

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: 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 مراجعه‌کنندگان به بیمارستان آیت‌الله 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 آنزیموگرافی انجام شده صورت می‌گرفت. علایم بالینی، خصوصیات فردی و اجتماعی گردآوری و با استفاده از آمار توصیفی ارائه شدند.

یافته‌ها: طی مدت بررسی تعداد ۴۲ بیمار با تشخیص قطعی برگر وجود داشتند که همگی مرد و در سنین ۳۵/۹±۲ سال بودند و همگی سیگار مصرف می‌کردند، ۷۱ درصد معتاد و ۵۴/۸ درصد آنها نیز به مدت ۲۰-۱۰ سال دخانیات مصرف می‌کردند. ۷۷/۳ درصد مراجعه‌کنندگان تحصیلات کمتر از ۶ ابتدایی داشتند و ۶۹ درصد آنها از وضعیت بهداشتی پایین برخوردار بودند و هیچ‌کدام سابقه خانوادگی نداشتند. شایع‌ترین علایم بالینی درد در حال استراحت (۸۱ درصد) و در مراحل بعدی اولسرایسکمیک، لنگش متناوب، گالگرن، ترمبولیست 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، ترمبولیست اولسرایسکمیک

۱- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- بیمارستان آیت‌الله طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

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 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، انتمیا، ترمبوز و فیروز 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 (۳ و ۱ و ۲). 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 دخسبیل دانسته‌اند (۴ و ۵) قبل از ۱۹۷۰، زنان مبتلا به برگر تنها ۲ درصد بیماران را تشکیل می‌دادند ولی در گزارش‌های جدید احتمال آن بیشتر شده است (۳ و ۶).

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، سدیماناسیون، 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 (۵ و ۳).

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، 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

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

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

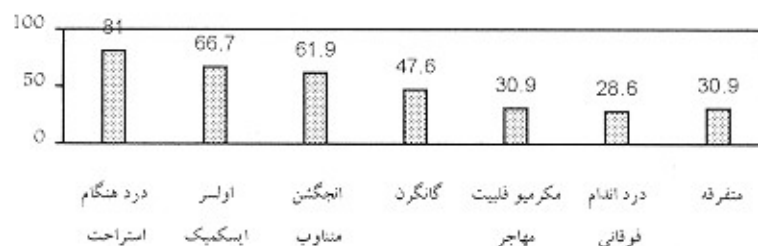
مدت مصرف سیگار در مبتلایان به برگرد در جدول ۳ ارائه گردید و نشان می‌دهد که بیشتر آنها بین ۱۰ تا ۲۰ سال سیگار مصرف می‌کردند (۵۸۴/۸ درصد) و ۶۹/۱ درصد آنها بیشتر از ۱۰ سال سیگار مصرف می‌کردند. ضمناً ۸۷ درصد بیماران از سیگارهای ارزان قیمت استفاده می‌کردند.

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

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

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

نمودار ۱-



در همان فرم اطلاعاتی طبقه‌بندی، استخراج و با استفاده از آمار توصیفی ارائه 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 ارائه گردید. مبتلایان حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۳ سال و ۹۷/۶ درصد آنها کمتر از ۵۰ سال سن داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به برگرد برحسب گروه‌های سنی، بیمارستان آیت ... طالقانی سال‌های ۸۰-۱۳۷۹

گروه‌های سنی	فراوانی	تعداد	درصد	نسبی
۲۰-۳۰	۱۱۱	۳۶/۲	۲۶/۲	۲۶/۲
۳۰-۴۰	۱۷	۴۰/۵	۶۶/۷	۶۶/۷
۴۰-۵۰	۱۳	۳۰/۹	۹۷/۶	۹۷/۶
۵۰ سال بیشتر	۱	۲/۴	۱۰۰	۱۰۰
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 ۸۸/۱ درصد آنها بیش از ۱۵ نخ در روز سیگار مصرف می‌کردند، ضمناً مقدار و نخ سیگار روزانه با شدت علائم بالینی بیمار نقشی نداشته است.

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

تمام بیماران مورد بررسی مرد بودند ولی در مطالعات دیگر ۲۳ درصد آنها زن بودند (۷ و ۳) که نشان‌دهنده تفاوت عمده در این زمینه است. بیمارانی که سیگار، تریاک و الکل را با هم مصرف می‌کردند علائم بالینی شدیدتری نسبت به بیمارانی که تنها سیگار مصرف می‌کردند، داشتند.

تعداد نخ سیگار در شدت علائم بالینی نقشی نداشت که در گزارشات دیگر نیز تایید شده بود (۴ و ۹).

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 هر حال انجام تحقیق برای تعیین نقش عوارض فوق با بروز بیماری را در یک تحقیق موردی - شاهدهی 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 (۷۶/۴ درصد) و ۱۶/۷ درصد موارد هر ۴ اندام درگیر بود. تقریباً تمام بیماران از سطح اقتصادی اجتماعی پایین و دارای تحصیلات پایین بودند. ۶۹۵ بیمار وضعیت بهداشتی پایین داشتند.

بحث

تحقیق نشان داد که درد سینه به میزان ۸۱ درصد شایع‌ترین علامت بود و اولسرایسکمیک، لنگش متناوب، گانگرن، ترموفلیت مهاجر و درد اندام فوقانی در اولویت‌های بعدی قرار داشتند در تحقیق Mayo-clinic در سال ۱۹۴۷ گزارش شده که شایع‌ترین علامت بالینی برگر، ترموفلیت 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 با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، علائم در بیماران ایرانی به بیماران هندی و چینی نزدیک می‌باشد.

سوال می‌شود که چرا علائم بیماری برگر در جامعه ما متفاوت با سایر جوامع است؟ در پاسخ مسایل اقتصادی، اجتماعی، سطح تحصیلات و مصرف سیگار ارزان قیمت 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 علائم بالینی سریع تشخیص داده شود درمان آن مناسب‌تر

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 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.