضح بروز نماید (۲۳). ۴۷/۱ درصد بیماران اختلال رفلکس آشیل داشتندکه بیشتر در مبتلایان در ناحیه (L4-L5) بودو ۳۱ نفر از پارستزی اندامها شاکی بودند و ۵ نفر اختلال اسفنگتری پیداکرده بودند و در ۸۰ درصد هم دردکمر به صورت حاد و رادکلویر بود و در ۲۰ درصد بقیه درد اندامها را داشتند. هم چنین محسنی سال ۱۳۷۷ نیز شایع‌ترین علامت فتق دیسک کمری را کمردرد به صورت حاد و رادیکولر در اندام تحتانی گزارش نمودند که مشابه نتایج مطالعه فوق می‌باشد و در ۷۲ درصد هم تست لارک مثبت بود که در مطالعه Er Richard ۱۹۹۵ هم درد سیاتیک را در ۳-۲ درصد بیماران مبتلا به کمر درد گزارش کرده است (۵). گاهی به دنبال دژنرسانس دیسک بین مهره‌ای بدون بیرون زدگی واضح نیز درد در بخش تحتانی پشت ایجاد می‌شود(۵). در بعضی موارد نیز فتق در درمان جسم مهره‌ای مجاور رخ داده و موجب پیداش ندول شمرول شده، در چنین مواردی علایم گرفتاری ریشه‌ها وجود نداشته ولی ممکن است از درد پشت موجود بوده و به ران انتشار یابد و تنها درد پا و علایم نورولوژیک باقی می‌ماند. به ندرت تنها درد پا از همان آغاز وجود دارد (۲۰). از نشانه‌های گرفتاری ریشه نخاع پاراستنری شایع و بیشتر در پا و گاهی در ساق پا قرار دارند و ضعف عضلانی به

طور استثنایی وجود دارد. رفلکس زانو در طرف گرفتار کم و یا از بین می‌رود و علایم ۲ طرفه و نشانه و اختلال اسفنگتری نادر است ولی ممکن است در دیسک‌های بیرون زده بزرگ مرکزی ایجاد شود.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای احمد ارشادی و خانم بدرالسادات آقایی‌که در انجام پژوهش همکاری داشتند تشکر می‌گردد.

References:

1. Adams RD. Victor M. Principle of neurology. 6th ed. New york: McGraw- Hill; 1997: 171-195.
2. Rowland LP. Merritt;s textbook of neurology. 9th ed. Baltimore : Williams; 1995: 447-461.
3. Hardy R. Plank NM. Clinical digonosis of herniation lumbardisc. In: Hardy R (Ed). Lumber Disc 8th ed. New york: Raven; 1982: 458-463.
4. Jmlian R. you mans Nurological surgery. 3 th rd. Philadelphia: WB sunders; 1990: 2664-2687.
5. Joyce E. Erricahrds AD. Low back pain. Med Clin N Am. 1995; 78: 231-345.
6. Awwad EE. Martin Ds. Smith KR. Baker BK. Asymptomtic versus symptomatic herniated thoracic discs; frequency and characteristics as detected by computed tomography after myelojraphy. Neurosurgery. 1991; 28: 180-186.
7. Borenstein D. Epidemiology; etiology; diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. Curr Opin Rheumatol. 1992; 4: 226-232.
8. Conforti R. Scmtol A. Muras I. Herniated disk in adolescents. J Neuroradiol. 1993; 20:60-69.
9. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. N Engl J Med. 1988; 318: 291-300.
۱۰- کوثریان ح. حبیب الله زاده پ. زرگر مرندی ر. بررسی آماری دیسک بین مهره‌ای در بیمارستانهای تهران در سال ۷۰-۱۳۶۹. ماهنامه پزشکی فیض . ۱۳۷۵؛ ۸ (۴) : ۱۵-۱۳.
۱۱- محسنی م. طباطبایی م. پازوکی م. مقایسه دو روش همی لامینکتومی و فنستراسیون در اعمال جراحی دیسک کمری فتق شده یک طرفه. پژوهنده . ۱۳۷۷؛ ۳(۳) : ۸-۳.
12. Maroonjc kupitnik TA. Schulhuf LA. Diagnosis and microsurgical approach to far lateral disc herniations in the lumbar spin. J Neurosurg. 1990; 72: 378-382.
13. Sutter M. Mokrym B. Ascher PW. Herniation of calcified cervical intervertebral disk in children. Surg Neurol. 1992; 38: 407-410.
14. Onel D. Sari H. Lumbar spinal stenosis: Clinical/ radiologic therapeutic eraluation in 145 patients. conservative treatment or surgical intervention. Spine. 1993; 18: 291-298.