

بررسی عوارض طولانی مدت ناشی از قطع اندام تحتانی در جانبازان جنگ تحمیلی استان گلستان

حسین حقیقی^۱، رقیه بای^{۲*}

۱) پزشک عمومی، معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان گلستان،

۲) کارشناس ارشد ارتز-پروتز بنیاد شهید و امور ایثارگران استان گلستان

*نویسنده پاسخگو: گلستان، گرگان، میدان کاخ، بنیاد شهید و امور ایثارگران استان گلستان، معاونت بهداشت و درمان

Email: roghayebay@yahoo.com

چکیده

مقدمه: فقدان اندام پدیده‌ای است که سبب کم‌توانی در افراد دچار این عارضه می‌گردد. معمولاً در درمان مجروحین جنگی نیاز به قطع اندام ایجاد می‌شود و اکثر افراد قطع عضو از دردهای مزمن ثانویه ناشی از آن رنج می‌برند. در حال حاضر اطلاعات زیادی در مورد شیوع انواع دردها بعد از قطع اندام تحتانی در دسترس نمی‌باشد در حالی که شناخت هرچه بیشتر از عوامل دخیل در تجربه‌ی دردهای مزمن افراد قطع عضو می‌تواند سبب دستیابی به درمان‌های بهتر و جدید شود. هدف: هدف از این مطالعه بررسی کم و کیف دردهای ناشی از قطع اندام تحتانی در جانبازان جنگ تحمیلی می‌باشد. مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده و به روی ۳۴ نفر از جانبازان مرد با قطع یک‌طرفه اندام تحتانی تحت پوشش بنیاد شهید استان گلستان انجام گرفت. روش جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نسخه فارسی پرسشنامه Prosthesis Evaluation Questionnaire بوده که البته روایی و پایایی آن به زبان انگلیسی مورد تأیید قرار گرفته است. یافته‌ها: تمامی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه حداقل از یکی از انواع دردهای ثانویه ناشی از قطع عضو رنج می‌بردند. ۹۱.۲٪ افراد از حس خیالی و ۸۶٪ از درد خیالی رنج می‌بردند. ۸.۸٪ افراد هیچ‌گونه دردی در اندام باقی‌مانده خود نداشتند. ۸۸.۲٪ افراد نیز درد در اندام سمت مقابل خود را در ۴ هفته گذشته گزارش کردند. ۸۸.۲٪ نیز تجربه کم‌درد را طی ۴ هفته گذشته داشته‌اند. نتیجه‌گیری: طبق نتایج مطالعه حاضر، بیشترین دردهایی که در آمپوتیه‌های اندام تحتانی دیده می‌شود به ترتیب حس خیالی، درد در اندام باقیمانده، درد اندام سمت مقابل و کم‌درد و درد اندام خیالی بود.

کلید واژه: قطع اندام تحتانی ناشی از جنگ، دردهای مزمن ثانویه، پرسشنامه ارزیابی پروتز

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۳۱

مقدمه

فقدان اندام، پدیده‌ای است که سبب کم‌توانی در افراد دچار این عارضه می‌شود و تقریباً ۱.۲ میلیون نفر آمریکایی به این ناتوانی دچار هستند. (۱) معمولاً در درمان مجروحین جنگی نیاز به قطع اندام، ایجاد شود. (۲) اکثر افراد قطع عضو، از دردهای مزمن ثانویه ناشی از آن رنج می‌برند. (۱)

دردهای مزمن و همیشگی می‌تواند منجر به محدودیتهایی در عملکردهای روحی و جسمی افراد قطع‌عضو شود. به‌طوری که اکثر افراد قطع عضو، بیشتر از دردهای ناشی از قطع اندام شاکی هستند تا خود عارضه قطع اندام. این دردهای مزمن شامل درد اندام خیالی، حس اندام خیالی، درد اندام باقی‌مانده، درد اندام سمت مقابل، کمر درد، ناتوانی در عملکردها و مشکل در یافتن شغل می‌باشد. میزان ناتوانی در افراد قطع عضو با درد، نسبت به آن‌هایی که دردی ندارند، خیلی بیشتر گزارش شده‌است. (۱) در اغلب مقالات پیرامون قطع اندام، بیشتر درد اندام خیالی و درد اندام باقیمانده مورد بررسی قرار گرفته است. (۳) شیوع درد خیالی میان افراد قطع عضو، از ۰.۵ تا ۱۰۰٪ گزارش شده‌است. این تفاوت قابل ملاحظه، عمدتاً بدلیل تفاوت در روش مطالعه و جمعیت مورد مطالعه است. استفاده از روش‌های جدید و بهتر در مطالعات اخیر، نشان می‌دهد که تا حدود ۸۵٪ افراد تجربه‌ای از درد خیالی را دارند (۳) Hirsh و همکاران نیز در بررسی تأثیر جنسیت بر درد و عملکرد روحی افراد دچار قطع عضو گزارش کردند که درصد بیشتری از مردها نسبت به زن‌ها از درد اندام خیالی رنج می‌برند. در مورد درد اندام باقی‌مانده، نرخ میانگین شدت درد اندام خیالی و شدت درد اندام باقی‌مانده، تفاوتی میان دو جنس وجود نداشت. در این مطالعه هیچ‌گونه تفاوت جنسی مهمی در مورد دردهای مربوط به قطع اندام، به دست نیامد. (۱۰) در مطالعه‌ای دیگر پیرامون دردهای مزمن، Smith و همکارانش دریافتند که ۹٪ افراد، در طول ۴ هفته گذشته، هیچ‌گونه دردی نداشتند. نیمی از آن‌ها (۴۷٪) یا درد خیالی یا درد اندام باقی‌مانده و کمر درد را تجربه کرده بودند. در افرادی که ۲ سال از قطع عضو آن‌ها می‌گذشت، شیوع درد خیالی ۸۵٪ و شیوع درد اندام باقی‌مانده ۱۰٪ تا ۱۳٪ گزارش شده‌بود. این میزان حدود ۵۵٪ تا ۷۶٪ در افرادی که مدت بیشتری از قطع عضو آن‌ها می‌گذشت، بدست آمده‌بود. (۴) در مطالعه مشابه دیگری نیز ۵۲٪ تا ۷۱٪

افراد قطع عضو از کمر درد شکایت داشتند. (۱) علاوه بر شیوع، توالی، تداوم، شدت و توضیحات زبانی از ویژگی‌های مورد توجه درد و اندام خیالی هستند. معمولاً در مطالعه ویژگی‌های درد اندام خیالی، از روش‌های غیراستانداردی استفاده می‌شود که مقایسه با سایر انواع درد را مشکل می‌کند. درد اندام خیالی معمولاً بصورت متناوب و با شدت متوسط گزارش می‌شود بعد از درد اندام خیالی، درد اندام باقی‌مانده، هم‌چنان ماه‌ها و یا سال‌ها بعد از قطع عضو، در افراد باقی می‌ماند. (۳)

در مطالعه‌ای طولانی مدت، شیوع درد اندام باقی‌مانده ۲۲٪ در ۶ ماه و ۲۱٪ در دوسال بعد از قطع عضو گزارش شده‌است. در مطالعات مشابه دیگر، حدود ۱۰٪ تا ۲۵٪ بدست آمده‌است. در تازه ترین نظرسنجی میزان درد اندام باقی‌مانده ۵۶٪ بوده‌است. (۳) Kratz و همکاران، متغیرهای درد، روحی و اجتماعی را بین دو گروه افراد قطع عضو تروماتیک و غیرتروماتیک در سال اول بعد از قطع اندام، دریافتند که علیرغم تفاوت در مشخصات دموگرافیک و وضعیت افراد قبل از قطع اندام، تفاوت‌های کمی در متغیرهای مطالعه در دو گروه وجود دارد. یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که در افراد با قطع اندام به علت تروماتیک تغییرات عمده در سال اول بعد از قطع اندام ایجاد می‌شود. (۱۱)

هم‌چنین افراد با قطع اندام تحتانی، الگوهایی از راه رفتن را برای تطابق با پروتز خود، ایجاد می‌کنند که این امر سبب ایجاد دردهای دیگر مثل کمر درد، درد مفصل ران، درد در پای مقابل می‌شود. (۳)

در بررسی کیفیت زندگی افراد با قطع اندام تحتانی طی دوره توانبخشی و سه ماه بعد از آن، مشخص شد که در صورت دریافت برنامه توانبخشی، کیفیت زندگی افراد، در طول دوره توانبخشی در مرکز توانبخشی و سه ماه پس از ترخیص از مرکز، در سطح بالایی باقی می‌ماند. (۱۲) هم‌چنین طبق مطالعات بیماران مبتلا به آسیب‌های تیپا از جمله قطع زیر زانو، درجات متفاوتی از مشکلات بلند مدت در کیفیت زندگی خود گزارش کردند که آگاهی از این اطلاعات در انتخاب روش درمانی مناسب برای بیماران مفید بوده و البته شرکت خود بیمار در روند درمان بسیار حائز اهمیت است. (۱۳)

در حال حاضر، اطلاعات زیادی در مورد شیوع انواع درد بعد از قطع اندام تحتانی در دسترس نیست. از سوی دیگر شناخت هر چه بیشتر از عوامل دخیل در تجربه دردهای

متغیرهای مطالعه درد اندام خیالی، حس اندام خیالی، درد اندام باقیمانده، درد در اندام سمت مقابل و کمردرد بودند که در جهت بررسی متغیرها اطلاعات مربوط به شدت، طول کشندگی، شیوع و میزان آزاردهندگی هر یک جمع‌آوری گردید. حس درد در اندام از دست‌رفته را درد خیالی و وجود حواس گوناگون نظیر حس لامسه در اندام خیالی، حس خیالی تعریف می‌شود. به قسمتی از اندام قطع شده که هنوز از لحاظ فیزیکی وجود دارد اندام باقی‌مانده گفته می‌شود. پرسش‌های مربوط به دفعات متغیرها و طول کشندگی آن‌ها، دارای ۷ گزینه هستند که به گزینه اول نمره صفر و به گزینه هفتم نمره شش تعلق می‌گیرد. در بررسی شدت و میزان آزاردهندگی متغیرها، افراد بسته به پاسخ خود علامتی را بر روی خطی به طول ۱۰۰ میلی‌متر مشخص نمودند. نقطه صفر، به معنی عدم وجود متغیر و نقطه ۱۰۰ به معنی حداکثر میزان متغیر می‌باشد.

در بررسی آماری مطالعه، با استفاده از آمار توصیفی میزان هر یک از متغیرها، بصورت درصدی از کل جامعه مورد مطالعه، تعیین گردید. میانگین مربوط به هر متغیر در دو گروه زیرزانو و بالای‌زانو و نیز در کل جامعه بیان شد. جهت مقایسه متغیرها، بین افراد زیرزانو و افراد بالای‌زانو، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

تمامی ۳۴ فرد شرکت‌کننده در این مطالعه مرد بوده که در این میان ۲۰ نفر (۵۸٪) قطع زیرزانو ۱۴ نفر (۴۲٪) قطع بالای‌زانو بود. مدت استفاده از پروتز در کل جامعه ۱۶۶۱ سال بوده است که تقریباً در دو گروه یکسال بوده‌است. جدول یک مشخصات توصیفی افراد را نشان می‌دهد.

جدول ۱: مشخصات توصیفی در دو گروه

سطح قطع عضو (تعداد)		تأهل (تعداد)		اشتغال (تعداد)		تحصیلات (تعداد)				میانگین مدت استفاده از پروتز (به سال)	
زیر زانو	بالای زانو	مجرد	متأهل	شاغل	بیکار	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	دانشگاهی	زیر زانو	بالای زانو
۲۰	۱۴	۱	۳۳	۱۲	۲۲	۷	۶	۱۷	۴	۱۶،۱۴	۱۷،۰۸

مزمّن افراد قطع عضو، می‌تواند منجر به درمان‌های بهتر و جدیدتر شود. (۱) بنابراین هدف اولیه از این مطالعه، بررسی، کم و کیف دردهای ناشی از قطع اندام عمیق در جانبازان بود. در گام بعدی مقایسه‌ای بین میانگین‌های متغیرهای مطالعه بین دو گروه زیرزانو و بالای‌زانو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

تمامی جانبازان استان گلستان که در زمان جنگ یا بعد از آن به دلیل انفجار مین‌ها دچار قطع اندام تحتانی شده بودند و حداقل به مدت ۴ سال بود که از پروتز استفاده می‌کردند مشمول این مطالعه قرار گرفتند. سپس پرسشنامه‌های تهیه شده به ادارات شهرستان‌های استان ارسال گردید و جانبازان در هر مرحله این پرسشنامه‌ها را دریافت و تکمیل می‌نمودند. پس از مدت ۸ ماه، از میان ۵۰ پرسشنامه توزیع شده ۳۶ پرسشنامه عودت گردید که ۲ پرسشنامه نیز به دلیل جواب‌های ناقص حذف شدند. در نهایت مطالعه با ۳۴ پرسشنامه تکمیل شد. قطع عضو تمامی افراد به صورت اولیه بوده و بجز یک نفر بقیه افراد دارای پروتز بوده که در تمام مدت روز استفاده می‌کرده‌اند. مشخصات توصیفی افراد شامل تحصیلات، وضعیت اشتغال و مدت استفاده از پروتز جمع‌آوری گردید. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه، ترجمه فارسی questionnaire Prosthesis evaluation بوده که روایی و پایایی آن در زبان انگلیسی بارها مطالعه و تأیید شده است. (۵ و ۹) جهت اطمینان از نحوه پاسخ‌ها در ترجمه فارسی پرسشنامه، بصورت تصادفی چندین نفر از میان افراد مورد مطالعه انتخاب شده و پرسشنامه‌ها را دو مرتبه در طول یک هفته تکمیل نمودند.

بوده است. میانگین شدت حس خیالی، در کل جامعه 3.33 ± 49.41 به دست آمد که شدت آن در گروه زیرزانو بیشتر از بالای زانو بوده است. میانگین آزاردهندگی حس خیالی نیز در کل جامعه 58.20 ± 3.43 بوده است. جدول ۲ نتایج مربوط به حس خیالی را نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین حس خیالی در دو گروه

متغیر / گروه	شیوع حس خیالی		شدت حس خیالی		میزان آزاردهندگی	
	میانگین	درصد	میانگین	درصد	میانگین	درصد
زیر زانو	4.14 ± 2.03	۴۸٪	57.19 ± 3.45	۷۱.۵٪	67.52 ± 3.26	۷۱.۷٪
بالای زانو	۷.۰۰	۵۱٪	36.84 ± 2.08	۲۸.۵٪	43.15 ± 3.25	۲۸.۳٪
جمع	5.23 ± 8.1	۱۰۰٪	49.41 ± 3.33	۱۰۰٪	58.20 ± 3.43	۱۰۰٪

اعلام کردند درد اندام خیالی بین چند دقیقه تا یک ساعت طول می کشد. در 17.6% ($n=6$) از افراد نیز چند ثانیه درد اندام خیالی بطول می انجامیده است. بطور متوسط، میزان آزاردهندگی درد اندام خیالی در جامعه 48.85 ± 33.66 ، به دست آمد و متوسط درد اندام خیالی در گروه زیرزانو بیشتر از بالای زانو بوده است. در جدول ۳، میانگین ها مربوط به دو گروه مورد درد اندام خیالی نشان داده شده است.

جدول ۳: میانگین درد اندام خیالی در دو گروه

متغیر / گروه	شیوع درد اندام خیالی		آزاردهندگی درد اندام خیالی		شدت درد اندام خیالی		طول کشندگی درد اندام خیالی	
	میانگین	درصد	میانگین	درصد	میانگین	درصد	میانگین	درصد
زیر زانو	3.71 ± 2.02	۶۸.۴٪	54.9 ± 31.40	۶۹.۴٪	61.71 ± 3.2	۷۲.۷٪	3.00 ± 2.07	۶۸.۵٪
بالای زانو	2.7 ± 2.5	۳۱.۶٪	39.7 ± 36.12	۳۰.۶٪	37.38 ± 3.2	۲۷.۳٪	2.23 ± 1.48	۳۱.۵٪
کل	۳.۳۵	۱۰۰٪	48.85 ± 33.6	۱۰۰٪	52.41 ± 3.4	۱۰۰٪	2.7 ± 1.88	۱۰۰٪

چنین میانگین شدت درد اندام باقی مانده در کل افراد 3.32 ± 50.38 بوده است. تمامی میانگین ها در گروه زیر زانو بیشتر از گروه بالای زانو بود. جدول ۴ مقادیر مربوط به دو گروه را در مورد درد اندام باقی مانده، نشان می دهد.

طبق نتایج به دست آمده، 91.2% ($n=31$) از کل افراد طی چهار هفته گذشته تجربه ای از حس خیالی را داشته اند. 35.3% افراد ($n=12$) میزان دفعات حس خیالی را همیشه و تقریباً هر زمان گزارش کردند. میانگین شیوع حس خیالی در گروه بالای زانو بیشتر از گروه زیرزانو

۸۶ درصد ($n=29$) کل افراد درد اندام خیالی را طی چهار هفته گذشته داشتند که 29.4% ($n=6$) شیوع درد اندام خیالی را همیشه و در هر زمان گزارش کردند. میانگین شدت درد اندام خیالی در کل جامعه 52.41 ± 3.43 بوده است، به طوری که 14.7% ($n=5$) افراد شدت درد خیالی را صفر و $11/8\%$ ($n=4$) افراد شدت آن را ۱۰۰ گزارش کردند. این میانگین ها در گروه زیرزانو بیشتر از بالای زانو بوده است. $41/2\%$ ($n=14$) از کل افراد مورد مطالعه،

طبق نتایج مطالعه 91.2% ($n=31$) افراد، طی چهار هفته گذشته، درد در اندام باقی مانده خود را داشته اند، که شیوع این درد در 35.3% ($n=12$) افراد چندین مرتبه در هفته و یا تقریباً همیشه و هر زمان و در 26.5% ($n=9$) افراد هم یکبار در هفته گزارش شده بود. 8.8% ($n=3$) نیز هیچ گونه دردی در اندام باقی مانده خود گزارش نکردند. 11.8% ($n=4$) افراد نیز درد در اندام باقی مانده خود را بشدت آزاردهنده گزارش کردند. به طور کلی میانگین آزاردهندگی درد اندام باقی مانده 54.11 ± 33.55 به دست آمد. هم

جدول ۴: میانگین درد اندام باقیمانده در دو گروه

متغیر / گروه	شیوع حس خیالی		شدت حس خیالی		میزان آزاردهندگی	
	درصد	میانگین	درصد	میانگین	درصد	میانگین
زیر زانو	۶۶.۱٪	3.61 ± 2.08	۶۷.۲٪	54.80 ± 3.35	۶۹٪	60.42 ± 34.13
بالای زانو	۳۳.۹٪	3.00 ± 1.5	۳۲.۸٪	43.23 ± 3.26	۳۱٪	43.92 ± 31.17
مجموع	۱۰۰٪	3.38 ± 1.88	۱۰۰٪	50.38 ± 3.32	۱۰۰٪	54.11 ± 33.55

۴۴/۱٪ افراد ($n=13$) درد اندام سمت مقابل را طی ۴ هفته گذشته، چندین مرتبه در هفته و یا همیشه و هر زمان گزارش کردند. ۱۱/۸٪ ($n=4$) نیز هیچ گونه دردی در اندام سمت مقابل خود نداشتند. برای ۱۷.۶٪ ($n=6$) افراد نیز

این درد، بسیار زیاد و بسیار آزاردهنده بوده است. به طور کلی میانگین های شدت درد اندام مقابل 3.72 ± 53.69 و 37.29 ± 52.27 گزارش شده بود. جدول ۵ میانگین های مربوط به درد اندام مقابل را در دو گروه نشان می دهد.

جدول ۵: میانگین درد اندام مقابل در دو گروه

متغیر / گروه	شیوع درد اندام مقابل		شدت درد اندام مقابل		میزان آزاردهندگی درد اندام مقابل	
	درصد	میانگین	درصد	میانگین	درصد	میانگین
زیر زانو	۶۶.۷٪	3.80 ± 2.04	۶۷.۴٪	59.7 ± 3.61	۶۸.۶٪	59.15 ± 35.04
بالای زانو	۳۳.۳٪	2.92 ± 2.3	۳۲.۶٪	44.46 ± 3.83	۳۱.۴٪	41.69 ± 39.56
مجموع	۱۰۰٪	3.45 ± 2.19	۱۰۰٪	53.69 ± 3.72	۱۰۰٪	52.27 ± 37.29

از میان کل افراد مورد مطالعه، ۱۱/۸٪ ($n=4$) افراد هیچ گونه کمر دردی را در چهار هفته گذشته گزارش نکردند، در حالی که ۲۳/۵٪ ($n=8$) افراد این درد را همیشه و هر زمان داشته اند. میزان کمر درد در ۲۹/۴٪ ($n=10$) افراد و میزان آزاردهندگی آن در ۲۳/۵٪ ($n=8$)

بالاتر از ۹۰ بوده است. بطور کلی متوسط شدت کمر درد در کل افراد 35.66 ± 53.36 و متوسط آزاردهندگی 34.13 ± 54.11 بود میانگین های مربوط به دو گروه در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶: میانگین کمر درد در دو گروه

متغیر / گروه	شیوع کمر درد		شدت کمر درد		میزان آزاردهندگی کمر درد	
	درصد	میانگین	درصد	میانگین	درصد	میانگین
زیر زانو	۶۷.۶٪	3.75 ± 1.9	۶۲.۱٪	54.65 ± 36.0	۶۵.۷٪	59.40 ± 33.31
بالای زانو	۳۲.۴٪	2.76 ± 2.24	۳۷.۹٪	51.38 ± 36.50	۳۴.۳٪	47.76 ± 35.46
مجموع	۱۰۰٪	3.36 ± 2.11	۱۰۰٪	53.36 ± 35.66	۱۰۰٪	54.11 ± 34.13

در نهایت تمامی متغیرها بین دو گروه با آزمون تی مستقل مقایسه شدند و تنها تفاوت میانگین دو گروه در مورد شدت حس خیالی معنی دار بوده است ($p=0.07$). تفاوت میانگین دو گروه در مورد آزاردهندگی حس خیالی به سمت معنی دار بودن میل می کرد اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود ($p=0.04$). هم چنین در مقایسه شدت درد اندام خیالی بین دو گروه، تفاوت میانگین ها در دو گروه تمایل به معناداری داشته، اما معنی نبوده است ($n=0/04$). در مورد سایر متغیرها، هیچ گونه تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشده است.

بحث

قطع اندام یکی از متداول ترین جراحی های است که از زمان های قدیم انجام می شده است. طبق مقالات منتشر شده در ۵ دهه گذشته، مین های زمینی متداول ترین علت قطع عضوهای ناشی از جنگ بوده است. علی رغم میزان بالای قطع عضوهای ناشی از جنگ، بررسی های کمی در مورد توضیح عوارض طولانی مدت این آسیب ها صورت گرفته است که البته بیشتر مقالات پیرامون قطع اندام تحتانی می باشد. (۶) لذا این مطالعه با

باقی مانده خود را به شدت آزاردهنده توصیف کرده بودند. (۳) در مقایسه بین دو گروه مطالعه، تمامی افراد قطع بالای زانو، درد در اندام باقی مانده خود را طی ۴ هفته گذشته تجربه کرده بودند اما ۹٪ از افراد قطع زیرزانو هیچ گونه دردی در اندام باقی مانده خود نداشتند. میانگین شدت و آزاردهندگی درد اندام باقیمانده در گروه زیرزانو بیشتر از گروه بالای زانو بود.

نتایج نشان می دهد که دردهای مزمن ناشی از قطع اندام تنها به اندام قطع شده محدود نمی شود به طوری که ۹۸.۲ جمعیت مورد مطالعه، درد در پنجه یا ساق مقابل خود را طی ۴ هفته گذشته گزارش کردند که میزان شدت آن ۵۳.۶۹ بود. در مطالعه Ephraim نیز، بیش از نیمی از آمپوته های یک طرفه، درد اندام مقابل را گزارش کردند (۳) هر چقدر که مدت زمان بیشتری از قطع اندام می گذرد، میزان شیوع درد در اندام مقابل هم بیشتر می شود.

رابطه بین زمان قطع اندام با درد اندام مقابل، شاید بخاطر اعمال نیروهای مکانیکی بیشتر بر اندام مقابل باشد نکته جالب توجه این که، سن و علت قطع اندام نمی تواند عامل تعیین کننده ای بر درد اندام مقابل باشد. (۱)

میانگین شدت و آزاردهندگی درد اندام مقابل در گروه زیر زانو، نسبت به بالای زانو به ترتیب ۱.۳۴ و ۱.۴۹ برابر، گزارش شد. شاید علت درد در اندام مقابل، همان طور که در مطالعه Ephraim ذکر شده بود، بیشتر شدن لود اعمالی بر اندام مقابل باشد. (۱)

در مطالعه Ebrahimzadeh به روی افراد قطع از مچ و پنجه ناشی از جنگ، مشاهده شد که درد زانو در اندام سالم ۳۳.۳٪ بوده است که این می تواند دلیل تخریب پیش رونده زانوی سمت مقابل باشد. بنابر این طبق نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه دیگر معمولاً درد در زانو و پنجه و ساق اندام مقابل وجود دارد و این به معنای آن است که بیشتر لودهای بیومکانیکی جبرانی بر زانوی مقابل اندام قطع شده، اعمال می گردد. توضیح دیگر، این که زمانی که افراد می ایستند، برای دوری از ناراحتی های اندام قطع شده یا هرگونه ناراحتی در کمر، دائماً پاسچر خود را به سمت مقابل، منتقل می کنند که این خود می تواند، علت دیگری برای درد بیشتر اندام مقابل باشد. (۲) لذا هر چقدر که سطح قطع عضو بالاتر باشد، میزان انتقال لودهای بیومکانیکی به سمت اندام مقابل، بیشتر خواهد شد که سبب بالاتر بودن میانگین، شیوع، شدت و آزاردهندگی درد اندام مقابل می گردد اما در مطالعه حاضر چنین نتیجه ای

هدف، بررسی تجربه دردهای مزمن قطع اندام ناشی از جنگ انجام گرفت. بدین ترتیب که علاوه بر حس خیالی و درد خیالی، درد در سایر نقاط آناتومیکی بدن شامل اندام باقی مانده، ساق و پنجه مقابل و کمر نیز بررسی شد. هم چنین تأثیر سطح قطع اندام (زیرزانو و بالای زانو) را بر روی هر یک از متغیرهای مطالعه به صورت مقایسه ای بین دو گروه بررسی شد.

به طور کلی ۹۵٪ کل افراد، در طول ۴ هفته گذشته بیش از یک نوع درد ناشی از قطع عضو را تجربه کرده بودند. طبق نتایج این مطالعه میزان شیوع حس خیالی ۹۱.۲٪ و میزان درد خیالی ۸۶٪ در کل جمعیت گزارش شده بود. مقالات موجود نیز، وجود حس خیالی را تقریباً در تمام افراد قطع عضو نشان می دهد که شدت حس خیالی با گذشت زمان کاهش می یابد. درد خیالی نیز در ۵۰٪ تا ۸۰٪ موارد تجربه می شود. (۲) نتایج مطالعه Ephraim و همکاران در سال ۲۰۰۰ نشان داد که بیشترین درد ناشی از قطع اندام، درد خیالی با ۷۹/۹٪ در افراد می باشد. (۱) در مطالعه Ehde در ۲۰۰۰ ۷۰٪ افراد، وجود حس های خیالی غیر دردناک و وجود درد خیالی را در طول ۴ هفته گذشته گزارش کردند. (۳) در مطالعه حاضر، میانگین شدت حس خیالی ۴۹.۴۱ به دست آمد که این میانگین در نمونه pawn، ۵.۱ (۵۱) و در مطالعه Sherman, Sherman نیز در آمپوته های غیر جنگی و آمپوته های جنگی ۵.۳ (۵۳) به دست آمده بود. (۷)

در مقایسه میانگین شدت و آزاردهندگی حس خیالی بین گروه زیرزانو و بالای زانو، میانگین ها در گروه زیر زانو بیشتر بود که این شاید دلیل کوچک بودن جامعه مورد مطالعه باشد.

۹۱.۲٪ از کل جمعیت مورد مطالعه در طول چهار هفته گذشته، وجود درد در اندام باقی مانده را گزارش کردند که این میزان نسبت به مطالعات قبلی بیشتر بود. در مطالعه Petti در ۲۰۰۵، درد در اندام باقی مانده ۶۷٪ از کل جمعیت بود و در نمونه Ehde ۷۰.۵٪ از کل افراد گزارش شد (۳ و ۱). در مطالعه Smith نیز میزان درد در اندام باقی مانده، مشابه مطالعه Ehde بود. البته حجم نمونه Smith نسبت به مطالعات دیگر کمتر بود. (۴) در مطالعه حاضر، میانگین شدت درد اندام باقی مانده، ۵۰.۳۸ و میانگین آزاردهندگی آن ۵۴.۱۱ به دست آمد. در مطالعه Ehde میزان درد اندام باقی مانده به اندازه درد خیالی گزارش شده بود و ۱.۳ این افراد (۳۳٪) درد اندام

وجود زانو درد، سبب افزایش احتمال کمر درد در افراد قطع عضو شود. (۲)

نتیجه گیری

طبق نتایج مطالعه حاضر، بیشترین دردهایی که در قطع اندام تحتانی دیده می شود، شود به ترتیب حس خیالی، درد در اندام باقی مانده، درد اندام سمت مقابل و کمردرد و درد اندام خیالی بود که در این میان بجز شیوع حس خیالی، بقیه مقادیر در گروه زیر زانو بیشتر بود. که احتمالاً به دلیل بزرگتر بودن جامعه زیرزانو بوده است.

بطور کلی، دردهای مزمن، صرف نظر از زمان قطع عضو، شیوع زیادی بین افراد قطع اندام دارد. عوامل متعددی بر شدت و میزان آزاردهندگی دردهای ناشی از قطع اندام تأثیر دارند، اما عمدتاً مکان درد متفاوت است.

یکی از محدودیت های این مطالعه کوچک بودن جامعه مورد مطالعه (n=۳۴) بود. بنابراین مطالعات بیشتری باید در زمینه دردهای مزمن ثانویه ناشی از قطع عضو با نمونه های بزرگتر انجام شود. البته تأثیر این دردها بر کیفیت زندگی و قابلیت های عملکردی افراد، شامل عملکردهای روحی و تفریحی، مورد بررسی و توجه قرار گیرد. هم چنین در تحقیقات باید به عوامل فیزیولوژیکی، بیومکانیکی و روحی که می تواند سبب ناتوانی هر چه بیشتر افراد قطع عضو شود، توجه گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با همکاری صمیمانه بنیاد شهید و امور ایثارگران و جانبازان استان گلستان انجام شد که کمال تشکر از ایشان به عمل می آید

حاصل نشد که شاید به دلیل کوچک بودن جامعه مورد مطالعه باشد.

کمردرد نیز کیفیت زندگی و قابلیت عملکردی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. (۲) در این تحقیق ۸۸.۲٪ از جمعیت مطالعه، تجربه کمر درد را در ۴ هفته گذشته داشته اند که مطابق با نتیجه مطالعه Smith و همکارانش بود. (۴) شیوع کمر درد همراه با قطع اندام تحتانی، به عوامل مختلفی شامل، سطح قطع عضو، اختلاف طول اندام، متغیرهای بیومکانیکی جبرانی، نوع و کیفیت پروتز، آترونی عضلانی و استفاده از وسایل کمکی مختلف جهت راه رفتن نظیر عصا یا واکرها، بستگی دارد. (۲) در مطالعه Ehde بیش از نیمی از نمونه ها (۵۲٪) از مشکلات کمر درد شکایت داشتند که نسبت به مطالعه پیشین محقق با نمونه ای دیگر، میزان کمر درد کمتر (۷۱٪) بوده است. (۳) در مطالعه Ephraim نیز، شیوع کمر درد در آمپوتیه های اندام تحتانی، ۲.۲ بیشتر از میزان کمر درد در جمعیت آمریکایی غیر آمپوتیه گزارش شد. (۱) Kulkarni و همکارانش دریافتند که ۸۱٪ افراد قطع بالای زانو و ۶۲٪ افراد زیرزانو، کمر درد را در چهار هفته گذشته تجربه کرده اند. (۸) در مطالعه Ebrahimzadeh و همکارانش نیز، روی جانبازان قطع از مچ و پنجه، میزان کمر درد ۴۴/۴٪ در جمعیت مشخص شد. (۲) Smith و همکارانش دریافتند که شیوع کمر درد در آمپوتیه های بالای زانو بیشتر از آمپوتیه های زیرزانو است. (۴) اما در مطالعه Ephraim تفاوتی در شیوع کمر درد میان دو گروه مشاهده نشد. (۱)

در مطالعه حاضر نیز تفاوت معنی داری بین گروه بالای زانو و زیرزانو مشاهده نشده بود. عملکرد نامتقارن عضلات پاسچرال بزرگ مانند پسواس مازور، خصوصاً در صورت

منابع

1. Ephraim Patti, Wegener Steph., phantom pain, Residual limb pain, and Back pain in Amputees: Results at a National Survey, Arch phys med Rehabilitation, 2005, 86:1910-1919.
2. Ebrahimzadeh Mohammad, Rajabi Mohammad, Long – Term out comes at Patients undergoing war-related Amputations of the foot and Ankle, Journal of foot & Ankle surgery, 2007, 46: 429-433.
3. Ehde Dawn. Czernieki Joseph. chronic phantom sensations, phantom pain. Residual limb pain and other Regional Pain after lower limb Amputation, Arch phys meal Rehabil, 2000, 81: 1039 – 1044.
4. Smith pc, Ehd pm, Legro mw, Reiber coe, Boone jel Agila M. Phantom limb, residual limb and back pain after lower Extremity amputations. clin orthop Relab 1999, 361 : 29-38.
5. Boone David Alan, Coleman kimlisa, Use of the Prosthesis Evaluation questionnaire (PEQ), JPO, 2006, 18:68-70.
6. Aboutons MB, Baker sp, Wartime civilian injuries: epidemiology and intervention strategies. J. trauma, 1997, 43:719-726.
7. Sherman Ra, Sherman c. A comparison at phantom sensations among amputees whose

amputations were of civilian and military origins. *Pain j.*, 1985, 21:91-97.

8. Korver Aj. Injuries of the lower limbs caused by antipersonnel mines, the experience at the international comm. He at the Red crols. *Injury*, 1996, 27:477-479.

9. Legro M.W, Reiber G.D, Smith D.G, Aguila M.D, Larsen J, Boone D. Prosthesis evaluation questionnaire for persons with lower limb amputations: assenting prosthesis-related quality of life

10. Hirsh A.T, Dillworth T.M, Ehde D.M,. Jensen M.P. Sex Differences in Pain and Psychological Functioning in Persons with Limb Loss. *The Journal of Pain*, 2010, 11(1):79-86.

11. Kratz A, Williams R.M, Turner A.P, Raichle K.A, Smith D.G, Ehde D. Tolump or to

split?comparing individuals with traumatic and nontraumatic limb loss in the first year after amputation. *Rehabilitation psychology*. 2010, 55(2):126-138.

12. Zidarov D., Swainnie B., Gagnon C.G., Quality of life of persons with lower limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Archives of physical medicin and rehabilitation*, 2009, 90(4):634-645.

13. Giannoudis P.V., Harwood P.J.,Kontakis G.,Allami M., Macdonald D., Kay S.P., Kind P., Long-term quality of ife in trauma pationts following the full spectrum of tibial injery (fasciotomy, closed fracture, grade IIb/IIc open fracture and amputation). *Injury*, 2009, 40(2): 213-219.