

بررسی علایم بالینی مبتلایان به برگر و عوامل مرتبط به آن در مراجعین به بیمارستان

طالقانی سال‌های ۱۳۷۹-۸۰

دکتر محمد تقی صالحیان^۱، دکتر حسین پارسا^۲، ناصر ولایی^۱

چکیده

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

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

یافته‌ها: طی مدت بررسی تعداد ۴۲ بیمار با تشخیص قطعی برگر وجود داشتند که همگی مورد و دو سیزده سال بودند و همگی سیگار مصرف می‌کردند، ۷۱ درصد معتاد و ۵۴/۸ درصد آنها تیز به حدت ۲۰-۳۵ سال دخانیات مصرف می‌کردند. ۷۷/۳ درصد مراجعه کنندگان تحصیلات کمتر از ۶ ابتدائی داشتند و ۶۹ درصد آنها از وضعیت بهداشتی پایین برخوردار بودند و هیچ کدام سابقه خاتوادگی نداشتند. شایع ترین علایم بالینی درد در حال استراحت (۸۱ درصد) و در مراحل بعدی اولسرایسکمیک، لنگش متناوب، گانگرن، ترموبولیت مهاجر و درد اندام فرقانی بود.

نتیجه‌گیری: علایم بالینی در بیماران مورد بررسی (احتمالاً در جامعه ایرانی) نسبت به علائم بیماران اروپایی و امریکایی مدرج 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، ترموبولیت اولسرایسکمیک، گانگرن، مهاجر

واژگان کلیدی: برگر، ترموبولیت اولسرایسکمیک، گانگرن، مهاجر

۱- دانشگا علم و فن پژوهشی شهید بهشتی

۲- بیمارستان آیت‌الله طالقانی دانشگاه علم و فن پژوهشی شهید بهشتی

هموگلوبین و میزان مصرف سیگار بیشتر از بیماران مبتلا به آتروواسکلروز 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^(۴ و ۵).

Passive Smoking در آغاز بیماری نقش ندارد^(۳). ولی در افرادی که در فاز حاد بیماری اند موجب پیشرفت و ادامه بیماری می‌شود با این وجود، با توجه به تنافضات 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 ۱۳۷۹-۸۰ مورد مطالعه قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش توصیفی انجام گرفت. تمامی بیمارانی که با علایم کلینیکی درد اندام تھتانی هنگام استراحت، ایسکمیک اولسر، لنگش متناوب، گانگرن، ترمبوفلیت 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

مقدمه

بیماری برگر یک بیماری التهابی غیرآتروواسکلروتیت عروقی است که به طور عمده شریان‌ها و وریدهای کوچک و متوسط را در اندام‌های فوقانی و تحتانی درگیر می‌کند^(۱) عمدۀ بیماران مبتلا، مصرف کنندگان سیگار می‌باشند^(۲، ۱) برای اولین بار wart در سال ۱۸۷۹ یک بیمار ۵۷ ساله را که از ۱۲ سال 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^(۴ و ۵). 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 درصد هزار در سال ۱۹۴۷ به ۱۲/۶ درصد 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^(۴) قبل از ۱۹۷۰، زنان مبتلا به برگر تنها ۲ درصد بیماران را تشکیل می‌دادند ولی در گزارش‌های جدید احتمال آن بیشتر شده است^(۶ و ۷).

اتیولوژی برگر نامشخص است. از نظر پاتولوژیک، ترمبوز سلوЛАریته بالا وجود دارد که همراه با فعالیت سلوی پایین در جدار عروقی می‌باشد. جالب است که در برگر بر خلاف واسکولیت‌های دیگر، سدیماتاسیون، CRP، ANA، کمپلکس‌های ایمنی و عامل روماتوئید منفی یا در سطح طبیعی است^(۷) در بیماران مبتلا به برگر سطح کربوکسی

جدول ۲ - توزیع فراوانی مبتلایان به برگر بر حسب

تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه

تعداد	درصد	تعداد	تفصیل
۱۱/۹	۱۱/۹	۵	کمتر از ۱۰
۷/۳	۵/۷/۱	۲۴	۱۰-۲۰
۱۰/۰	۲/۱	۱۲	۲۰-۴۰
-	۱۰/۰	۴۲	جمع

مدت مصرف سیگار در مبتلایان به برگر در جدول ۳ ارائه گردید و نشان می‌دهد که بیشتر آنها بین ۱۰ تا ۲۰ سال سیگار مصرف می‌کردند (۵۸/۸ درصد) و ۶۹/۱ درصد آنها بیشتر از ۱۰ سال سیگار مصرف می‌کردند. ضمناً ۸/۷ درصد بیماران از سیگارهای ارزان قیمت استفاده می‌کردند.

جدول ۳ - توزیع فراوانی مبتلایان به برگر بر حسب مدت مصرف سیگار، بیمه سازمان طالقانی طی سال‌های ۱۰-۱۳۷۹

تفصیل	تعداد	درصد	تفصیل
کمتر از ۱	۲	۷/۱	مدت مصرف سیگار به سال
۱-۱۰	۱۰	۴۳/۹	۲۶/۲
۱۰-۲۰	۲۲	۵۶/۸	۶۶/۷
۲۰ سال بیشتر	۶	۱۴/۳	۹۷/۶
جمع	۴۲	۱۰۰	-

از ۴۲ بیمار مبتلا به برگر ۷/۱ درصد معتاد به مواد مخدور بوده و ۴۵/۲ درصد الكل مصرف می‌کردند. شایع ترین علایم بالینی در نمودار شماره ۱ ارایه گردیده و نشان می‌دهد که ترتیب درد هنگام استراحت ۸/۱ درصد بوده و اولسراپسکمیک (۷/۶ درصد)، لئگش متناوب (۹/۶ درصد) و ... بود.

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

یافته‌ها

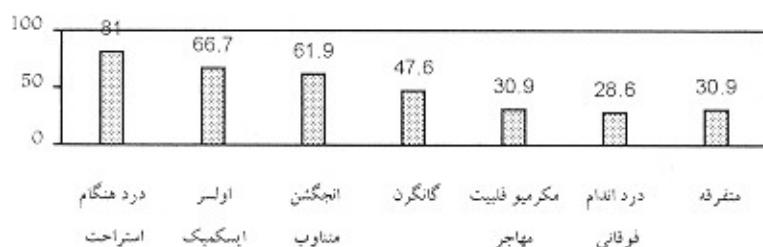
طی مدت مورد بررسی، تعداد ۴۲ بیمار واجد شرایط وجود داشتند که همگی مرد و در سنین ۳۵/۹±۲ سال بودند. در جدول ۱ توزیع سنی بیماران ارایه گردید. مبتلایان حداقل ۲۰ و حد اکثر ۵۳ سال و ۹/۷/۶ درصد آنها کمتر از ۵۰ سال سن داشتند.

جدول ۱ - توزیع فراوانی مبتلایان به برگر بر حسب گروه‌های سنی، بیمارستان آیت ا... طالقانی سال‌های ۱۰-۱۳۷۹

تفصیل	تعداد	درصد	تفصیل
۲۰-۳۰	۱۱۱	۲۶/۲	کمتر از ۱
۳۰-۴۰	۱۲	۴-۱۵	۱-۱۰
۴۰-۵۰	۱۳	۳۰/۹	۱۰-۲۰
۵۰ سال بیشتر	۱	۲/۶	۲۰ سال بیشتر
جمع	۴۲	۱۰۰	-

تمام بیماران سیگار مصرف می‌کردند و تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه آنها در جدول شماره ۲ ارائه گردید و نشان می‌دهد که ۵۷/۱ درصد آنها بین ۱۰ تا ۲۰ نخ روزانه مصرف می‌کردند و ۸/۸/۱ درصد آنها بیش از ۱۵ نخ در روز سیگار مصرف می‌کردند، ضمناً مقدار و نخ سیگار روزانه با شدت علائم بالینی بیمار نقشی نداشتند است.

نمودار ۱



و عوارض بعدی آن کمتر است پس در بیماران با وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین با هرگونه عالمی دال بر برگر باید به فکر آن بود که اگر بیماری برگر زود تشخیص داده شود میزان آمپوتاسیون و عوارض بعدی آن کاهش می‌باید.

سن بیماران جامعه مورد بررسی ما 36 ± 2 بود که در جوامع اروپایی و آمریکایی 44 ± 2 گزارش شده بود نشان می‌دهد سن بروز علایم نیز در بیماران ما این امر پایین‌تر است که خود دلیل بر شدت پیشتر علایم بالینی در این بیماران می‌باشد.

تمام بیماران مورد بررسی مرد بودند ولی در مطالعات دیگر 22 درصد آنها زن بودند (60% و 30%) 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 نقش نداشت که در گزارشات دیگر نیز تایید شده بود (9% و 4%).

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

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

شایع‌ترین محل درگیری بیماری برگر اندام‌های تحتانی بود ($4/76$ درصد) و $16/7$ درصد موارد هر ۴ اندام درگیر بود. تقریباً تمام بیماران از سطح اقتصادی اجتماعی پایین و دارای تحصیلات پایین بودند. $69/5$ بیمار وضعیت بهداشتی پایین داشتند.

بحث

تحقیق نشان داد که درد سینه به میزان $81/6$ درصد شایع‌ترین علامت بود و اولسرایسکمیک، لنسگش متناوب، گانگرن، ترموبوفلیت مهاجر و درد اندام فوکانی در اولویت‌های بعدی قرار داشتند در تحقیق Mayo-clinic در سال 1947 گزارش شده که شایع‌ترین علامت بالینی برگر، ترموبوفلیت مهاجر و در Fore foot می‌باشد. هچنین در گزارشات مختلفی که از هند و چین به دست آمده است، درد در حال استراحت به عنوان شایع‌ترین علامت گزارش شده است با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، علایم در بیماران ایرانی به بیماران هندی و چینی نزدیک می‌باشد.

سوال می‌شود که چرا علایم بیماری برگر در جامعه ما متفاوت با سایر جوامع است؟ در پاسخ مسائل 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 بر حسب علایم بالینی سریع تشخیص داده شود درمان آن مناسب تر

References:

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

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 thromboangiitis obliterans (Burger's disease) in Japan. *Int J Cardiol* 2000; 75(1): 167-70.
6. Adar R, Papa MZ, Schneiderman J. Thromboangiitis 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 thromboangiitis obliterans. *Virchows Arch* 2000; 436(1): 59-67.