شیوع پوکی استخوان و عوامل مرتبط با آن در زنان یاپه مستقیم گردان

به مرکز دانشیمری کردن

دکتر سیاک ابرکسیان، دکتر نسیبه، دکتر نسرن ابرکسیان

- متخصص پزشکی مهاجرتی، عضو هیئت علمی دانشگاه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردن (مؤلف مرکز)
- کارشناس ارشد آماده، عضو هیئت علمی دانشگاه بهداشت
- کارشناس ارشد بهداشت مطبیع، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردن

چکیده

زمینه و هدف: زنان یاپه به‌همراه جمعیت در معرض خطر پوکی استخوان اولیه هستند. این مطالعه شیوع پوکی استخوان و عوامل مرتبط با آن در زنان یاپه ارجاع داده به توان و نقش مفید پوکی استخوان در این مرحله را بررسی می‌نماید.

روش بررسی: این مطالعه یک بررسی توصیفی-تحلیلی بود. جمع‌آوری مدارک مطالعه کلیه زنان یاپه بدون سابقه قبلی پوکی استخوان و حدوداً 14122 نفر بود. اطلاعات از پزشکان مراجعه‌کننده که به روش مصاحبه حضوری از مراسمی به این مرکز نهاده شده بود استخراج گردیده‌اند. از کلیه پیامدهای استخوانی کرده (T-score) در دو ناحیه گردان استخوان ران و مهره‌های دوم و چهارم کمی به روش تابعی بر اساس مقیاس T (DXA) و تضمین و تشریح نتایج و معنی‌داری با دو گروه (WHO و امریکایی) به‌کارگرفته شد و با SPSS و روش آماری توصیفی و تحلیل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: متوسط سن زنان یاپه مورد بررسی 57±10/6 سال و متوسط وزن آنها 45/6±10/4 کیلوگرم و متوسط مدت یافته‌ها 6/3±8/8 بود. متوسط مقیاس T در مردان استخوان ران و مهره‌های کمی بین 0/118±1/3 و 1/196±1/0 بود. شیوع پوکی استخوان 6/29 درصد و 59/1 درصد بود. فقط 14/8 درصد از افراد مورد مطالعه تراکم استخوان مثبت داشتند. سن و مدت یافته‌ها هر دو با تراکم استخوان رابطه خوبی داشتند. پوکی استخوان با سن، مدت یافته‌ها و وزن، مصرف مواد غذایی حاوی الکل و عوارض زیستی، رابطه معنی‌داری داشت (p<0/01). داشتن سابقه شکستگی قبلی نیز با شیوع پوکی استخوان در گروه میزان رابطه منفی داشت (p<0/01).

نتیجه‌گیری: در زنان یاپه مورد بررسی شروع بود پوکی نسبی در زنان یاپه حس واقع شده که شیوع آن در این بررسی تقریباً مشاهده کردیم. این نتایج با اثرات محیطی مشابه با اکثر کشورهای دیگر تا به این اختلاف بین شیوع و مناسبی از توصیه می‌شود به مصرف بیشتر لبنیات، داشتن فعالیت‌های ورزشی و تجویز داروهای مناسب در جهت کاهش شیوع پوکی، تقویت ایده‌ها و عوارض آن اقدامات جدی برای انجام نمود.

کلمات ورودی: یاپه، استخوان، استخوان، پوکی استخوان، تراکم استخوان

مقدمه

پوکی استخوان یاپه نتیجه سایر عوامل بیماری متابولیک است. شایعترین عوامل جدی این بیماری شکستگی مهره‌ها و گردان استخوان‌های به‌سیاب قرار دارند. در 20

پوکی استخوان شایعترین بیماری متابولیک

استخوان، استخوان، پوکی استخوان، تراکم استخوان

پوکی استخوان یاپه نتیجه سایر عوامل بیماری متابولیک است. شایعترین عوامل جدی این بیماری شکستگی مهره‌ها و گردان استخوان‌های به‌سیاب قرار دارند. در 20


روش بررسی

این بررسی یک مطالعه توصیفی تکلیفی بود. جامعه مورد مطالعه کلیه زنان پاسخگو بود که در سالهای 1382 و 1383 جهت سنجش تراکم استخوان به مرکز دانشگاهی کرددستان در شهر سنندج ارجاع داده شدند. بودند. پاسخگویان به صورت قطع کلی استخوان وسیله نمایشگر (نظیر فیلیکول) در نظر گرفته شد. در موارد مشکوک بیا بودن سطح هورمون محور مینیان (FSH) بودن زنان پاسخگو به تحت درمان استیوتوروز یا هورمونهای استروژنی بودند که سابقه مصرف این داروها را داشتند از مطالعه حذف شدند. همچنین کلیه پیامن همسانی، شناخته شده که میثلا به حداکثر یک پیامن مستند کننده پوکی استخوان بودند (پوکی استخوان ثانویه) از بررسی حذف شدند. حجم نمونه 5 نفر و روش نمونه‌گیری بصورت سرشماری از کلیه زنان پاسخگو ارجاع داده شد به مرکز فوق الذکر بود. اطلاعات مورد نیاز پویش پرستنده‌ای که قبالا به روش مصاحبه حضوری با تمام مراجعین تکمیل گردیده بود، جمع‌آوری شد. میزان مصرف کلسیم بر اساس مصرف ناشی از کلسیم شیر با مامای میزان کمتر از یک لیوان، یک تا دو لیوان و بیشتر از دو لیوان به شکل مصرف کم، متوسط و بیشتر تقسیم شدند. میزان فعالیت‌های افزایش یافته بر اساس معیار حداکثر سه روز در هفته و هر جلسه حداکثر نسبتاً سوز ورزش و پیاده رفتن شنا و ورزش‌های دیگر به دو گرو دوی و دو گرو دوی و فعالیت بدنی مناسب ممکن استخوان در تمام پیامن دانست‌شماری بروخا *DXA* پویش دستگاه **Norland**

**DXA: Dual X-ray Absorptiometry**

*نتیجه تراکم استخوان فرد به تراکم استخوان یک فرد جوان بکار می‌رود: چنین یک T-score*
ماه و حداکثر ۳۵ سال) بود. ۲۷/۵ درصد از این زنان کمتر از ۵ سال، ۲۲ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال، ۱۷ درصد بین ۱۰ تا ۱۵ سال و ۲۸/۵ درصد بیش از ۱۵ سال از یافته‌گران آنها گذشته بود. متوسط مقیاس T در گروه استخوان ران در جمعیت مورد مطالعه ۱/۸۳±۱/۸ تعداد ۰/۲۷ و حداکثر ۱/۲۳ از ۲/۸۴ (حداقل ۰/۱۵ تا حداکثر ۰/۱۵) بود.

استیوپوروز در نظر گرفته شدن در ۳۰/۸ درصد زنان در ناحیه گردین استخوان ران لازم بود. ۳۷/۹ درصد استوپین در ناحیه داشتن استیوپوروز و ۱۷ درصد استیوپوروز در ناحیه مهدی گردن استخوان ران و ۵/۶ درصد استوپین داشتن شیوع کلی استوپوروز در ۳۴/۲ درصد و شیوع کلی استوپین در ۶۹/۸ درصد بود. فقط ۱۴/۲ درصد از زنان یافته‌گران مورد بررسی در هر دو ناحیه گردین استخوان ران و مهره‌های کمربی تراکم استخوان طبیعی داشتند.

جدول ۱: متوسط مقیاس T گردین استخوان ران و مهره‌های کمربی بر اساس سن و مدت یافته‌گران

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن (سال)</th>
<th>متوسط مقیاس T</th>
<th>Pvalue</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; ۵۰</td>
<td>-۱/۱۵±۱/۳۵</td>
<td>&lt;۱/۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۵۰ - ۶۰</td>
<td>-۱/۱۱±۱/۱۱</td>
<td>&lt;۱/۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ ۶۰</td>
<td>-۲/۹۵±۱/۹۵</td>
<td>&lt;۱/۰۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>مدت یافته‌گران (سال)</th>
<th>متوسط مقیاس T</th>
<th>Pvalue</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; ۵</td>
<td>-۱/۱۵±۱/۲۱</td>
<td>&lt;۱/۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ ۵ - ۱۰</td>
<td>-۱/۱۱±۱/۲۱</td>
<td>&lt;۱/۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ ۱۵</td>
<td>-۲/۹۵±۱/۹۵</td>
<td>&lt;۱/۰۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ساخت آمریکا در دو ناحیه گردین استخوان ران و مهره‌های دوم تا چهارم کمری انجام شد. نتایج پس از محاسبه BMD (T-score) با بسته BMD به‌طور متوسط مقیاس T در گروه استخوان ران در جمعیت مورد مطالعه ۱/۸۳±۱/۸ تعداد ۰/۲۷ و حداکثر ۱/۲۳ از ۲/۸۴ (حداقل ۰/۱۵ تا حداکثر ۰/۱۵) بود.

بینونای تراکم استخوان طبیعی، ۱< T-score< ۲/۵ بینونای T-score< ۲/۵ بینونای استوپین و ۰/۲< T-score< ۲/۵ بینونای استوپوروز در نظر گرفته شدن (۱).

کلیه داده‌های مربوط به متغیرهای مطالعه وارد نرم‌افزار SPSS شدند و سپس با روش‌های آمار آماری (فاصله نسبی و مطلق، میانگین و انحراف میانگین) و همچنین (فیسیون و T-test) و تحلیل ANOVA و تحلیل (در گروه‌بندی و تحلیل فاراگنفته) وارد نیاورد.

یافته‌ها

متوسط سن زنان مورد مطالعه ۷/۸±۵/۷ سال (حداقل ۲۹ و حداکثر ۷۹ سال) بود. ۱۲/۱ درصد از این زنان کمربی از ۵۰ سال، ۵۳/۲ درصد بین ۵۰ تا ۶۰ سال و ۳۳/۸ درصد بین ۶۱ و ۷۹ سال سن داشتند. متوسط مدت یافته‌گران در جمعیت مورد مطالعه ۱/۳±۱/۱ سال (حداقل ۳).
نمودار ۱: نمودار رگرسیون خطي بين سن و تراكم استخوان گردن ران بر حسب مقیاس T

شيوع استئوبوروز در زنان کمتر از ۵۰ سال و (r=0.44) (نمودار ۱). نشان داد. اين رابطه به شکل خطي بود (p=0.001) و زنان بين 60 تا 69 سال (۱۹٪) درصد بودند. آزمونهای آماری رابطه معنی‌دار را بین سن و تراكم استخوان گردن ران را تأیید نکردند.

نمودار ۲: نمودار رگرسیون خطي بين سن و تراكم استخوان مهره‌های کمربین مقياس T

راباطه‌ای معنی‌دار وجود داشت. این رابطه به شکل خطي بود (p=0.003 و r=0.7). (نمودار ۲). تراكم استخوان در زنان از 50 سال و در زنان بين 60 تا 69 سال (۱۹٪) درصد بودند. بین سن و تراكم استخوان مهره‌های کمربین مقياس T بين مدت یا نسگی و تراكم استخوان ران رابطه‌ای معنی‌دار وجود داشت. این رابطه شکل خطي بود (p=0.001 و r=0.41) (نمودار ۳).
نمودار 3: نمودار رگرسیون خطي بین مدت پانسگي و تراکم گردن استخوان را ن بر اساس مقياس T

رابطه بین مدت پانسگی و تراکم استخوان‌های مهره‌های کمری معنی‌دار بود. این رابطه از نوع خطی بود (F(1, 27) = 22.10/0.000) (نمودار 4).

نمودار 4: نمودار رگرسیون خطي بین مدت پانسگي و تراکم استخوان مهره‌های کمری بر اساس مقیاس T

جهت 2 متوسط مقیاس T گردن استخوان را و مهره‌های کمری را بر اساس وزن و میزان مصرف کلسیم نشان می‌دهد. شروع استروپوروز گردن استخوان را و مهره‌های کمری در زنان که کمتر از 58 کیلوگرم وزن داشتند بترتیب 54/2 درصد و 40 درصد بود در حالی که شروع استروپوروز در این دو ناحیه در زنان که بیش از 88 کیلوگرم وزن داشتند بترتیب 33/8 درصد و 10/2 درصد بود. آزمون‌های آماری رابطه معنی‌دار بین وزن و تراکم استخوان را در هر دو ناحیه فوق ال‌ذکر تأیید کردن (플0.05).
جدول ۲: متوسط میزان T گردن استخوان ران و مهره‌های کمرب اساس وزن و میزان مصرف مواد غذایی حاوی کلسیم

<table>
<thead>
<tr>
<th>مهره‌های کمرب</th>
<th>متوسط میزان T گردن استخوان ران</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 58</td>
<td>1/17 + 0/94</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 58</td>
<td>1/17 + 0/94</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pvalue</strong></td>
<td>0.001</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳: متوسط میزان T گردن استخوان ران و مهره‌های کمرب اساس فعالیت‌های فیزیکی مناسب و سابقه شکستگی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سابقه شکستگی</th>
<th>متوسط میزان T گردن استخوان ران</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>دارد</td>
<td>1/20 + 0/14</td>
</tr>
<tr>
<td>ندارد</td>
<td>1/20 + 0/14</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pvalue</strong></td>
<td>0.003</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در گردن استخوان ران در زنانی که فعالیت‌های فیزیکی کافی نداشتند، اطلاعاتی در مورد مصرف مواد غذایی حاوی کلسیم در جد رصد 6/22 و 1/22 در مورد میزان مصرف مواد غذایی حاوی کلسیم می‌کردند. بین میزان مصرف کلسیم و تراکم استخوان در هر دو ناحیه فوق رابطه معنی‌داری وجود داشت.

در این بررسی ۶۲ درصد از زنان پایه از نظر مصرف مواد غذایی حاوی کلسیم در جد کم، ۴۸/۵ درصد حد متوسط و ۲۸/۵ درصد در حد زیاد مصرف می‌کردند. بین میزان مصرف کلسیم و تراکم استخوان در هر دو ناحیه فوق رابطه معنی‌داری وجود داشت.

در گردن استخوان ران و مهره‌های کمرب اساس فعالیت‌های فیزیکی مناسب و سابقه شکستگی نشان می‌دهد. فقط ۴۸ درصد زنان پایه‌های مورد بررسی فعالیت‌های فیزیکی مناسب و سابقه شامل شکستگی و سابقه شکستگی درد نداشتند. شروع استوپوروز در این ناحیه در زنانی که فعالیت‌های کافی نداشتند ۱۸/۸ درصد و در زنانی که فعالیت‌های کافی داشتند فقط ۹ درصد بود.

یک نکته دیگر در این بررسی است که در زنانی که فعالیت‌های کافی نداشتند درصدی بیشتری از زنانی که فعالیت‌های کافی داشتند داشتند. یک نکته دیگر در این بررسی است که در زنانی که فعالیت‌های کافی نداشتند درصدی بیشتری از زنانی که فعالیت‌های کافی داشتند داشتند.
چه رابطه معنی‌داری بین سابقه شکستگی و تراکم استخوان مهره‌های کمربندی داشته باشد؟

استخوان در مهره‌های کمربندی در زنان که سابقه شکستگی داشتن شایع‌تر از زنانی که سابقه شکستگی نداشته‌اند (6) استخوان در بزرگی 14/8 درصد از زنان باشند مورد بررسی تراکم استخوان طبیعی داشتند. در بررسی پژوهشی و کمیالی، زنان داده شده که حداکثر 70 درصد از زنان بیش از 50 سال ایرانی کاهش تراکم استخوان دارند (6). شیوع استخوان استریپوز در بررسی ما 37/4 درصد بود که از شیوع استخوان در زنان پایه آمریکایی (40 درصد) و کانادایی (15/8 درصد) بیشتر بود (4) و با مطالعه‌ای که توسط سلطانی و خالق نژاد در تهران صورت گرفته بود تقریباً هم‌هزینی داشت. در این مطالعه شیوع استخوان در زنان تهرانی با متوسط سن 57/4 بر اب 72/8 درصد گزارش شده بود (7).

شیوع استخوان در ناحیه‌های استخوان ران در این بررسی 20/8 درصد بود که کمتر از بررسی‌های انجام شده در عربستان سعودی (5/4/11 درصد) و بررسی‌های انجام شده در مکزیک (8/6/4) درصد، شیلی (9/7/4/3) درصد، تایلند (1/1/11/6/9/275) درصد، سوئد (12) درصد، ایرلند (14/12) درصد و کانادا (14/7/6/9) درصد بود. شیوع استخوان در مهره‌های کمربندی در بررسی ما (17) درصد کمتر از عربستان سعودی (5/4/11 درصد)، شیلی (9/7/4/3) درصد، تایلند (1/1/11/6/9/275) درصد، سوئد (12) درصد، ایرلند (14/12) درصد و کانادا (14/7/6/9) درصد بود.

تعداد زنان باشند که از معرض ناهنجاری بوده باشند برای بیشترین شیوع استخوان در هر دوره ناهنجاری گروند استخوان ران و مهره‌های کمربندی در زنان باشند با وزن کمتر از 50 کیلوگرم بطور معنی‌داری بیشتر از زنان با وزن بیش از 50 کیلوگرم بود. این نتایج با بررسی صداهات و سطح‌های وزن کمتر از 75 کیلوگرم را در زنان باشند که احتمال بیش از 50 کیلوگرم را در وزن بیش از 50 کیلوگرم را می‌تواند. این نتایج با نظریه استخوان در هم‌قاتی داشتن شایع‌تر از زنانی که سابقه شکستگی داشتن باشد، هم‌هاهنگی داشتن استخوان با BMI (17) کوچک‌تر جهت و پایین بودن BMI بعنوان یک عامل

رابطه بین سن بعنوان یک عامل خطر اصلی با پوکی استخوان در این بررسی تأیید شد. در بررسی‌های پوکی استخوان با آفسیس سن بطور خطی افزایش می‌یافت. در این بررسی بین پوکی استخوان و شیوع استخوان در سال‌های 10 سال اول بعد از پاکسی Lee و Yoon رابطه معنی‌داری مداوم شده شد. در بررسی نیز مدت پاکسی بعنوان یک عامل خطر مستقل برابر پوکی استخوان اثبات شده بود (16). لذا بنا بر می‌رسد نمونه‌های استریپوزی جاگذاری که می‌تواند این عوامل‌های تأثیرگذار در سال‌هایی اول بعد از پاکسی که کاهش توده استخوانی شدیدتر است در صورتی که معنی‌دار نداشته باشند روش مناسب نسبتاً کم‌هزینه‌ای برای پیشگیری از پوکی استخوان می‌باشد.

در این بررسی شیوع استخوان در هر دوره ناهنجاری گروند استخوان ران و مهره‌های کمربندی در زنان باشند با وزن کمتر از 50 کیلوگرم بطور معنی‌داری بیشتر از زنان با وزن بیش از 50 کیلوگرم بود. این نتایج با بررسی صداهات و سطح‌های وزن کمتر از 75 کیلوگرم را در زنان باشند که احتمال بیش از 50 کیلوگرم را می‌تواند. این نتایج با نظریه استخوان در هم‌قاتی داشتن شایع‌تر از زنانی که سابقه شکستگی داشتن باشد، هم‌هاهنگی داشتن استخوان با BMI (17) کوچک‌تر جهت و پایین بودن BMI بعنوان یک عامل
نتایج گیری
یوکی استخوان در زنان یا یکان مورد بررسی شده است. هدف اصلی اصلی مسئولیت مصرف کافی مواد غذایی از زمان یا یکان مورد بررسی به کمک مصرف کافی مواد غذایی به ترتیب رابطه مصرف و استخوان بررسی شده است. 

شیوع استخوان در در حد بالا بود تیلوک در زنان یا یکان مورد بررسی در یک انرژی توده پایین‌تر استخوانی در سنی بالا است خاصیت یکی از زنان یا یکان مورد بررسی است. وجود رابطه مصرف کافی مواد غذایی کاملاً در یک انرژی که در مطالعه یکی از افراد سطحی و نهایی به منظور انتخاب شده بود هم‌چنین داشته است. (18) بنابراین توصیه می‌شود آموزش در زمانه مصرف بیشتر مواد غذایی حاوی کلسیم در سطح جامعه مورد توجه قرار گیرد.

شیوع استخوان در در حد بالا بود تیلوک در زنان یا یکان مورد بررسی شده است. 

References


6. پژوهشی محمد، خالق زنده، سلطنتی مجنی، برقی، برقی؛ سلطنتی مجنی، کاربرد نواحی آنتوپیک متفاوت در غربالگری استرپوروز و مقایسه آن با مراحل جراحی بهداشت. پایش، فصلنامه پژوهشگاه علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، 1383، دوره 3، زمستان، صفحات: 77-94.


17. صداقت مجنی، سلطنتی اکبر، حمیدی زهره، همیه ایمان، آرامی باقر، ایجاد بنک سیستم برای غربالگری استرپوروز. پایش، فصلنامه پژوهشگاه علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، 1383، دوره 3، زمستان، شماره 1، صفحات: 77-94.

18. سلطنتی اکبر، آرامی باقر، صداقت مجنی، ایمان حسین، حمیدی زهره؛ شناز زهیدی. بررسی عوامل خطر ساز استرپوروز در زنان با ناحیه جلوک، 1381، دوره 5، شماره 9، صفحات: 82-86.
