

مروری بر اپیدمیولوژی نقرس

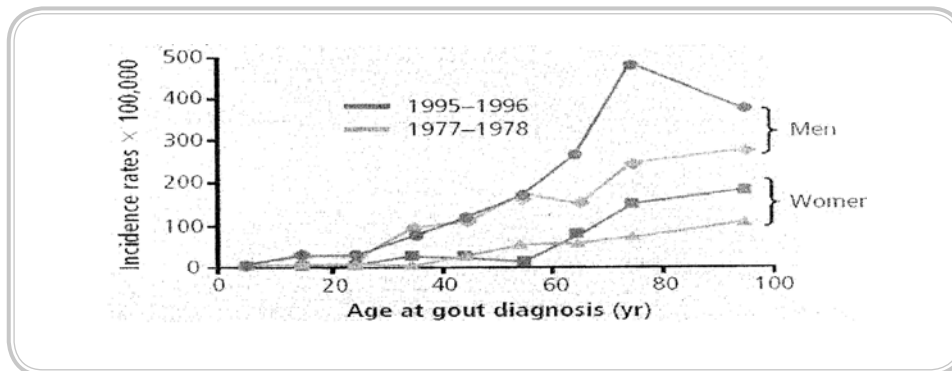
دکتر فاطمه ایزدپناه^۱، حسن نوری^۲
۱. متخصص داروسازی بالینی، عضو هیئت علمی وزارت بهداشت
۲. دانشجوی داروسازی دانشگاه علوم پزشکی بابل

مدرها یکی از عوامل خطر مهم در بروز نقرس است. بیماران مبتلا به پرفشاری خون، دیابت هیپرلیپیدمی، بیماری مزمن کلیوی یا سندروم متابولیک در معرض خطر ابتلا به نقرس قرار دارند. بیماران مبتلا به سندروم متابولیک باید از نظر ابتلا به نقرس مورد مراقبت ویژه قرار گیرند.

شیوع و وقوع نقرس در سراسر جهان در حال افزایش است (۱، ۲). عوامل خطر موثر در افزایش نقرس در ارتباط با افزایش طول عمر تغییرات شیوه زندگی و رژیم غذایی و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن می‌باشد. بیماران دارای هیپرتانسیون، دیابت، بیماری قلبی-عروقی و سندروم متابولیک بیشتر در خطر پیشرفت هیپراوریسمی و

شیوع و وقوع نقرس به علت تغییر الگوی عوامل خطر در حال افزایش است. همچنین جمعیت در معرض خطر به علت افزایش طول عمر رو به ازدیاد می‌باشد. افزایش طول عمر و رژیم‌های غذایی و انتخاب شیوه زندگی کنونی منجر به افزایش شیوع بیماری‌های مزمن از جمله هیپراوریسمی و نقرس گردیده است. همچنین استفاده از داروهایی که در درمان این بیماری‌ها کاربرد دارد می‌تواند منجر به بروز نقرس گردد. باید توجه داشت، اصلاح شیوه زندگی و رژیم غذایی در کاهش بیماری بسیار مفید است.

هر چند نقرس در مردان رایج‌تر است ولی تشخیص آن در زنان به خصوص زنان پس از یائسگی باید مدنظر قرار گیرد. مصرف

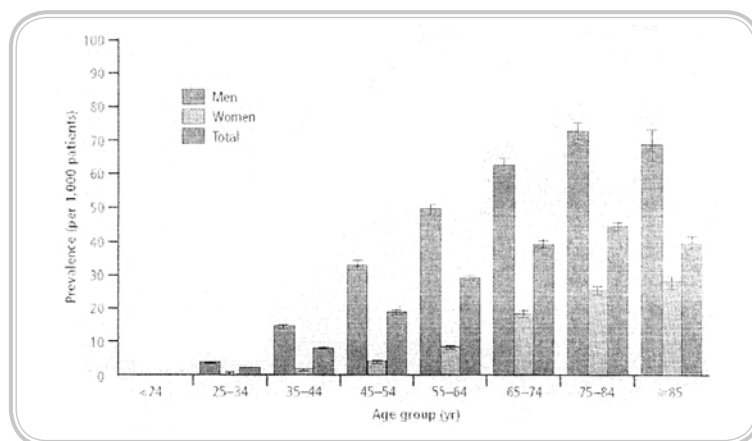


شکل ۱- شیوع نقرس در Rochester Minn در دوره‌های قبل و کنونی، براساس سن هنگام تشخیص نقرس در حال افزایش: شیوع در دهه ۱۹۹۰ نسبت به دهه ۱۹۷۰ در هر دو جنس بیشتر است.

۴۰ سال در دوره زمانی ۱۹۹۴-۱۹۹۸ به نقرس مبتلا گردیده‌اند (۲). تخمین‌ها نشان می‌دهد شیوع نقرس در میان مردان دارای سن ۴۰ و یا بالاتر از آرتریت روماتوئید و آرتریت التهابی در مردان بالغ بیشتر شده و بروز نقرس در حال افزایش است. پروژه اپیدمیولوژی Rochester که شیوع نقرس را در minn و Rochester برای ۲ دوره ۲ ساله ۱۹۷۷-۱۹۷۸ و ۱۹۹۵-۱۹۹۶ بررسی نموده، اعلام کرده که شیوع سالانه نقرس مرتبط با سن و جنس در سال ۱۹۹۶-۱۹۹۵ (۶۲/۳) مورد در ۱۰۰/۰۰۰ نفر) بیشتر از ۱۹۷۷-۱۹۷۸ (۴۵) مورد در ۱۰۰/۰۰۰ نفر) می‌باشد (۲). همان‌طور که شکل (۱) نشان می‌دهد بر اساس این تحقیق، شیوع نقرس در مردان بیشتر از زنان بوده و با افزایش سن در هر دو جنس افزایش می‌یابد (۲).

نقرس دارند. در این‌جا به ارتباط رژیم غذایی دریافت الکل، شیوه زندگی، هیپراوریسمی و نقرس پرداخته می‌شود (۱).

براساس نتایج (The Third National Health and Nutrition Examination survey) NHANESIII شیوع نقرس در جمعیت آمریکا بین سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۸۸، ۵/۱ میلیون نفر اعلام شده است (۲). مطالعات نشان می‌دهد شیوع نقرس از ۲/۹ مورد در ۱۰۰۰ نفر در ۱۹۹۰ به ۵/۲ مورد در ۱۰۰۰ نفر به ۱۹۹۹ افزایش یافته است (۲). همچنین، شیوع نقرس در جوامعی مثل نیویورک و تایوان مشابه با ایالات متحده در حال افزایش است (۳،۴). مطالعه NHANESIII نشان داد که بیش از ۳ میلیون مرد با سن بیشتر یا مساوی ۴۰ سال و ۱/۷ میلیون زن با سن بیشتر یا مساوی



شکل ۲ - تقسیم بندی شیوع نقرس بر اساس سن و جنس در هر ۱۰۰۰ نفر در گروه تحت مطالعه در UK
 شیوع نقرس: بیشتر در مردان و با افزایش سن تا حد متوسط ۸۰.

از این مساله برای پزشکان حایز اهمیت است تا در زمان گرفتن تاریخچه و بررسی وضعیت بیمار نقرس در تشخیص افتراقی مدنظر باشد. هر چند نقرس در مردان رایج تر است تشخیص نقرس در زنان خصوصاً بعد از یائسگی باید مورد توجه قرار گیرد (۵، ۲).

داروها

استفاده از مدر همواره به عنوان یک عامل خطر مهم در بروز نقرس مطرح می شود. مصرف مدرها منجر به افزایش بازجذب اوریک اسید در کلیه شده و در نهایت منجر به هیپراوریسمی می گردد (۲، ۱). دوز پایین آسپیرین که معمولاً به عنوان پیشگیری از حوادث قلبی - عروقی تجویز می شود، باعث افزایش سطح اورات در افراد مسن می شود اما در صورت مصرف براساس اندیکاسیون (صحیح) نباید قطع شود. سیکلوسپورین از طریق

عوامل خطر ابتلا به نقرس

سن و جنس

شکل (۲) ارتباط شیوع و بروز نقرس با سن و جنس در نمونه آماری بزرگی در انگلستان را در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد.

اصولاً مردان سطوح اورات بالاتری نسبت به زنان دارند که این امر احتمال ابتلا به نقرس را در آن ها افزایش می دهد. احتمال پیشرفت نقرس قبل از سن ۳۰ سال به طور قابل ملاحظه ای در مردان بیشتر از زنان می باشد.

بروز نقرس در مردان با افزایش سن بیشتر می شود و حداکثر آن در گروه سنی ۷۵ و ۸۴ می باشد. در زنان خطر ابتلا به نقرس بعد از یائسگی و تقریباً حدود سن ۴۵ سال با کاهش سطوح استروژن افزایش می یابد (۵). شیوع نقرس بین دو جنس بعد از سن ۶۰ سالگی تقریباً معادل می شود (۲). آگاهی

مذکور از لحاظ ابتلا به نقرس پر خطر محسوب می‌شوند (۵، ۲، ۱)، بنابراین ضروری است هر نوع درد مفصلی و سطح سرمی اورات به‌طور منظم و دوره‌ای ارزیابی شود.

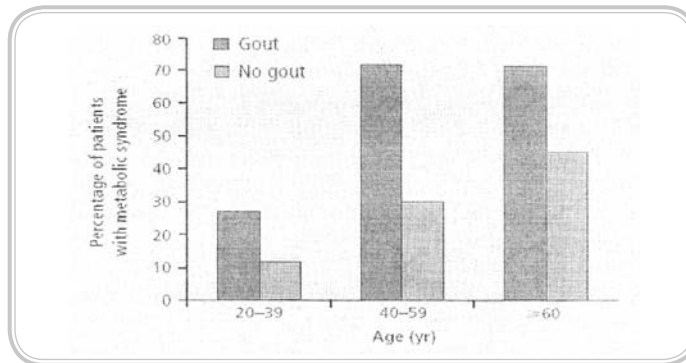
□ چاقی / نمایه توده بدنی بالا

چاق بودن و نمایه توده بدنی بالا به‌طور قابل ملاحظه با خطر بروز نقرس در ارتباط می‌باشد. Choi و همکارانش مشاهده کردند که خطر بروز نقرس در مردانی که نمایه توده بدنی بین ۲۱-۲۲ دارند، بسیار پایین‌تر بوده و در مردانی که این شاخص مساوی یا بیشتر از ۲۵ است، افزایش ۳ برابری نشان می‌دهد. چاقی با افزایش سطح سرمی ناشی از افزایش تولید اورات و کاهش دفع کلیوی آن ارتباط دارد. با استفاده از برنامه‌های کاهش وزن می‌توان خطر نقرس را با کاهش سطح اورات در طول زمان کاهش داد (۲).

افزایش جذب توپولی اورات می‌تواند نوعی نقرس سریعاً پیش‌رونده ایجاد کند (۱). این موارد اغلب در بیماران دریافت‌کننده عضو که سیکلوسپورین را به‌عنوان یک سرکوبگر سیستم ایمنی دریافت می‌کنند، مشاهده می‌شود. هیپراوریسمی اغلب در بیمارانی که پیرازینامید، اتامبوتول و نیاسین مصرف می‌کنند، دیده می‌شود. پزشکان باید به دقت مزایا و معایب مصرف این داروها در بیمار نقرسی را ارزیابی کنند و توجه داشته باشند که این داروها می‌توانند باعث تسریع بروز نقرس در بیماران بدون سابقه قبلی گردند.

□ بیماری‌ها و شرایط زمینه‌ای

بیماران مبتلا به پرفشاری خون، دیابت هیپرلیپیدمی، بیماری مزمن کلیوی، بیماری قلبی عروقی و سندروم متابولیک به‌طور منظم تحت ویزیت پزشکان قرار می‌گیرند. از آن‌جا که بیماران



شکل ۳ - شیوع سندروم متابولیک با سن در بالغین با و بدون نقرس در Nutrition Examination Survey (NHANESIII) و Third National Health بر اساس اطلاعات گزارش شده توسط Choi و همکاران UK (۵) نقرس با شیوع بالاتر سندروم متابولیک در گروه‌های جنسی مرتبط است

کلسترول می‌باشند (۶، ۲). علاوه بر این، دانش و آگاهی پزشک نسبت به عوامل مستعدکننده نقرس از جمله شناسایی بیماران پرخطر قبل از ابتلا و پیشرفت بیماری بسیار اهمیت دارد. کنترل دقیق سطوح سرمی اورات و ارزیابی کردن آن در بیماران پرخطر به درمان کلاسیک نقرس کمک شایانی می‌کند.

منابع

1. Choi HK, Mount DB, Reginato AM. Pathogenesis of gout. *Ann Intern Med* 2005; 143:499-516.
2. Arthur L. Epidemiology of gout. *Cleveland Clin J Med* 2008; 75(suppl.5): S9-S12.
3. Roddy E Zhang W Doherty M. The changing epidemiology of gout. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2007; 3:443-449.
4. Mikuls TR. Farrar JT. Bilker WB. Fernandes S. Schumacher HR Jr. Saag KG. Gout epidemiology: results from the UK General Practice Research Database, 1990-1999. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:267-272.
5. Choi HK. Ford ES. Li C. Curhan G. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Rheum* 2007; 57:109-115.
6. Fam AG. Gout: excess calories, purines, and alcohol intake and beyond. Response to a urate-lowering diet. *J Rheumatol* 2005; 32:773-777.

□ رژیم غذایی و مصرف الکل

مطالعه Choi و همکاران، نشان داده که مصرف الکل در رژیم غذایی سرشار از گوشت (خصوصاً گوشت قرمز) و غذاهای دریایی (خصوصاً حلزون و ماهی‌های بزرگ آب شور) بروز نقرس را افزایش می‌دهد. سبزی‌های سرشار از پورین هیچ ارتباطی با هیپراوریسمی و افزایش خطر نقرس ندارند. مصرف مکرر لبنیات به میزان جزیی خطر نقرس و هیپراوریسمی را کاهش می‌دهند. هر چند تغییر مصرف الکل در رژیم غذایی به تنهایی منجر به کاهش خفیف اورات سرم می‌شود اما تمایل به تغییر در مصرف الکل و رژیم غذایی شدت نقرس را کاهش می‌دهد (۲).

■ نتایج

اصلاح رژیم غذایی، تعدیل مصرف الکل و انتخاب شیوه زندگی می‌تواند خطر ابتلا به نقرس را کاهش دهد اما این توصیه‌ها، جایگزین درمان‌های فارماکولوژیک مبتلایان به نقرس یا بیماری‌های مرتبط نمی‌باشد. افزون بر این، تعداد اندکی از بیماران مایل به پیروی از تغییرات شیوه زندگی همراه با کاهش وزن و رژیم غذایی کم

