

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

دکتر محمدتقی صالحیان^۱، دکتر حسین پارسا^۱، ناصر ولانی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به مراجعه بیماران برگر و مشاهدات علائم بالینی متفاوت آنها با کتب مراجع و به منظور تعیین علائم بالینی مبتلایان به برگر و عوامل مرتبط به آن، این تحقیق روی مراجعین به بیمارستان آیت الله طالقانی طی سالهای ۸۰-۱۳۷۹ انجام گرفت.

مواد و روشها: تحقیق به روش توصیفی روی کلیه مراجعین انجام گرفت. تشخیص برحسب علائم بالینی و با آنژیوگرافی بود. علائم بالینی این بیماران و نیز خصوصیات فردی و خصوصیات اجتماعی بیماران ثبت شده و با آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها: طی مدت بررسی تعداد ۴۲ بیمار با تشخیص قطعی برگر با میانگین سنی $(\pm SD) 35/9 \pm 2$ سال مورد بررسی قرار گرفتند که همگی مرد و سیگاری بودند. ۷۱٪ معنادار و ۵۴/۸٪ نیز به مدت ۱۰-۲۰ سال دخانیات مصرف می‌کردند. ۷۷/۳٪ تحصیلات کمتر از ششم ابتدایی داشته و ۶۹٪ آنها از وضعیت بهداشتی پایین برخوردار بودند. هیچ کدام سابقه خانوادگی نداشتند. شایع‌ترین علائم بالینی درد در حال استراحت (۸۱٪) و در مراحل بعد اولسر ایسکمیک، لنگش متناوب، گانگرن، ترمبوفیلیت مهاجر و درد اندامی فوقانی بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: علائم 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، به منظور کاهش مشکل توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: برگر، علائم بالینی

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - گروه جراحی

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - گروه تغذیه

مقدمه
بیماری برگر یک بیماری غیرآترواسکلروئیک عروقی است که عمدتاً شرایین و وریدهای کوچک و متوسط را در اندامهای فوقانی و تحتانی درگیر می‌کند (۱). عمدتاً بیماران مبتلا، مصرف‌کنندگان سیگار می‌باشند (۲،۱). برای اولین بار *Wart* در سال ۱۸۷۹ یک بیمار ۵۷ ساله را که از ۱۲ سال قبل مبتلا به درد پا بود و دچار گانگرن و آمپوتاسیون شد را گزارش نمود. نمونه پاتولوژی شامل پرولیفراسیون انتیما، ترمبوز و فیبروز بود (۳). به تدریج گزارشهایی از این بیماری منتشر شد. اگرچه بیماری برگر در تمام دنیا دیده می‌شود ولی در خاورمیانه و خاور دور شیوع آن بیشتر از آمریکا و اروپاست (۳،۲،۱). شیوع برگر در ایالات متحده کمتر شده، به این دلیل که مشخص شده تعدادی از بیماران واقعا به برگر مبتلا نبودند (۳). شیوع این بیماری 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 معمولا در سطح اقتصادی اجتماعی پایین قرار داشته و محققین احتمال تاثیر محیط را بر روی این بیماری دخیل دانسته‌اند (۵،۴).

قبل از ۱۹۷۰ زنان مبتلا به برگر تنها ۲٪ بیماران را تشکیل می‌دادند ولی در گزارشهای جدید احتمال آن بیشتر شده است (۶،۳).
اتیولوژی برگر نامشخص است. از نظر پاتولوژیک ترمبوز سلولارته بالا داشته که همراه فعالیت سلولنی پایین در جدار عروق می‌باشد. جالب است که در برگر بر خلاف واسکولیت‌های دیگر، سدیمنتاسیون، *CRP*، *ANA*، کمپلکسهای ایمنی و فاکتور 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 سیگار حساسیت بیش از اندازه داشته‌باشند که این حساسیت موجب التهاب، انسداد عروق کوچک و متوسط می‌شود (۵-۳).

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

مواد و روش‌ها

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

می‌کردند. ضمناً ۸۷٪ بیماران از سیگارهای ارزان قیمت استفاده می‌کردند.

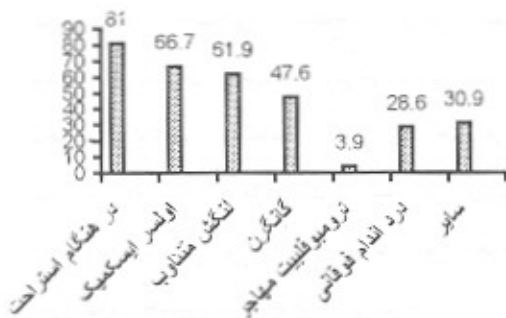
جدول ۲: توزیع منبلیان به برگر بر حسب تعداد نخ سیگار مصرفی روزانه، بیمارستان طالقانی، ۸۰-۱۳۷۹

تعداد نخ سیگار در روز	فراوانی	تعداد	درصد	تجمعی
کمتر از ۱۰	۵	۱۱/۹	۱۱/۹	۱۱/۹
۱۰-۲۰	۲۱	۶۹	۵۷/۱	۶۹
۲۰-۴۰	۱۳	۱۰۰	۳۶	۱۰۰
جمع	۴۲	-	۱۰۰	-

جدول ۳: توزیع منبلیان به برگر بر حسب مدت مصرف سیگار، بیمارستان طالقانی، ۸۰-۱۳۷۹

مدت مصرف سیگار (سال)	فراوانی	تعداد	درصد	تجمعی
کمتر از ۱	۳	۱۰۰	۷/۱	۱۰۰
۱-۱۰	۱۰	۹۲/۹	۲۲/۸	۹۲/۹
۱۰-۲۰	۲۳	۶۹/۱	۵۱/۸	۶۹/۱
۲۰ سال و بیشتر	۶	۱۴/۳	۱۴/۳	۱۴/۳
جمع	۴۲	-	۱۰۰	-

از ۴۲ بیمار مبتلا به برگر ۷۱/۴٪ معتاد به مواد مخدر بوده و ۴۵/۲٪ الکل مصرف می‌کردند. شایعترین علائم بالینی در نمودار شماره ۱ ارائه گردیده نشان می‌دهد که به ترتیب شیوع درد هنگام استراحت (۸۱٪)، اولسرایسکمیک (۶۶/۷٪)، لنگش متناوب (۶۱/۹٪) و گانگرن (۴۷/۶٪) قرار دارند.



نمودار ۱: توزیع علائم بالینی در بیماران مبتلا به برگر، بیمارستان آیت‌الله طالقانی، ۸۰-۱۳۷۹

فرم اطلاعاتی ثبت گردید. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی، استخراج و با آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته‌ها

طی مدت مورد بررسی، تعداد ۴۲ بیمار با میانگین سنی $(\pm SD) 2 \pm 35/9$ سال وجود داشتند که همگی مرد بودند. در جدول ۱ توزیع سنی بیماران ارائه گردیده و نشان می‌دهد که ۹۷/۶٪ آنها کمتر از ۵۰ سال سن داشتند.

جدول ۱: توزیع منبلیان به برگر بر حسب گروه‌های سنی، بیمارستان آیت‌الله طالقانی، ۸۰-۱۳۷۹

سن	فراوانی	تعداد	درصد	تجمعی
۲۰-۲۹	۱۱	۲۶/۲	۲۶/۲	۲۶/۲
۳۱-۳۹	۱۷	۶۶/۷	۴۰/۵	۶۶/۷
۴۱-۴۹	۱۳	۹۷/۶	۳۰/۹	۹۷/۶
۵۰ و بیشتر	۱	۱۰۰	۲/۴	۱۰۰
جمع	۴۲	-	۱۰۰	-

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

مدت مصرف سیگار در مبتلایان به برگر در جدول ۳ ارائه گردیده نشان می‌دهد که بیشتر آنها بین ۱۰ تا ۲۰ سال سیگار مصرف می‌کردند (۵۱/۸٪) و ۶۹/۱٪ آنها بیشتر از ۱۰ سال سیگار مصرف

شایع‌ترین محل درگیری بیماری برگری اندامهای تحتانی بوده (۷۶/۴٪). در ۱۶۷٪ موارد هر ۴ اندام درگیر بوده است. تقریباً تمام بیماران از نظر سطح اقتصادی اجتماعی پایین و دارای تحصیلات پایین بودند.

بحث

تحقیق نشان داد که در هنگام استراحت به میزان ۸۱٪ شایع‌ترین علامت و در اولویتهای بعدی اولسرایسکمیک، لنگش متناوب، گانگرن، ترمبولیت مهاجر و درد اندام فوقانی قرار داشتند. در تحقیق *Mayo-clinic* در سال ۱۹۴۷ گزارش شد شایع‌ترین علامت بالینی برگری ترمبولیت مهاجر و شایع‌ترین محل *Fore foot* می‌باشد. همچنین در گزارش‌های مختلفی که از هند و چین به دست آمده است، درد در حال استراحت شایع‌ترین علامت بوده است. با توجه به بررسی‌های به عمل آمده علانم در بیماران ایرانی به بیماران هندی و چینی نزدیک می‌باشد.

سوال این است که چرا علانم جامعه ما متفاوت است؟ در پاسخ باید گفت مسائل اقتصادی- اجتماعی، سطح سواد، مصرف سیگارهای ارزان قیمت و نامرغوب در این بین دخیل می‌باشند. وضعیت اقتصادی اجتماعی و بهداشتی در بیماران ما نسبت به بیماران اروپایی و آمریکایی پایین‌تر بوده است. و در این خصوص بررسی‌های تحلیلی دیگر توصیه می‌شود.

نکته مهم آنکه اگر بیماری برگری بر حسب علانم 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 برگری، باید به فکر آن بود. بیماران برگری اگر زود تشخیص داده شود میزان آمپوتاسیون و عوارض بعدی در آنها کاهش می‌یابد. سن متوسط بیماران جامعه مورد بررسی ۱۲/۳۵ سال بود. در جوامع اروپایی و آمریکایی این رقم ۲: ۴۴ سال بوده که نشان می‌دهد سن بروز علانم نیز در بیماران ما پایین‌تر است که خود دلیل بر شدت بیشتر علانم بالینی در این بیماران می‌باشد.

۱۰۰٪ بیماران مورد بررسی مرد بودند و نی در مطالعات دیگر ۲۳٪ آنها زن بودند (۸ و ۷ و ۳) که نشان دهنده تفاوت عمده در این زمینه است. بیمارانی که سیگار، تریاک و الکل را با هم مصرف می‌کردند شدت علانم بالینی آنها بیشتر از بیمارانی بود که سیگار به تنهایی مصرف می‌کردند.

تعداد نخ سیگار در شدت علانم بالینی تأثیری نداشته که در گزارشات دیگر نیز تأیید شده است (۹، ۴).

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

به هر حال انجام تحقیق برای تعیین نقش عوارض فوق با بروز بیماری توصیه می‌شود.

References:

- 1- Seymour L. Schwartz, Shires spencer Dayi Fischer Galloway: principles of surgery 7th ed. MC Graw- Hill 1999 pp.982-3.

- 2- Courteney M. Townsend john woods Harris sabiston: *textbook of surgery*. 6th ed. Saunders 2001.
- 3- Eugen F Bernard: *Vascular surgery* 6th ed. Mosby 2000..
- 4- Frank J Veith. Robert W Hobson. Rusella wiliam. Samvel wileon: *Vascular sugerry principles & practice*. 2nd ed. MC Graw-Hill. 1994
- 5- Sasaki S. Sakuma M. Tasude K: *Current startus of thrombo angistisabliterans (Burger.s diseas) in Japan int J Cardiol*, 2000 Aug 75 (1): 167-70.
- 6- Adar R. Papa MZ. Schneiderman J: *Thrombo angitis oblierans an old disease in need of a new look Harefiah* 1999 Jun 136 (11): 848-9.
- 7- Podlaha J. Roubai P: Greg of Z: *Ischemic disease of the lower externity and lumbar sympathectomy*, *Int Angiol* 2000 Jun 19 (2): 135-41.
- 8- Kim EJ Cho B Lee TS. KimSJ. *Morphologic change of the intermai elastic lamina in Burger.s disease angiology* 2000 Feb. 51 (2): 141-50.
- 9- Wysokin ski WE. K wiatkow skaw.: *Sustained classic clinical spectrum of thromboangitis obuterans*. *virchows Arch* 2000 Jan. 436 (1): 59-67.