

## خلاصه

**مقدمه:** شکایات عضلانی- استخوانی مسئول بیش از ۳۱۵۰۰۰۰۰۰ ویزیت سرپایی در هر سال در آمریکا هستند. افراد با این شکایت بایستی با یک تاریخچه کامل، معاینه فیزیکی و آزمون های آزمایشگاهی مورد ارزیابی قرار بگیرند. این مطالعه به بررسی اپیدمیولوژیک شکایات و بیماریهای موسکولواسکتال می پردازد، تا با توجه به شرایط موجود بتوان از بار بیماری کاست.

**هدف:** تعیین شیوع بیماری های شایع موسکولواسکتال در جمعیت آذرکوهورت در سال ۱۳۹۴  
**روش کار و مواد:** این مطالعه قسمتی از پروژه کوهورت ملی PERSIAN است. این طرح از مرداد سال ۹۳ شروع و ۶ ماه طول کشید و تعداد ۱۴۰۰ نفر از جمعیت ۳۵ ساله و بالاتر خامنه که قسمتی از جمعیت آذر کوهورت می باشد انتخاب شده و برای ۹۵۳ نفر از آنها پرسشنامه COPCORD پر شد. سپس افرادی که شکایت موسکولواسکتال داشتند، مورد معاینه بالینی توسط فوق تخصص روماتولوژی قرار گرفتند و شیوع بیماریها بررسی شد.

**نتایج:** تعداد ۲۱۴ نفر (۷۱٫۵٪) از بیماران، طی ۷ روز گذشته شکایت موسکولواسکتال داشتند. شیوع شکایات در جمعیت برابر با ۳۱٫۳٪ بود. بیشترین میزان شکایات بین افراد با شکایات موسکولواسکتال، مربوط به درد زانو (۴۴٫۵٪) بود. بعد از آن درد کمر (۲۵٫۸٪) و درد شانه (۱۵٫۴٪) بیشترین شکایات را تشکیل می دادند. OA بیشترین فراوانی را در بین افراد معاینه شده (۵۳٪) و بیشترین شیوع (۱۳٫۲٪) را در جمعیت داشت. OA زانو شایعترین (۴۷٫۷٪ معاینه شدگان و ۱۱٫۸٪ جمعیت) نوع OA بود. بعد از آن به ترتیب کمردرد مکانیکال (۲۸٫۲٪ معاینه شدگان و ۷٪ جمعیت)، بیشترین شیوع را داشت. زنان بیشتر از مردان درگیر بودند.

**نتیجه گیری:** بیماریهای موسکولواسکتال در این منطقه شایع بوده و بیماری های دژنراتیو (OA) شایعترین نوع آن را تشکیل می دهند. بایستی در راستای کاهش بار این بیماریها و پیشگیری از آنها سیاست گذاری نمود.

**کلمات کلیدی:** COPCORD، شکایات و بیماریهای موسکولواسکتال

## مقدمه و بیان مسئله

شکایات عضلانی- استخوانی مسئول بیش از ۳۱۵۰۰۰۰۰۰ ویزیت سرپایی در هر سال (تقریباً ۲۰٪ کل ویزیت های سرپایی) در ایالات متحده هستند. بر اساس برآوردهای «مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری» ، ۲۲٪ (۴۶ میلیون نفر) از جمعیت ایالات متحده به آرتریتی مبتلا هستند که توسط پزشک تشخیص داده شده است و ۱۹ میلیون نفر از آنان محدودیت قابل توجهی در عملکردشان دارند (۱). در حالی که بسیاری از این بیماران مبتلا به اختلالات خود محدودشونده ای هستند که نیاز به حداقل ارزیابی ها و درمان های صرفاً علامتی و اطمینان بخشی به بیماردارند، برخی تظاهرات خاص عضلانی- استخوانی یا تداوم آنها ممکن است معرف اختلال جدی تری باشند، به طوری که به منظور رسیدن به یک تشخیص نیاز به ارزیابی بیشتر یا انجام آزمون های آزمایشگاهی می باشد (۱). هدف ارزیابی عضلانی- استخوانی به فرمول درآوردن یک تشخیص افتراقی است که منجر به تشخیص دقیق و درمان به موقع و در همان حال اجتناب از انجام آزمون های تشخیصی اضافی و درمان های غیر ضروری می گردد (۱).

افراد با شکایت عضلانی- استخوانی بایستی با یک تاریخچه ی کامل، معاینه فیزیکی و عضلانی- استخوانی کامل و آزمون های آزمایشگاهی مقتضی (مناسب)، مورد ارزیابی قرار بگیرند (۲).

ارزیابی باید آن قدر ادامه یابد تا مشخص گردد که آیا شکایت مربوطه منشأ مفصلی دارد یا غیر مفصلی، ماهیت التهابی دارد یا غیر التهابی، از نظر مدت زمان حاد است یا مزمن، از نظر توزیع لوکالیزه (تک مفصلی) است یا گسترده (چند مفصلی). با چنین رهیافتی و درک روندهای پاتوفیزیولوژیک، نوع شکایت یا تظاهر عضلانی- استخوانی را می توان مشخص کرد (۲).

ارزیابی عضلانی - استخوانی باید بتواند منشأ آناتومیک شکایت بیمار را مشخص کند. برای نمونه، درد مچ پا می تواند ناشی از بسیاری از شرایط پاتولوژیک باشد که ساختمان های آناتومیک جداگانه ای را درگیر می کنند (۳).

تمایز اختلالات مفصلی و غیرمفصلی از هم نیازمند یک بررسی دقیق و جامع است. اگرچه شکایات عضلانی - استخوانی اغلب به مفاصل نسبت داده می شوند، ولی در موارد بسیار بیشتری اختلالات غیرمفصلی شکایات فوق را پدید می آورند (۴).

در جریان روند ارزیابی عضلانی - استخوانی، معاینه گر باید ماهیت روند پاتولوژیک زمینه ای را تعیین و مشخص کند، و این که آیا یافته های موجود ماهیت التهابی دارند یا غیر التهابی. اختلالات التهابی ممکن است عفونی (عفونت با نیسریا گونوره ئیا میکوباکتریوم توبرکلوزیس)، ناشی از بلور (نقرس، نقرس کاذب)، مربوط به روندهای ایمنی (RA, SLE)، واکنشی (تب روماتیسمی، آرتریت واکنشی) یا ایدیوپاتیک باشند. اختلالات التهابی با توجه به حضور هر یک از چهار علامت اصلی التهاب (قرمزی، گرمی، درد و تورم)، نشانه های سیستمیک (خستگی، تب، راش، کاهش وزن)، یا شواهد آزمایشگاهی التهاب (افزایش ESR یا سطح CRP، ترومبوسیتوز، کم خونی ناشی از بیماری مزمن، یا هیپوآلبومینمی) شناخته می شوند. خشکی مفصلی در اختلالات عضلانی - استخوانی مزمن شایع است و می تواند از مفصل نیز فراتر برود. اما شدت و مدت زمان خشکی ممکن است از نظر تشخیصی اهمیت داشته باشند. خشکی صبحگاهی مربوط به اختلالات التهابی (مانند RA و پلی میالژی روماتیکا) به دنبال استراحت طولانی مدت ایجاد می شود، اغلب چندین ساعت به طول می انجامد و ممکن است با فعالیت یا داروهای ضدالتهابی بهبود یابد. برعکس، خشکی متناوب (که پدیده ی ژل نیز نامیده می شود) همراه با اختلالات غیر التهابی (مانند استئوآرتریت) به دنبال دوره های کوتاه مدت

استراحت ایجاد می شود، معمولا کمتر از ۶۰ دقیقه طول می کشد و به وسیله فعالیت تشدید می شود. خستگی می تواند همراه التهاب یافت شود (همانگونه که در RA و پلی میالژی روماتیکا دیده می شود) و نیز می تواند یک تظاهر فیبرومیالژی (یک اختلال غیرالتهابی) باشد (۵).

از آنجا که ضربه، شکستگی، سندرم های استفاده ی بیش از حد (از اندام) و فیبرومیالژی در میان شایع ترین علل رجوع بیمار قرار دارند، در خلال برخورد اولیه با بیمار بایستی مد نظر باشند. اگر این احتمالات رد شوند، سایر اختلالات شایع بایستی برحسب سن بیمار در نظر گرفته شوند. بدین ترتیب، افراد با سن کمتر از ۶۰ سال غالبا به اختلالات ناشی از استفاده ی مکرر از اندام، زور زدن، نقرس (فقط مردان)، RA، اسپوندیلوآرتریت و به ندرت، آرتریت عفونی مبتلا می شوند. افراد با سن بیش از ۶۰ سال غالبا به OA، آرتریت ناشی از بلور (نقرس و نقرس کاذب)، پلی میالژی روماتیکا، شکستگی ناشی از پوکی استخوان و به ندرت آرتریت سپتیک مبتلا می شوند (۶).

با توجه به لزوم تشخیص و تعیین شیوع بیماری های موسکولواسکلتال با هدف شناسایی افراد پرخطر و مبتلا چه در مراحل ابتدایی و چه در مراحل انتهایی بیماری، بر آن شدیم تا با تهیه پرسشنامه ای امکان این امر را در خطوط اولیه درمان مرکز بهداشتی روستایی و شهری مقدور سازیم تا با تشخیص زود هنگام این بیماری ها از عوارض ناتوان کننده حتی کشنده آن بکاهیم که می تواند سبب ذخیره بسیاری از منابع مالی در زمینه معلولیت افراد و ارتقاء سلامت جامعه باشد (۷).

## اهداف مطالعه

### هدف کلی طرح:

تعیین شیوع بیماری‌های شایع موسکلواسکلتال در جمعیت آذرکوهورت در سال ۱۳۹۴

### اهداف اختصاصی طرح:

- ۱- تعیین شیوع آرتروز روماتوئید در جمعیت آذرکوهورت
- ۲- تعیین شیوع اسپوندیلوآرتروپاتی در جمعیت آذرکوهورت
- ۳- تعیین شیوع استئوآرتروز در جمعیت آذرکوهورت
- ۴- تعیین شیوع فیبرومیالژیا در جمعیت آذرکوهورت
- ۵- تعیین شیوع بهجت در جمعیت آذرکوهورت
- ۶- تعیین توزیع سنی بیماری‌های موسکلواسکلتال
- ۷- تعیین تفاوت شیوع بیماری‌های موسکلواسکلتال بر حسب جنسیت

### اهداف کاربردی:

با تعیین شیوع انواع بیماری‌های موسکلواسکلتال و تعیین شایعترین آنها بر اساس علائم بیماری، می‌توان دید بالینی را در جهت تشخیص بیماری‌ها برای پزشکان آسان‌تر کرد.

### فرضیات

سوال پژوهشی:

شیوع انواع بیماری‌های موسکلواسکلتال در جمعیت خامنه چقدر است؟

فرضیه پژوهشی:

در شیوع انواع بیماریهای موسکلواسکتال در مردان و زنان تفاوت وجود دارد.

انواع بیماریهای موسکلواسکتال از توزیع سنی متفاوتی برخوردار هستند.

### تعریف واژه های اختصاصی:

**اسپوندیلوآرتراپاتی:** گروهی از اختلالات هستند که دارای برخی تظاهرات بالینی مشترک با درگیری ستون فقرات و مفاصل محیطی می باشد که شامل اسپوندیلیت انکیلوزان، آرتريت واکنشی، آرتريت و اسپوندیلیت سوریاتیک و آرتريت و اسپوندیلیت انتروپاتیک است.

**استئو آرتريت (OA):** عبارت است از بی کفایتی مفاصل که کلیه ساختارهای مفصل دستخوش تغییر پاتولوژیک شده اند.

**آرتريت روماتوئید (RA):** یک بیماری مزمن التهابی با علت ناشناخته است که با پلی آرتريت متقارن محیطی شناخته می شود. این بیماری شایعترین شکل آرتريت مزمن التهابی است و غالباً موجب صدمه مفصلی و ناتوانی بدنی می شود.

**فیبرومیالژیا:** درد ژنرالیزه بدن، بدون علائم آرتريت

**بهجت:** بیماری روماتیسمال با آفت های دهانی و ژنیتال



## بررسی متون

ساختمان های مفصلی عبارت اند از سینوویوم، مایع سینوویال، غضروف مفصلی، لیگامانهای درون مفصلی، کپسول مفصل و استخوان جنب مفصلی. ساختمان های غیرمفصلی (یا اطراف مفصلی) مانند لیگامان های خارج مفصلی پشתיبان، تاندونها، بورس ها، عضله، فاسیا، استخوان، عصب و پوست رویی می توانند در روند پاتولوژیک درگیر باشند.

هدف ارزیابی عضلانی- استخوانی به فرمول درآوردن یک تشخیص افتراقی است که منجر به تشخیص دقیق و درمان به موقع و در همان حال اجتناب از انجام آزمون های تشخیصی اضافی و درمان های غیر ضروری می گردد.

بیماری های موسکولواسکتال طیف وسیعی از بیماری های حاد تا مزمن را شامل می شوند و صدها میلیون نفر در جهان را درگیر می کنند. این بیماری ها به علت عواملی همانند درد یا محدودیت حرکتی می توانند درجات مختلفی از ناتوانی و موربیدیته را باعث شوند (۸). از بیماری های مهم موسکولواسکتال و شایع در تمام جوامع از جمله کشور ایران می توان به بیماری های آرتريت روماتوئید، استئوآرتريت، فیبرومیالژی، اسپوندیلوآرتروپاتی ها و سندرم بهجت اشاره کرد که به ترتیب مورد بحث قرار می گیرند.

### آرتريت روماتوئید :

آرتريت روماتوئید یک بیماری مزمن التهابی و سیستمیک با علت نامعلوم می باشد که با پلی آرتريت قرینه در مفاصل دارای غشای سینوویال مشخص می گردد. یک تریگر خارجی همانند سیگار، تروما و عفونت ها ممکن است در افراد با زمینه ژنتیکی ایجاد یک پروسه ی خودایمن نماید که منجر به هیپرتروفی سینوویوم مفاصل و التهاب مزمن مفصل می گردد. این التهاب ممکن است منجر به تخریب بافت های مختلف از جمله غضروف، استخوان، لیگامان ها و

تاندون ها گردد (۹). این روند بیماری در درصد زیادی از بیماران مبتلا منجر به درجاتی از ناتوانی می گردد. میزان این ناتوانی در افراد مختلف متفاوت است و به عوامل مختلفی از جمله تشخیص زودرس بیماری و به طبع آن شروع زودتر درمان موثر علیه بیماری مربوط می باشد (۱۰).

تظاهرات مفصلی آرتریت روماتوئید :

خشکی مفاصل به صورت محدودیت حرکات مفصل مشخص می گردد که می تواند ناشی از التهاب خود مفصل یا کانترکچر بافت های اطراف باشد که مورد اول با گرمای موضعی یا به طور موثرتر با فعالیت فیزیکی بهتر شود. این موضوع باعث تغییر میزان خشکی و محدودیت حرکات در ساعات مختلف روز می گردد (۱۱). منشا درد می تواند قسمت های مختلفی مانند غشای سینوویال، لیگامان ها و بافت های اطراف باشد که می تواند به صورت تندرینس مفصل یا درد در هنگام حرکت مفصل تظاهر یابد (۱۲). تورم مفصل می تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد. بزرگی غشای سینوویال، تورم بافت نرم و افیوژن مفصلی از جمله ی این عوامل می باشند. هم چنین وجود کیست بیکر مخصوصا در اطراف مفصل زانو می تواند باعث تظاهر تورم مفصلی گردد آسیب ناشی از التهاب مفصل و بافت های اطراف آن می تواند ایجاد دفرمیته نماید. تخریب غضروف مفصلی و تضعیف لیگامان های مفصل، از عوامل موثر در ایجاد این دفرمیته ها می گردد که بیشتر در مفاصل کوچک (دست ها و پاها) بارز است (۱۳).

تظاهرات خارج مفصلی آرتریت روماتوئید :

آرتریت روماتوئید یک بیماری سیستمیک می باشد و بیش تر بیماران علائم سیستمیک مانند خستگی و بی حالی را تجربه می کنند. این بیماری هم چنین می تواند ارگان های مختلفی در بدن را تحت تاثیر قرار دهد. تظاهرات پوستی، قلبی، ریوی، گوارشی، کلیوی، عصبی، خونی و

چشمی از جمله ی مواردی هستند که آرتريت روماتويد می تواند از طريق آن ها ايجاد بیماری نماید (۱۴).

معیارهای تشخیصی آرتريت روماتويد بر اساس ACR 2010 (۱۵):  
 بالاترين امتياز ممکن در اين کرايتريا ۱۰ است و برای تشخیص قطعی بیماری، ۶ امتياز لازم می باشد. معيار های مربوطه در چهار زیر مجموعه ی زیر قرار می گیرند:  
درگیری مفصلي :

- ۱ مفصل بزرگ = صفر امتياز
- ۲ تا ۱۰ مفصل بزرگ = ۱ امتياز
- ۱ تا ۳ فصل کوچک = ۲ امتياز
- ۴ تا ۱۰ مفصل کوچک = ۳ امتياز
- بیش از ۱۰ مفصل = ۵ امتياز

نتایج تست های سرولوژی:

- RF منفی و ACPA منفی = صفر امتياز
- RF مثبت پايين يا ACPA مثبت پايين = ۲ امتياز
- RF مثبت بالا يا ACPA مثبت بالا = ۳ امتياز

نتایج تست های واکنش گرهای فاز حاد :

- ESR و CRP نرمال = صفر امتياز
- ESR يا CRP غير طبيعي = ۱ امتياز

طول مدت علائم بیمار :

- کم تر از ۶ هفته = صفر امتياز

- بیش تر از ۶ هفته = ۱ امتیاز

استئوآرتريت :

استئوآرتريت شایع ترین بیماری مفصلی در سراسر جهان می باشد. این بیماری ناشی از تخریب غضروف مفصلی و سایر قسمت های مفصل از جمله استخوان ساب کندرال و غشای سینوویوم می باشد و می تواند ناشی از مکانیسم های شروع کننده ی تخریب همانند تروما یا به صورت اولیه و ایدیوپاتیک در نتیجه ی افزایش سن ایجاد گردد. با توجه به پاتوژنز بیماری، استئوآرتريت بیش تر در مفاصل تحمل کننده ی وزن همانند زانو و هیپ دیده می شود، هرچند که مفاصل بین انگشتان دست نیز محل شایعی برای آن محسوب می شود (۱۶).

عوامل خطر ابتلا به استئوآرتريت :

سن، چاقی، تروما، سابقه خانوادگی مثبت، سطح کاهش یافته هورمون های جنسی، ضعف عضلانی، استفاده مکرر، عفونت، رسوب کریستال، آکرومگالی، هموگلوبینوپاتی ها، اختلالات نوروپاتیک، علل متابولیک ارثی، عوامل خطر مورفولوژیک زمینه ای، اختلالات استخوانی و سابقه جراحی (۱۷).

تظاهرات بالینی استئوآرتريت :

درد، کاهش دامنه حرکتی و کرپیتوس شایع ترین شکایات بیماران مبتلا به استئوآرتريت می باشند. در بین این موارد، درد به عنوان اصلی ترین عامل موربیدیت در این بیماران مطرح است که به صورتی تظاهر می کند که با فعالیت تشدید می شود. بزرگی استخوان، افیوژن مفصلی، محدودیت حرکتی مفصل درگیر و آتروفی عضلات مجاور از جمله یافته های دیگر بالینی در بیماران مبتلا به استئوآرتريت است. استئوفیت های قابل لمس اطراف مفاصل بین انگشتی دست یک یافته ی مهم برای استئوآرتريت دست می باشد (۱۸).

## فیبرومیالژی :

فیبرومیالژی به عنوان یک اختلال عصبی-حسی شناخته می شود که از تحلیل غیرطبیعی درد در دستگاه عصبی مرکزی ناشی می شود. این بیماری را می توان به مجموعه ای از علائم درد، خشکی، اختلالات خواب و اختلالات شناختی اطلاق کرد که با طیف وسیعی از سایر بیماری ها و اختلالات دیگر همراهی دارد که از جمله ی این ها می توان به اختلالات خلق و اضطرابی اشاره کرد. هم چنین فیبرومیالژی با سایر سندرم های حسی مرکزی همانند سندرم روده تحریک پذیر و سندرم خستگی مزمن همپوشانی دارد. درد و تندرns در این بیماری به صورت ژنرالیزه می باشد. به عبارت دیگر درد در هر دو سمت بدن و بالا و پایین کمر وجود دارد (۱۹). عوامل مختلفی از جمله دیسترس بالا، بیماری طولانی مدت، بیماری های روانی مقاوم به درمان و مصرف الکل و اپیوئید با پیش آگهی ضعیف تر و پاسخ کم تر به درمان همراه هستند (۲۰).

کرایتریای تشخیصی فیبرومیالژی ACR 2010 (۲۱):

این کرایتریا از دو قسمت Widespread Pain Index و Symptom Severity تشکیل شده است :

قسمت اول ( WPI ) یک معیار ۱۹ امتیازی مربوط به وجود درد یا تندرns در ۱۹ قسمت مختلف بدن ( کمر بند شانه ای، هیپ، فک، قسمت فوقانی و تحتانی بازو، قسمت فوقانی و تحتانی اندام تحتانی در هر دو طرف بدن و هم چنین قسمت های فوقانی و تحتانی کمر، سینه، گردن و شکم ) می باشد.

قسمت دوم ( SS ) یک معیار ۱۲ امتیازی متشکل از امتیاز ۰ تا ۳ برای هر یک از علائم خستگی، اختلال شناختی و اختلال خواب در هفته ی گذشته :

۰ = بدون مشکل، ۱ = مشکل خفیف یا متناوب، ۲ = مشکل متوسط و قابل توجه، ۳ = مشکل

شدید و مختل کننده زندگی

و نظر پزشک در مورد شدت علائم بیمار به صورت امتیازی بین ۰ تا ۳ می باشد :

۰ = بدون علامت، ۱ = با علائم خفیف، ۲ = با علائم متوسط، ۳ = با علائم شدید

تشخیص فیبرومیالژی برای بیماری گذاشته می شود که سه شرایط زیر را داشته باشد :

۱- امتیاز WPI، ۷ یا بالاتر و امتیاز SS، ۵ یا بالاتر باشد. یا امتیاز WPI، ۳ تا ۶ و امتیاز

SS، ۹ یا بالاتر باشد.

۲- علائم در شدتی مشابه حداقل برای ۳ ماه وجود داشته باشد.

۳- هیچ بیماری دیگری درد بیمار را توجیه نکند.

اسپوندیلوآرتروپاتی ها :

اسپوندیلوآرتروپاتی ها خانواده ای از بیماری های مرتبط هستند که شامل اسپوندیلیت

انکیلوزان، آرتريت پسونیاتیک، آرتريت واکنشی و اسپوندیلوآرتروپاتی مرتبط با بیماری های

التهابی روده می باشد. این بیماری ها دارای ژنتیک و پاتولوژی مشترک می باشند.

اسپوندیلیت انکیلوزان :

اسپوندیلیت انکیلوزان یک بیماری چندسیستمی مزمن و التهابی می باشد که به طور اولیه

مفاصل ساکروایلیاک و بین مهره ای را درگیر می کند. علاوه بر درگیری اسکلت محوری، این

بیماری تظاهراتی همانند آرتريت محیطی، انتزیت و درگیری ارگان های خارج مفصلی ( مثل

چشم، پوست و سیستم قلبی عروقی ) را شامل می شود (۲۲). نشانه هایی که تشخیص این

بیماری را مطرح می کنند، شامل موارد زیر هستند :

• شروع تدریجی درد قسمت تحتانی کمر

- شروع علائم قبل از چهل سالگی
- حضور علائم برای بیش از ۳ ماه
- علائم شدیدتر در صبح ها و تشدید علائم با بی تحرکی
- بهتر شدن علائم با فعالیت بدنی (۲۳)

علت این بیماری به طور کامل مشخص نشده است ولی ارتباط عوامل ژنتیکی با بروز این بیماری نشان داده شده است به طوری که ارتباط مستقیم ژن HLA-B27 با اسپوندیلیت انکیلوزان تعیین گردیده است. پیش آگهی این بیماری تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد به طوری که درگیری مفاصل محیطی، شروع بیماری در سن پایین، ESR بالا و پاسخ ضعیف به داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی با پیش آگهی ضعیف بیماری همراه بوده است (۲۴).

آرتریت واکنشی :

آرتریت واکنشی به بیماری خودایمنی است که ۲ تا ۴ هفته بعد از عفونت در پاسخ به عفونت های گوارشی همانند شیگلا، سالمونلا، کمپیلوباکتر و ... یا عفونت های ادراری همانند کلامیدیا ایجاد می گردد. تریاد کلاسیک بیماری عبارت است از اورتریت یا سرویسیت غیر باکتریال، آرتریت و ایریدوسیکلیت. آرتریت واکنشی همانند سایر اسپوندیلوآرتروپاتی ها با HLA-B27 ارتباط دارد (۲۵).

آرتریت پسوریاتیک :

آرتریت پسوریاتیک یک آرتریت التهابی مزمن است که در حدود نصف موارد با HLA-B27 ارتباط دارد و الگوی بالینی بیماری معمولاً به صورت یک الیگوآرتریت سرونگاتیو در افراد مبتلا به پسوریازیس تظاهر می کند. با این وجود این بیماری می تواند به اشکال مختلفی همانند

الگو آرتريت غير قرينه، پلی آرتريت قرينه و اسپوندیلیت تظاهر پیدا کند (۲۶). در سال ۲۰۰۶، کرایتریای تشخیصی با اختصاصیت بالا برای آرتريت پسونریاتیک تدوین شده است (۲۷):  
وجود بیماری مفصلی التهابی همراه با حداقل سه امتیاز از ویژگی های زیر :

- پسونریازیس حاضر ( ۲ امتیاز )
- سابقه ی پسونریازیس ( ۱ امتیاز )
- سابقه ی خانوادگی پسونریازیس ( ۱ امتیاز )
- داکتیلیت ( ۱ امتیاز )
- استخوان سازی جدید نزدیک مفصلی ( ۱ امتیاز )
- RF منفی ( ۱ امتیاز )
- دیستروفی ناخن ( ۱ امتیاز )

سندرم بهجت :

سندرم بهجت یک بیماری چند سیستمی با علت نامعلوم می باشد که با تظاهرات مختلفی می تواند همراه باشد. از جمله ی این تظاهرات بالینی می توان به زخم های آفتی عود کننده، زخم های ژنیتال، یووئیت، ضایعات پوستی، آرتريت، درگیری دستگاه عصبی مرکزی و درگیری عروقی اشاره کرد. واسکولیت به عنوان پاتولوژی اصلی در ایجاد این بیماری شناخته شده است. عوامل ارثی و محیطی در اتیولوژی این بیماری دخیل دانسته شده اند، به طوری که همراهی ال HLA-B51 با ایجاد این بیماری در آسیا و خاورمیانه شناخته شده است. هم چنین، عفونت ها می توانند به عنوان یک عامل محیطی در ایجاد سندرم بهجت نقش داشته باشند به طوری که شیوع بالاتر آنتی بادی های ضد میکروارگانیزم های مختلف در همراهی با این بیماری نشان داده شده است (۲۸).



مروری بر مطالعات صورت گرفته در مورد شیوع بیماری های شایع موسکولواسکتال در داخل و خارج از کشور :

در مطالعه ی انجام شده توسط Hense و همکاران روی جمعیت بیمه شده ی آلمان، شیوع بیماری آرتریت روماتوئید در جمعیت این کشور ۱,۳۸ درصد نشان داده شد که از این بین حدود ۸۰ درصد بیماران، زن بودند. هم چنین شیوع آرتریت روماتوئید با افزایش سن، افزایش داشت به طوری که پیک شیوع در گروه سنی ۷۰ تا ۷۹ ساله نشان داده شد (۲۹).

در مطالعه ی انجام شده توسط Di WT و همکاران روی جمعیتی از مردم آرژانتین، بروز بیماری آرتریت روماتوئید ۱۸,۵ نفر در کل، ۲۵,۲ نفر برای زنان و ۸,۸ نفر برای مردان به ازای هر صد هزار نفر در سال نشان داده شد. شیوع این بیماری نیز ۰,۳۳ درصد در کل، ۰,۴۶ درصد در جمعیت زنان و ۰,۱۲ درصد در جمعیت مردان نشان داده شد (۳۰).

در مطالعه ی انجام شده توسط Shamim و همکاران روی ۳۱۶ بیمار مراجعه کننده با درد مفصلی، حدود ۲۷ درصد از این بیماران تشخیص آرتریت روماتوئید داشتند. هم چنین نشان داده شد که اکثر بیماران با تشخیص آرتریت روماتوئید در دهه های چهارم، پنجم و ششم زندگی خود قرار داشتند (۳۱).

در مطالعه ی انجام شده توسط دکتر جمشیدی و همکاران روی ۱۰۲۹۱ نفر از مردم ساکن منطقه شهری تهران که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند، ۳۵ بیمار به آرتریت روماتوئید مبتلا بودند که شیوع ۰,۳۳ درصد را در جامعه نشان می داد. هم چنین نشان داده شد که شیوع این بیماری در جمعیت زنان ۶ برابر جمعیت مردان می باشد (۳۲).

در مطالعه ی انجام شده توسط Plotnikoff و همکاران روی ۴۷۳۳ فرد بالای ۱۸ سال در کانادا، شیوع استئوآرتریت هیپ و زانو مورد بررسی قرار گرفت. ۱۴,۸ درصد از این افراد مبتلا به استئوآرتریت بودند که ۱۰,۵ درصد مبتلا به استئوآرتریت زانو و ۸,۵ درصد مبتلا به

استئوآرتريت هيپ نشان داده شدند. هم چنين افراد با شاخص توده بدني بالای ۳۰ و دارای شغل های با بار کاری بالا به طور معنی داری شیوع بالاتری از استئوآرتريت را دارا بودند (۳۳). در مطالعه انجام شده توسط French و همکاران روی ۸۱۷۵ فرد بالای ۵۰ سال در ایرلند، شیوع کلی استئوآرتريت ۱۲٫۹ درصد نشان داده شد. شیوع استئوآرتريت با افزایش سن افزایش می یابد به طوری که شیوع این بیماری در افراد بالای ۸۰ سال دو برابر گروه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال می باشد. علاوه بر سن بالا، عواملی مانند جنس زن و شاخص توده بدني بالا با شیوع بالای این بیماری مرتبط نشان داده شدند (۳۴).

در مطالعه ی انجام شده توسط دکتر تهرانی و همکاران روی ۱۵۶۵ نفر از ساکنین مناطق روستایی، نشان داده شد که ۲۰ درصد از این افراد حداقل در یکی از مفاصل خود مبتلا به استئوآرتريت هستند که بیش ترین شیوع در بین مفاصل مربوط به مفصل زانو با ۱۹٫۳ درصد نشان داده شد. هم چنين شایع ترین یافته ی بالینی در بین بیماران کریپیتاسیون با شیوع ۸۸٫۹ درصد بود (۳۵).

در مطالعه ی انجام شده توسط Walitt و همکاران روی ۸۴۴۶ نفر از جمعیت عمومی ایالات متحده آمریکا، شیوع کلی فیبرومیالژی طبق کرایتریای ACR، ۱٫۷۵ درصد جمعیت بالغین تخمین زده شد. با این وجود ۷۳ درصد از این بیماران، با تشخیصی غیر از فیبرومیالژی تحت درمان بوده اند (۳۶).

در مطالعه ی انجام شده توسط Jones و همکاران روی ۴۶۰۰ فرد بالغ در شمال شرقی اسکاتلند، شیوع فیبرومیالژی طبق کرایتریاهای ACR 1990، ACR 2010 و Modified ACR 2010 به ترتیب ۱٫۷ درصد، ۱٫۲ درصد و ۵٫۴ درصد جمعیت تخمین زده شد. هم چنين نسبت جنس زن به مرد بر اساس کرایتریاهای ذکر شده به ترتیب ۱ : ۱۳٫۷، ۱ : ۴٫۸ و ۱ : ۲٫۳ نشان داده شد (۳۷).

در مطالعه ی انجام شده توسط دکتر دواچی و همکاران روی ۱۵۶۵ نفر از مردم روستایی شمال غرب ایران، شیوع استئوآرتریت ۲۰,۵ درصد، آرتريت روماتوئید ۰,۱۹ درصد، اسپوندیلیت انکیلوزان ۱,۱ درصد و فیبرومیالژی ۰,۰۶ درصد نشان داده شد (۳۸).

در مطالعه ی مرور سیستماتیک انجام شده توسط Dean و همکاران از ۳۶ مطالعه ی مختلف، شیوع متوسط اسپوندیلیت انکیلوزان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر در اروپا ۲۳,۸ نفر، در آسیا ۱۶,۷ نفر، در آمریکای شمالی ۳۱,۹ نفر، در آمریکای لاتین ۱۰,۲ نفر و در آفریقا ۷,۴ نفر نشان داده شد. هم چنین با توجه به وجود مقالات مناسب برای تخمین تعداد افراد مبتلا، این تعداد در اروپا ۱,۳ تا ۱,۵۶ میلیون نفر و در آسیا ۴,۶۳ تا ۴,۹۸ میلیون نفر تخمین زده شد (۳۹).

در مطالعه ی انجام شده توسط Exachou و همکاران در سوئد، ۱۱۰۳۰ بیمار زنده ی مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان در گروه سنی ۱۶ تا ۶۴ سال یافت شدند. شیوع کلی اسپوندیلیت انکیلوزان ۰,۱۸ درصد نشان داده شد که به طور معنی داری در مردها (۰,۲۳ درصد) نسبت به زنان (۰,۱۴ درصد) بیش تر بود. هم چنین شیوع این بیماری افراد دارای تحصیلات بالاتر، کم تر نشان داده شد. بیماران مرد احتمال بیش تری برای ابتلا به یووئیت قدامی و دریافت مهارکننده های فاکتور نکروزدهنده تومور داشتند در حالی که شیوع آرتريت محیطی، پسوریازیس و دریافت کورتون در زنان بالاتر بود (۴۰).

**نوع مطالعه:**

مقطعی - توصیفی تحلیلی

**نمونه مورد مطالعه:**

جامعه مورد پژوهش: تمامی جمعیت شهر خامنه

روش نمونه گیری: تمام شماری

حجم نمونه: ۹۵۳

**معیارهای ورود به مطالعه:**

۱- اقامت در شهر خامنه

۲- داشتن رضایت آگاهانه

**معیارهای عدم ورود به مطالعه:**

۱- عدم سکونت در شهر خامنه

۲- عدم تمایل افراد برای شرکت در پژوهش

### نحوه انجام مطالعه:

این مطالعه قسمتی از پروژه کوهرت ملی PERSIAN می باشد که به بررسی نقش عوامل خطر قابل تعدیل و غیر قابل تعدیل در بروز و میرایی بیماری های مزمن خواهد پرداخت. فاز اول و دوم مطالعه در طی دوره ۳/۵ ساله به انجام رسید. در فاز اول این طرح که از مرداد ماه سال ۹۳ شروع و ۶ ماه طول کشید تعداد ۱۴۰۰ نفر (زن و مرد) از جمعیت ۳۵ ساله و بالاتر شهر خامنه که قسمتی از جمعیت آذر کوهرت می باشد انتخاب شده و توسط کارشناسان بهداشت از طریق دعوت نامه و یا تلفن دعوت بعمل آمد و برای آنها در مرکز بهداشتی درمانی خامنه پرسشنامه پر شد. برای ۱۰۳۷ نفر از بین ۱۴۰۰ نفر این پرسشنامه پر شد و ۹۵۳ نفر واجد شرایط حضور در این مطالعه بودند.

برای شناسایی بیماری های روماتیسمال و مشکلات موسکلواسکتال پرسشنامه ای بر گرفته از پرسشنامه COPCORD برای ۹۵۳ نفر پر شد و سپس افرادی که شکایت موسکولواسکتال دارند، مورد معاینه بالینی توسط فوق تخصص روماتولوژی قرار گرفتند و در صورت داشتن اندیکاسیون، تست های آزمایشگاهی RF, CBC, CRP انجام گرفت، تا نوع بیماری براساس معاینه بالینی و یافته های آزمایشگاهی بر اساس معیارهای طبقه بندی کالج روماتولوژی امریکا<sup>۱</sup> هر بیماری مشخص شود. از بیمارانی که مشکل و شکایت روماتولوژیک (تعداد ۲۹۹ نفر) داشتند، جهت معاینه و تشخیص بیماری دعوت به عمل آمد.

### ملاحظات اخلاقی:

برای تمام کسانی که وارد این کوهورت شدند در مورد اهداف و روش مطالعه توضیح داده می شود و تنها کسانی که به طور آگاهانه رضایت به همکاری داشته باشند وارد مطالعه می شوند.

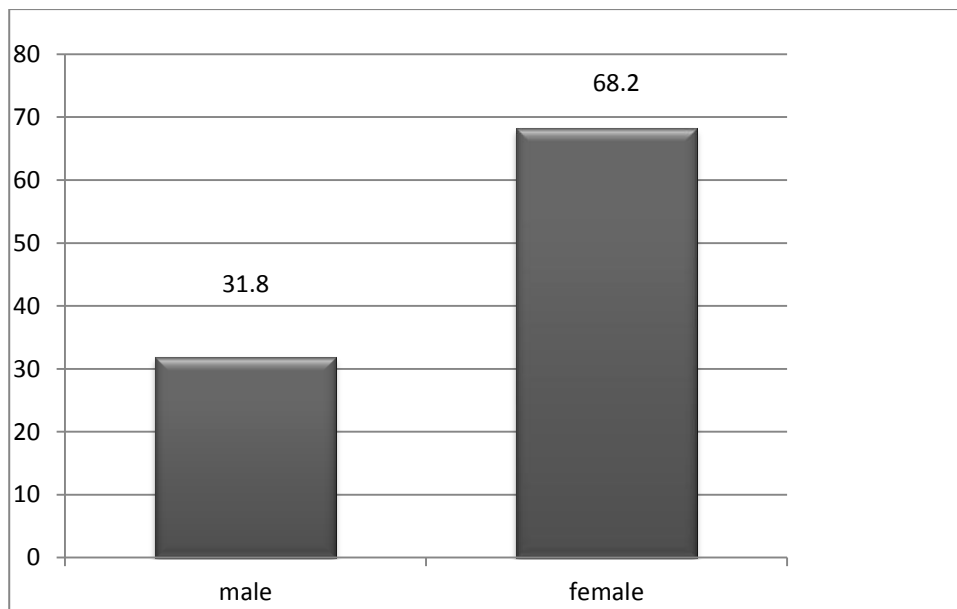
### آنالیز آماری:

داده های به دست آمده از این مطالعه توسط نرم افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل خواهد شد. داده های کمی با استفاده از میانگین و انحراف معیار و داده های کیفی با استفاده از فراوانی و درصد خلاصه می شوند. برای مقایسه شیوع انواع بیماری های عضلانی اسکلتی در دو جنس از تست مجذور کای استفاده خواهد شد. در این مطالعه درصد فراوانی برای بیماری های روماتیسمال از بین افرادی که تحت معاینه قرار گرفته اند و هم چنین به طور مجزا، شیوع بیماری در کل جامعه ی مورد مطالعه (۹۵۳ نفر) محاسبه شده است.

### یافته ها:

در این مطالعه، از بین تمامی افراد طرح پایلوت آذر کوهورت که واجد شرایط بودن (۹۵۳ نفر)، تعداد ۲۹۹ نفر با شکایات موسکولواسکتال در ابتدا توسط پزشک عمومی و اجتماعی معاینه شدند و فرم معاینه ی بیمار و شکایت وی تکمیل گشته و بیماران با یافته های مثبت جهت معاینه ی مجدد توسط فوق تخصص روماتولوژی معرفی گشتند. در این بین، تعداد ۲۳۷ نفر جهت معاینه مجدد توسط فوق تخصص روماتولوژی مراجعه نمودند. تعداد ۶۲ نفر علیرغم درخواست های متعدد در مطالعه شرکت نکردند. این ۶۲ نفر به عنوان lost to follow-up در نظر گرفته شدند.

در بین ۲۹۹ نفر از افرادی که شکایات موسکولواسکتال داشتند، ۲۰۴ نفر (۶۸٫۴٪) مونث و ۹۵ نفر (۳۱٫۸٪) مذکر بودند.

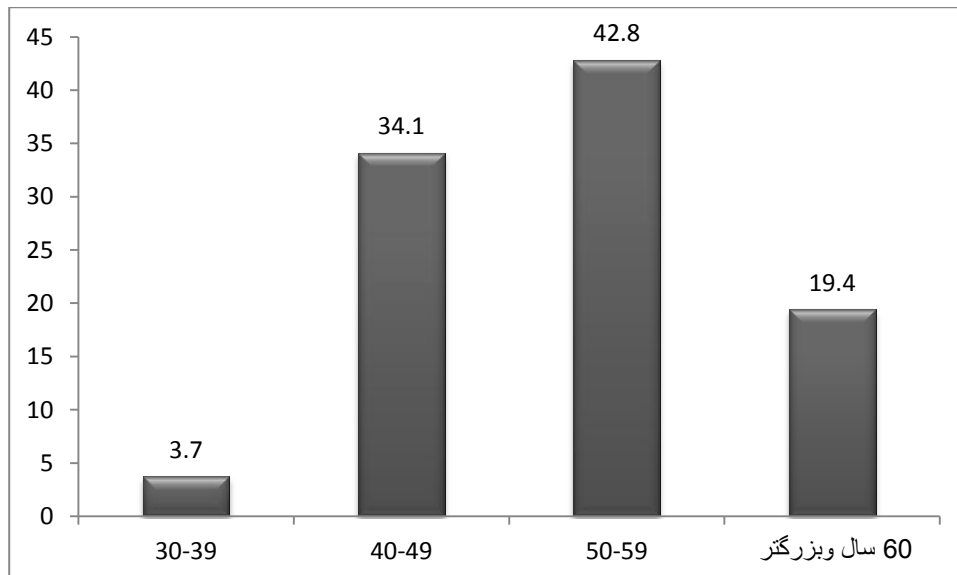


نمودار ۱- درصد فراوانی افراد با شکایات موسکولواسکتال

از آنجایی که در داده های این مطالعه، افراد زیر ۳۰ سال وجود نداشت، دسته بندی از ۳۰ سال به بالا انجام گرفت. و از آنجایی که در داده ها سن بالاتر از ۷۰ سال (۳ مورد) وجود داشت، حد بالای دسته بندی بالاتر از ۶۰ سال در نظر گرفتیم. در جدول ۱ توزیع فراوانی سنی نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی سنی

بازه ی سنی	فراوانی	درصد فراوانی
۳۰-۳۹	۱۱	۳,۷٪
۴۰-۴۹	۱۰۲	۳۴,۱٪
۵۰-۵۹	۱۲۸	۴۲,۸٪
بالای ۶۰	۵۸	۱۹,۴٪



نمودار ۲- درصد توزیع فراوانی سنی



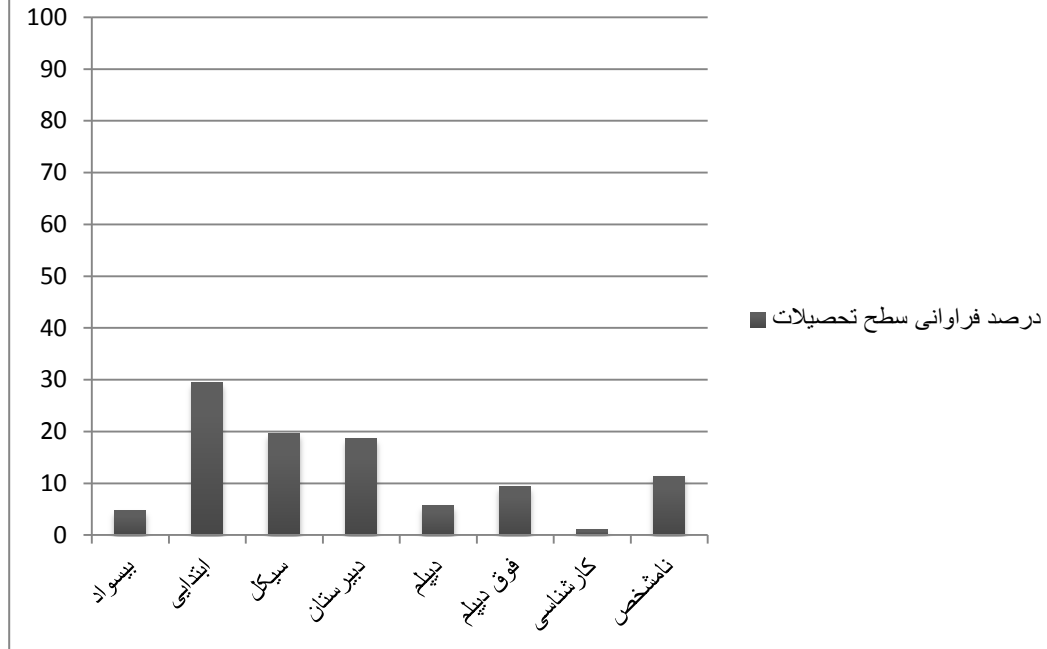
میانگین سن افراد در این مطالعه  $52,39 \pm 7,97$  بوده که کمترین سن ۳۶ و بیشترین سن ۷۳ بود.

میزان تحصیلات افراد شرکت کننده در این مطالعه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی تحصیلات

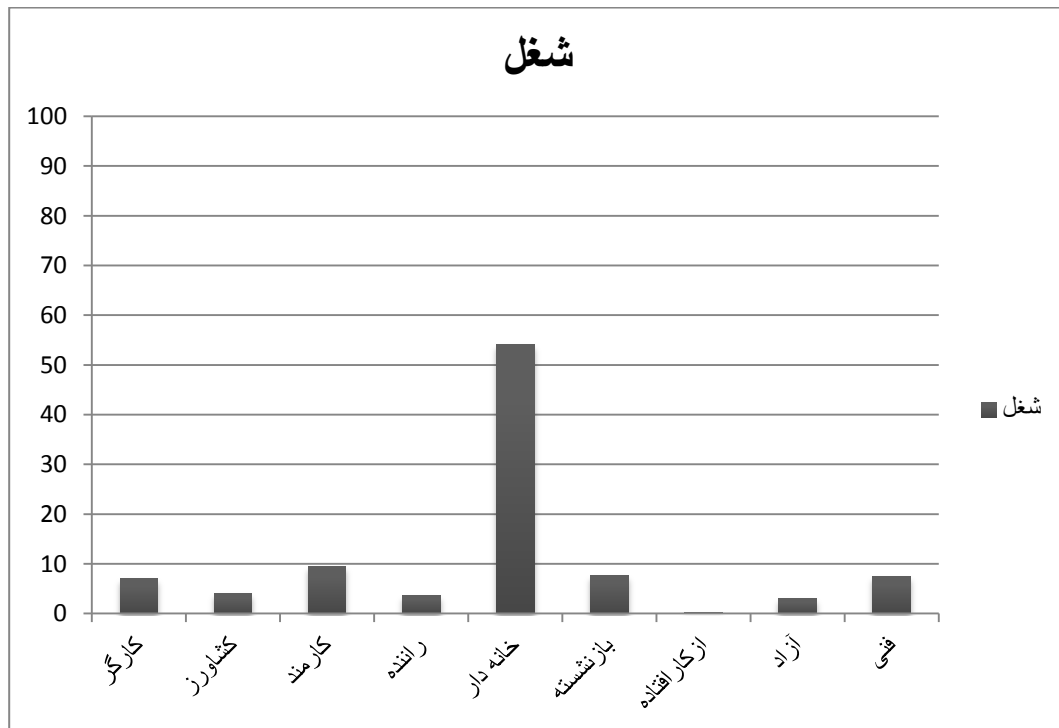
سطح سواد	فراوانی	درصد
بیسواد	۱۴	۴,۷
ابتدایی	۸۸	۲۹,۴
سیکل	۵۹	۱۹,۷
دیپلم	۵۶	۱۸,۷
فوق دیپلم	۱۷	۵,۷
کارشناسی	۲۸	۹,۴
کارشناسی ارشد	۳	۱
نامشخص	۳۴	۱۱,۴

### درصد فراوانی سطح تحصیلات



نمودار ۳- درصد توزیع فراوانی تحصیلات

تعداد ۲۱ نفر از شرکت کنندگان (۰.۷٪)، کارگر، ۱۲ نفر (۰.۴٪) کشاورز، ۲۸ نفر (۰.۹،۴٪) کارمند، ۱۱ نفر (۰.۳،۷٪) راننده، ۱۶۲ نفر (۰.۵۴،۲٪) خانه دار، ۲۳ نفر (۰.۷،۷٪) بازنشسته و ۱ نفر (۰.۰،۳٪) از کارافتاده بودند و ۹ نفر (۰.۳٪) شغل آزاد، ۲۲ نفر (۰.۷،۴٪) شغل فنی داشتند.



نمودار ۴- درصد توزیع فراوانی شغل بیمار

### شیوع شکایات روماتیسمی

طی جداول ۳ تا ۲۲ شیوع شکایات روماتیسمی به تفکیک سن و جنس آورده شده است. شکایات در دسته های درد، تورم و خشکی دسته بندی شد. تعداد ۱۱۴ نفر (۳۸،۱٪) از بیماران به غیر از ۷ روز اخیر، قبلا نیز مشکلی مثل درد، تورم، درد در اثر فشار یا سفتی در استخوانها، مفاصل یا عضلات خود داشته اند. تعداد ۱۰۰ نفر (۳۳،۴٪) فقط در ۷ روز گذشته شکایات موسکولواسکتال داشته اند. تعداد ۸۶ نفر (۲۸،۷۶٪) در ۷ روز گذشته شکایات موسکولواسکتال نداشتند ولی قبلا شکایت موسکولواسکتالی داشته اند که حداقل یک ماه طول کشیده است.

### شکایات روماتیسمی زنان

جدول ۳- توزیع فراوانی شکایات مختلف شانه در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۹-۳۰		سال ۴۹-۴۰		سال ۵۹-۵۰		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۱	۱۱،۱	۱۰	۱۴،۷	۲۲	۲۵،۶	۴	۹،۸
سفتی	۰	۰	۱	۱،۵	۴	۴،۷	۰	۰
درد با فشار	۱	۱۱،۱	۴	۵،۹	۶	۷	۰	۰

جدول ۴- توزیع فراوانی شکایات مختلف آرنج در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۱	۱۱,۱	۶	۸,۸	۱۵	۱۷,۴	۲	۴,۹
سفتی	۰	۰	۱	۱,۵	۲	۲,۳	۰	۰
درد با فشار	۱	۱۱,۱	۴	۵,۹	۵	۵,۸	۰	۰

جدول ۵- توزیع فراوانی شکایات مختلف مچ در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۱	۱۱,۱	۸	۱۱,۸	۱۲	۱۴	۱	۲,۴
سفتی	۰	۰	۰	۰	۱	۱,۲	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۳	۴,۴	۳	۳,۵	۰	۰

جدول ۶- توزیع فراوانی شکایات مختلف کف دست و انگشتان در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۸	۱۱,۸	۱۰	۱۱,۶	۲	۴,۹
سفتی	۰	۰	۰	۰	۲	۲,۳	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۳	۴,۴	۲	۲,۳	۰	۰

جدول ۷- توزیع فراوانی شکایات مختلف لگن در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۱	۱,۵	۸	۹,۳	۱	۲,۴
سفتی	۰	۰	۰	۰	۱	۱,۲	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۰	۰	۱	۱,۲	۰	۰

جدول ۸- توزیع فراوانی شکایات مختلف زانو در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۴	۴۴,۴	۳۲	۴۷,۱	۳۷	۴۳	۲۶	۶۳,۴
سفتی	۱	۱۱,۱	۹	۱۳,۲	۶	۷	۴	۹,۸
درد با فشار	۱	۱۱,۱	۷	۱۰,۳	۵	۵,۸	۶	۱۴,۵

جدول ۹- توزیع فراوانی شکایات مختلف مچ پا در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۵	۷,۴	۸	۹,۳	۲	۴,۹
سفتی	۰	۰	۰	۰	۱	۱,۲	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۳	۴,۴	۳	۳,۵	۰	۰

جدول ۱۰- توزیع فراوانی شکایات مختلف مفصل انگشت پا در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۲	۲,۹	۲	۲,۳	۱	۲,۴
سفتی	۰	۰	۰	۰	۱	۱,۲	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۱	۱,۵	۰	۰	۰	۰

جدول ۱۱- توزیع فراوانی شکایات مختلف گردن در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۱	۱۱,۱	۷	۱۰,۳	۷	۷	۳	۷,۳
سفتی	۰	۰	۳	۴,۴	۲	۲,۳	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۴	۵,۹	۰	۰	۰	۰



جدول ۱۲- توزیع فراوانی شکایات مختلف مهره های کمری در زنان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۲	۲۲,۲	۲۰	۲۹,۴	۲۱	۲۴,۴	۱۳	۳۱,۷
سفتی	۰	۰	۲	۲,۹	۲	۲,۳	۱	۲,۴
درد با فشار	۰	۰	۲	۲,۹	۰	۰	۲	۴,۹

## شکایات روماتیسمی مردان

جدول ۱۳- توزیع فراوانی شکایات مختلف شانه در مردان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۹-۳۰		سال ۴۹-۴۰		سال ۵۹-۵۰		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۴	۱۱,۸	۲	۴,۸	۳	۱۷,۶
سفتی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۱	۲,۹	۰	۰	۱	۵,۹

جدول ۱۴- توزیع فراوانی شکایات مختلف آرنج در مردان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۹-۳۰		سال ۴۹-۴۰		سال ۵۹-۵۰		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۳	۸,۸	۷	۱۶,۷	۲	۱۱,۸
سفتی	۰	۰	۰	۰	۱	۲,۴	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۱	۲,۹	۴	۹,۵	۱	۵,۹



جدول ۱۷- توزیع فراوانی شکایات مختلف لگن در مردان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۰	۰	۴	۹,۵	۲	۱۱,۸
سفتی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۱۱,۸

جدول ۱۸- توزیع فراوانی شکایات مختلف زانو در مردان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۱۰	۲۹,۴	۱۵	۳۵,۷	۹	۵۲,۹
سفتی	۰	۰	۱	۲,۹	۲	۴,۸	۲	۱۱,۸
درد با فشار	۰	۰	۴	۱۱,۸	۱	۲,۴	۴	۲۳,۵



جدول ۲۱- توزیع فراوانی شکایات مختلف گردن در مردان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۰	۰	۱	۲,۹	۰	۰	۱	۵,۹
سفتی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۲۲- توزیع فراوانی شکایات مختلف مهره های کمری در مردان به تفکیک سن

شکایت	سال ۳۰-۳۹		سال ۴۰-۴۹		سال ۵۰-۵۹		بالای ۶۰ سال	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درد	۲	۱۰۰	۶	۱۷,۶	۱۰	۲۳,۸	۳	۱۷,۶
سفتی	۰	۰	۱	۲,۹	۲	۴,۸	۰	۰
درد با فشار	۰	۰	۰	۰	۱	۲,۴	۰	۰

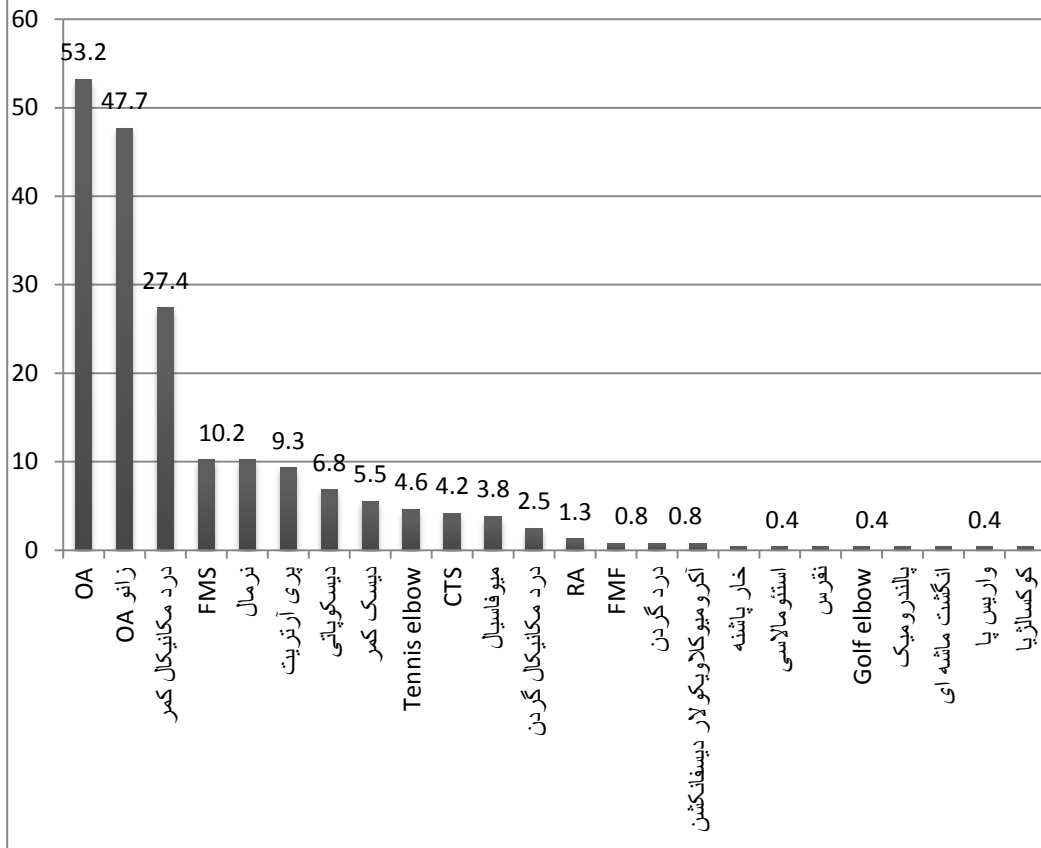
### شیوع بیماری های روماتیسمی

در جداول ۲۳ تا ۴۷ بیماری های مختلف روماتولوژی در گروه های سنی - جنسی، در بین افراد با شکایات موسکولواسکتال آورده شده است. هم چنین، در جداول ۴۸ تا ۵۰ شیوع بیماریهای مختلف روماتیسمی به تفکیک جنس در جمعیت آورده شده است.

در این بین استئو آرتريت شایعترین بیماری تشخیص داده شده با فراوانی ۵۳,۲٪ در هر دو جنس در بین افراد با شکایات موسکولواسکتال در بود. استئو آرتريت زنانو نیز شایعترین محل استئو آرتريت در هر دو جنس (۴۷,۷٪) می باشد. کمر درد مکانیکال با ۲۸,۲٪ دومین بیماری روماتیسمی شایع می باشد. در این مطالعه علاوه بر ۴۶ مورد (۱۹,۴٪) درد کمر غیر التهابی، ۵ مورد (۲,۱٪) لوردوز کمر، ۲ مورد (۰,۸٪) استئولیستریس، ۱ مورد تنگی کانال نخاعی (۰,۴٪) و ۱۳ مورد دیسکوپاتی کمر (۵,۵٪) وجود داشتند که این موارد نیز به عنوان درد مکانیکال کمر در نظر گرفته شدند.

در درد مکانیکی گردن نیز موارد دیسکوپاتی گردن (۱,۷٪)، درد گردن (۰,۴٪) و overuse neck pain (۰,۴٪) در نظر گرفته شدند.

### فراوانی بیماری های روماتیسمی



نمودار ۵- فراوانی بیماریهای روماتیسمی در افراد معاینه شده

➤ توضیح این که موارد بیماری FMS و درد سایکولوژیک در یک دسته قرار گرفته اند.

هم چنین درد مکانیکال کمر متشکل از موارد دیسک کمر، تنگی کانال نخاعی،

استئولیستزیس، LBP و لوردوز کمر می باشد. پری آرتريت نیز تشخیص های دیگری

چون کپسولیت، بورسیت، تنوسینوویت، تاندینیت بای سپس، آرنج گلف بازان و آرنج

تنیس بازان را در بر می گیرد.



جدول ۲۳- توزیع فراوانی استئوآرتريت به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۱	۱۶,۷	۱	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۴۶,۴	۳۹	۵۰	۲۹	۳۸,۵	۱۰	۴۰-۴۹ سال
۵۴	۵۴	۵۹,۴	۴۱	۴۱,۹	۱۳	۵۰-۵۹ سال
۷۱,۱	۳۲	۶۷,۷	۲۱	۷۸,۶	۱۱	۶۰ سال به بالا
۵۳,۲	۱۲۶	۵۶,۱	۹۲	۴۶,۶	۳۴	کلیه سنین

جدول ۲۴- توزیع فراوانی استئوآرتريت زنانو به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۱	۱۶,۷	۱	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۴۲,۹	۳۶	۵۰	۲۹	۲۶,۹	۷	۴۰-۴۹ سال
۴۵	۴۵	۴۹,۳	۳۴	۳۵,۵	۱۱	۵۰-۵۹ سال
۶۸,۹	۳۱	۶۷,۷	۲۱	۷۱,۴	۱۰	۶۰ سال به بالا
۴۷,۷	۱۱۳	۵۱,۸	۸۵	۳۸,۴	۲۸	کلیه سنین

جدول ۲۵- توزیع فراوانی آرتریت روماتوئید به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۳,۴	۲	۱,۷	۱	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۲,۲	۱	۳,۲	۱	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۱,۳	۳	۱,۸	۲	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۲۶- توزیع فراوانی نفرس به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۱	۱	۰	۰	۳,۸	۱	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰	۰	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۲۷- توزیع فراوانی درد مکانیکال کمر به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۱	۰	۰	۵۰	۱	۳۰-۳۹ سال
۳۳,۴	۲۸	۳۲,۸	۱۹	۳۴,۵	۹	۴۰-۴۹ سال
۳۶	۳۶	۲۶	۲۳	۴۱,۹	۱۳	۵۰-۵۹ سال
۱۵,۶	۷	۱۹,۴	۶	۷,۱	۱	۶۰ سال به بالا
۲۸,۲	۶۷	۲۶,۲	۴۳	۳۲,۹	۲۴	کلیه سنین

جدول ۲۸- توزیع فراوانی درد مکانیکی گردن به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۳,۶	۳	۵,۱	۳	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۳	۳	۲,۸	۲	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۲,۵	۶	۳	۵	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۲۹- توزیع فراوانی دیسکوپاتی ها به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۷,۱	۶	۸,۶	۵	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۷	۷	۸,۷	۶	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۶,۷	۳	۶,۵	۲	۷,۱	۱	۶۰ سال به بالا
۶,۸	۱۶	۷,۹	۱۳	۵,۵	۴	کلیه سنین

جدول ۳۰- توزیع فراوانی دیسکوپاتی کمر به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۴,۸	۴	۵,۲	۳	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۶	۶	۷,۲	۵	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۶,۷	۳	۶,۵	۲	۷,۱	۱	۶۰ سال به بالا
۵,۵	۱۳	۶,۱	۱۰	۴,۱	۳	کلیه سنین

جدول ۳۱- توزیع فراوانی دیسکوپاتی گردن به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۲,۴	۲	۳,۴	۲	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۲	۲	۱,۴	۱	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۱,۷	۴	۱,۸	۳	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۳۲- توزیع فراوانی سندرم تونل کارپ (Carpal tunnel syndrome) به تفکیک سن

و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۳,۶	۳	۵,۱	۳	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۵	۵	۷,۲	۵	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۴,۴	۲	۳,۲	۱	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۴,۲	۱۰	۵,۳	۹	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۳۳- توزیع فراوانی آرنج گلف بازان (golf elbow) به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۱,۲	۱	۰	۰	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰	۰	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۳۴- توزیع فراوانی آرنج تنیس بازان (tennis elbow) به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۷,۱	۶	۸,۶	۵	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۵	۵	۲,۹	۲	۹,۷	۳	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۴,۶	۱۱	۴,۳	۷	۵,۵	۴	کلیه سنین

در بین بیماران ۲ مورد تشخیص مستقیم پری آرتريت (۰,۸٪) گذاشته شد. در این بین، جهت تسهیل جمع بندی موارد، کپسولیت (۱ مورد-۰,۴٪)، تنوسینوویت (۱ مورد-۰,۴٪)، بورسیت (۱ مورد-۰,۴٪)، تاندینیت بای سپس (۵ مورد-۰,۲٪)، آرنج گلف بازان (۱ مورد، ۰,۴٪)، آرنج تنیس بازان (۱۱ مورد، ۰,۴٪) نیز در دسته ی پری آرتريت در نظر گرفته شدند.

جدول ۳۵- توزیع فراوانی پری آرتريت به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۱۰,۷	۹	۱۰,۳	۶	۱۱,۵	۳	۴۰-۴۹ سال
۱۱	۱۱	۷,۲	۵	۱۹,۳	۶	۵۰-۵۹ سال
۴,۴	۲	۶,۴	۲	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۹,۳	۲۲	۶,۳	۱۳	۱۲,۳	۹	کلیه سنین

جدول ۳۶- توزیع فراوانی FMS (فیبرومیالژی سندرم) به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۱	۱۶,۷	۱	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۶	۵	۸,۶	۵	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۸	۸	۱۱,۶	۸	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۲,۲	۱	۳,۲	۱	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۶,۳	۱۵	۹,۱	۱۵	۰	۰	کلیه سنین

جدول ۳۷- توزیع فراوانی دردهای psychologic به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۵	۲	۳۳,۳	۲	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۲,۴	۲	۳,۴	۲	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۲	۲	۲,۹	۲	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۶,۷	۳	۹,۷	۳	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۳,۸	۹	۵,۱	۹	۰	۰	کلیه سنین



جدول ۳۸- توزیع فراوانی Acromioclavicular dysfunction به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۱,۲	۱	۱,۷	۱	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۱	۱	۱,۴	۱	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۸	۲	۱,۲	۲	۰	۰	کلیه سنین

جدول ۳۹- توزیع فراوانی دردهای میوفاسیال به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۱	۰	۰	۵,۰	۱	۳۰-۳۹ سال
۳,۶	۳	۵,۲	۳	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۵	۵	۵,۸	۴	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۳,۸	۹	۴,۳	۷	۲,۷	۲	کلیه سنین

جدول ۴۰- توزیع فراوانی مونوآرتیریت زانو به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۴,۴	۲	۰	۰	۱۴,۳	۲	۶۰ سال به بالا
۰,۸	۲	۰	۰	۲,۷	۲	کلید سنین

جدول ۴۱- توزیع فراوانی کوکسالژیا به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۰	۰	۰	۰	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۲,۲	۱	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰	۰	۱,۴	۱	کلید سنین

جدول ۴۲- توزیع فراوانی استئومالاسی به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۲,۵	۱	۱۶,۷	۱	۰	۰	۳۹-۳۰ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۹-۴۰ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۹-۵۰ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰,۶	۱	۰	۰	کلیه سنین

جدول ۴۳- توزیع فراوانی FMF (Familial Mediterranean fever) به تفکیک سن و

جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۹-۳۰ سال
۱,۲	۱	۱,۷	۱	۰	۰	۴۹-۴۰ سال
۱	۱	۰	۰	۳,۲	۱	۵۹-۵۰ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۸	۲	۰,۶	۱	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۴۴- توزیع فراوانی واریس پا به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۲,۲	۱	۰	۰	۷,۱	۱	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰	۰	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۴۵- توزیع فراوانی خار پاشنه به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۰	۰	۱,۷	۱	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۲	۲	۲,۹	۲	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۸	۲	۱,۲	۲	۰	۰	کلیه سنین

جدول ۴۶- توزیع فراوانی روماتیسم پالندرومیک به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۱,۲	۱	۰	۰	۳,۸	۱	۴۰-۴۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰	۰	۱,۴	۱	کلیه سنین

جدول ۴۷- توزیع فراوانی انگشت ماشه ای (trigger finger) به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴۰-۴۹ سال
۱	۱	۱,۴	۱	۰	۰	۵۰-۵۹ سال
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۶۰ سال به بالا
۰,۴	۱	۰,۶	۱	۰	۰	کلیه سنین

جدول ۴۸- توزیع فراوانی افراد نرمال به تفکیک سن و جنس

هر دو جنس		زن		مرد		گروه سنی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۵	۲	۳۳,۳	۲	۰	۰	۳۰-۳۹ سال
۱۱,۹	۱۰	۸,۶	۵	۱۹,۲	۵	۴۰-۴۹ سال
۷	۷	۸,۷	۶	۳,۲	۱	۵۰-۵۹ سال
۱۱,۱	۵	۱۲,۹	۴	۷,۱	۱	۶۰ سال به بالا
۱۰,۱	۲۴	۱۰,۴	۱۷	۹,۶	۷	کلیه سنین

جدول ۴۹- شیوع بیماری های روماتیسمی در جمعیت (قسمت ۱)

بیماری	استئوآرتريت	استئوآرتريت زانو	کمر درد مکانیکال	FMS	نرمال	ديسکوپاتي	ديسک کمر
شیوع در مرد	%۷,۷۲	%۶,۳۶	%۵,۴۵	۰	%۱,۶	%۰,۹	%۰,۶
شیوع در زن	%۱۷,۹	%۱۶,۵	%۸,۳۸	%۴,۶۷	%۳,۸۶	%۲,۵۳	%۱,۹
شیوع در هر دو	%۱۳,۲	%۱۱,۸	%۷	%۲,۵	%۲,۵	%۱,۶	%۱,۳

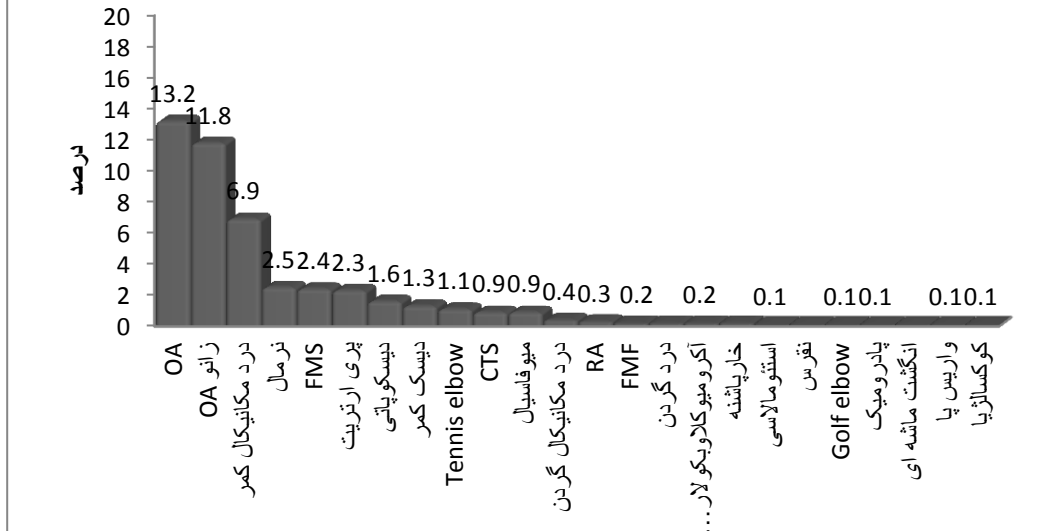
جدول ۵۰- شیوع بیماری های روماتیسمی در جمعیت (قسمت ۲)

بیماری	آرنج تنیس باز	کارپال تونل	پری آرتريت	میوفاسیال	درد مکانیکال گردن	روماتوئید آرتريت	FMF
شیوع در مرد	٪۰,۹	٪۰,۲	٪۲,۰۴	٪۰,۴	٪۰,۲	٪۰,۲	٪۰,۲
شیوع در زن	٪۱,۳	٪۱,۷	٪۲,۵	٪۱,۳۶	٪۰,۹۷	٪۰,۳۸	٪۰,۱۹
شیوع در هر دو	٪۱,۱۵	٪۱,۰۴	٪۲,۳	٪۰,۹۴	٪۰,۰۶	٪۰,۳	٪۰,۶





## شیوع بیماری های روماتیسمی



نمودار ۶- شیوع بیماری های روماتیسمی در جمعیت

**بحث:**

در این مطالعه تعداد ۲۹۹ بیمار (۳،۳۱٪) در شهر خامنه از بین ۹۵۳ نفر که با آنها مصاحبه و معاینه به عمل آمده بود، با شکایات موسکولواسکتال شناسایی و جهت تشخیص بیماری به فوق تخصص روماتولوژی ارجاع داده شدند. تعداد ۲۳۷ نفر از این بیماران جهت بررسی های ثانویه مراجعه کردند.

تعداد ۲۱۴ نفر (۵،۷۱٪) از بیماران طی ۷ روز گذشته شکایت موسکولواسکتال داشته اند و این امر در جمعیت برابر با ۲۲،۴٪ بود. شیوع شکایات موسکولواسکتال آمار شیوع شکایات روماتیسمی در مطالعه ی COPCORD تهران در سال ۱۳۸۶ (۴۱) با شیوع ۴۱،۹٪ و آمار Beijing چین با ۴۰٪ است. با این حال طبق گزارشات قبل (۴۱) شیوع شکایات روماتیسمی در ایران بالاترین رقم را در آسیا دارد.

شایعترین شکایت بیماران درد مفاصل بود و بیشترین مشکلات به ترتیب در مفاصل زانو، ستون مهره های کمری و شانه بود. این امر با یافته های مطالعه ی تهران (۴۱) و مشهد (۴۲) همخوانی داشت.

در اکثریت مطالعات COPCORD - که یکی از برنامه های WHO است و هدف آن تخمین شکایات و بیماری های موسکولواسکتال در کشورهای در حال توسعه می باشد- درد زانو و کمر شایعترین دردهای شناخته شده است.

در این مطالعه نیز مشابه اکثر مطالعات (۳۸،۴۱،۴۲)، زنان به میزان بیشتری دردهای موسکولواسکتال و بیماری های روماتیسمی را تجربه کرده اند.

در مواردی افرادی که در پرسشنامه از درد شاکمی بودند، در معاینه توسط روماتولوژیست هیچ یافته‌ای نداشتند. برای مثال میزان درد گردن گزارش شده توسط بیماران در این مطالعه ۶,۴٪ بود در حالی که تشخیص درد گردن در ۲,۵٪ موارد تایید شد.

بیشترین میزان شکایت در بین افراد با شکایت موسکولواسکتال از مفصل زانو بود (۶۲,۲٪) و در جمعیت مورد مطالعه ۱۹,۵٪ بود. شکایت درد زانو بیشتر از خشکی و تورم و درد با فشار بود و فراوانی آن در بین بیماران برابر با ۴۴,۵٪ و در جمعیت ۱۳,۹٪ بود. که این میزان به مراتب کمتر از شیوع آن در جمعیت مطالعه‌ی تهران (۲۵,۵٪) و Beijing چین (۴۱) بود. در مطالعه‌ی picavet و همکاران (۷) نیز درد شایعترین شکایت و مفصل زانو بیشترین مفصل درگیر بود. شیوع درد زانو در جمعیت مطالعه‌ی دواچی و همکاران که در مناطق روستایی اطراف تهران انجام گرفته بود، ۳۹,۲٪ بود که به مراتب بیشتر مطالعه‌ی ما بود (۳۸).

در این مطالعه ۲۵,۸٪ بیماران با شکایات موسکولواسکتال از درد کمر شاکمی بودند. شیوع درد در جمعیت مورد مطالعه ۸٪ بود. کل شکایات مربوط به مهره‌های کمری ۳۰٪ در بین بیماران و شیوع در جمعیت برابر با ۹,۴٪ بود. شیوع درد کمر در جمعیت‌های شهری مطالعه‌ی تهران (۲۱,۷٪)، استرالیا (۲۲٪) و اندونزی (۲۳,۳٪) بیشتر از این مطالعه بود (۴۱). هم چنین در مطالعه‌ی دواچی (۳۸) که در مناطق روستایی تهران بود میزان درد کمر بیشتر از بقیه‌ی مطالعات مذکور و برابر ۴۱,۹٪ بود. در مطالعه‌ی Woolf و همکاران (۸) میزان شکایات مربوط به درد کمر ۳۳٪ بود.

در مطالعه‌ی حاضر میزان شکایات مربوط به شانه و گردن در افراد با شکایات موسکولواسکتال به ترتیب ۱۵,۴٪ و ۶٪ بود. درد مربوط به شانه در جمعیت ۴,۸٪ بود. کل شکایات مربوط به شانه در بین بیماران ۱۹,۷٪ و در جمعیت ۶,۱٪ بود. این میزان مشابه مطالعه‌ی COPCORD تهران (۴۱) بود که شکایات مربوط به شانه و گردن به ترتیب ۱۹,۶٪ و ۸,۸٪

بود. هم چنین آمار مشابه در این مورد در مطالعات COPCORD استرالیا و اندونزی گزارش شده بود. در مطالعه ی Woolf (۸) میزان شکایات گردن و شانه روی هم رفته ۲۰٪ و در مطالعه ی دواچی (۳۸) مشکلات شانه ۲۲٪ و مهره های گردنی ۱۷،۹٪ گزارش شده بود.

بررسی شیوع بیماری های موسکولواسکتال در جمعیت شهرستان خامنه که وارد مطالعه شدند نشان از شیوع بالای استئوآرتریت (۱۳،۲٪)، استئوآرتریت زانو (۱۱،۷٪)، کمردرد مکانیکال (۷٪)، FMS در کنار دردهای psychologic (۲،۵٪)، دیسکوپاتی ها (۱،۶٪) و Tennis elbow (۱،۱۵٪) و پری آرتریت و CTS (هر کدام ۱،۰۴٪) بودند. در دیسکوپاتی ها دیسک کمر با (۱،۳٪) شیوع بیشتری نسبت به دیسکوپاتی گردن داشت.

شیوع OA در این مطالعه مشابه با مطالعه ی تهران (۱۵،۳۴٪)، شانگهای (۱۸٪) و هند (۱۸٪) و پاکستان (۱۵٪) بود (۴۱). در مطالعه ی دواچی (۳۸) که در مناطق روستایی تهران صورت گرفته بود شیوع OA در جمعیت برابر با ۲۲،۲٪ بود، که بیشتر از این رقم در منطقه ی خامنه است.

در مطالعه ی مشهد (۴۲) نیز OA در ۲۰،۹۵٪ مراجعین وجود داشت. در بین مطالعات خارج از کشور نیز OA شایعترین بیماری دژنراتیو مفاصل گزارش شده است. در مطالعه ی Woolf (۸) میزان OA در افراد بالای ۶۰ سال در مردان ۹،۶٪ و در زنان ۱۸٪ گزارش شد. این میزان در مطالعه ی ما برای افراد بالای ۶۰ سال در مردان ۷۸،۶٪ و در زنان ۶۷،۷٪ می باشد که بر خلاف مطالعات دیگر OA در مردها شیوع بیشتری دارد و بایستی علل شغلی و محیطی بررسی گردند. با این حال در این مطالعه نیز مشابه سایر مطالعات، در گروههای سنی پایین تر و در کل، زنان بیشتر از مردان مبتلا به OA هستند.

بیشترین میزان OA نیز در این مطالعه مشابه سایر مطالعات (۴۱،۳۸ و ۸) مربوط به مفصل زانو است. در مطالعه ی ما شیوع OA زانو ۱۱،۷٪ بود. این میزان در مطالعه ی دواچی (۳۸)

۱۹,۳٪، در مطالعه ی Lawrence (۶) شیوع OA زانو در افراد بالای ۴۵ سال در مطالعه ی Framingham برابر ۱۹,۳٪ و در Johnston county برابر ۲۷,۸٪ بود. در مطالعه ی NHANES III OA زانو در افراد بالای ۶۰ سال برابر ۳۷,۴٪ بود.

در مطالعه ی دهاقین و همکاران (۴۴) افزایش سن و زن بودن به عنوان عوامل خطر اصلی برای OA زانو مطرح شده اند. اضافه وزن و نسبت بالای دور کمر به دور باسن نیز دیگر ریسک فاکتورهای مطرح شده بودند.

در مطالعه ی Helmick و همکاران (۴۳) بیش از ۲۱٪ از افراد بالغ آمریکایی (۴۶,۴ میلیون نفر) آرتريت داشتند. بالغ بر ۱,۳ میلیون نفر (۲,۷٪) روماتوئید آرتريت داشتند. در مطالعه ی ما شیوع روماتوئید آرتريت ۰,۳٪ بود، در حالی که در مطالعات COPCORD تهران ۰,۳۳٪، هند ۰,۳۷٪ و استرالیا ۰,۷٪ بود (۴۱). در مطالعه ی دواچی (۳۸) این میزان برابر ۰,۱۹٪ بود. با این حال در مقایسه ی جمعیت های روستایی بین این مطالعه و مطالعه ی دواچی، میزان RA در خامنه بیشتر بود.

شیوع پری آرتريت در این مطالعه برابر ۲,۳٪ بود، و بیماری آرنج تنیس بازان (۱,۱۵٪) بیشترین شیوع را در بین پری آرتريت ها داشت. این میزان از پری آرتريت پایینتر از مطالعه ی تهران (۰,۴۵٪) (۴۱) بود ولی بسیار متفاوت با مطالعات کشور ویتنام (۰,۱۵,۴٪) بود (۴۱). فیبرومیالژیا بیماری دیگری بود که در این مطالعه (۰,۶,۸٪) بیشتر از مطالعات تهران (۰,۴۶٪)، هند (۰,۴۶)، کانادا (۰,۳,۳٪) و برزیل (۰,۲,۵٪) بود (۴۱ و ۴۵).

CTS نیز در این مطالعه (۰,۴,۲٪) بیشتر از مطالعه ی تهران (۰,۱,۲۷٪) است. در مطالعه ی Lawrence در ایالات متحده، CTS علامتدار در ۴-۱٪ مردان و ۵-۳٪ زنان مشهود است. در مطالعه ی حاضر در بین مردان این میزان ۰,۲٪ و در زنان ۱,۷٪ بود.

بیماری نقرس در مطالعه ی ما ۰,۴٪ شیوع داشت و این آمار پایین تر از آمار کشورهای مثل استرالیا (۱,۵٪) و اندونزی (۱,۶٪) و بالاتر از مطالعه ی تهران (۰,۱۳٪) بود (۴۱).

به هر حال این مطالعه بررسی اجمالی از شرایط یکی از شهرستان های آذربایجان شرقی را به دست می دهد و آمار به دست آمده نشان از بالا بودن میزان شکایات موسکولواسکتال و بیماری های روماتیسمی است. شناخت مناسب مشکلات موجود به تخمین بار بیماری در جامعه، انتخاب اقدامات مناسب پیشگیرانه و درمانی و استفاده صحیح از منابع یاری می دهد. با اطلاعات اپیدمیولوژیک به دست آمده، بایستی عللی از قبیل شرایط و نحوه ی زندگی ( life style) و تاثیر آن ها به صورت مستقل بر روی بیماری های موسکولواسکتال بررسی گردد.

## نتیجه گیری

این مطالعه که قسمتی از پروژه کوهرت ملی PERSIAN است و از پرسشنامه ی COPCORD استفاده شده است، در شهرستان خامنه در استان آذربایجان شرقی انجام گرفت.

بیشترین شکایات موسکولو اسکلتال در بین افراد، درد مفاصل بود. شایعترین مفاصل درگیر در افراد به ترتیب زانو، شانه و کمر بود.

بیشترین شیوع را در بین بیماری های روماتیسمی استئو آرتريت (OA) داشت و بیشترین مفصل درگیر، مفصل زانو بود. بعد از زانو به ترتیب مفاصل دست، گردن و هیپ با میزان برابری درگیر بودند.

بعد از OA درد مکانیکال کمر و FMS و دیسکوپاتی ها شایعترین بیماری های موسکولو اسکلتال این ناحیه بودند.



## پیشنهادات

- ❖ افزایش جامعه آماری مورد مطالعه
- ❖ بررسی تاثیر نحوه ی زندگی و شغل افراد بر میزان شیوع شکایات و بیماری های  
موسکولو اسکلتال
- ❖ در این مطالعه میزان OA ۲ تا ۳ برابر سایر بیماری ها بود. می توان با انجام مطالعاتی  
در این راستا علل منجر به این مشکل را مورد واکاوی قرار داد.
- ❖ تدوین برنامه ی مداخله ای در جهت آموزش در زمینه ی OA و پیشگیری از آن از  
طریق تغییرات در life style در افراد زیر ۳۰ سال و هم چنین ارائه ی برنامه های  
درمانی برای افراد درگیر

## منابع:

1. AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY AD HOC COMMITTEE ON CLINICAL GUIDELINES: for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum*39:1, 1996.
2. Avouac J et al. Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis:A systematic literature review.*Ann Rheum Dis* 65:845,2006.
3. Cush JJ et al . Evaluation of musculoskeletal complaints,in *Rheumatology .Diagnosis and Therapeutics*. Philadelphia ,Lippincott Williams and Wilkins,2005,pp3-20.
4. Hootman JM ,Helmick CG. Projection of US prevalence of arthritis and associated activity limitations.*Arthritis Rheum*54:226,2006.
5. Musculoskeletal Disorders (MSDs) in Great Britain:Published by the Health and Safety Executive V1 10/14, [www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal](http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal).
6. Reva C. Lawrence,1 David T. Felson,2 Charles G. Helmick,3 Lesley M. Arnold.Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States Part II. *ARTHRITIS & RHEUMATISM*. Vol. 58, No. 1, January 2008, pp 26–35.
7. H S J Picavet, J M W Hazes.Prevalence of self-reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003;62:644–650.
8. Woolf AD, Pfleger B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*, 81(9), 646-56.
9. Jalil SF, Arshad M, Bhatti A, Ahmad J, Akbar F, Ali S, et al. (2016). Review - Rheumatoid arthritis: What have we learned about the causing factors? *Pak J Pharm Sci*, 29(2), 629-45.
10. El Miedany Y. (2015). Co-morbidity index in rheumatoid arthritis: time to think. *Clin Rheumatol*, 34(12), 1995-2000.
11. van Tuyl LH, Lems WF, Boers M. (2014). Measurement of stiffness in patients with rheumatoid arthritis in low disease activity or remission: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*, 15:28.

12. Sarzi-Puttini P, Salaffi F, Di Franco M, Bazzichi L, Cassisi G, Casale R, et al. (2014). Pain in rheumatoid arthritis: a critical review. *Reumatismo*, 66(1), 18-27.
13. Hussain W, Noorwali A, Janoudi N, Baamer M, Kebbi L, Mansafi H, et al. (2016). From Symptoms to Diagnosis: An Observational Study of the Journey of Rheumatoid Arthritis Patients in Saudi Arabia. *Oman Med J*, 31(1), 29-34.
14. Bachmeyer C, Rein C, Georgin-Lavialle S. (2015). Extraarticular Manifestations of Rheumatoid Arthritis in Patients under Anti-tumor Necrosis Factor- $\alpha$  Treatment. *J Rheumatol*, 42(6), 1059.
15. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. (2010). 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*, 62(9), 2569-81.
16. Reynard LN. (2016). Analysis of genetics and DNA methylation in osteoarthritis: what have we learnt about the disease? *Semin Cell Dev Biol*, (in press).
17. Aigner T, Rose J, Martin J, Buckwalter J. (2004). Aging theories of primary osteoarthritis: from epidemiology to molecular biology. *Rejuvenation Res*, 7(2), 134-45.
18. Ehrlich GE. (2001). Erosive osteoarthritis: presentation, clinical pearls, and therapy. *Curr Rheumatol Rep*, 3(6), 484-8.
19. Binkiewicz-Glińska A, Bakula S, Tomczak H, Landowski J, Ruckemann-Dziurdzińska K, Zaborowska-Sapeta K, et al. (2015). Fibromyalgia Syndrome - a multidisciplinary approach. *Psychiatr Pol*, 49(4), 801-10.
20. Eich W, Häuser W, Arnold B, Jäckel W, Offenbächer M, Petzke F, et al. (2012). Fibromyalgia syndrome. Definition, classification, clinical diagnosis and prognosis. *Schmerz*, 26(3), 247-58.
21. McBeth J, Mulvey MR. (2012). Fibromyalgia: mechanisms and potential impact of the ACR 2010 classification criteria. *Nat Rev Rheumatol*, 8(2), 108-16.
22. Ghasemi-Rad M, Attaya H, Leshia E, Vegh A, Maleki-Miandoab T, Nosair E, et al. (2015). Ankylosing spondylitis: A state of the art factual backbone. *World J Radiol*, 7(9), 236-52.
23. Paramarta JE, De Rycke L, Ambarus CA, Tak PP, Baeten D. (2013). Undifferentiated spondyloarthritis vs ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: a real-life prospective cohort study of clinical presentation and response to treatment. *Rheumatology (Oxford)*, 52(10), 1873-8.

24. Schaeffer T. (1999). Ankylosing spondylitis. Etiology, diagnosis, prognosis, principles of treatment. *Rev Prat*, 49(16), 1791-6.
25. Stavropoulos PG, Soura E, Kanelleas A, Katsambas A, Antoniou C. (2015). Reactive arthritis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 29(3), 415-24.
26. Barnas JL, Ritchlin CT. (2015). Etiology and Pathogenesis of Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, 41(4), 643-63.
27. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. (2006). Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*, 54(8), 2665-73.
28. Yurdakul S, Hamuryudan V, Yazici H. (2004). Behçet syndrome. *Curr Opin Rheumatol*, 16(1), 38-42.
29. Hense S, Luque Ramos A, Callhoff J, Albrecht K, Zink A3,, Hoffmann F. (2016). Prevalence of rheumatoid arthritis in Germany based on health insurance data : Regional differences and first results of the PROCLAIR study. *Z Rheumatol*, (in press).
30. Di WT, Vergara F, Bertiller E, Gallardo ML, Gandino I, Scolnik M, et al. (2016). Incidence and Prevalence of Rheumatoid Arthritis in a Health Management Organization in Argentina: A 15-year Study. *J Rheumatol*, (in press).
31. Shamim R, Jan MD, Zafar U. (2015). Prevalence of rheumatoid arthritis in population with arthralgia presenting to a tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc*, 65(11), 1202-5.
32. Jamshidi AR, Tehrani Banihashemi A, Roknsharifi S, Akhlaghi M, Salimzadeh A, Davatchi F. (2014). Estimating the prevalence and disease characteristics of rheumatoid arthritis in Tehran: A WHO - ILAR COPCORD Study (from Iran COPCORD study, Urban Study stage 1). *Med J Islam Repub Iran*, 28, 93.
33. Plotnikoff R, Karunamuni N, Lytvyak E, Penfold C, Schopflocher D, Imayama I, et al. (2015). steoarthritis prevalence and modifiable factors: a population study. *BMC Public Health*, 15, 1195.
34. French HP, Galvin R, Horgan NF, Kenny RA. (2016). Prevalence and burden of osteoarthritis amongst older people in Ireland: findings from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Eur J Public Health*, 26(1), 192-8.
35. Tehrani-Banihashemi A, Davatchi F, Jamshidi AR, Faezi T, Paragomi P, Barghamdi M. (2014). Prevalence of osteoarthritis in rural areas of Iran: a WHO-ILAR COPCORD study. *Int J Rheum Dis*, 17(4), 384-8.

36. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. (2015). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One*, 10(9), 548-62.
37. Jones GT, Atzeni F, Beasley M, Flüß E, Sarzi-Puttini P, Macfarlane GJ. (2015). The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol*, 67(2), 568-75.
38. Davatchi F, Tehrani Banihashemi A, Gholami J, Faezi ST, Forouzanfar MH, Salesi M, et al. (2009). The prevalence of musculoskeletal complaints in a rural area in Iran: a WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, rural study) in Iran. *Clin Rheumatol*, 28(11), 1267-74.
39. Dean LE, Jones GT, MacDonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. (2014). Global prevalence of ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)*, 53(4), 650-7.
40. Exarchou S, Lindström U, Askling J, Eriksson JK, Forsblad-d'Elia H, Neovius M, et al. (2015). The prevalence of clinically diagnosed ankylosing spondylitis and its clinical manifestations: a nationwide register study. *Arthritis Res Ther*, 17, 118.
41. Davatchi F, Jamshidi AR, Tehrani Bani-Hashemi A, et al. Iran COPCORD study. In: APLAR 2004 Proceeding Book. Proceeding of the 11th Asia Pacific League of Associations for Rheumatology Congress; 2004:89-91.
۴۲. رضایی یزدی زهرا، اشراقی عمید، and نوری عباس. "بررسی تنوع بیماری های روماتیسمی در بیماران مراجعه کننده به واحد بیماری های روماتیسمی بیمارستان قائم (عج) مشهد." ۵۷-۴۸
43. Helmick, C. G., Felson, D. T., Lawrence, R. C., Gabriel, S., Hirsch, R., Kwoh, C. K., ... & Pillemer, S. R. (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part I. *Arthritis & Rheumatism*, 58(1), 15-25.
۴۴. دهاقین سعیده، طهرانی بنی هاشمی سیدآرش، فروزان فر محمدحسین، فائزی طاهره، نوراله زاده الهام، غلامی ژاله، برغمندی مژگان، and دواچی فریدون. "بررسی عوامل خطر استنوز آرتریت زنان، برنامه جامعه نگر کنترل بیماری های روماتیسمی (COPCORD). 721-728.
45. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999;26:1570-6.

