

Quality of Life in Primary Aldosteronism: A Comparative Effectiveness Study of Adrenalectomy and Medical

Treatment: J Clin Endocrinol Metab, January 2018, 103(1):16-24

در این مطالعه که بعد از یک کارآزمایی که در خصوص مقایسه اثربخشی جراحی در برابر دارودرمانی برای primary aldosteronism (PA) اجرا شده بود کیفیت زندگی بیماران درمان شده به دو شیوه فوق باهم مقایسه شده است.

توضیحات زیر بخش روش های آماری بخش مواد و روش ها و یافته ها بر اساس آنها

- 1- در این پژوهش متغیرهای عددی بصورت میانگین و انحراف معیار یا میان و دامنه بین چارکی (در صورت نرمال نبودن) گزارش شده و متغیرهای غیر عددی با تعداد و درصد گزارش شده اند. در جدول یک خصوصیات پایه ای 142 بیمار بررسی شده را نشان می دهد 81 درصد بیماران زن بودند میانگین (و انحراف معیار) سن در این 142 بیمار در زمان تشخیص 3/37 سال (7/12 سال) و میان دوز دریافتی برابر 5/0 و با دامنه میان چارکی 5/0 تا 1 بوده است.
- 2- در جدول 2 انواع خصوصیات دموگرافیک و بالینی بیماران از DA گرفته شده و آنهایی که درمان برای آنها ادامه یافته بود مقایسه شده است متغیرهای عددی نرمال که با میانگین و انحراف معیار گزارش شده اند با آزمون T دو نمونه مستقل بین دو گروه مقایسه شده اند که می توان به سن ، فشارخون و ... که نرمال هستند اشاره کرد و متغیرهای عددی غیر نرمال مثل شاخص توده بدنی و ... با میان و دامنه میان چارکی گزارش شده اند و با آزمون غیر پارامتری من-ویتنی بین دو گروه مقایسه شده اند که آنهایی که دارای پی ویو کمتر از 5 درصد هستند بطور معنی داری بین دو گروه تفاوت معنی دار دارند متغیرهای غیر عددی با تعداد و درصد گزارش شده اند و با آزمون کای دو مقایسه شده اند که از آنها برای مثال می توان به جنسیت و پاسخ به ابعاد پنجگانه پرسشنامه اروپایی کیفیت زندگی اشاره کرد که چنسیت و بعد mobility بین دو گروه بطور معنی داری متفاوت بودند. در این جدول مقایسه میانگین نمرات ابعاد پرسشنامه SF36 و نمره VAS کیفیت زندگی در هر یک از این دو گروه بیماران با جمعیت عمومی با آزمون T تک نمونه ای (یا آزمون غیر پارامتری رتبه های علامت دار ویلکاکسون در صورت غیر نرمال بودن متغیر) انجام شده است (از این آزمون زمانی استفاده می شود که میانگین یک متغیر عددی در یک نمونه با یک عدد مشخص مقایسه شود مثل مطالعه حاضر که میانگین متغیرهای مختلف کیفیت زندگی با متناظر آنها از جمعیت عمومی هلند مقایسه شده است) در این جدول ابعادی از کیفیت زندگی که حرف a روی آنها قرار گرفته است با جمعیت عمومی که مقایسه شده است بطور معنی داری در هر دوی گروه از بیماران پایین تر بوده است. برای مثال میانگین VAS در گروه درمان شده با دارو 72 بوده که بطور معنی داری از میانگین این شاخص در جمعیت عمومی که 78 بوده پایین تر بوده است.
- 3- در جدول 2 ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 در شروع مطالعه در دو گروه با جمعیت عمومی هلند مقایسه شده است و بر اساس مقادیر عددی میانگین (اعداد خارج پرانتز) ملاحظه می شود که اعداد منفی هستند یعنی میانگین کیفیت زندگی در این ابعاد پایین تر از جمعیت عمومی هلند است و اگر فاصله اطمینان عدد صفر را دربر نداشته باشد بطور معنی داری کیفیت زندگی در بیماران هر یک از گروه ها از جمعیت عمومی پایین تر است برای مثال در شروع مطالعه در گروهی که جراحی شده اند در بعد Role physical میانگین 1/6 پایین تر از جمعیت عمومی است (حداقل 5/3 و حداکثر 6/8 بطور متوسط در این بعد نمره کیفیت زندگی بیماران جراحی شده پایین تر از جمعیت عمومی است) و برای سایر ابعاد هم به همین صورت قابل تفسیر است. در پیگیری

(follow up) نیز این ابعاد کیفیت زندگی در این دو گروه بیماران با جمعیت عمومی هلند مقایسه شده است که برای مثال می بینیم در گروه جراحی شده در بعد physical functioning بطور متوسط 5/2 نمره بالاتر از جمعیت عمومی است (حداقل 7/0 تا 3/4 بیشتر از جمعیت عمومی) و چون فاصله اطمینان عدد صفر را در بر ندارد میانگین نمره این بعد در این بیماران در پی جراحی بالاتر از جمعیت عمومی بوده است.

4- برای بررسی تغییرات نمره ابعاد کیفیت زندگی با پرسشنامه SF36 در هر یک از دو گروه در فاصله زمانی شروع ، 6 ماه و 12 ماه بعد از مداخله و مقایسه تغییرات آنها بین دو گروه جراحی شده و با دارو درمان شده از روش MIXED MODEL استفاده شده است (بررسی تغییرات یک متغیر عددی در طول زمان و مقایسه تغییرات بین دو یا چند گروه با تحلیل واریانس اندازه های مکرر یا روش چایگزین آن Mixed model انجام می شود). در نمودار یک و جدول یک ضمیمه مقاله ملاحظه می شود در هفت بعد از هشت بعد کیفیت زندگی وضعیت بیماران جراحی شده بهتر از بیماران درمان شده با دارو می باشد. اگر متغیر اندازه گیری شده در طول زمان غیر عددی باشد مثل ابعاد کیفیت زندگی با پرسشنامه EQ-5D تغییرات در طول زمان و مقایسه آن بین دو یا چند گروه با روش آماری GEE (معادل تحلی واریانس اندازه های مکرر و Mixed model برای داده های غیر عددی است) انجام می شود. نمرات کیفیت زندگی با پرسشنامه SF36 و پاسخ به ابعاد EQ-5D با این مدلها که ارزیابی شده اند حاکی از افزایش در هر دو گروه در فاصله زمانی شروع تا یکسال پس از انجام مطالعه است اما در مقایسه دو گروه شذایط به نفع گروه درمان شده با جراحی است و افزایش بیشتری در کیفیت زندگی بیماران درمان شده با جراحی نسبت به گروه دیگر دیده شده است. در جدول 3 نیز که دو روش درمانی از نظر گزارش وجود مشکل در پنج بعد کیفیت زندگی EQ-5D با GEE آمده است ملاحظه می شود که گروه جراحی از نسبت شانس پایین تری نسبت به گروه دارو درمان شده دارد که فقط در ابعاد Usual activity و Pain/discomfort بور معنی داری پایین تر است یعنی در این و بعد گروه جراحی شده به ترتیب با احتمال 65 درصد و 48 درصد کمتر این مشکلات را نسبت به گروه درمان شده با دارو گزارش کرده اند (فاصله اطمینان نسبت شانس مربوط به این دو بعد عدد یک را در بر ندارد به همین دلیل معنی دار هستند).

5- در جدول 4 نسبت و فاصله اطمینان 95 درصد برای نسبت بیمارانی که در هر یک از ابعاد پنجگانه کیفیت زندگی

اعلام عدم مشکل کرده اند را در انتهای مطالعه نشان می دهد و با جمعیت عمومی دو کشور لهستان و هلند مقایسه شده است که ملاحظه می شود در گروه درمان شده با جراحی فقط مشکل بیشتر در اضطراب/افسردگی نسبت به جمعیت عمومی وجود دارد و در سایر ابعاد از کیفیت زندگی مشابه جمعیت عمومی و سالم این کشورها برخوردار شده اند و برای گروه درمان شده با دارو هم در بعد یادشده و هم در بعد فعالیت های روزمره از کیفیت پایین تر از جمعیت عمومی برخوردارند.

دکتر آوات فیضی- دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- 21-11-96