

بررسی شایع ترین علل بستریهای مکرر بیماران ایسکمیک قلبی

دکتر حسین فرشیدی

استادیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال هشتم شماره دوم تابستان ۸۳ صفحات ۶۷ تا ۷۱

چکیده

مقدمه: امروزه بیماریهای ایسکمیک قلبی (IHD) جزء شایعترین علل بستری بوده و به عنوان دومین علت مرگ و میر در کشور ما به حساب می آید. هزینه های انجام شده در بخش درمان این بیماران بسیار بالا بوده و در این میان بستریهای مکرر بخش قابل توجهی از هزینه های قابل پیشگیری را به خود اختصاص می دهد. هدف از این مطالعه یافتن علل بستری مجدد در بیماران با تشخیص IHD می باشد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی در مدت ۶ ماه کلیه بیمارانی که حداقل برای بار دوم در طی یکسال گذشته با تشخیص حمله حاد قلبی (Acute Coronary Syndrome) شامل Myocardial Infarction (MI) و None Q Wave MI و Unstable Angina (UA) در بخش اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس بستری گردیده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات بوسیله پرسشنامه از خود بیمار یا رجوع به پرونده های قبلی ثبت گردید و نتایج بصورت توصیفی ارائه شدند.

نتایج: در مجموع ۷۵ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. در اکثر موارد چندین علت، از علل مراجعه مجدد بیماران بود ولی در بررسی علل منفرد منجر به بستری مجدد به ترتیب: مصرف نامنظم داروها، استرس های روحی، عدم تنظیم فعالیتهای روزانه و ادامه مصرف دخانیات را می توان ذکر کرد.

نتیجه گیری: هزینه های بسیار بالای تحمیلی به سیستم درمانی و بیماران در بستریهای مجدد و با توجه به یافته های این مطالعه، ضروری به نظر می رسد که به موضوع با دیدی نوین نگریسته و راهکارهای مناسب ارائه گردد. حداقل ارائه یک برنامه خوب آموزشی برای بیماران در هنگام ترخیص از بخش، می تواند به میزان قابل توجهی تعداد دفعات بستری مجدد را کاهش دهد.

کلیدواژه ها: علت - بیماری ایسکمیک قلب - بستری در بیمارستان

نویسنده مسئول:

دکتر حسین فرشیدی

بیمارستان شهید محمدی -

بخش قلب و عروق - دانشگاه

علوم پزشکی هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: ۰۵-۳۳۴۷۰۰۱ ۷۶۱ ۹۸+

مقدمه:

آنژیوپلاستی به زندگی بدون علامت خود ادامه می دهند بسیاری از این بیماران در هنگام ترخیص از بیمارستان بدون علامت بوده و از نظر پزشکی توصیه ای در ارتباط با مصرف دارو، تغذیه مناسب و مقدار فعالیت بدنی روزانه دریافت می نمایند. با اینحال پاره ای از این بیماران برای چندمین بار با علائم حاد و بیماریهای ایسکمیک قلبی به بیمارستان مراجعه و چه بسا عده ای از این افراد جان خود را نیز از دست می دهند. موضوع بستری شدن بیماران از جنبه های مختلف قابل بررسی می باشد

در پایان قرن بیستم مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلب و عروق نزدیک به نیمی از مرگ و میر در کشورهای صنعتی و در یک چهارم موارد در کشورهای در حال توسعه را به خود اختصاص داده است (۱). امروزه با توسعه مراکز درمانی بیماریهای قلب و عروق، پیشرفت طب و آشنایی مردم با علائم زودرس بیماریهای قلبی تعداد زیادی از این بیماران نجات پیدا کرده و سالها با مصرف دارو، انجام عمل پیوند عروق کرونری یا

همراهان یا تأیید از طریق مراجعه به پرونده قلبی بیمار بود، جمع‌آوری گردید. پرسشنامه شامل اطلاعات عمومی بیماران، نام، نام خانوادگی، سن، جنس، شغل، سطح سواد، تاریخ بستری و ترخیص قلبی از بخش قلب، تشخیص قلبی، اقدامات درمانی انجام شده در بستری قلبی، داروهای دریافتی، رژیم‌های غذایی، میزان فعالیت روزانه، شکایت و تشخیص فعلی بود. برای آنالیز داده‌ها از نرم افزار SPSS و برای صفات کیفی نیز از آزمون Chi-Square استفاده شد.

در این مطالعه به دلیل گستردگی فاکتورهای خطر ساز بیماری عروق کرونر و به دلیل در اختیار نداشتن امکانات مناسب تحقیقاتی تنها سه فاکتور مورد بررسی قرار گرفت که شامل مصرف سیگار (دخانیات) فشار خون بالا و دیابت بود.

نتایج:

۷۵ بیمار (جدول شماره ۱) شامل ۴۴ (۵۸/۸٪) نفر زن و ۳۱ (۴۱/۲٪) نفر مرد بودند که از نظر آماری اختلاف در تعداد بستری زن و مرد معنی‌دار نمی‌باشد. از نظر دفعات بستری ۴۹ نفر (۶۵/۳٪) دو بار، ۱۳ نفر (۱۷/۳٪) سه بار، ۸ نفر (۱۰/۷٪) چهار بار و ۳ نفر (۴٪) پنج بار یا بیشتر بستری شده بودند میانگین سن بیماران مورد مطالعه ۵۸/۵ سال می‌باشد که این میانگین در زنان ۵۹/۷ سال و در مردان ۵۶/۶ سال می‌باشد. تنها یک مورد بستری در سنین زیر ۴۰ سال (مرد گروه سنی ۲۹-۲۵) مشاهده گردید. سن بیشتر افراد بستری بالای ۴۰ سال بود که بیشترین تعداد بستری در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال در هر دو جنس (۲۰ نفر) بودند. تعداد افراد بستری در هر دو جنس در سنین ۶۰ لغایت ۷۴ سال برابر ۴۱ نفر معادل ۵۴٪ کل جمعیت مورد مطالعه می‌باشد. در پاره‌ای از موارد بیش از یک علت مطرح و امکان تعیین علت اصلی بطور جداگانه مشکل بود که در این موارد تمامی علل برای موارد بستری در نظر گرفته و در آمار کلی لحاظ شده است.

مواردی مانند مشکلات روحی بیماران ناشی از بستریهای مکرر، بار مالی تحمیل شده به بیمار و مراکز درمانی، همچنین اشغال تخت‌های بسیار حساس بخش مراقبتهای ویژه قلب (CCU) و عدم استفاده بهینه از امکانات در ارائه خدمات به بیماران قلبی از جمله این موارد می‌باشند. در کشوری مانند انگلستان هزینه‌های بسیار بالای تحمیل شده به سیستم بیمه ناشی از بستریهای مکرر تیرت بسیاری از جرایم از جمله گاردین شده است (۲). در مطالعه‌ای توسط Lezzoni و همکاران در پاره‌ای از موارد بستریهای مکرر در یکسال تا ۳۵٪ موارد را شامل شده است (۳). اگرچه در این مطالعه اکثر بیماران را بیماران با نارسایی قلب تشکیل می‌دهند که گاهاً در گروه بیماریهای مزمن قلبی قرار می‌گیرند. در مطالعه Heller و همکاران (۴) بستری مجدد در طی یکسال ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی بالاتر از ۲۰٪ گزارش شده است. در تمامی این موارد آنچه مهم به نظر می‌رسد پیشگیری از بستری مجدد می‌باشد که بدون شناختن علل بستری ممکن نخواهد شد (۵). لذا بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی علل بستری مجدد و راهکارهای عملی در جهت کاهش آن بپردازیم.

روش کار:

مطالعه از نوع مقطعی و جمعیت هدف را بیمارانی تشکیل می‌دهند که در طی فاصله زمانی اسفند ۷۶ لغایت مرداد ۷۷ حداقل برای بار دوم در طی یکسال قبل با تشخیص آنژین صدری ناپایدار یا سکته قلبی (MI) در بخش اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس بستری گردیده‌اند. داده‌ها توسط دو پزشک عمومی با مراجعه روزانه به بخش و یافتن بیماران منطبق با این مطالعه (تشخیص Acute Coronary Syndrome که در طی یکسال قبل نیز با همین تشخیص بستری شده بودند، بیمارانی که با تشخیص اولیه UA بستری ولی در تشخیص نهایی IHD رد شده بود در این مطالعه حذف گردیده‌اند). اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه که بر اساس گفته‌های خود بیمار،

جدول شماره ۱ - توزیع بیماران مورد مطالعه بر اساس سن و جنس

سن	تعداد کل (درصد)	تعداد مردان (درصد)	تعداد زنان (درصد)
۲۵-۲۹	۱ (۱/۳۲)	۱ (۳/۲۲)	۰ (۰)
۳۰-۳۴	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
۳۵-۳۹	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
۴۰-۴۴	۹ (۱۲)	۵ (۱۶/۱)	۴ (۹)
۴۵-۴۹	۷ (۹/۳۳)	۳ (۹/۶۷)	۴ (۹)
۵۰-۵۴	۸ (۱۰/۶۷)	۳ (۹/۶۷)	۵ (۱۱/۶۳)
۵۵-۵۹	۵ (۱۶/۶۷)	۴ (۱۲/۹)	۱ (۲/۲۷)
۶۰-۶۴	۲۰ (۲۶/۶۷)	۶ (۱۹/۳۵)	۱۴ (۱۳/۸)
۶۵-۶۹	۱۳ (۱۷/۳۳)	۵ (۱۶/۱)	۸ (۱۸/۱)
۷۰-۷۴	۸ (۱۰/۶۷)	۳ (۹/۶۷)	۵ (۱۱/۳۶)
۷۵-۷۹	۲ (۲/۶۷)	۰ (۰)	۲ (۴/۵)
۸۰-۸۴	۲ (۲/۶۷)	۱ (۳/۲۲)	۱ (۲/۲۷)
جمع	۷۵	۳۱ (۱۰۰)	۴۴ (۱۰۰)

بیماران مورد مطالعه مشاهده گردید و اختلاف بین زن و مرد از لحاظ آماری معنی دار نبود.

بحث و نتیجه گیری:

وجود علل قابل پیشگیری مانند مصرف نامنظم دارو یا عدم مقدار فعالیت و رژیم‌های غذایی به عنوان علل بستریهای مکرر بیماران قلبی بخصوص بیمارانی که در هنگام ترخیص از بیمارستان در وضعیت نسبتاً مطلوبی بسر می‌بردند، وظیفه ما را در جلوگیری از بستریهای مکرر بیشتر می‌سازد. آمار و داده‌های ارائه شده در بستری مجدد بیماران قلبی در اکثر موارد بین ۳۵٪ تا ۵۰٪ نیز گزارش شده است. بیشتر این بیماران از بیماریهای مزمن قلبی مانند انواع نارساییهای دریچه‌ای یا درگیریهای مزمن میوکارد رنج می‌برند که در مطالعات Vinson و همکاران و Debra و همکاران شاهد آن می‌باشیم. اگرچه آمار ارائه شده مربوط به کشورهایمانند انگلستان و امریکا (۸) می‌باشد، ولی علل در بسیاری از موارد قابل پیشگیری می‌باشد. در دو مطالعه فوق‌الذکر مصرف نامنظم داروها همانند آنچه در مطالعه ما نشان می‌دهد رتبه اول را به خود اختصاص داده است ولی در رتبه بعدی عدم رعایت رژیم غذایی ذکر شده است که در مطالعه ما رتبه هفتم را به خود اختصاص داده است که قابل بررسی می‌باشد. در مطالعات ذکر شده و مطالعه ما علت

در بررسی علل بستری مجدد، مصرف نامنظم داروهای قلبی در ۲۰ مورد (۲۰/۶٪) به عنوان علت اصلی در رتبه اول قرار گرفته است مصرف نامنظم دارو در ۱۷ درصد مردان و در زنان ۲۳/۲ درصد زنان مشاهده شد (جدول شماره ۲). در رتبه بعدی دو علت استرسهای روحی و عدم رعایت میزان فعالیت بدنی با ۱۵/۴٪ کل موارد قرار گرفته است. در این مورد بین مردان و زنان تفاوت واضحی به چشم می‌خورد و عدم رعایت میزان فعالیت بدنی در مردان رتبه دوم در حالی که در زنان استرسهای روحی رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. استرسهای روحی در مردان در رتبه پنجم علل بستری مجدد قرار گرفته است.

در بررسی فاکتورهای خطر ساز برای درگیری عروق کرونر مصرف دخانیات در سابقه ۵۳/۳٪ افراد مورد مطالعه وجود داشت که متأسفانه ۳۲٪ جمعیت در هنگام انجام این تحقیق نیز به مصرف آن ادامه می‌داده‌اند. سابقه مصرف سیگار در مردان مورد مطالعه ۸۰/۶٪ و در زنان مورد مطالعه ۳۴/۱٪ می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار می‌باشد ($p < 0.001$).

۴۹/۲٪ از بیماران مبتلا به فشار خون بالا بودند. این نسبت در زنان مورد مطالعه ۵۸٪ و در مردان مورد مطالعه ۳۲/۴٪ بود که از نظر آماری معنی دار به حساب می‌آید ($p < 0.05$). بیماری دیابت در ۱۶٪ از

جدول شماره ۲ - فراوانی علل مورد بررسی بر اساس جنس

علت بستری مجدد	تعداد عوامل در کل جمعیت (درصد)	فراوانی در زنان (درصد)	فراوانی در مردان (درصد)
مصرف نامنظم داروهای تجویزی	۲۰ (۲۰/۶)	۱۳ (۲۲/۲)	۷ (۱۷)
استرسهای روحی	۱۵ (۱۵/۴)	۱۰ (۴۷/۸)	۵ (۱۲/۱)
عدم رعایت میزان فعالیت بدنی	۱۵ (۱۵/۴)	۷ (۱۲/۵)	۸ (۱۹/۵)
عدم کنترل فشار خون	۱۲ (۱۲/۳)	۷ (۱۲/۵)	۵ (۱۲/۱)
ادامه مصرف دخانیات	۱۱ (۱۱/۳)	۳ (۵/۳)	۸ (۱۹/۵)
علت نامعلوم	۹ (۹/۲)	۷ (۱۲/۵)	۲ (۴/۸)
عدم رعایت رژیم غذایی	۷ (۷/۲)	۴ (۷/۱)	۳ (۷/۳)
قطع مصرف داور	۳ (۳)	۲ (۳/۵)	۱ (۲/۴)
اتمام دارو و عدم تهیه مجدد آن	۲ (۲)	۲ (۳/۵)	۰ (۰)
کاهش مصرف دارو	۲ (۲)	۱ (۱/۷)	۱ (۲/۴)
عدم آگاهی نسبت به کیفیت و میزان فعالیت روزانه	۱ (۱)	۰ (۰)	۱ (۲/۴)

اول بستری برای هر دو جنس صادق می‌باشد در حالیکه استرسهای روحی و عدم رعایت فعالیت بدنی در رتبه‌های بعدی مطالعه می‌باشد. نکته قابل ذکر در این مورد تفاوت واضح در بین مردان و زنان مورد مطالعه می‌باشد که در زنان استرسهای روحی با (۱۸/۷٪) رتبه دوم علل بستری مجدد را به خود اختصاص داده است. این تفاوت واضح با مطالعات Vinson (۶) و Debra (۷) شاید به فرهنگ جامعه ارتباط داشته باشد. جایی که زنان در برخورد با ناملایمات زندگی بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار گرفته و تغییرات شدید در فشار خون و افزایش ضربان قلب در حقیقت باعث افزایش نیاز بافت میوکارد به خون گردیده و در نهایت تابلوی بالینی را ایجاد می‌کند که به آن Unstable angina می‌گوییم. در تناقض با این یافته استرسهای روحی بعنوان دلیلی برای بستری مجدد در مردان رتبه پنجم را به خود اختصاص داده است و چنانکه در جدول شماره ۲ می‌بینیم عدم رعایت میزان فعالیت بدنی در رتبه دوم قرار دارد که خود نیاز به مطالعه بیشتر دارد. با توجه به این که در زمان ترخیص توصیه‌هایی در ارتباط با میزان فعالیت بدنی به بیماران ارائه می‌گردد، زنان نسبتاً به این توصیه‌ها پایبند می‌باشند اما مردان کمتر به آن توجه می‌کنند. بنظر می‌رسد علت بی‌توجهی مردان، فعالیت‌های بدنی آنان جهت برآورده کردن نیازهای

اقتصادی خانواده و یا وجود باورهای غلط فرهنگی-اجتماعی در جامعه می‌باشد. شاید برای دیگر موارد نیز تفسیرهای مشابهی بیابیم ولی آنچه مهم می‌باشد قابل پیشگیری بودن اکثر این علل می‌باشد.

در این زمینه لازم است مؤسسات مربوطه خصوصاً سازمانهای بیمه‌گر به ابعاد مالی موضوع اندیشیده و درصد ارائه راهکارها برای بهره‌وری بهتر از سیستم‌های درمانی کشور باشند. زمانی که می‌بینیم بیش از ۳۰٪ بیماران سیگاری پس از ترخیص از بیمارستان به مصرف سیگار خود ادامه می‌دهند یا درصد نه چندان کمی از بیماران پس از اتمام داروهای تجویزی اقدام به تأمین مجدد آن نکرده یا به پزشک خود مراجعه نمی‌کنند حاکی از ضعف سیستم درمانی یا حمایتی می‌باشد.

به نظر می‌رسد در این زمینه ما نیاز به بررسی بیشتر با حجم گسترده‌تر و ملی باشیم. حداقل پیشنهاد می‌گردد با ارائه یک برنامه آموزشی خوب و جامع در زمان ترخیص بیماران و حمایت مالی مناسب از بیماران در جهت تأمین داروهای مورد نیاز، معاینات دوره‌ای و اقدامات تشخیصی درمانی تکمیلی انجام گیرد تا به میزان قابل توجهی از بستریهای مکرر کاسته شود.

References

منابع

1. Braunwald E, Zipes D, Libby P. Heart disease: a textbook of cardiovascular diseases. 6th ed. Philadelphia. W.B.Saunders; 2001.
2. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge MA, Harvard school of public health;1996.
3. Iezzoni LI, Ash AS, Shwartz M. Judging hospitals by severity adjustment method. *Am J Public Health*. 1996;86(10):1379-1387.
4. Heller RF, Fisher JD, Deste CA. Death and readmission in the year after hospital admission with cardiovascular disease: the hunter area hearth and stroke register. *Med J Aust*. 2000;172(6):261-265.
5. National center for health statistics U.S. decennial life table for 1989-1991.
6. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38(12):1290-1295.
7. Debra K, Moso RN, Douglas L. Improving outcome in heart failure. *Circulation*. 2002;105:2810.
8. World Health report 1999: Making a difference. WHO. Geneva;1999.