بررسی مشکلات بیماران تعویض دریچه قلبی شده کاشان در سال ۱۳۸۰

محسن تقدسی [۱]، مرتضی آبدار اصفهانی [۲]، سید غلامعباس موسوی [۳]

چکیده

سابقه و هدف: در کشور ما سالانه تعداد زیادی از بیماران تحت عمل جراحی تعویض دریچه قلبی قرار می‌گیرند. با توجه به بروز مشکلات فراوان و روشن نبودن میزان آن در بیماران تعویض دریچه‌ای منطقه این مطالعه به منظور تعیین مشکلات این افراد در سال ۱۳۸۰ در کاشان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی بود که بر روی کلیه بیماران تعویض دریچه قلبی شده انجام گردید. پس از معاینه، پرسشنامه‌ای شامل خصوصیات بیمار اعم از سن، جنس، شغل، نوع دریچه، محل و مدت تعویض دریچه، مشکلات تنگی نفس، خلط خونی، سرفه مداوم، خس خس سینه، تپش قلب، ادم محیطی، فشار خون زیر ۹۵ میلی‌متر جیوه، رژیم غذایی، خونریزی غیرطبیعی، وضعیت پیشگیری از بارداری، مشکلات خواب نظیر دیر به خواب رفتن، بیدار شدن حین خواب و نخوابیدن، تغییر فعالیت روزانه، رژیم غذایی و مصرف نمک تکمیل شد. سپس داده‌های خام از پرسشنامه استخراج و به روش دستی طبقه‌بندی و با آمار توصیفی ارائه شد و با استفاده از آزمونهای دقیق فیشر و کای دو و محاسبه نسبت شانس (OR) و فاصله اطمینان (CI) برای تجزیه و تحلیل داده ها اقدام گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۱٤۰ بیمار تعویض دریچه شده ۲۰ نفر فوت و ۲۰ نفر مهاجرت نموده بودند، از موارد باقیمانده ٦۰ نفر زن و ٤۰ نفر مرد بودند. ۷۵ نفر در محدوده سنی ۵۰-۲۱ سال (با میانگین سنی ۳٦ سال) قرار داشتند. ۹۸ نفر دریچه مکانیکی و ۲ نفر دریچه بیولوژیک داشتند. ۷۰ نفر از افراد پژوهش حداقل به یکی از مشکلات سیستم تنفسی دچار بودند. بیشترین موارد مشکلات تنفسی شامل تنگی نفس و خلط خونی مربوط به دریچه بیورک شایلی (به ترتیب ٤٦/٦ و ۳٦/۷ درصد) و بیشترین موارد خس خس ریه مربوط به دریچه سنت جود (۲۸/۵ درصد) بود. بیشترین میزان تپش قلب، ادم محیطی و فیبریلاسیون دهلیزی (به ترتیب با ۸۵/۷، ۱٤/۳، و ۹۰/٤ درصد) مربوط به دامنه سنی ۵۱ سال به بالا بود. بیشترین روش پیشگیری از حاملگی، جلوگیری از طرف همسر بود. ٦۰ نفر دچار مشکلات خواب بودند. ۷۰ درصد تغییر در فعالیت روزانه داشتند و ۷۰ درصد هم رژیم غذایی کم نمک مصرف می‌کردند. بیشترین داروی مصرفی همراه با داروی ضد انعقاد (وارفارین)، دیژیتال بود که ۵۸ درصد آن را مصرف می کردند. ۵۵ درصد بیماران هیچگونه آموزشی در خصوص مراقبتهای بعد از عمل ندیده بودند که مشکلات آنها شامل تنگی نفس، خلط خونی، سرفه مداوم، اختلالات خواب و کاهش تحمل فعالیت بیش از گروه آموزش دیده بود. همچنین در گروه آموزش ندیده، بروز مشکلات خونریزی باOR:۱۲/۳ و ۳٦/۹-٤/۲۸: CI و تنگی نفس با ٦/۱: OR و ۱٦/٦-۲/۳: CI بیشتر از گروه آموزش دیده بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: با توجه به اینکه بیشترین مشکلات بیماران تعویض دریچه قلبی شده، تنگی نفس، خونریزی، خلط خونی، کاهش تحمل فعالیت، اختلال خواب، فیبریلاسیون دهلیزی و فشار خون پایین بود و از طرفی، بروز این مسایل در گروهی که آموزش ندیده بودند بیشتر از آموزش‌دیده‌ها بود، توجه بیشتر به آموزش این بیماران بعد از عمل، جهت پیشگیری از عوارض فوق و نیز انجام مطالعات بیشتر در این رابطه توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: تعویض دریچه قلب، مشکلات بیماران، آموزش

۱- عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه پرستاری داخلی، جراحی

۲- استادیار، عضو هیئت دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه داخلی قلب

۳- عضو هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه آمار زیستی

پاسخگو: محسن تقدسی

✍ کاشان، کیلومتر ۵ جاده راوند، دانشکده پزشکی، گروه داخلی جراحی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۳/۱/۲۲

تاریخ تاییدمقاله:

مقدمه

عمل جراحی تعویض دریچه از درمانهای نهایی و موثر در مبتلایان به بیماریهای قلبی است. سالانه نزدیک به ۲۵۰ هزار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

مورد جراحی قلب انجام می‌شود که بخشی از آن شامل عمل جراحی تعویض دریچه می باشد (۱). در کشور ما نیز در سال ۱۳۷۷، از کل ۹۶۰۱ عمل جراحی قلب، ۲۳/۸ درصد مربوط به تعویض دریچه بوده است (۲).

$\frac{۲}{۳}$ بیماران مبتلا به تنگی میترال را زنان تشکیل می‌دهند. در صورت کاهش قطر دریچه میترال از ٦-٤ سانتی متر مربع به ۲ سانتی‌متر مربع، انسداد قابل توجه دریچه رخ می‌دهد. هنگامی که مدخل دریچه به حدود ۱ سانتی متر مربع برسد، تنگی شدید میترال اتفاق می‌افتد که فشار وریدی و مویرگی ریه را افزایش داده و با کاهش کمپلیانس ریوی منجر به تنگی نفس فعالیتی می‌شود. نزدیک $\frac{۱}{٤}$ مبتلایان به تنگی میترال مزمن و شدید دچار اختلال عملکرد بطن چپ می‌شوند که به صورت کاهش حجم ضربه ای ظاهر می شود (۳).

کاربرد موفقیت‌آمیز دریچه‌های جدید بیولوژیک اشتیاق به دریچه‌های مکانیکی را کاهش داده است. طرح دریچه‌های طبیعی از نظر متخصصان و مهندسان هنوز هم مهمترین طرح است، چرا که با وجود دوام زیاد دریچه‌های مکانیکی و به کارگیری آ نها در افراد جوان (٤) خطر ترومبوآمبولی در این نوع دریچه‌ها بالاست و بیمار باید برای همیشه داروهای ضد انعقادی دریافت کند. البته خطر ترومبوآمبولی در سالهای اخیر کاهش یافته است که احتمالاً نتیجه فاکتورهایی مربوط به بیماران و دریچه‌ها می‌باشد. اما با وجود استفاده از داروهای ضد انعقاد فقط ٦٦ درصد بیماران حدود ۱۰سال و ۵۸ درصد بیماران حدود ۱۵ سال بدون آمبولی می‌مانند، به عبارت دیگر علیرغم کاهش چشمگیر ترومبوآمبولی در سالهای اخیر، آمبولی سیستمیک، کماکان شایعترین ضایعه دیررس و از علل اصلی مرگ بیماران دارای پروتز دریچه‌ای محسوب می‌شود (۵). عوارض دریچه‌های مصنوعی در درازمدت شامل ترومبوز، عفونت و اختلال عملکرد مکانیکی می‌باشد. مهمترین عارضه، تخریب دریچه پس از عمل است و ترمبوآمبولی و آندوکاردیت معمولاً شایع نیستند (۱و٦). دریچه‌های بیوپروتز نسبت به دریچه‌های مکانیکی مقاومت کمتری دارند و به تدریج پس از ٦-۵ سال فرسوده می‌شوند لذا برای بچه‌ها مناسب نمی‌باشند اگرچه نیاز به مصرف طولانی مدت ضدانعقاد ندارند و خطر خونریـزی و ترومبوآمبولی در آنها کمتر است. شیوع آندوکاردیت و اختلال عملکرد غیر ساختمانی در هر دو نوع دریچه تقریبا یکسان است. نصب هر دو نوع دریچه با کاهش طول عمر نسبت به افراد سالم مشابه، همراه بوده است (٤و۱۰). احتمال سالم ماندن با همه عوارض پس از عمل ۹۰-۸۲ درصد است (٤).

بر اساس تحقیقات، بیشترین مرگ و میر (با استفاده از معیار اروپایی) در بیمارانی بود که دریچه بیوپروستتیک گرفته بودند (٦). *Basia* طی مطالعه‌ای به منظور بررسی مشکلات جسمی بیماران تعویض دریچه‌ای، مشـکلات آنها را شامل کاهش توانایی انجام مسوولیتها و ناتوانی در انجام وظایف (۵۸ درصد) و کاهش تحمل، ضعف و خستگی (۵۱ درصد) عنوان کرد (۷). گفتنی است در کشورهای در حال توسعه بیماریهای روماتیسمی مهمترین و شایعترین بیماری‌های قلبی منجر به تعویض دریچه می باشند که در کشور ما نیز تعداد قابل توجهی به همین خاطر، تحت تعویض دریچه قلب قرار می‌گیرند. مطالعات مختلف در کشورهای گوناگون نشان داده‌اند که بیماران بعد از عمل با مشکلات متعددی مواجه می‌باشند ولی در کشور ما به خصوص شهرستان کاشان تحقیقی در این خصوص انجام نشده است لذا این مطالعه جهت تعیین مشکلات بیماران تعویض دریچه‌ای کاشان در سال ۱۳۸۰ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه به روش توصیفی بر روی کلیه بیماران تعویض دریچه‌ای انجام شد. نوع دریچه با استفاده از گرافی قفسه سینه تعیین و پس از بررسی سوابق پزشکی و آزمایشها، پرسشنامه‌ای شامل خصوصیات سن، جنس، شغل، مدت تعویض دریچه، تنگی نفس، خلط خونی، سرفه مداوم، خس خس سینه، تپش قلب، ادم محیطی، فشار خون کمتر از ۹۵ میلی متر جیوه، وجود فیبریلاسیون دهلیزی بر اساس *EKG*، خونریزی غیر طبیعی و زمان پروترومبین (*PT*)، وضعیت پیشگیری از بارداری، مشکلات خواب (دیر به خواب رفتن، پریدن از خواب و ...)، تغییر فعالیت روزانه، اختلال جنسی، رژیم غذایی و مصرف نمک تکمیل گردید. پس از استخراج داده‌های خام از پرسشنامه، اطلاعات به روش دستی طبقه‌بندی و از طریق شاخصهای توصیفی به صورت جداول فراوانی ارائه گردید. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از تست دقیق فیشر، کای دو و محاسبه *CI* و *OR* استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱٤۰ بیمار تعویض دریچه‌ای، ٤۰ نفر فوت یا مهاجرت نموده بودند. از ۱۰۰ بیمار باقیمانده، ٦۰درصد زن و ٤۰ درصد مرد بودند. ۷۵نفر (۷۵درصد) یعنی اکثریت افراد در سنین ۵۰-۲۱سالگی و با میانگین سنی ۳٦سال بودند (جدول شماره ۱).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۱- توزیع فراوانی موارد پژوهش بر حسب سن و جنس

سن	جنس		جمع
	زن	مرد	
۲۰-۱۰ سال	۲(۳/۳)	۲(۵)	٤(۲۰)
۳۰-۲۱ سال	۱۲(۲۰)	۸(۲۰)	۲۰(۲۰)
٤۰-۳۱ سال	۲۲(۳٦/۷)	۱٤(۳۵)	۳٦(۳٦)
۵۰-٤۱ سال	۱۱(۱۸/۳)	۸(۲۰)	۱۹(۱۹)
٦۰-۵۱ سال	۷(۱۱/۷)	٤(۱۰)	۱۱(۱۱)
۷۰-٦۱ سال	۵(۸/۳)	۲(۵)	۷(۷)
بالای ۷۰ سال	۱(۱/۷)	۲(۵)	۳(۳)
جمع	٦۰(۱۰۰)	٤۰(۱۰۰)	۱۰۰(۱۰۰)

۳۰ نفر (۳۰ درصد) شغل خود را از دست داده بودند. ۹۸ نفر (۹۸ درصد) دریچه مکانیکی و ۲نفر (۲درصد) دریچه بیولوژیک داشتند. همچنین در ۳۸ نفر دریچه میترال، تعویض شده بود. یافته‌های پژوهش در زمینه نوع دریچه و جنس در جدول شماره ۲، آمده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی موارد پژوهش بر حسب نوع دریچه و به تفکیک جنس

نوع دریچه		جنس		جمع
		زن	مرد	
مکانیکی	بیورک شایلی	۲۹(٤۸/۳)	۲۰(۵۰)	٤۹(٤۹)
	سنت جود	۳۰(۵۰)	۱۹(٤۷/۵)	٤۹(٤۹)
	جمع	۵۹(۹۸/۳)	۳۹(۹۷/۵)	۹۸(۹۸)
بیولوژیک		۱(۱/۷)	۱(۲/۵)	۲(۲)
جمع		٦۰(۱۰۰)	٤۰(۱۰۰)	(۱۰۰) ۱۰۰

نسبت زنان تعویض دریچه‌ای بیشتر از مردان بود که اغلب مورد تعویض میترال قرار گرفته بودند.

جدول ۳- توزیع فراوانی موارد پژوهش بر حسب سن و به تفکیک محل دریچه تعویض شده

سن	محل دریچه		جمع
	میترال	میترال و آئورت	
۲۰-۱۰ سال	۳(۳/٦)	۱(۱۰)	٤(٤/۳)
۳۰-۲۱ سال	۱۷(۲۰/٤)	۳(۳۰)	۲۰(۲۱/۵)
٤۰-۳۱ سال	۳۲(۳۸/۵)	۲(۲۰)	۳٤(۳٦/٦)
۵۰- ٤۱ سال	۱٦(۱۹/۳)	۱(۱۰)	۱۷(۱۸/۳)
٦۰-۵۱ سال	۸(۹/۷)	۲(۲۰)	۱۰(۱۰/۸)
۷۰-٦۱ سال	٦(۷/۳)	-	٦(٦/٤)
بالای ۷۰ سال	۱(۱/۲)	۱(۱۰)	۲(۲/۱)
جمع	۸۳(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	۹۳ (۱۰۰)

از مجموع ۱۰۰بیمار بررسی شده ٦ مورد تعویض دریچه آئورت به تنهایی و یک مورد تعویض سه دریچه (آئورت، میترال و تریکوسپید) با هم داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد ۳۰ درصد از موارد پژوهشی پس از عمل جراحی، تعویض شغل داشته‌اند که ۲۵ درصد زن و ۳۷/۵ درصد مرد بوده‌اند. در ٤۸/٤ درصد افراد، ٤-۱ سال از زمان تعویض دریچه می‌گذشت و در محدوده سنی ٤۰-۳۱ سال قرار داشتند. در ۲۰ درصد از موارد، از زمان تعویض دریچه بیش از ۱۰سال می‌گذشت که در محدوده سنی ۷۰-٦۱ سال قرار داشتند.

طبق یافته‌های پژوهش، بیشترین فرم خونریزی مربوط به خونریزی زیر جلدی (۱۵درصد) بود که در ٤۰ درصد موارد، PT بین ۳۵-۳۰ ثانیه بود. همچنین ۲٤ درصد بیماران، ۲۰-۱۵ میلی‌گرم وارفارین در هفته مصرف می‌کردند که ۳۰/۵ درصد از آنها PT بین ۳۰-۲۵ ثانیه داشتند.

نتایج نشان داد که ٤۵ درصد از موارد پژوهش مشکل تنگی نفس داشتند. بیشترین شیوع تنگی نفس در محدوده سنی ۵۱ سال به بالا با ۵۲/۳ درصد (۱۱نفر) و کمترین شیوع تنگی نفس در محدوده سنی ۳۰-۱۰سال با ۲۹/۱درصد (۷ نفر) قرار داشت. بیشترین میزان مشکلات دستگاه تنفسی و خلط خونی مربوط به دریچه بیورک شایلی (به ترتیب ٤٦/۹ درصد و ۳٦/۷ درصد) بیشترین درصد سرفه مداوم مربوط به دریچه بافتی (۵۰ درصد) و بیشترین درصد مشکل خس خس سینه مربوط به دریچه سنت جود (۲۸/۵ درصد) بود. بیشترین روش پیشگیری از حاملگی، جلوگیری از طرف همسر با ٦٦/۷ درصد (۸ نفر) در محدوده سنی ٤۵-۳۱ سال واقع بود. بیشترین تغییر وضعیت خواب (۲٤/۵درصد) به صورت دیر به خواب رفتن بود که مربوط به دریچه بیورک شایلی بود. کمترین تغییر وضعیت خواب (۲٦/۳ درصد) به صورت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

بیخوابی بود که باز هم مربوط به دریچه بیورک شایل بود. همچنین بیشترین تغییر فعالیت روزانه (۵۰درصد) به صورت افزایش فعالیت روزانه با دریچه بافتی بود. بیشترین تغییر فعالیت جنسی (۱۲/۲ درصد) به صورت کاهش فعالیت جنسی با دریچه بیورک شایل بود.

نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین درصد تپش قلب، ادم محیطی و فیبریلاسیون دهلیزی به ترتیب با ۸۵/۷ و ۱٤/۳ و ۹۰/٤درصد مربوط به رده سنی ۵۱سال به بالا می‌باشد. فیبریلاسیون دهلیزی، بیشتر در مردان (۷۵ درصد) و تپش قلب، ادم محیطی و فشارخون غیر طبیعی کمتر از ۹۵ میلی‌متر جیوه با شیوع ۸۰ ، ۱۰ و ۲۰درصد بیشتر در زنان وجود داشت. بیشترین مشکلات قلبی بیماران دارای دریچه، فیبریلاسیون دهلیزی و تپش قلب (هر کدام ۷۳/٤ درصد) بود.

یافته‌های پژوهش در زمینه وضعیت تغذیه و نوع دریچه نشان داد که ٦۵/۳ درصد افراد با دریچه سنت جود، ۵/ ۷۵ درصد افراد با دریچه بیورک شایلی و ۵۰ درصد افراد با دریچه بافتی، به صورت متعادل، قند و چربی و سبزیجات را مصرف کرده‌اند. در زمینه وضعیت مصرف نمک و نوع دریچه هم، ٦۱/۲ درصد بیماران با دریچه سنت جود، ۷۹/٦ درصد بیماران با دریچه بیورک شایلی داشتند و ۵۰ درصد بیماران با دریچه بافتی، رژیم غذایی کم نمک را رعایت کرده بودند.

۲ نفر (۲درصد) از موارد پژوهش دارای دریچه بافتی بودند که ۱نفر دیژیتال و ۱نفر آنتی‌بیوتیک مصرف می‌کرد. همچنین بیشترین داروی مصرفی همراه با وارفارین، دیژیتال بود که ۲٦/۵درصد از موارد پژوهش دارای دریچه سنت جود و ۳۲/٦ درصد دارای دریچه بیوریک شایلی از آن استفاده می‌کردند. یافته‌های مربوط به مشکلات موجود بیماران و آموزش مراقبت از خود در جدول زیر آمده است.

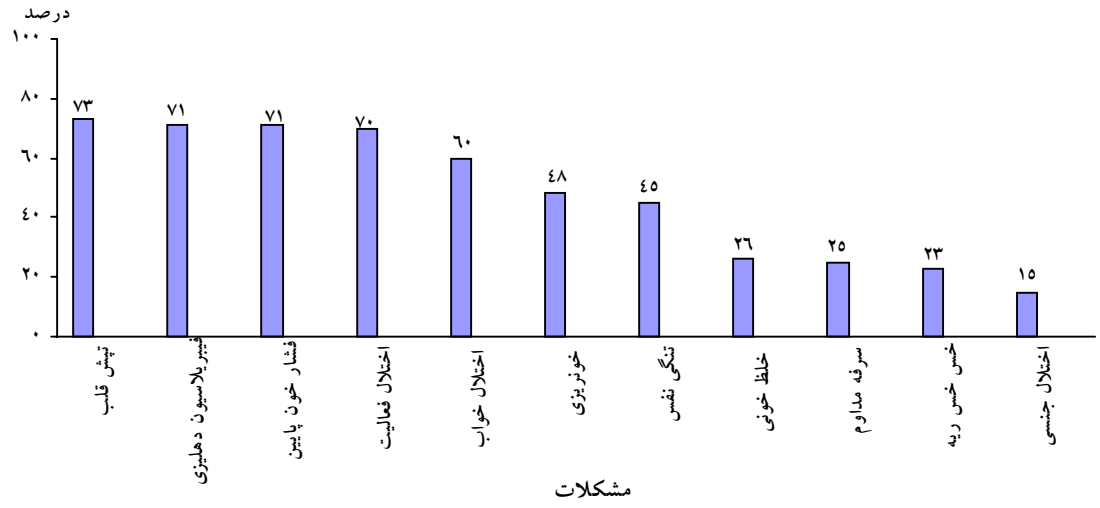
جدول ٤- توزیع بیماران تعویض دریچه قلب بر حسب بروز مشکلات به تفکیک سابقه آموزشی

مشکل	سابقه آموزشی باسابقه آموزش (N=٤۵)	بدون سابقه آموزش (N=۵۵)	P.V	OR(CI)
تنگی نفس	۱۰(۲۲/۳)	(٦۳/٦)۳۵	<۰/۰۰۰۱	٦/۱(۲/۳-۱٦/٦)
خلط خونی	۱۰(۲۲/۳)	(۲۹)۱٦	۰/٤۳۵	۱/٤(۰/۵۳-۳/۹۵)
سرفه مداوم	۱۰(۲۲/۳)	(۲۷/۲)۱۵	۰/۵٦۱	۱/۳(۰/٤۸-۳/٦)
خس خس ریه	۹(۳۰)	(۲۵/٤)۱٤	۰/۵۱۹	۱/۳۷(۰/٤۸-۳/۹۲)
تپش قلب	۲۹(٦٤/٤)	(۸۰)٤٤	۰/۰۸	۲/۲(۰/۸۲-۵/۹۹)
ادم محیطی	۱(۲/۲)	(۱۲/۷)۷	۰/۰۷	-
فشار خون پایین	۷(۱۵/۵)	(۲۰)۱۱	۰/۵٦	۱/۳٦(۰/٤۳-٤/۳٦)
وجود فیبریلاسیون دهلیزی	۲۸(٦۲/۳)	(۷۸/۱)٤۳	۰/۰۸	۲/۱۸(۰/۸۳-۵/۷٦)
خونریزی	۸(۱۷/۷)	(۷۲/۷)٤۰	<۰/۰۰۰۱	۱۲/۳(٤/۲۸-۳٦/۹)
اختلالات فعالیت	۳۰(٦٦/٦)	(۷۲/۷)٤۰	۰/۵۱	۱/۳(۰/۵۲-۳/٤۳)
اختلال خواب	۲۷(٦۰)	(٦۰)۳۳	≈ ۱	۱(۰/٤۱-۲/٤)
اختلالات جنسی	٦(۱۳/۳)	۹(۱٦/۳)	۰/٦۷	۱/۲۷(۰/۳۷-٤/٤۷)

بعضی بیماران دچار مشکلاتی نظیر ادم محیطی، خس خس ریه و سرفه های تحریکی بودند مشکلات مهم آنها در نمودار زیر آمده است

.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]



نمودار ۱- توزیع ۱۰۰ بیمار تعویض دریچه قلب شده بر حسب مشکلات کلی

بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ٥٥ درصد از افراد تعویض دریچه‌ای در زمینه مراقبت از خود پس از ترخیص هیچگونه آموزشی ندیده بودند. ٤٥ درصد از بیماران مشکل تنگی نفس داشتند. از گروه آموزش ندیده، ۳٥نفر (٦۳/٦درصد) و از گروه آموزش دیده، ۱۰ نفر (۲۲/۳ درصد) تنگی نفس داشتند که اختلافات از نظر آماری معنی دار می‌باشد ($PV<$۰/۰۰۰۱) و بر اساس *OR*، آنهایی که آموزش ندیده‌اند ٦/۱۳ برابر بیش از آنهایی که آموزش دیده‌اند دچار تنگی نفس می‌شوند (۱٦/٦-۲/۳: *CI*) بنابراین آموزش در کاهش تنگی نفس موثر است. بیشترین بروز تنگی نفس در محدوده سنی ٥۱ سال به بالا ٥۲/۳ درصد بود. دانش‌پژوه نیز طی مطالعه‌ای تنگی نفس را شایعترین مساله آزاردهنده بیمار عنوان می‌کند (٥). در مطالعه *Kawachi* در سال ۲۰۰۲ نارسایی تنفسی نیازمند تنفس مکانیکی و لوله‌گذاری تراشه، در ۱٤ درصد بیماران وجود داشت. ۲٤ درصد بیماران عوارض پس از عمل نداشتند و میزان بقای ٥-۳ ساله آنها به ترتیب، ۰/٥± ۸۹ و ۰/۷±۸۰ سال بود. (۱۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین مشکل بیماران مربوط به تپش قلب (۷۳ درصد) و سپس فیبریلاسیون دهلیزی و فشار خون پایین (هر کدام ۷۱ درصد) بود. مطالعه *Kawachi* نشان داد (۲۰۰۲) ٤۱ درصد بیماران بعد از تعویض دریچه فیبریلاسیون دهلیزی داشتند (۱۳). اکثر مطالعات نشان دادند که تغییرات ساختمانی در قلب مانند اتساع دهلیز و افزایش فشار آن منجر به بروز فیبریلاسیون دهلیزی، تپش قلب و افت فشار خون بیماران به میزان ۲٥-۲۰ درصد می‌گردد (۱ و ۹).

یافته‌های پژوهش حاکی از آنست ٤۸ درصد از بیماران دچار خونریزی از نقاط مختلف بدن شده‌اند که بیشترین فرم آن به صورت خونریزی زیرجلدی (۱٥ درصد) و سپس خونریزی بیش از معمول در قاعدگیها (۱۰درصد) بوده است .خونریزی در گروه آموزش ندیده، ٤۰ مورد (۷۲/۷ درصد) و در گروه آموزش دیده، ۸ مورد (۱۷/۷ درصد) بود که اختلاف معنی داری از لحاظ آماری دارد و بررسی *OR* نشان داد موارد خونریزی در گروه آموزش ندیده ۱۲/۳ برابر گروه آموزش دیده است (۳٦/۹-٤/۲۸: *CI*) یعنی آموزش، در کاهش موارد خونریزی بعد از تعویض دریچه قلب موثر است. رادمهر (۱۳۸۰) بیان می‌کند که مهمترین مشکل بعد از تعویض دریچه قلب (٦٦/٦ درصد) خونریزی می باشد در حالیکه انسیدانس خونریزی در همه موارد جراحی قلب ۳/۸ درصد بوده است (۱٥).

٦۱درصد موارد پژوهش *PT* بین ۳۰-۲۰ ثانیه داشتند. در تایید این یافته *Hurst* (۲۰۰٤) می‌نویسد، خونریزی شایعترین عارضه جانبی درمان با وارفارین است (۸). دانش‌پژوه در این باره می‌گوید تجویز داروهای ضدانقعاد سبب خونریزیهای فراوان گوارشی، ادراری و پوستی می‌شود و تا ۳۸ درصد بیماران ممکن است دچار چنین خونریزیهایی شوند (٥).

Phipps (۲۰۰۳) می‌نویسد آموزش بیماران در مورد مصرف داروهای ضدانعقاد و اصلاح تغذیه روی سطح *PT* بیماران تاثیر دارد. با وی عمده مشکلات بیماران را به خاطر نداشتن آگاهی کافی می داند (۱۰).

بر اساس مطالعه حاضر، ۷۰ درصد بیماران بعد از تعویض دریچه، تغییر فعالیت روزانه داشتند که در ۳٤ درصد به

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

صورت افزایش فعالیت و در ۳۶ درصد به صورت کاهش فعالیت یا عدم توانایی در انجام کارهای شخصی بوده است. در تایید این مطلب *Brunner* (۲۰۰٤) می‌گوید بیماران پس از تعویض دریچه احساس بهبودی نسبی می‌نمایند طوری که میزان فعالیتها نسبت به قبل بیشتر هم می‌شود (۱).

۶۰ درصد افراد پژوهش، اختلال خواب داشتند که میزان بیخوابی، دیر به خواب رفتن و بیدار شدن مکرر به ترتیب ۱۷، ۲۳ ، ۲۰درصد بود. این اختلالات، بیشتر در صورت به کارگیری دریچه های مکانیکی رخ می‌دهد که به خاطر شنیده شدن صدا در سکوت شب و حین خواب است (٤). در زمینه رژیم غذایی، ۱۸ درصد از غذاهای پرنمک و معمولی و ۱۲درصد از غذاهای بی نمک استفاده می‌کردند و تنها ۷۰ درصد رژیم غذایی کم نمک را رعایت می‌کردند که لزوم آموزش رعایت رژیم غذایی متعادل از نظر قند، چربی، سبزیجات و غذاهای کم نمک به این بیماران را نشان می‌دهد. مطالعه *Basia* و *Tack* در سال ۱۹۹۰ نشان داد کاهش توانایی در انجام مسوولیتها به خاطر تنگی نفس در ۵۸ درصد بیماران و کاهش تحمل، ضعف و خستگی در ۵۱ درصد بیماران وجود داشته است (۷). *Brunner* (۲۰۰٤) می‌نویسد مراقبت پرستاری بعد از تعویض دریچه و آموزش بیمار در رابطه با رژیم غذایی، فعالیت، مصرف داروها و مراقبت از خود باید ادامه یابد. همچنین درمان بلند مدت ضد انعقاد و آموزش در رابطه با پیشگیری از آندوکاردیت (با استفاده از آنتی‌بیوتیک) باید صورت گیرد (۱).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۷۵ درصد افراد مورد بررسی در سنین ۵۰-۲۱سال با متوسط سنی ۳٦سال بودند. مطالعه *Kowachi* (۲۰۰۲) نشان داد که از ٤۹ بیمار، ۲۰مرد و ۲٤زن در گروه سنی ۸۸-۷۰ سال با میانگین ٦۰/٤±۷٤ قرار داشتند (۱۳). در پژوهش حاضر اکثریت موارد پژوهش از نظر جنسی، مونث بودند (٦۰ درصد). مطالعه کاظمی (۱۳۸۰) ۷۸/۹ درصد بیماران تنگی میترال مونث عنوان می‌کند (۱۳). همچنین رادمهر نسبت زنان به مردان را ۳ به ۱ می خواند (۱٤). بر اساس کتاب هاریسون نیز $\frac{۲}{۳}$ بیماران مبتلا به تنگی میترال را زنان تشکیل می‌دهند (۳). از آنجا که زنان ٤۰-۳۰ درصد از جمعیت کاری هر کشور را تشکیل می‌دهند علاوه بر آن پرورش فرزندان و رسیدگی به سایر اعضای خانواده را نیز بر عهده دارند، لذا بیماران زن نیاز بیشتری به مراقبتهای بهداشتی دارند و بر این اساس لزوم آموزش زنان، مورد تاکید می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، ۳۰ درصد بیماران بعد از عمل شغل خود را از دست می‌دهند (۱۰ و ۹).

دانش‌پژوه در تایید این یافته بیان می‌کند که کیفیت زندگی افرادی که زنده می‌مانند، در مجموع متعادل می‌باشد لیکن ممکن است کاملا همانند زندگی همسن و سالانشان نباشد لذا عده‌ای شغل خود را از دست می‌دهند (۵).

در این مطالعه ۹۸ نفر (۹۸درصد) دریچه مکانیکی و ۲ نفر (۲ درصد) دریچه بیولوژیک داشتند. در مطالعه دیگری هم فراوانی دریچه مکانیکی بیش از دریچه بیوپروستتیک بود اما اختلاف معنی داری بین آنها وجود نداشت (٦ و ۱۲).

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه به جهت تامین هزینه تحقیق و همچنین خانم اکرم‌السادات سیدی به سبب همکاری در انجام تحقیق، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

1. Brunner and saddarth. Textbook of medical surgical. Lippincott company. Philadelpha, 2004.

۲. حسنتاش سید احمد. **مراقبتهای قبل و بعد از عمل جراحی قلبی**. تهران: انتشارات اطلاعات، ۱۳۷۹.

3. Isselbacher KJ, Petersdorf RG. ; Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. MC Grous Hill 2004.
4. Waszyrowski T, Kasprzak JD, Krzeminska M, Zaslonka J. Eerly & long term outcome of aortic valve replacement ***with homograft versus and mechanical prosthesis, 8 years follow up study.*** *clin-cardiol. 1999 oct; 20 (10): 843-848.*

۵. دانش پژوه محمد. **تب روماتیسمی و بیماریهای دریچه ای قلب**. تهران: انتشارات مرکز نشر ، ۱۳۷۹

6. Katz A, fraser D, Weitzman S, Gueron M. ***Follow up of isdated mitral value prosthesis*** *(1984-1986). Israel JM S. 1989; 25: 559-63.*
7. Basia B. Tack, Cathevine, Gillis. ***Nurs Manitored Cardio recovery: Ades eriptionoftle first 8 weeks****.Heart & lung sournal sp. Vol 19 No: 5 1990, p.p 491-8 406-407, 493-497*
8. Hurst Jw, schant R.C, Logue RB. The heart, arteries and veins. 4th ed NewYork The heart 8th ed. MC Grawhill Inc. USA 2004

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

9. Arlene L. Polaski, Suzanne E. TATR: ***chmann's corprinciples and practice of medical-surgical.*** *Narsing. United states: Philadelphia by saunders co: 1996. PP 748-771*
10. Phipps , & longs wood's medical surgical nursing, st , lowis: C.g Mosby co. 2003.
11. Claude Bennett J Plum F: Cecil Textbook of internal medicine 16 ed . Philadelphia. W, B Saunders 2004.
12. Starr A, Fesslerc, Grunkemeier G, He G. Heart Valve Replacement Surgery: Past, Present And Future. CEPP, August 2002; Volume 29 Issue 8, Page 735-738.
13.Kawachi Y, Arinaga K, Nakashima A,Toshima Y. ***Aortic valve replacement in patients age 70 years and older:*** *early and late results. Artificial Organs August 2002; 26: 706*

۱٤. کاظمی صالح داوود. **بررسی نتایج کوتاه مدت ۳٦۵ مورد *PTMC* انجام شده در بیماران تنگی دریچه میترال**. مجله کوثر، تابستان ۸۱: شماره ۷. صفحات ۱٤۲-۱۳۹.

۱۵. رادمهر حسن. **عمل و اندیکاسیون جراحی مجدد در جراحی های مختلف قلب طی سالهای ۷۷-۷٤ بخش قلب بیمارستان امام خمینی**. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران،۱۳۸۰: دوره ۵۹ شماره ۳: صفحات ۲۹-۲٦

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]