

توانبخشی قلبی در بیمار دریچه‌ای قلبی با تعویض دو دریچه و ترمیم یک دریچه قلبی

چکیده

بیمار مرد جوان ۲۴ ساله مبتلا به بیماری دریچه‌ای قلبی، با تنگی و نارسایی شدید میترال و آئورت و تریکوسپید، پس از عمل جراحی تعویض دریچه‌های میترال و آئورت و ترمیم دریچه تریکوسپید تحت برنامه توانبخشی قلبی قرار گرفت، پس از اتمام دوره توانبخشی قلبی تست‌های لازم جهت ارزیابی پیشرفت فیزیکی بیمار انجام شد که در مقایسه با تست‌های اولیه پیشرفت و بهبود چشمگیر بیمار قابل ملاحظه بود.

واژگان کلیدی: توانبخشی قلبی / تعویض دریچه / بیماری پند دریچه‌ای قلبی

دکتر بابک گوشه

استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی

شهربانو رعیت

کارشناس ارشد علوم تشریحی

مهری حاج میرزایی

فاطمه ناصری

Archive of SID

دریچه میترال MVA:08cm^(۲) و نارسایی دریچه میترال MR++ و هم‌چنین تنگی شدید درجه آئورت با گرادیان 70mmhg و نارسایی درجه آئورت AI++ و نارسایی و تنگی هم‌زمان دریچه تریکوسپید با فشار شریان ریوی PAP:70mmhg^(۳) مشخص شد. در آذر ماه سال ۱۳۸۰ تحت کاتتریسیم قرار گرفت در تاریخ ۱۳۸۰/۱۱/۲۹ تحت عمل جراحی تعویض دریچه آئورت و میترال و والولوپلاستی دریچه تریکوسپید قرار گرفت. بیمار در تاریخ ۱۳۸۰/۱۲/۱۳ جهت توان‌بخشی قلبی به مرکز توان‌بخشی قلبی پویا مراجعه کرد. توان‌بخشی قلبی بیمار به دلیل ضعف زیاد و تحلیل شدید عضلات یک ماه به تعویق افتاد تا بیمار با تغذیه کافی به شرایط عادی بازگردد. در نیمه دوم فروردین ۱۳۸۱ توان‌بخشی بیمار آغاز شد. بیمار در این هنگام از تنگی نفس در حین فعالیت عادی FC:II NYHA شکایت داشت. داروهای مورد مصرف بیمار شامل Digoxin, Inderal & Warfarin بود. فشار خون 120/70mmhg، نبض نامرتب، JVP برجسته، در سمع قلب صدای متالیک دریچه مصنوعی در همه کانون‌ها به گوش می‌خورد، S3، سوفل سیستولیک HSM^(۴) با شدت III/VI در ناحیه LLSB^(۵) بدون انتشار قابل سمع بود. معاینه ریه طبیعی بود و نوار قلب بیمار ریتم AF با پاسخ بطنی مناسب، محور طبیعی و بزرگی بطن چپ LVE و علائم همراه آن را نشان می‌داد. در عکس سینه بیمار کاردیومگالی شدید با بزرگی تمامی حفرات قلبی به همراه افزایش نقش برونکواسکولر و پرخونی ریتین واضح بود.

روش انجام توان‌بخشی قلبی

بیمار پس از انجام تست ورزش اولیه، تحت توان‌بخشی قلبی قرار گرفت و ۱۲ جلسه فعالیت ورزشی با احتساب ۶۵% FC بیمار که در تست ورزش اولیه به دست آمد آغاز شد. تست ورزش اولیه بیمار با پروتکل ابداعی این مرکز با دستگاه تردمیل به صورت زیر انجام پذیرفت.

Stage	Speed	Slope	Duration
I	۱km/h	٪۱	1min
II	۲km/h	٪۲	۲min
III	۳km/h	٪۳	۳min

طبق تعریف WHO، توان‌بخشی قلبی به مجموعه‌ای از برنامه‌های دراز مدت شامل بررسی طبی، تجویز ورزش، تغییر عوامل خطر آفرین قلبی، آموزش و مشاوره اطلاق می‌شود. این برنامه‌ها به منظور محدود نمودن اثرات مخرب بیماری‌های قلبی، کنترل علائم، کاهش مرگ ناگهانی و سکته‌های قلبی، تثبیت یا معکوس نمودن روند تصلب شرایین و بهبود شرایط روحی، اجتماعی و شغلی بیماران قلبی صورت می‌گیرد(۱).

WHO در سال ۱۹۹۳ اعلام نمود توان‌بخشی قلبی باید جزئی از برنامه مراقبت و درمان تمامی بیماران قلبی در نظر گرفته شود(۱). به این ترتیب این بیماران از توان‌بخشی قلبی سود می‌برند:

- پس از عمل جراحی بای پاس عروق کرونر

- پس از آنژیوپلاستی

- بیماران پس از تعویض دریچه قلب

- بیماران با پرفشاری خون، چاقی و کلسترول بالا

توان‌بخشی قلبی شامل چهار مرحله است(۲): ۱- فاز I یا اصول اولیه بر بالین بیمار، در این مرحله در بیمارستان و در بالین بیماران بستری، آموزش‌های اولیه در مورد بیماری داده شده و ورزش‌های اولیه برای وی آغاز می‌شود. ۲- فاز II یا مرحله گذرای تحت کنترل Supervised Transition Phase، در این مرحله بیمار برای عبور از مرحله نقاهت بیماری به مرحله فعالیت عادی آماده می‌شود. بیمار برای ۸-۱۲ هفته و هر هفته ۳ جلسه در مراکز مجهز تحت توان‌بخشی قلبی قرار می‌گیرد. هدف این مرحله ایجاد استقامت در قلب و ریه Heart and lung endurance، انعطاف‌پذیری اندام‌ها و مفاصل Flexibility، تقویت عضلات مخطط و بالتجیه ایجاد احساس اعتماد به نفس در بیمار می‌باشد. ۳- فاز III یا ادامه حمایت Continued support، در این مرحله پیشرفت بیمار تحت نظر بوده و مرتباً از نظر طبی بررسی می‌شود. ۴- فاز IV یا ورزش برای باقی عمر، ادامه ورزش در مراکز توان‌بخشی قلبی یا به طور آزاد در جامعه می‌باشد.

معرفی بیمار

بیمار آقای سید جواد موسوی ۲۴ ساله مبتلا به بیماری روماتیسمال دریچه‌ای در تاریخ مهرماه ۱۳۸۰ با شکایت تنگی نفس شدید در حین فعالیت‌های عادی Functional class III NYHA^(۱) مراجعه نمود.

با تشخیص بالینی گرفتاری شدید دریچه‌ای از وی اکوکاردیوگرافی به عمل آمد. در اکوکاردیوگرافی، تنگی شدید

1-New york heart association 2-Mitral valve area
3-Pulmonary Artery pressure 4-Holo systolic murmur
5-Left lower sternal border

بحث

اگر چه یافته‌های یک مورد قابل تعمیم نیست اما با توجه به بهبودی قابل ملاحظه بیمار می‌توان از توانبخشی قلبی در بیماران با تعویض دریچه به عنوان یک روش بسیار مؤثر درمانی نام برد. از طرفی میزان شیوع و بروز بیماری روماتیسمال قلبی رو به کاهش است و از طرف دیگر ترمیم دریچه میگزوماتوز دژنراتیو دریچه میترال و تنگی دریچه آئورت که وابسته به سن است رو به افزایش است (۳). هم‌چنین اعمال جراحی توأم کرونری - دریچه‌ای نیز به مراتب بیش از گذشته است. در برنامه دراز مدت تمامی این بیماران را باید در برنامه‌های توانبخشی قلبی شرکت داد. به خصوص در کشور ما با آمار بالای بیماران دریچه‌ای و تعویض دریچه می‌توان با به کارگیری مناسب توانبخشی قلبی قدم مؤثری در بهبود شرایط بیمار پس از تعویض دریچه و کوتاه کردن دوران نقاهت و افزایش بازده بیماران در جامعه برداشت. ضمناً در بررسی مقالات مشابه در سایر نقاط جهان تاکنون به مورد توانبخشی قلبی در بیماران با تعویض هم‌زمان ۲ دریچه و ترمیم دریچه سوم برنخوردیم و این اولین مورد توانبخشی قلبی در بیماران با درگیری هم‌زمان چند دریچه است.

نتایج

پس از انجام توانبخشی قلبی توانایی فیزیکی بیمار به این ترتیب رو به افزایش نمود:

- ۱- ظرفیت عملکردی Functional capacity بیمار بیش از ۱۷۰٪ افزایش پیدا کرد.
- ۲- تعداد مراحل فعالیت بیش از ۲ برابر افزایش پیدا کرد.
- ۳- مدت زمان تست ورزش از ۵ دقیقه به ۱۴ دقیقه یعنی بیش از ۲ برابر افزایش یافت.
- ۴- شرایط قلبی - عروقی بیمار (فشار خون - نبض) در مراحل مشابه بهبودی قابل ملاحظه‌ای یافت.
- ۵- علائم روحی بیمار: بیمار در پایان مراحل توانبخشی از اعتماد به نفس بالایی برخوردار شده و از قدرت بدنی و توانایی انجام فعالیت‌های معمولی خود اظهار تعجب می‌کرد.

نهایتاً بیمار با FC I NYHA مرحله دوم توانبخشی قلبی را به پایان رساند. توصیه به ادامه فعالیت‌های بدنی به صورت ورزش‌های مرتب و چگونگی انجام آن‌ها به وی داده شد.

منابع

- 1-Poshkov, fredric J., Dafaao Clinical cardiac rehabilitation A cardiologist guide Second edition.1999 Williams & Wilkins. 1:8.
- 2-Braundwald E. Heart Disease. a text book of cardiovascular medicine 6th. edition 2001 40:1411.
- 3-Poshkov, Ferdric J., Dafaao Clinical cardiac rehabilitation A cardiologist guide Second edition. 1999 Williams & Wilkins. 1:17.