

مقایسه کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری پس از درمان جراحی بای‌پس و مداخله از راه پوست

بتول نحیر * *MSc*، رمضان رحمانی *MSc*، جمیله مختاری نوری *MSc*، عباس عبادی *PhD*،
حسین بابا تبار درزی *MSc*، می صادقی *MSc*، فخرالدین فیضی *MSc*

چکیده

اهداف. بیماری شریان کرونری (CAD) نخستین علت مرگ در کشورهای توسعه یافته و ایران به شمار می‌آید. درمان این بیماری به سه روش دارویی، مداخله غیرجراحی شریان کرونری از راه پوست (PCI) و جراحی بای‌پس شریان کرونری (CABS) انجام می‌گیرد. در انتخاب شیوه درمان علاوه بر تصمیم پزشک، نظر بیمار بسیار حایز اهمیت و مزیت روش‌های درمانی مورد سؤال است. این مطالعه با هدف تعیین مزیت دو روش درمانی CABS و PCI از نظر کیفیت زندگی در دوران پس از عمل انجام گرفت.

مواد و روش‌ها. در مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی، ۱۹۰ بیمار مبتلا به CAD تحت درمان با یکی از روش‌های جراحی عروق کرونری و آنژیوپلاستی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از لیست بیماران یکی از بیمارستان‌های شهر تهران انتخاب شدند. سپس، طی مصاحبه‌ای ساختارمند، پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی ناتینکهام تکمیل شد. داده‌ها با آزمون آماری T مستقل و مجذور کای با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها. در بیماران تحت درمان با CABS، میانگین نمره کیفیت زندگی $18/56 \pm 3/255$ و در گروه تحت درمان با PCI $22/67 \pm 2/691$ بود. آزمون آماری T مستقل، اختلاف معنی‌داری بین این دو شیوه نشان داد ($p < 0/05$). کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با CABS مطلوب‌تر از گروه تحت درمان با PCI بود.

نتیجه‌گیری. هرچند روش درمانی CABS برای بیماران دشوارتر و پرهزینه‌تر است، اما کیفیت زندگی آنان را ارتقا می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، بیماری عروق کرونری، جراحی عروق کرونری، مداخله شریان کرونری از راه پوست

مقدمه

بیماری شریان کرونری (CAD) به تنگی یا انسداد تمام یا قسمتی از مجرای شریان کرونر به دلیل فرآیند آترواسکلروز، اسپاسم و وجود لخته اطلاق می‌شود که در آن شریان مبتلا نمی‌تواند نیاز عضله میوکارد به اکسیژن را برآورده سازد و پیامد آن، معمولاً آنژین صدری و انفارکتوس میوکارد است [۱]. در ایران، طبق آمار وزارت بهداشت و درمان، بیماری‌های قلبی با بیش از ۳۵٪ فراوانی به‌عنوان مهم‌ترین و شایع‌ترین علت مرگ قبل از سوانح و سرطان‌ها شناخته شده است [۲]. روش‌های مختلفی برای درمان و کنترل این گروه از بیماران وجود دارد:

۱- درمان طبی: استفاده از داروهای ضدانعقاد مانند ترومبولیتیک، بتابلوکر، کلسیم‌بلوکر، آنتی‌آریتمی، نیترات‌ها، دیورتیک‌ها، ضدپلاکت‌ها و داروهای تنظیم‌کننده چربی خون.

۲- مداخله عروق کرونر از راه پوست (PCI): دستیابی به عروق کرونر از طریق سوراخ کردن پوست روی شریان ران توسط سوند راهنما؛ هدایت سوند بالون‌دار به کرونر تنگ- یا مسدودشده، گشاد کردن کرونر با بادکردن بالون؛ استنت‌گذاری برای پیشگیری از انسداد مجدد [۳].

۳- جراحی بای‌پس شریان کرونری (CABS): ایجاد بای‌پس از طریق بازکردن جناغ سینه در محل کرونر تنگ- یا مسدودشده، با پیوند تکه‌هایی از ورید سافن یا شریان پستانی.

انتخاب شیوه درمان، تابع امکانات تخصصی، تجهیزاتی، بیمارستانی و شرایط مالی بیمار است. همچنین در انتخاب شیوه‌های درمانی، فاکتورهای بسیاری از قبیل درجه و نوع انسداد کرونر، فوریت داشتن درمان، ترجیح تیم پزشکی و انتخاب خود بیمار نیز دخالت دارند. انتخاب درمان مناسب اولیه، تحت تاثیر شدت بیماری، وضعیت عمومی و سن بیمار قرار می‌گیرد؛ به دلیل اینکه بیمار به‌طور مداوم تحت تاثیر متغیرهای گوناگونی است، کیفیت زندگی وی با توجه به این متغیرها باید ارزیابی شود [۲].

روش‌های درمانی CABS و PCI، تهاجمی و پرهزینه هستند، اما مطالعات نشان داده که آثار درمانی مطلوبی دارند و کیفیت زندگی بیماران تحت تاثیر این روش‌های درمانی ارتقا می‌یابد. کیفیت زندگی، مفهومی گسترده و درک ذهنی از وضعیت سلامت فرد است. کیفیت زندگی شامل تامین نیازها، خشنودی و رضایت

از زندگی، درجه و کیفیت تعاملات اجتماعی، توانایی ایفای نقش، سلامت روانی و جسمانی و غیره است [۴]. با توجه به روند رو به افزایش آمار بیماران CAD در ایران و وجود شیوه‌های درمانی مختلف، این سؤال به وجود می‌آید که "کدام روش درمانی می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی مددجو موثر باشد؟" که مبنای انجام پژوهش حاضر بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است. دو گروه از مبتلایان به CAD با توجه به معیارهای ورودی، تحت درمان یکی از دو روش درمانی PCI یا CABS قرار گرفتند. این بیماران شش ماه قبل از شروع درمان نیز از نظر کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار داشتند. معیارهای ورودی تشخیص قطعی CAD براساس پرونده پزشکی، گذشت حداقل ۶ ماه از درمان بیماری، سن ۷۰-۳۵ سال و نداشتن بیماری عمده دیگر غیر از CAD (از قبیل سکته مغزی CVA، بیماری مزمن انسدادی ریه COPD و مشکلات حرکتی) در زمان مطالعه بودند.

۱۹۰ بیمار براساس معیارهای ورود و به روش نمونه‌گیری تصادفی، از یکی از بیمارستان‌های فوق تخصصی شهر تهران انتخاب شده و به دو گروه ۹۵ نفری تقسیم شدند. اطلاعات در سه بخش دموگرافیک، پزشکی و کیفیت زندگی طبقه‌بندی شد. این اطلاعات از طریق مراجعه به پرونده پزشکی، دفاتر پذیرش، ترخیص بخش و استفاده از چک‌لیست که توسط محقق تدوین شده بود، جمع‌آوری شد. همچنین داده‌های مربوط به کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی ناتینگهام (NHP) جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه با ۳۸ سؤال، کیفیت زندگی افراد را در شش بعد (انرژی با ۳ نمره، درد با ۸ نمره، واکنش‌های عاطفی با ۹ نمره، خواب با ۵ نمره، انزوای اجتماعی با ۵ نمره، تحرک جسمی با ۸ نمره) مورد بررسی قرار داد. کسب نمره بیشتر به معنی مشکلات زیادتیر بیمار و کیفیت زندگی بدتر بود.

پرسش‌نامه NHP دارای اعتبار جهانی است و پایایی آن با انجام آزمون مجدد ($r=0.87$) مورد تایید قرار گرفت. اعتبار و روایی این پرسش‌نامه، بارها در انگلستان از سال ۱۹۷۸ تا

کارشناسی‌ارشد ۳/۸٪ شرکت‌کنندگان را تشکیل دادند ($p < 0.05$). در گروه CABS، ۲۶٪ نمونه‌ها زن و در گروه PCI، ۳۴/۷٪ زن بودند. آزمون آماری مجذورکای تفاوت معنی‌داری بین آنها نشان نداد ($p > 0.05$).

طبق نتایج آزمون آماری T مستقل، بیماران گروه CABS در مقایسه با بیماران گروه PCI ($p < 0.05$) کیفیت زندگی بهتری داشتند (جدول ۱).

میانگین مقدار کلسترول، تری‌گلیسرید، لیپوپروتئین‌ها و قندخون در افراد گروه PCI در مقایسه با گروه CABS بالاتر بود ($p < 0.05$; جدول ۲).

بحث

براساس نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه، میزان ابتلا به CAD در مردان بیشتر است که با مطالعه لوکارنیزین مطابقت دارد [۵]. ۲۱/۳٪ افراد دارای تحصیلات متوسطه و ۲۰/۳٪ افراد دارای تحصیلات کارشناسی هستند. این یافته بیانگر این مطلب است که بیماری CAD در بین افراد تحصیل کرده نیز شیوع زیادی دارد.

با توجه به غیرطبیعی بودن نتایج آزمایش‌های مربوط به قندخون، کلسترول با تراکم پایین و مجموع کلسترول سرمی می‌توان گفت که گروه PCI با مهم‌ترین عوامل خطر CAD یعنی هیپرلیپیدمی و آترواسکلروز مواجه هستند.

با مشاهده جدول ۱، بین افراد دو گروه مورد بررسی از نظر واکنش عاطفی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($p = 0.216$) که این مورد نیز با مطالعات لوکارنیزین مطابقت دارد [۵].

با توجه به یافته‌های جدول ۲، میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از روش CABS در مقایسه با PCI کمتر بود که این اختلاف با آزمون T مستقل معنی‌دار است ($p < 0.05$) که نشان می‌دهد، افراد تحت درمان با جراحی کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد تحت درمان با مداخله پوستی عروق کرونر داشته‌اند.

نتیجه‌گیری

به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب برای کاستن از مشکلات بیماران و تامین سلامت آنها است. استفاده از هر روشی که کیفیت زندگی بهتری برای بیمار فراهم کند، مطلوب‌تر است. لذا،

۱۹۸۱ سنجیده شده و هم‌اکنون نیز به‌طور گسترده در اروپا به‌کار می‌رود. روایی و اعتبار آن طی تحقیقات متفاوت روی کارکنان آتش‌نشانی، کارگران معدن، زنان باردار، بیماران جراحی، شکستگی و بیماران قلبی آزمایش شده و مورد تایید قرار گرفته است [۵]. نتایج این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS 14 و آزمون‌های آماری T و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱) مقایسه میانگین‌های به‌دست آمده از نمرات اکتسابی NHP

روش درمان ←	مقایسه میانگین‌های به‌دست آمده از نمرات اکتسابی NHP	
	PCI	CABS
ابعاد کیفیت زندگی ↓	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
تحرك جسمی	۵/۷۱ ± ۱/۵۷۰	۴/۷۴ ± ۱/۲۷۶
روابط اجتماعی	۳/۷۹ ± ۱/۰۸۱	۲/۴۶ ± ۱/۲۵۱
خواب	۳/۲۳ ± ۱/۱۵۳	۲/۵۳ ± ۱/۲۸۳
واکنش عاطفی	۵/۷۴ ± ۲/۴۵۹	۵/۳۸ ± ۱/۳۰۹
درد	۵/۳۸ ± ۱/۵۷۹	۴/۴۵ ± ۱/۳۶۶
انرژی	۲/۰۶ ± ۰/۹۳۲	۱/۵۵ ± ۰/۸۱۲
کل کیفیت زندگی	۲۲/۶۷ ± ۲/۶۹۱	۱۸/۵۶ ± ۳/۲۵۵
سطح معنی‌داری آزمون T مستقل		
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	< ۰/۰۵	

نتایج

میانگین سنی گروه CABS، $56/14 \pm 8/29$ و گروه PCI، $55/29 \pm 9/025$ سال بود. آزمون T مستقل، تفاوت معنی‌داری بین آنها نشان نداد ($p > 0.05$).

جدول ۲) میانگین برخی از شاخص‌های آزمایشگاهی در دو گروه درمانی

روش درمان ←	میانگین برخی از شاخص‌های آزمایشگاهی در دو گروه درمانی	
	PCI	CABS
شاخص آزمایشگاهی ↓	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
لیپوپروتئین با وزن مولکولی زیاد	۳۹/۵۱ ± ۶/۲	۳۹/۷۹ ± ۹/۰۷
لیپوپروتئین با وزن مولکولی پائین	۱۳۱/۶۷ ± ۵۲/۱۶	۱۱۶/۸۶ ± ۳۳/۸
قندخون ناشتا	۱۱۱/۶۵ ± ۴۳/۵۲	۱۱۵/۱۷ ± ۳۳/۱۵
تری‌گلیسرید	۱۵۶/۰۱ ± ۶۸/۹۱	۱۲۱/۵۹ ± ۲۳/۱۷
کلسترول	۱۹۶/۵۹ ± ۳۴/۳۵	۱۸۱/۵۶ ± ۳۶/۴۹

افراد با تحصیلات ابتدایی ۱۷/۱٪، بی‌سواد ۱۵٪، سیکل ۱۲/۶٪، متوسطه ۲۱/۳٪، فوق‌دیپلم ۹/۸٪، کارشناسی ۲۰/۳٪ و

منابع

- 1- Hatchett R, Thompson D. Cardiac nursing. Livingstone: Churchill; 2002.
- ۲- رحمانی رمضان. مراقبت‌های ویژه قلبی در بخش CCU. تهران: انتشارات تیمورزاده؛ ۱۳۸۰.
- ۳- یزدانخواه‌فرد محمدرضا. بالون آنژیوپلاستی مراقبت‌های پرستاری. تهران: انتشارات سالمی؛ ۱۳۸۰.
- 4- Jamieson M. Factors influencing health related quality of life in cardiac rehabilitation patient. Prog Cardiovasc Nurs. 2002;17(3):124-31.
- 5- Lukarninen H. Quality of life in coronary artery disease. Nurs Res. 1998;74(6):337-43.

ضرورت دارد که پزشکان و بیماران روش درمانی مناسبی را انتخاب کنند. با توجه به برتری روش CABS بر PCI از جنبه ارتقای کیفیت زندگی، پیشنهاد می‌شود که مطالعات تکمیلی بیشتری در سایر زمینه‌ها انجام شود. برای انتخاب روش درمانی مناسب و ارجح جنبه‌های مهم دیگری نیز وجود دارند که براساس شرایط عمومی بیمار باید در نظر گرفته شوند و نمی‌توان تنها به دلیل کیفیت زندگی این روش را برای همه بیماران توصیه نمود.

Archive of SID

Comparing the life quality of coronary artery disease patients after treatment with coronary bypass artery disease and percutaneous coronary intervention

Nehrir B.^{*} *MSc*, Rahamni R.¹ *MSc*, Mokhtari Noori J.¹ *MSc*, Ebadi A.¹ *PhD*,
Babatabar Darzi H.¹ *MSc*, Sadeghi M.¹ *MSc*, Feyzi F.¹ *MSc*

Abstract

Aims. Coronary artery disease (CAD) is the first cause of death in developed countries and Iran. It is treated by three methods; drug, percutaneous coronary intervention (PCI) and coronary artery bypass surgery (CABS). In addition of physicians' decision in choosing the treatment method, patients opinion is very important and the advantages of the treatment method are questioned. This study was to compare the advantages of CABS and PCI treatment methods in quality of life after the treatment.

Materials & Methods. In a descriptive-analytical study, 190 CAD patients treated with CABS or PCI were selected by purposive sampling method from the list of one of the Tehran city hospitals. Then, during a structured interview, Nottingham standardized quality of life questionnaire was completed. Data was analyzed by independent T-test and chi square by using SPSS 11 software.

Results. In patients treated with CABS the average score of quality of life was $18.56 \pm 3/255$ and in the group treated with PCI it was $22.67 \pm 2/691$. Independent T-test showed a significant difference between these two methods ($p < 0.05$). The quality of life in patients treated with CABS was better than the group treated with PCI.

Conclusion. Although treatment with CABS is more difficult and more expensive than PCI, but it provides a better quality of life.

Keywords: Quality of Life, Coronary Artery Disease, Coronary Artery Bypass Surgery, Percutaneous Coronary Intervention