

بررسی فیصدی واقعات ارتريت تقيحي حاد مفصل هانش

کانديدای رنحوروال داکتر معراج الدين فاروقی^۱

^۱ ترينر متخصص جراحی اوتوپيدی شفاخانه حوزوی بلخ

چکیده

هدف این مطالعه بررسی عوامل تشدیدکننده آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش در مريضان مراجعه کننده به شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی در سال ۱۴۰۲ بود. این تحقیق از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی بوده و جامعه آماری آن شامل ۲۰۰ مريض مبتلا به آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش است که به سرویس اورتوپيدی این شفاخانه مراجعه کرده اند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های ساختاریافته و بررسی دوسیه مريضان استفاده گردید. نتایج نشان داد که عوامل متعددی مانند مصرف دخانیات، سن بالا، چاقی و سابقه خانوادگی مريضی های مفصلی به طور معناداری با بروز آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش مرتبط هستند. به ویژه مصرف دخانیات به عنوان مهم ترین عامل خطر شناسایی شد که مريضانی که سگرت استفاده می نمایند، تقریباً ۵٫۷۵ برابر بیشتر از مريضانی که سگرت استفاده نمی نمایند؛ در معرض خطر بروز این مريضی قرار داشتند. همچنین، مريضان مسن تر و کسانی که سابقه خانوادگی مريضی های مفصلی داشتند، بیشتر در معرض این مريضی بودند. این مطالعه بر اهمیت اقدامات پیشگیرانه مانند کاهش مصرف دخانیات، کنترل چاقی و مدیریت دقیق مريضان با سابقه خانوادگی و امراض مفصلی تأکید دارد. همچنین، توصیه می شود که در برنامه های صحتی، آگاهی دهی به مريضان در خصوص عوامل خطر آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش مدنظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: آرتريت تخریبی حاد، مفصل هانش، عوامل خطر، دخانیات، چاقی، سابقه خانوادگی

مقدمه

اولین بار مریضی Rheumatoid arthritis توسط یک داکتر فرانسوی به نام Landre-Beauvais در سال ۱۸۰۰ توصیف شد. در آن زمان درد شدید مفاصل در بعضی از مریضان مانند درد مفاصل در امراضی مانند روماتیسم و آرتروز نبود و بر خلاص مریضی نقرس، درد شدید مفاصل گاهاً در افراد فقیر و بیشتر در زن‌ها نسبت به مرد‌ها دیده می‌شد. به همین دلیل این داکتر فرانسوی درد مفاصل غیر قابل توصیف با امراض مفاصل شناخته شده آن زمان را به عنوان یک مریضی در نظر گرفت که تشخیص آن توسط داکتران دیگر نادیده گرفته شده بود و در آن زمان این شرایط مریضی که قابلیت افتراق از مریضی نقرس را نداشت Primary Asthenic Gout نامیده شد (شریف‌زاده و نصری، ۱۴۰۲: ۱۴).

آرتریت تخریبی حاد مفصل هانش یکی از مریضی‌های شایع در سیستم اسکلتی-عضلانی است که تأثیرات منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی مریضان می‌گذارد. مفصل هانش به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین و پیچیده‌ترین مفاصل بدن، مسئولیت اصلی پشتیبانی از وزن بدن و انجام حرکات پیچیده را بر عهده دارد. هرگونه آسیب یا اختلال در عملکرد این مفصل می‌تواند منجر به درد، محدودیت حرکت و مشکلات جدی در زندگی روزمره فرد شود. آرتریت تخریبی حاد، که به‌ویژه در سنین میان‌سالی و سالمندی شایع است، معمولاً ناشی از التهاب و تخریب غضروف مفصلی است و اگر به‌موقع تشخیص داده نشود، می‌تواند به ناتوانی دایمی منجر گردد. (Smith et al., 2019)

این مریضی می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله استفاده مفرط از مفصل، تغییرات دژنراتیو و عوامل جنیتیکی ایجاد شود. عواملی مانند سبک زندگی، کمبود فعالیت بدنی، چاقی، آسیب‌های قبلی به مفصل و سابقه خانوادگی مریضی‌های مفصلی از جمله عوامل خطر برای بروز آرتریت تخریبی حاد مفصل هانش محسوب می‌شوند (Johnson, 2020). در جوامع در حال توسعه مانند افغانستان، این مشکلات به دلیل دسترسی محدود به خدمات صحتی، افزایش جمعیت سالمندان و عدم آگاهی کافی از وقایه و تداوی این مریضی‌ها، روندی رو به رشد دارند (Rahman et al., 2021).

در افغانستان، به‌ویژه در مناطق مختلف این کشور، آرتریت تخریبی حاد مفصل هانش می‌تواند تأثیرات صحتی و اجتماعی بسیاری داشته باشد. با این حال، مطالعات جامعی در مورد شیوع این مریضی و عوامل مؤثر بر آن در مراکز صحتی کشور وجود ندارد. این کمبود داده‌ها می‌تواند منجر به تأخیر در تشخیص و تداوی صحیح و مؤثر مریضی گردد (Farhadi & Zia, ۲۰۲۲).

این مطالعه با هدف بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر آرتریت تخریبی حاد مفصل هانش در مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی انجام می‌شود. این تحقیق می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار داکتران، محققان و مسئولان صحتی قرار دهد و به بهبود وضعیت تداوی و وقایه از آرتریت تخریبی حاد مفصل هانش در افغانستان کمک نماید (Khan et al., 2021).

طرح مسئله

آرتریت تخریبی حاد مفصل هانش یکی از مریضی‌های شایع در سیستم اسکلتی-عضلانی است که می‌تواند منجر به دردهای شدید، محدودیت حرکت و اختلالات قابل توجه در کیفیت زندگی مریضان شود. مفصل هانش، به‌عنوان یکی از مفاصل اصلی در بدن انسان، نقش بسیار مهمی در تحرک و پشتیبانی از بدن ایفا می‌کند. در این راستا، آسیب‌ها و مشکلات ایجاد شده در این مفصل، می‌توانند تأثیرات منفی زیادی بر زندگی فردی و اجتماعی مریضان بگذارند. با توجه به اینکه آرتریت تخریبی معمولاً در سنین میان‌سالی و سالمندی به‌ویژه در افرادی که دارای پیشینه مریضی‌های مزمن هستند، مشاهده می‌شود، شیوع این مریضی در جوامع مختلف به‌طور فزاینده‌ای در حال افزایش است. در افغانستان، مشکلات

مفصلی به دلیل عوامل مختلف از جمله شیوه های زندگی نامناسب، تغذیه ناسالم، کمبود تحرک بدنی و صدمات فیزیکی، به طور چشمگیری افزایش یافته است. در این میان، آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش به عنوان یکی از مهم ترین مشکلات صحتی شناخته می شود که نیازمند توجه بیشتر به تشخیص، تداوی و وقایه است.

تحقیقات موجود در افغانستان به طور خاص به بررسی وضعیت این مریضی در مناطق مختلف کشور پرداخته اند، اما هنوز اطلاعات کافی و دقیقی درباره شیوع و عوامل مؤثر بر آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش در مراکز صحتی کشور وجود ندارد. این عدم وجود داده های جامع و معتبر، می تواند منجر به تأخیر در تشخیص و تداوی به موقع و مؤثر این مریضی شود. مسئله اصلی این تحقیق، بررسی فیصدی شیوع آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش و شناسایی عوامل مؤثر بر آن در مریضان مراجعه کننده به شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی است. شناسایی این عوامل و بررسی روند تداوی موجود در این مرکز می تواند به بهبود روش های تشخیص و تداوی آرتريت تخریبی کمک کند. علاوه بر این، نتایج این مطالعه می تواند در تدوین برنامه های وقایه و تداوی مؤثر در سطح جامعه و مراکز صحتی کشور مفید واقع گردد.

اناتومی

آرتريت یک مریضی مفصلی محسوب می شود. مفصل جایی است که انتهای دو یا چند استخوان به هم می رسد. به عنوان مثال، مفصل زانو، بین استخوان های ساق پا (تیبیا و فیبولا) و استخوان ران (استخوان فمور) تشکیل می شود. مفصل هیپ جایی است در بالای استخوان ران که با بخش تقعر لگن (استابولوم) تقاطع می کند.

غضروف: یک بافت نرم غضروفي که انتهای استخوان ها را در یک مفصل می پوشاند. غضروف یک ضربه گیر استخوانی محسوب می شود و به مفصل اجازه می دهد بدون اصطکاک ناشی از تماس استخوان به استخوان، به راحتی حرکت کند.

سینوویوم: مفصل توسط یک لفاف فیبروزی به نام سینوویوم محصور می شود و مایعی تولید می کند که به کاهش اصطکاک و سایش مفصلی نیز کمک می کند. عضلات، تاندون ها، و لیگامان ها. لیگامان ها و استخوان ها را به هم متصل کرده و موجب پایداری مفصل می شود.

انواع آرتريت

آرتريت ممکن است توسط ساییدگی و پارگی در غضروف مفصلی از طریق روند طبیعی پیری (آرتروز) ایجاد شود، یا ممکن است به دنبال یک آسیب (آرتريت بعد از تروما) رخ دهد.

سایر انواع آرتريت، مانند آرتريت کریستالین، ممکن است از یک روند التهابی نشأت بگیرد. برخی دیگر، همانند آرتريت روماتوئید یا لوپوس اریتماتوز، در نتیجه یک مریضی سیستمیک در سراسر بدن رخ می دهند.

صرف نظر از اینکه علت آسیب، ساییدگی و پارگی، یا مریضی است، مفصل ملتهب شده و باعث تورم، درد و سفتی می شود. التهاب یکی از واکنش های طبیعی بدن به آسیب یا مریضی است. هر چند در مفاصل دچار آرتريت، التهاب ممکن است موجب ناتوانی طولانی مدت یا دائمی شود.

آرتروز یا استئوآرتريت

شایع ترین نوع آرتريت، استئوآرتريت یا آرتروز محسوب می شود. و همچنین به عنوان آرتريت (ساییدگی و پارگی) معروف است، آرتروز هنگامی اتفاق می افتد که غضروف های ضربه گیر و محافظ انتهای استخوان ها به تدریج از بین می روند. این وضعیت در اثر استفاده بیش از حد، تروما یا دژنراسیون طبیعی غضروف همراه با افزایش سن اتفاق می افتد.

آرتروز اغلب در مفاصل تحمل کننده وزن، مانند زانو، هیپ و ستون فقرات دردناک تر است. هرچند، مفاصلی که به طور گسترده در کار یا ورزش مورد استفاده قرار می گیرند، یا مفاصلی که در اثر سانحه آسیب دیده اند ممکن است نشانه هایی از آرتروز را نشان دهند.

در بسیاری از موارد، رشد استخوان به نام (اسپورها) در لبه های مفاصل دچار آرتروز ایجاد می شود. استخوان می تواند سخت و مستحکم (اسکلروز) شود. مفصل ملتهب شده و باعث درد و تورم می شود. استفاده مداوم از مفصل دردناک است.

آرتریت روماتوئید

آرتریت روماتوئید یک مریضی طولانی مدت محسوب می شود. آرتریت روماتوئید بسیاری از بخش های بدن، عمدتاً مفاصل را درگیر می کند. سیستم ایمنی بدن که به طور معمول از بدن محافظت می کند، شروع به تولید موادی می کند که به بدن حمله می کنند. پوشش مفصلی در آرتریت روماتوئید متورم شده و به بافت های اطراف حمله می کند. مواد کیمیایی تولید می کند که به رویه مفصلی حمله و آن را تخریب می کند.

آرتریت روماتوئید ممکن است هر دو مفصل بزرگ و کوچک بدن و همچنین ستون فقرات را درگیر کند. معمولاً تورم، درد و سفتی، حتی در صورت عدم استفاده از مفصل ایجاد می شود. در برخی از شرایط، آرتریت نوجوانی ممکن است علائم مشابهی را در کودکان ایجاد کند.

آرتریت روماتوئید بعد از تروما

آرتریت روماتوئید بعد از تروما از آسیب به مفصل نشأت می گیرد. اگر شکستگی استخوان یا شکستگی به مفصل گسترش یابد، به غضروف صاف پوشاننده رویه ها آسیب خواهد زد. رویه ها ناهموار شده و در نتیجه حرکت مفصل اصطکاک ایجاد می شود. با گذشت زمان، مفصل در هم شکسته و دچار آرتریت می شود.

آرتریت سپتیک

آرتریت سپتیک عفونت در مفصل محسوب می شود. غالباً باکتری ها از طریق جریان خون از محل عفونت به سایر بخش های بدن، مانند مجرای ادراری، به مفصل می رسند. مفاصل آلوده معمولاً گرم، قرمز و به شدت حساس هستند. آنها اغلب به دلیل چرک در مفصل متورم می شوند. مفصل آلوده در اغلب موارد علاوه بر آنتی بیوتیک ها به درناژ جراحی نیاز دارند.

آرتریت پسوریاتیک

آرتریت پسوریاتیک با مریضی پسوریازیس پوستی مرتبط است. گرچه ممکن است مفاصل بزرگ تری مانند زانو را درگیر کند، اما علائم اغلب در نواحی کوچک تری مانند مفاصل دیستال نوک انگشتان دست ها و پاها ظاهر می شوند.

آرتریت نفرسی

آرتریت نفرسی در اثر تجمع اسید اوریک در جریان خون ایجاد می شود. اوریک اسید، بلورهایی را ایجاد می کند که باعث التهاب حاد در یک مفصل می شود. انگشت شست پا، مچ پا، زانو و آرنج شایع ترین مفاصل درگیر محسوب می شوند. یک حمله نفرس می تواند به شدت دردناک باشد. مفصل ملتهب قرمز شده و نسبت به لمس بسیار حساس می شود. حملات نفرسی اغلب به جای جراحی با دارو و تدایمی می شوند. در بسیاری از مریضان در دراز مدت، توده های بافت نرم (توفی) بر روی مفاصل مبتلا ایجاد می شود.

آرتریت لایم

آرتریت لایم می تواند یکی از عوارض جانبی مریضی لایم محسوب می شود و یک عفونت سیستمیک ناشی از گزش کنه ایجاد می کند. آرتریت لایم می تواند در مراحل اولیه مریضی به صورت حاد در نتیجه درد و تورم ظاهر شود. مریضی لایم با آنتی بیوتیک ها تداوی می شود. مریضی لایم بدون تداوی می تواند به آرتریت مزمن منجر شود.

آرتریت اسپوندیلیتیک

آرتریت اسپوندیلیتیک در اغلب اوقات ستون فقرات را درگیر می کند. شایع ترین شکل آن اسپوندیلیت آنکیلوزان محسوب می شود. این درد اغلب به صورت کمردرد با تغییرات اولیه در مفاصل ساکروایلیاک لگن ظاهر می شود. داکتر می تواند این تشخیص را با یک آزمایش خون مثبت، HLA-B27 تأیید کند.

آرتریت لوپوس

لوپوس نوعی مریضی خودایمنی است که اندام های مختلفی را از جمله کلیه ها، پوست، خون و قلب درگیر می کند. آرتریت لوپوس می تواند؛ سیستمیک باشد و موجب درد مزمن در مفاصل مختلفی شود.

آرتریت نوجوانی

آرتریت نوجوانی شایع ترین نوع آرتریت در کودکان و نوجوانان محسوب می شود. تخمین زده می شود که بیش از ۲۵۰،۰۰۰ نفر کودک زیر ۱۶ سال در ایالات متحده به آن مبتلا می شوند. انواع مختلفی از این مریضی وجود دارد و بیش تر آنها از آرتریت روماتوئید در بزرگسالان متمایز هستند.

پیشینه تحقیق

در سال های اخیر، مطالعات مختلفی در سطح جهانی به بررسی عوامل مختلف مؤثر در بروز و تشدید آرتریت تخریبی مفصل هانش پرداخته اند. این تحقیقات نشان داده اند که عوامل مختلفی مانند سن، جنسیت، چاقی، سابقه خانوادگی، و مصرف دخانیات در ایجاد و پیشرفت این مریضی نقش دارند. در ادامه به برخی از این تحقیقات اشاره می شود:

Hernandez et al. (2018) در مطالعه ای که بر روی ۱،۵۰۰ نفر از مریضان مبتلا به آرتریت تخریبی مفصل هانش انجام دادند، نشان دادند که مصرف دخانیات به طور معناداری با شدت مریضی ارتباط دارد. مریضان سیگاری نسبت به غیرسیگاری ها بیشتر دچار تخریب غضروف ها و التهاب مفاصل شدند. این مطالعه بر اهمیت کاهش مصرف دخانیات به عنوان یک اقدام پیشگیرانه تأکید دارد.

Loeser et al. (2016) در تحقیق خود بر روی مریضان مبتلا به آرتریت تخریبی مفصل هانش به رابطه بین چاقی و بروز این مریضی پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که افراد چاق بیشتر از دیگران به آرتریت تخریبی مفصل هانش مبتلا می شوند و فشار اضافی که چاقی بر مفصل وارد می کند، می تواند روند تخریب غضروف ها را تسریع نماید.

Hunter & Bierma-Zeinstra (2019) در مطالعه ای جامع بر روی ۲،۰۰۰ مریض مبتلا به آرتریت تخریبی مفصل هانش نشان دادند که سن بالا یکی از عوامل اصلی بروز آرتریت در مفاصل بزرگ، به ویژه مفصل هانش است. در این تحقیق، نشان داده شد که با افزایش سن، توانایی ترمیم غضروف ها کاهش می یابد و این امر منجر به تخریب زودتر مفاصل می شود.

Spector et al. (2019) در مطالعه‌ای طولی بر روی ۱,۲۰۰ نفر از مریضان با سابقه خانوادگی آرتريت تخریبی نشان دادند که این افراد بیشتر از دیگران به آرتريت تخریبی مبتلا می‌شوند. این تحقیق بر جنبه جنیتیکی آرتريت تأکید کرد و بر لزوم بررسی تاریخچه خانوادگی برای وقایه از مریضی‌های مفصلی در افراد تأکید داشت.

بوجاری و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی که در ایران انجام دادند، رابطه بین عوامل اجتماعی و اقتصادی و بروز آرتريت تخریبی مفصل هانش را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف و سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر در معرض خطر ابتلا به این مریضی قرار دارند، که نشان‌دهنده تأثیر عوامل اجتماعی در بروز آرتريت است.

این تحقیقات به‌طور مشترک بر این نکته تأکید دارند که آرتريت تخریبی مفصل هانش یک مریضی پیچیده است که تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد. به همین دلیل، شناخت دقیق این عوامل می‌تواند به وقایه و تداوی بهتر این مریضی کمک کند. در حالی که بیشتر این تحقیقات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی انجام شده است، در افغانستان تحقیقات مشابه هنوز محدود است و نتایج این تحقیق می‌تواند به گسترش دانش در این زمینه کمک کند.

روش تحقیق

این تحقیق از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی (cross-sectional) است که با هدف بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش در مریضان مراجعه‌کننده به شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی طراحی شده است. در این مطالعه، داده‌ها به‌صورت مشاهده‌ای و از طریق جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌ای از مریضان مبتلا به آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش جمع‌آوری گردیده و برای انتخاب نمونه آماری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شده است. تعداد نمونه با استفاده از فرمول‌های احصائی برای تعیین حجم نمونه در مطالعات توصیفی، با در نظر گرفتن سطح خطای ۵ فیصد و توان آزمون ۸۰ فیصد، محاسبه گردید. در نهایت، تعداد ۲۰۰ مریض به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

داده‌ها با تکمیل توزیع پرسشنامه و همچنین بررسی دوسیه‌های مریضان جمع‌آوری گردید. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. تحلیل‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) برای نمایش ویژگی‌های دموگرافیک و توزیع عوامل خطر استفاده خواهد شد. همچنین، برای بررسی ارتباط بین عوامل مختلف (مانند سابقه خانوادگی، وضعیت چاقی و آسیب‌های قبلی) و بروز آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش از آزمون‌های آماری مانند کای‌دو و رگرسیون لجستیک استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل

جدول (۱) آمار توصیفی (Descriptive Statistics)

متغیر	میانگین	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	تعداد
سن (سال)	۵۶.۴	۸۵	۱۸	۱۲.۵	۲۰۰
وزن (کیلوگرم)	۷۲.۸	۱۳۰	۴۵	۱۵.۳	۲۰۰
مصرف دخانیات (%)	۴۲.۵	۱۰۰	۰	۵.۶	۲۰۰
سابقه خانوادگی (بله/خیر)	۶۰.۰٪	N/A	N/A	N/A	۲۰۰
وضعیت چاقی (%)	۳۰.۲	۵۰	۱۵	۷.۴	۲۰۰

(۲) Chi-Square Test) آزمون کای دو جدول

متغیر	آرتريت تخریبی حاد (خیر)	آرتريت تخریبی حاد (بله)	کل نمونه ها	آزمون کای دو
مصرف دخانیات	۷.۵٪	۳۵.۰٪	۴۲.۵٪	۱۸.۶۷ (□ □ ۰.۰۵)
بدون مصرف دخانیات	۹۲.۵٪	۶۵.۰٪	۵۷.۵٪	

جدول (۳) آزمون تی مستقل (Independent T-test)

گروه	میانگین سن	انحراف معیار	t-value	p-value
مبتلا به آرتريت حاد	۵۹.۴	۱۰.۱	۱۲۰	۰.۰۰۱
غیرمبتلا به آرتريت حاد	۵۲.۳	۱۳.۷	۸۰	۳.۷۶

جدول (۴) رگرسیون لجستیک (Logistic Regression)

متغیر	OR (نسبت شانس)	۹۵٪ □□	p-value
سن (برای هر سال)	۱.۰۵	۱.۰۲-۱.۰۸	۰.۰۰۴
مصرف دخانیات (بله)	۵.۷۵	۲.۵۰-۱۳.۵۲	۰.۰۰۱
سابقه خانوادگی (بله)	۳.۲۰	۱.۲۵-۸.۱۴	۰.۰۱۵
چاقی (BMI > 30)	۲.۴۰	۱.۲۰-۴.۸۳	۰.۰۱۴

نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که عوامل متعددی به طور معناداری با بروز آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش در مریضان مراجعه کننده به شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی مرتبط هستند. مهم ترین عواملی که در این تحقیق شناسایی شدند عبارتند از: سن بالا، مصرف دخانیات، چاقی و سابقه خانوادگی مریضی های مفصلی. از میان این عوامل، مصرف دخانیات به عنوان مهم ترین عامل خطر شناسایی شد که مریضان سیگاری تقریباً ۵,۷۵ برابر بیشتر از مریضان غیرسیگاری در معرض خطر آرتريت تخریبی حاد مفصل هانش قرار داشتند.

همچنین، با توجه به یافته های تحقیق، سن بالا و سابقه خانوادگی مریضی های مفصلی نیز به عنوان عوامل خطر مهم در بروز آرتريت تخریبی حاد شناسایی شدند. به ویژه، مریضان مسن تر و کسانی که سابقه خانوادگی مریضی های مفصلی دارند، به طور قابل توجهی بیشتر در معرض این مریضی قرار دارند. این امر تأکید می کند که باید در برنامه های وقایه و تداوی، توجه بیشتری به تاریخچه پزشکی مریضان و عوامل خطر فردی صورت گیرد.

بر اساس این نتایج، پیشنهاد می شود که اقدامات پیشگیرانه مانند کاهش مصرف دخانیات، مدیریت دقیق تر مریضان با سابقه خانوادگی امراض مفصلی و برنامه های آموزشی برای کاهش چاقی و بهبود سبک زندگی به ویژه در گروه های سنی بالاتر انجام

شود. این اقدامات می‌توانند در وقایه از بروز آرتريت تخريبي حاد مفصل هانش مؤثر باشند و كيفيت زندگي مريضان را بهبود بخشند. محدوديت‌های اين تحقيق شامل حجم نمونه محدود و عدم كنترول برخي از عوامل مخدوش‌كننده بود كه مي‌تواند تأثير بر نتايج را داشته باشد. بنابر اين، پيشنهاده مي‌شود كه تحقيقات بيشترى با حجم نمونه بيشتر انجام شود تا نتايج به‌دست‌آمده تأييد و تعميم يابد.

مأخذ

۱. بخشي، بيتا، خرمي زاده، محمدرضا، بادامي، ناصر، پزشكي، محمد، صفوي فر، فرناز، برهمه، آذر، و نوروزي، مهدي. (۱۳۸۴). آرتريت راکتيو يا آرتريت عفوني مزمن. طب و تزكيه، ۱۴(۱) (مسلسل ۵۶)، ۷۱-۸۴.
۲. شريف‌زاده، صديقه؛ نصري، فاطمه. (۱۴۰۲). مروري بر معيارهاي آزمائشگاهي و كلينيكي در تشخيص بيماري آرتريت روماتوييد، فصلنامه آزمائشگاهي و تشخيص، شماره ۵۹: ص ۱۴-۲۰.
۳. Bujari, M., et al. (2020). Social and economic factors in osteoarthritis development in Iran. *Journal of Osteoarthritis Research*, 35(2), 221-227.
۴. Farhadi, A., & Zia, S. (2022). *Prevalence of arthritis in Afghanistan: A review of current studies*. *Afghan Medical Review*, 5(3), 121-130.
۵. Hernandez, M. A., et al. (2018). The impact of smoking on the development of osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 26(4), 504-510.
۶. Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *Lancet*, 393(10182), 1745-1759.
۷. Johnson, R. (2020). *Lifestyle and degenerative diseases: The impact of inactivity on joint health*. *Rheumatology Journal*, 28(4), 33-45.
۸. Lee, K., Park, J., & Yoo, H. (2020). *Effective prevention strategies for degenerative joint diseases in underdeveloped regions*. *Global Health Studies*, 12(2), 215-221.
۹. Loeser, R. F., et al. (2016). Osteoarthritis: A disease of the joint as an organ. *Arthritis and Rheumatism*, 68(4), 839-845.
۱۰. Rahman, M., Khan, N., & Siddiqi, M. (2021). *Healthcare access and arthritis management in Afghanistan*. *Medical Progress Journal*, 9(1), 78-85.
۱۱. Smith, J., Clark, A., & Brown, L. (2019). *Pathophysiology of osteoarthritis in the hip joint*. *Journal of Orthopedic Research*, 35(2), 240-245.
۱۲. Spector, T. D., et al. (2019). The genetic epidemiology of osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, 15(6), 333-346.