

خصوصیات دموگرافیک بیماران دیابتی با قطع عضو مرکز دیابت اصفهان

دکتر میترا محمدی؛ دکتر مسعود امینی^۱؛ دکتر حسن رضوانیان؛ دکتر اشرف امین‌الرعايا؛ دکتر علی کچویبی؛ فاطمه تکی

چکیده مقاله

مقدمه. قطع عضو یکی از عوارض ناتوان‌کننده دیابت است. در این مطالعه، تصمیم گرفتیم که خصوصیات دموگرافیک بیماران دیابتی با قطع عضو را در مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان بررسی نماییم.

روشها. مطالعه، به روش گذشته‌نگر، به روی ۴۱۵۰ بیمار دیابتی از طریق گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی انجام گرفت. نتایج براساس متد کای-اسکور تجزیه و تحلیل و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

نتایج. در بین ۴۱۵۰ نفر، ۳۰ مورد قطع عضو غیرتروماتیک وجود داشت که همگی در اندام تحتانی و اکثریت در مردان و بیماران NIDDM بودند. سن متوسط بیماران $55/7 \pm 8/5$ سال و متوسط سابقه دیابت 13 ± 6 سال بدست آمد. ۴ مورد CVA، $53/84$ درصد سابقه مصرف دخانیات، $25/6$ درصد پرتینوری و $65/21$ درصد رتینوپاتی در میان بیماران فوق وجود داشت.

بحث. در این بررسی، به این نتیجه رسیدیم که نسبت به مطالعات قبلی شیوع قطع عضو در بیماران ما بیشتر ($P = 0/0088$) و سن قطع عضو ۱۶ سال کمتر است. همچنین شیوع رتینوپاتی، پرتینوری، CVA و اعتیاد به دخانیات ($P \approx 0/00$ و $P = 0/03$ و $P = 0/02$ و $P = 0/02$) نسبت به گروه کنترل بیشتر می‌باشد.

مقدمه

سالانه ۶۰۰۰۰۰ قطع عضو غیرتروماتیک در افراد دیابتی در امریکا انجام می‌شود (۲۱). ریسک اولین قطع عضو اندام تحتانی در بیماران NIDDM ۱۷ برابر جمعیت عمومی می‌باشد (۱). هامفری و همکارانش طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۴ در آمریکا شیوع قطع عضو را در جمعیت دیابتی ۰/۲ درصد بدست آوردند (۱). علاوه بر مطالعه فوق در تحقیقات انجام شده دیگر جنس مرد، افزایش سابقه بیماری و سن بالا نیز از جمله ریسک فاکتورهای قطع عضو برشمرده شده‌اند (۳ و ۴). جهت بررسی فراوانی نسبی قطع اندام در بیماران دیابتی و مطالعه خصوصیات دموگرافیک آنان، نیز مقایسه آن با بیماران دیابتی بدون قطع عضو و بیماران مشابه در تحقیقات انجام شده در سایر نقاط جهان، بر آن شدیم تا ضمن دستیابی به این

اطلاعات با شناسایی عوامل زمینه‌ساز قطع عضو در جهت آموزش صحیح راههای جلوگیری از این عارضه گامی برداریم.

روشها

این مطالعه، یک مطالعه گذشته‌نگر، به روی ۴۱۵۰ بیمار دیابتی، تحت پوشش مرکز دیابت اصفهان، از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۵ صورت گرفته است. بیماران با قطع عضو غیرتروماتیک، از طریق گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی انتخاب شدند.

اطلاعات مربوط به جنس، سن بیمار و سابقه بیماری در موقع اولین قطع عضو، نوع دیابت، روش درمان و سابقه مصرف دخانیات در زمان قطع عضو، سابقه IHD, CVA، پروتینوری و رتینوپاتی و نیز سطحی که اولین قطع عضو در آن انجام شده، به روش پرسشنامه جمع‌آوری شد.

مبنای انتخاب موارد IHD، سابقه مثبت MI و یا آنژیوگرافی مثبت و ملاک انتخاب موارد رتینوپاتی، معاینات چشم پزشکی توسط پزشک متخصص بوده است. نتایج بدست آمده، با خصوصیات بیماران دیابتی بدون قطع عضو، مقایسه شده و براساس متد کای-اسکور تجزیه و تحلیل شده‌اند.

نتایج

از میان ۴۱۵۰ بیمار دیابتی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، ۳۰ مورد قطع عضو غیرتروماتیک استخراج گردید که همگی در اندام تحتانی صورت گرفته بود. از این تعداد ۲۸ نفر NIDDM، ۱ نفر IDDM و ۱ نفر MODY بوده‌اند. ۲ نفر از این بیماران زن و ۲۸ نفر بقیه مرد می‌باشند. ۱۷ نفر از بیماران فوق در زمان قطع عضو تحت درمان با داروی خوراکی قرار داشته‌اند، ۷ نفر انسولین دریافت می‌کرده‌اند و ۶ نفر بقیه در موقع قطع عضو تحت درمان خاصی قرار نداشته‌اند، که ۵ نفر از آنها تا قبل از انجام قطع عضو از بیماری دیابت خود بی‌اطلاع بوده‌اند.

متوسط سن قطع عضو برای این بیماران $55/7 \pm 8/5$ سال بدست آمده و متوسط سابقه بیماری در زمان انجام اولین قطع عضو $13/0 \pm 6/0$ سال محاسبه گردیده. پایین‌ترین سن قطع عضو، ۳۹

۱. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، پژوهشکده امین، خیابان ابن‌سینا، اصفهان

عضو ۴۲/۲ درصد بدست آمده، که در مقایسه ($P=0/02$) و ($OR=2/61$)، بیان‌کننده همزمانی رتینوپاتی و عوارض ماکروواسکولر و نیز معرف رتینوپاتی، بعنوان یک کوفاکتور به همراه قطع عضو می‌باشد.

شیوع پروتئینوری ۴۳/۳ درصد در بیماران با قطع عضو در مقابل ۲۵/۶ درصد در گروه کنترل ($OR=2/25$ و $P=0/02$) نیز همزمانی عوارض کلیوی و عروقی در بیماران دیابتی را نشان می‌دهد (۶).

در این مطالعه تفاوت معنی‌داری بین شیوع IHD در بیماران با قطع عضو با گروه کنترل دیده نشد. اما CVA با فراوانی ۱۳/۳۳ درصد در افراد دیابتی با قطع عضو اندام تحتانی در مقایسه با شیوع ۵/۱ درصد عارضه فوق در گروه کنترل ($OR=3/43$ و $P=0/03$)، می‌تواند بیانگر نقش CVA بعنوان ریسک فاکتوری جهت ایجاد زخم پا قطع عضو (۷) و نیز همراهی گرفتاری عروق مغزی و عروق محیطی باشد.

اعتیاد به دخانیات در گروه بیمار ۵۳/۸ درصد در گروه کنترل ۱۷/۹ درصد بدست آمده ($P=0/00$ و $OR=5/5$) که تاییدکننده خطر استعمال دخانیات در تشدید عوارض عروقی بیماران دیابتیک است. سطح قطع عضو در بیماران مرکز دیابت ۶۶/۶ درصد موارد در مقطع ترانس فالانژیال، ۲۳/۳ درصد موارد در سطح زیر زانو بوده است که در مقایسه با تحقیقی در آمریکا که ۲۳ درصد قطع عضو در مقطع ترانس فالانژیال و ۴۲ درصد در مقطع زیر زانو (۱) بوده، می‌تواند بیانگر اختلاف روش مداخله جراحی در کشور ما با روش کلاسیک مداخله جراحی که خود قابل تامل و بررسی بیشتر است، باشد.

با توجه به شیوع بیشتر قطع عضو در بیماران ما و جوانتر بودن آنها و نیز مصرف بیشتر دخانیات در بیماران با قطع عضو در مقایسه با گروه کنترل، بنظر می‌رسد با آموزش بهتر بیماران و با مراقبت از پا و نیز ترک دخانیات بتوانیم، شیوع قطع عضو در بیماران را به حداقل برسانیم.

تشکر و قدردانی

از آقای مهندس حسن‌زاده و آقای آبیاری و کلیه پرسنل مرکز غدد و متابولیسم اصفهان

سالگی و متعلق به تنها بیمار IDDM، با ۱۵ سال سابقه بیماری بوده است.

شیوع رتینوپاتی در جمعیت فوق، ۶۵/۲۱ درصد و شیوع پروتئینوری ۴۳/۳۳ درصد بدست آمده. ۴ مورد سابقه CVA و ۵ مورد سابقه IHD، در میان این افراد وجود داشته است. ۵۳/۸۲ درصد این بیماران سابقه مصرف دخانیات (سیگار یا قلیان یا هر دو) داشته‌اند. از کل ۳۰ مورد اولین قطع عضو، ۲۰ مورد در سطح ترانس فالانژیال بوده، که ۱۲ مورد آن متعلق به انگشت شست پا بوده است. ۷ مورد در سطح زیر زانو و تنها ۳ مورد در سطح بالای زانو انجام شده است.

بحث

یکی از عوارض ماکروواسکولر دیابت قندی قطع عضو بدنال ایسکمی و گانگرن عضو است. با تکیه به آمار فوق شیوع قطع عضو در بیماران مرکز دیابت اصفهان ۰/۷ درصد است که با استفاده از آزمون کای-اسکور در مقایسه با آمار آمریکا که ۰/۲ درصد بوده ($OR=3/68$, $P=0/0088$)، میزان قطع عضو در کشور ما بالاتر می‌باشد. سن متوسط مردان در زمان قطع عضو در جمعیت فوق ۵۵/۲±۸/۹ سال است که نسبت به سن متوسط مردان با مشکلات زخم پا و قطع عضو در آمریکا که ۷۱/۲±۱۱/۹ می‌باشد (۱) ۱۶ سال جوانتر است.

۹۳/۳ درصد اولین قطع عضو اندام تحتانی در جمعیت مردان بوده که تاییدی است بر نقش جنسیت مرد (۳ و ۵) در بروز قطع عضو، همچنین ۹۳/۳ درصد بیماران NIDDM بوده‌اند که با توجه به فراوانی نوع دیابت در مرکز دیابت اصفهان یعنی: NIDDM ۸۰٪، IDDM ۱۵٪ و MODY ۵٪ میزان شیوع قطع عضو، ۹ در هزار در جمعیت NIDDM، ۱/۵ در هزار در IDDM، ۵ در هزار در جمعیت MODY بدست آمده که نشان‌دهنده شیوع بیشتر قطع عضو در میان بیماران NIDDM است، که این افزایش شیوع به علت زیاد بودن سن بیماران NIDDM و شانس بیشتر عوارض ماکروواسکولر در این گروه است. به عبارت دیگر، بیماران IDDM قبل از بروز عوارض دیررس، مثل ایسکمی و گانگرن عضو، بعلت عوارض مهلکتر بیماری دیابت فوت می‌کنند. رتینوپاتی در بیماران با قطع عضو تحتانی ۶۵/۲۱ درصد و در بیماران دیابتی بدون قطع

منابع

1. Humphrey LL, Palumbo PJ, Butters MA, Hallett JW, Chu - CP, o'fallon WM, Ballard DJ. The Contribution of non insulin dependent diabetes to lower extreimty amputation in the community. Arch Intern med 1994; 154: 885- 92.
2. Nationl. Diabetes Advisory Board. The national hong - Range plan to combut Diabetes. Washington DC national Diabetes

خصوصیات دموگرافیک بیماران دیابتی با قطع عضو مرکز دیابت اصفهان

- Advisory board: 1987. Department OF Health and Human services publication (NIH) 87-1587.
3. Nelson RG, Gohdes M, Everhart JE, Hartner JA, Zemer FL, Pettitt J, Knowler WC. Lower extremity amputations in NIDDM. 12-yr follow - up study in pima Indians. diabetes care 1988; 11: 8-16.
 4. Melton. L.J. Palumbo Pg. chu C-P. Incidence of Diabetes mellitus by clinical type. Diabetes care 1983; 6: 75-86.
 5. Bouter - KP. strom - AJ. de - Groot - RR. Uitslager - R Erkelens - DW. Diepersloot - RJ. The Diabetic foot in Dutch hospitals: epidemiological features and clinical out come. Eur - J - Meel. 1993: 215-8.
 6. Apelqvist - J. Agardh - CD. The association between clinical risk factors and out come of Diabetes foot ulcers. Diabetes - Res - Clin - Pract. -1992 oct: 18(1) 43-53.
 7. Garrison - JH. Shankara - B. Mueller - MJ. Stroke hemiplegia and subsequent lower extremity amputation: Which side is at risk?. Arch Phys Med Rehabil. 1986; 67 (3): 187-9.