

بررسی شیوع آمپوتاسیون عضو در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بستری شده در بیمارستانهای شریعتی و امام خمینی تهران از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۳

باقر لاریجانی: استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم
محمدحسن باستان‌حق: استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم
محمد پژوهی: استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم
مژگان افشاری*: دستیار فوق تخصصی بیماریهای غدد درون‌ریز دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی
منصوره خانی: محقق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران
معصومه شجریان: محقق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از بیماریهای مزمن شایع با عوارض متعدد ناتوان کننده می‌باشد که تا اندازه زیادی این عوارض قابل پیشگیری و کنترل می‌باشند و از طرفی کنترل عوارض آن و به‌ویژه عوارض مربوط به پا، با صرف وقت و هزینه‌های بسیار همراه است.

روشها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی گذشته‌نگر، پرونده بیماران دیابتی بستری شده در بیمارستانهای امام خمینی و شریعتی تهران بررسی شد.

یافته‌ها: از بین ۱۰۱ بیمار (۵۶/۴٪ مرد و ۴۳/۶٪ زن) بستری شده به دلیل زخم پای دیابتی، در ۳۴/۷٪ موارد آمپوتاسیون انجام شده بود.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای آمپوتاسیون در بیماران مورد مطالعه، نشان‌دهنده نیاز به رسیدگی و برنامه‌ریزی مراقبتی بیشتر برای کاهش عوارض و عوامل خطرزای زخم پای دیابتی است.

کلیدواژه‌ها: پای دیابتی، آمپوتاسیون، دیابت قندی، عوارض

مقدمه

می‌گردد (۱، ۳) به طوری که علت بیش از ۵۰٪ قطع عضوهای غیرتروماتیک اندام پایینی را دیابت به خود اختصاص می‌دهد که البته این مسئله تا اندازه زیادی با کاهش عوامل خطر، آموزش بیماران، مراقبت از پا، درمانهای موضعی و جراحی عروق، قابل پیشگیری است (۵، ۶).

دیابت یکی از قدیمی‌ترین بیماریهای شناخته شده انسان است. بیماران دیابتی به دلیل عوارض متعدد نوروپاتی محیطی، عفونت و بیماری عروق محیطی مستعد مشکلات پا هستند (۱، ۲). این سه‌گانه (triad) به وقایع ناگهانی شامل گانگرن و قطع عضو منجر

* نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم، تلفن: ۸۰۲۶۹۰۲-۳
نمابر: ۸۰۲۹۳۹۹، پست الکترونیک: emrc@sina.tums.ac.ir

اکثر بیماران (۵۴/۴٪) برای ۲ تا ۴ هفته بستری شده بودند.

در ۲۲/۸٪ بیماران دبریدمان زخم، در ۱٪ آنها بازگردارسازی (revascularization) و در ۳۴/۷٪ آمپوتاسیون انجام گرفت (جدول ۱). میزان نیاز به آمپوتاسیون در بیمارانی که با تأخیر، گانگرن زخم و قند خون ناشتای بالا (بالاتر از ۱۴۰) در هنگام بستری، مراجعه کرده بودند به طور آشکاری بیشتر بود (p به ترتیب کمتر از ۰/۰۰۰۱، ۰/۰۱ و ۰/۰۱) ولی ارتباطی بین طول مدت ابتلا به بیماری دیابت و گانگرن وجود نداشت (p=۰/۸).

جدول ۱- نوع درمان در ۱۰۱ بیمار مبتلا به زخم پای دیابتی

نوع درمان	تعداد (%)
درمان نگهدارنده و آنتی بیوتیک	۹۲ (۹۳٪)
گچ گیری (casting)	۵ (۵٪)
دبریدمان	۲۳ (۲۲/۸٪)
رگ بازسازی (angioplasty)	-
بازگردارسازی (revascularization)	۱ (۱٪)
آمپوتاسیون	۳۵ (۳۴/۷٪)

بحث

زخم پای یکی از عوارض شایع دیابت است و نزدیک به ۵۰٪ قطع عضوها به دلیل دیابت می باشد که خود علاوه بر مرگ و میر و بیماری گینی (morbidity) بالا، هزینه بسیاری را به بیمار و جامعه تحمیل می کند؛ بنابراین توجه بیشتر به مسائل پای و درمان به موقع مشکلات آن ضروری به نظر می رسد. برای رسیدن به این هدف می باید به بیماران و دست اندرکاران بهداشت و درمان، آموزش های لازم را داد، افراد با خطر بالا را شناسایی نمود و اقداماتی برای کاهش عوامل خطرزا در این افراد انجام داد. عوامل خطرزا عبارتند از: زخم قبلی پا، سن بالا، بیماری عروق

خطر قطع عضو در بیماران دیابتی ۲۰-۱۵ بار بیشتر از افراد غیردیابتی است (۲، ۳، ۴) و بهبود وضعیت درمان بیماران و آموزش آنها باعث کاهش میزان قطع عضو به میزان ۴۰ تا ۵۰٪ شده است (۷، ۸).

روشها

این مطالعه به صورت توصیفی- تحلیلی انجام شد. پرونده بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی که طی سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۳ در بیمارستانهای امام خمینی و شریعتی تهران بستری شده بودند، جدا و داده های مربوط به سن، جنس، مدت ابتلا به دیابت و زخم پا، وجود سایر عوارض مزمن دیابت، مصرف سیگار، نحوه کنترل قند خون، وجود هیپرگلیسمی هنگام مراجعه، نیاز به آمپوتاسیون و طول مدت بستری از طریق پرسشنامه جمع آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در مجموع، ۱۰۱ بیمار (۵۶/۴٪ مرد و ۴۳/۶٪ زن) با میانگین سنی $59/86 \pm 11/97$ که متوسط طول مدت ابتلای آنها به دیابت $12/15 \pm 8/54$ سال بود، در مطالعه شرکت داده شدند. پیشینه ابتلا به پای دیابتی در ۳۰/۷٪ این بیماران و سابقه مصرف سیگار در ۲۷/۷٪ آنها وجود داشت. در هنگام مراجعه میانگین قند خون ناشتا $211/82 \pm 109$ بود. در معاینه ۶/۹٪ دفورمیتی انگشتان پا و ۲٪ تغییرات پای شارکو داشتند. در ۱۵/۸٪ بیماران نبض تیبیال پشتی و در ۱۶/۸٪ نبض دورسالیس پدیس قابل لمس نبود و ۴۹/۵٪ بیماران نیز هنگام مراجعه گانگرن داشتند. میانگین زمان مراجعه بعد از نخستین تظاهر زخم $9/76 \pm 17/98$ هفته بود. متوسط طول مدت بستری $3/8 \pm 3/23$ هفته بود و

محیطی، نوروپاتی و پیدایش تغییرات و دفورمیتی‌های ساختمانی پا، طول مدت ابتلا به دیابت، وجود سایر عوارض مانند رتینوپاتی و نفروپاتی، رعایت نکردن نکات بهداشتی و مراقبتی در مورد پاها و سیگار کشیدن. با کاهش عوامل خطرزا و کنترل قند و گوشزد نمودن نکات لازم در مراقبت از پاها، می‌توان احتمال پیدایش زخم جدید را از ۸۰٪ به ۱۸٪ کاهش داد که خود به‌طور قابل توجهی از میزان آمپوتاسیون خواهد کاست.

مآخذ

1. Levin ME. Pathogenesis and management of diabetic foot lesion. In: Levin ME, O'Neal LW, Bowker JH. *The Diabetic Foot*. Mosby; 1993. p 17-60.
 2. Birrer RB. Foot lesion in diabetic patients. In: Birrer RB, Dellacorte MP, Grisafi PJ. *Common Foot Problems in Primary Care*. Hanley & Belfus; 1998. p 147-60.
 3. Fryberg RG, Veves A. Diabetic foot infections. *Diabetes/Metabolism Reviews* 1996; 12: 255-70.
 4. van Houtum WH, Lavery LA, Harkless LB. The impact of diabetes-related lower-extremity amputations in The Netherlands. *Journal of Diabetes Complications* 1996; 10: 325-30.
 5. Spollett CR. Preventing amputations in diabetic populations. *Nursing Clinics of North America* 1998; 33: 629-41.
 6. Armstrong DG, Horkless LB. Outcomes of preventive care in diabetic foot specialty clinic. *Journal of Foot and Ankle Surgery* 1998; 37: 460-6.
 7. Apelqvist J, Bergqvist D, Eneroth M, Larsson J. The diabetic foot: optimal prevention and treatment can halve the risk of amputation. *Lakartidningen* 1999; 96: 37-41.
۸. لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرزانه. زخم پای دیابتی: تشخیص و درمان. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ۱۳۷۷؛ دوره ۱۶: ۱۹۳-۲۰۸.