

بررسی اختلالات همراه و مصرف داروهای ضد انعقادی در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی غیردریچه‌ای بستری شده در بیمارستان

مژگان حاج احمدی پور رفسنجانی^{۱*}، نگار آقایی^۲

تاریخ دریافت 1392/09/16 تاریخ پذیرش 1392/11/23

چکیده

پیش زمینه و هدف: فیبریلاسیون دهلیزی شایع‌ترین بیماری همراه در بیماران بستری شده در بیمارستان می‌باشد. هم‌چنین مهم‌ترین ریسک فاکتور برای سکتة مغزی ایسکمیک نیز می‌باشد. درمان ضد انعقادی می‌تواند میزان سکتة مغزی ایسکمیک را در بیماران مبتلا به AF کاهش دهد. هدف مطالعه ما بررسی اختلالات همراه و مصرف داروهای ضد انعقادی در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی غیردریچه‌ای بستری شده در بیمارستان می‌باشد.

مواد و روش کار: از ۴۳۴ بیمار بستری شده در بیمارستان سیدالشهدا ارومیه از مهر ماه ۱۳۸۸ تا اسفند ماه ۱۳۸۹ با تشخیص فیبریلاسیون دهلیزی، ۱۸۰ بیمار (با سن متوسط $66/8 \pm 12/97$ سال که $48/3$ درصد مرد بودند) با تشخیص فیبریلاسیون دهلیزی غیردریچه‌ای وارد مطالعه گذشته‌نگر ما شدند. بیماران از نظر تجویز درمان ضدانعقادی بر اساس امتیاز CHADS2 در زمان ترخیص از بیمارستان ارزیابی شدند.

یافته‌ها: اختلالات همراه در بیماران ما عبارت بودند از: $78/3$ درصد بیماران با فشار خون بالا، $18/9$ درصد بیماران با دیابت ملیتوس، $11/1$ درصد بیماران با نارسایی قلبی و $6/7$ درصد بیماران با سابقه حوادث ترومبوآمبولی مغزی، $29/5$ درصد بیماران با امتیاز CHADS2 صفر، $62/5$ درصد بیماران با امتیاز CHADS2 یک و $61/2$ درصد بیماران با امتیاز $CHADS2 \geq 2$ با وارفارین و 100 درصد بیماران با آسپرین مرخص شدند. از 57 درصد کل بیماران که با یک ضد انعقاد خوراکی مرخص شدند $26/7$ درصد بیماران $INR < 3$ و 2 و $72/3$ درصد بیماران $INR < 2$ و یا $INR > 3$ داشتند. آنالیز آماری با استفاده از آزمون کای دو که روی بیماران با امتیاز $CHADS2 \geq 2$ انجام شد نشان داد تجویز ضد انعقاد خوراکی در بیماران مبتلا به AF مستقل از سن و سایر اختلالات همراه در AF (فشارخون بالا نارسایی قلبی، دیابت ملیتوس، سابقه حوادث ترومبوآمبولی) می‌باشد. ولی بین تجویز ضد انعقاد خوراکی و جنسیت اختلاف معنی‌دار از نظر آماری وجود داشت به طوری که 72 درصد بیماران زن و $48/5$ درصد بیماران مرد تحت درمان با ضد انعقاد خوراکی قرار گرفتند ($P = 0/028$).

بحث و نتیجه گیری: مطالعه ما درمان با یک ضد انعقاد خوراکی را در بیماران مبتلا به AF و بررسی بیماران تحت درمان از نظر عوارض و مصرف صحیح دارو را پیشنهاد می‌کند.

کلید واژه‌ها: فیبریلاسیون دهلیزی، مقیاس CHADS2، داروی ضد انعقاد

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره اول، پی در پی 54، فروردین 1393، ص 25-32

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان ۱۷ شهریور، بیمارستان فوق تخصصی سیدالشهدا بخش قلب و عروق، تلفن: ۰۴۴۱-۰۹۱۲۵۴۸۳۳۹۵، ۲۳۷۵۹۱۷
Email: hajahmadimoghan@gmail.com

مقدمه

آناتومی دهلیز باعث می‌شوند از ریز باز چرخش‌ها (microreentry) دائماً موج‌های کوچکی ایجاد شوند (۱). در کل بروز و شیوع AF در جهان در حال افزایش است چرا که سن متوسط جمعیت جهان رو به افزایش است (۱-۳). بیش از ۵ درصد افراد مسن‌تر از ۷۰ سال AF را تجربه می‌کنند (۱). به طور کلی AF بیشتر در افراد مسن دیده می‌شود به طوری که در افراد بالای ۹۰ سال بروز AF بیش از ۱۵ درصد می‌باشد (۲). در حال حاضر تقریباً $2/3$ میلیون آمریکایی مبتلا به AF می‌باشند و

فیبریلاسیون دهلیزی (AF) شایع‌ترین آریتمی قلبی و همچنین شایع‌ترین بیماری همراه در بیماران بستری شده در بیمارستان می‌باشد (۱-۲) که با انقباض‌های نامنجم، سریع و نامنظم دهلیزی مشخص می‌شود. در AF پاسخ بطنی به فعالیت سریع دهلیز نیز نامنظم است. هر چند مکانیسم آغاز و تداوم AF مورد اختلاف نظر است اما به نظر می‌رسد یک تعامل پیچیده بین محرک‌های آغاز کننده و ویژگی‌های پیچیده‌ای از

^۱ استادیار قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ پرستار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

حد مورد انتظار انجام می‌گیرد (۴-۸). دلیل مصرف کمتر از حد انتظار، نارسایی کبدی، نارسایی کلیه، سن بالا، ناتوانی بیمار در حرکت و خطر افتادن، بدخیمی‌ها، مصرف الکل، مصرف NSAID و مصرف داروهای متعدد می‌باشد (۶-۱۱).

هدف از این مطالعه بررسی خصوصیات دموگرافیک بیماران مبتلا به AF، اختلالات همراه با AF و درمان بیماران بر اساس دریافت و عدم دریافت وارفارین و آسپرین در زمان ترخیص از بیمارستان سیدالشهدا ارومیه می‌باشد که با توصیه‌های پیشنهاد شده در آخرین گاید لاین‌های قلبی - عروقی در مورد AF و بر اساس امتیازبندی CHADS₂ انجام می‌گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی (پس از تصویب در شورای نظارت بر پایان‌نامه و کسب اجازه از مراجع مربوطه) با مراجعه به بایگانی بیمارستان آموزشی - درمانی سیدالشهدا انجام گرفت. مطالعه به صورت گذشته‌نگر طراحی شده بود و تمامی بیماران که با تشخیص اولیه و نهایی فیبریلاسیون دهلیزی در مرکز قلب بیمارستان سیدالشهدا از مهر ماه ۱۳۸۸ تا اسفند ماه ۱۳۸۹ بستری شده بودند وارد مطالعه شدند. بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی در زمینه بیماری درجه‌های بیشتر از حد خفیف، بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد کبدی و کلیوی و بیماران مبتلا به هیپرتیروئیدی از مطالعه خارج شدند. پرسش‌نامه‌ای برای هر بیمار تکمیل شد که شامل سن، جنس، اختلالات همراه AF (دیابت ملیتوس، فشار خون بالا، نارسایی قلبی، سابقه حوادث ترومبوآمبولیک مغزی)، نتیجه آزمایشات عملکرد کبدی، کلیوی و تیروئیدی، نتیجه اکوکاردیوگرافی، اقدامات انجام گرفته برای بیمار از نظر کنترل ریت یا ریتم، وضعیت بیمار در زمان ترخیص از نظر ریتم قلبی، سابقه مصرف آسپرین یا وارفارین و شروع و عدم شروع آسپرین یا وارفارین در طی بستری برای بیمار و در صورت مصرف وارفارین میزان INR در زمان ترخیص بود. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS18 شد و با استفاده از آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج به صورت جداول ارائه شد.

یافته‌ها

با مراجعه به بایگانی بیمارستان سیدالشهدا ارومیه کل پرونده‌های بیماران بستری شده از مهر ماه ۱۳۸۸ تا آخر اسفند ماه ۱۳۸۹ که با تشخیص اولیه یا نهایی AF بستری شده بودند بررسی شد. ۴۳۴ بیمار با تشخیص AF در این مقطع زمانی بستری شده بودند. از کل بیماران ۲۰۲ بیمار (۴۶/۵۴ درصد بیماران) مبتلا به

انتظار می‌رود شیوع AF در سن بالای ۴۰ سال ۲/۵ برابر افزایش یابد. AF علت بیش از ۲ میلیون بستری و نزدیک به ۶۷ هزار مرگ در سال می‌باشد (۴). با توجه به بی‌علامت بودن بیماری در مبتلایان به AF انتظار می‌رود بروز کلی بیماری به ویژه در افراد مسن متجاوز از ۲ برابر مقادیر گزارش شده قبلی باشد (۱). AF نسبت به ریتم سینوسی با بروز بالاتری از مرگ و میر، سکته مغزی و حوادث عروق کرونر همراه است (۵). AF غیر درجه‌های شایع‌ترین علت سکته مغزی با منشأ آمبولی قلبی می‌باشد به طوری که ریسک سکته مغزی در بیماران مبتلا به AF ۳ تا ۷ برابر بیمارانی است که مبتلا به AF نیستند (۶-۷). هم‌چنین این ریسک با حضور بیماری‌های همراه با AF افزایش می‌یابد (۶). تقریباً عامل ۲۵ درصد سکته‌های مغزی در سنین بین ۸۰ تا ۸۹ سال، AF می‌باشد (۸). در بیمارانی که عوامل خطر ساز شناخته شده برای سکته مغزی دارند درمان ضد انعقاد دارای اهمیت ویژه‌ای است (۱۱-۱۰-۹-۱). آسپرین و وارفارین اولین انتخاب برای پیشگیری از سکته مغزی ایسکمیک است. وارفارین از آسپرین جهت پیشگیری از حوادث ترومبوآمبولیک مؤثرتر است اما با ریسک بالاتر حوادث خونریزی دهنده همراه می‌باشد (۸). بر اساس تقسیم‌بندی CHADS₂^۱ داشتن هر کدام از ریسک فاکتورها یک امتیاز و داشتن سابقه سکته مغزی دو امتیاز را به خود اختصاص می‌دهد. با تقسیم‌بندی CHADS₂ به ترتیب از ۰ تا ۶ امتیاز، سکته مغزی ایسکمیک از ۱/۹ تا ۱۸/۲ مورد در هر ۱۰۰ بیمار در سال همراه بوده است. انجمن پزشکان قفسه سینه آمریکا درمان با وارفارین را در بیماران با امتیاز CHADS₂ ≥ ۲ توصیه کرده‌اند (۸). در مبتلایان به AF مداوم و یا AF حمله‌ای طول کشنده‌ای که عوامل خطر ساز برای سکته مغزی را داشته باشند درمان ضد انعقادی با وارفارین و با هدف حفظ INR بین ۲ و ۳ توصیه می‌شود (۱۲-۱). در یک تحقیق انجام شده در مرکز قلب و عروق سنول کره جنوبی به این نتیجه رسیده‌اند که در بیماران مبتلا به AF که امتیاز CHADS₂ یک نیز داشتند برای جلوگیری از سکته‌های مغزی ایسکمیک وارفارین بهتر از آسپرین است. هم‌چنین وارفارین عوارض و ریسک خونریزی ماژور را نیز نسبت به آسپرین افزایش نمی‌دهد ولی بروز خونریزی‌های مینور در مصرف‌کنندگان وارفارین نسبت به آسپرین بیشتر است. در تجدید چاپ گایدلاین ۲۰۰۶ ACC/AHA/ESC نیز استفاده از وارفارین در افراد مبتلا به AF با اسکور یک توصیه شده است (۳). مدارکی وجود دارد که درمان با وارفارین در بیماران مبتلا به AF کمتر از

^۱ C=congestive heart failure ،H=Hypertension، A=Age≥75 ، D=Diabetes Mellitus ،S=Stroke

۱۶ بیمار (۲۵ درصد این بیماران) از قبل تحت درمان با وارفارین بودند و برای ۲۵ بیمار (۳۹/۱ درصد این بیماران) در طی بستری وارفارین شروع شد و در کل ۴۱ بیمار با امتیاز CHADS₂ یک (۴۴ درصد این بیماران) تحت درمان با وارفارین قرار گرفتند و یک بیمار به دلیل شوک کاردیوژنیک فوت شد و ۴۰ بیمار از ۶۳ بیمار (۶۳/۴۹ درصد این بیماران) با وارفارین مرخص شدند. از ۸۵ بیمار که امتیاز ≥ 2 CHADS₂ داشتند (جدول ۲)

جدول (۲): بیماران با امتیاز ≥ 2 CHADS₂

درصد	فراوانی	
۴۷/۲	۸۵	بیماران با امتیاز ≤ 2
۱۰۰	۱۸۰	کل بیماران

۲۰ بیمار (۲۳/۶ درصد این بیماران) از قبل تحت درمان با وارفارین بودند و برای ۳۳ بیمار (۳۸/۸ درصد این بیماران) در طی بستری وارفارین شروع شد و در کل ۵۳ بیمار با ۲ امتیاز ≥ 2 CHADS₂ قرار گرفتند که یک بیمار به دلیل نارسایی شدید قلبی فوت شد و از ۸۴ بیمار ۵۲ بیمار (۶۱/۹ درصد این بیماران) با وارفارین مرخص شدند. در طی بستری دو بیمار نیز به دلیل ادم ریوی و خونریزی ریوی فوت شدند و در کل از ۱۷۶ بیمار ترخیص شده، ۱۰۱ بیمار (۵۷/۳۸ درصد بیماران) با وارفارین مرخص شدند. ۱۴۱ بیمار (۷۸/۳ درصد بیماران) از قبل تحت درمان با آسپرین بودند و برای ۳۵ بیمار (۱۹/۴ درصد بیماران) طی بستری آسپرین شروع شد و در کل ۱۷۶ بیمار (۹۷/۷ درصد کل بیماران و ۱۰۰ درصد بیماران ترخیص شده) با آسپرین مرخص شدند. حداقل میزان INR در زمان ترخیص در بیمارانی که تحت درمان با وارفارین بودند یک و حداکثر میزان آن $4/52$ و به طور متوسط $1/98 \pm 0/76$ بود. از ۱۰۱ بیمار که با وارفارین مرخص شدند ۲۷ بیمار (۲۶/۷ درصد این بیماران) با $INR < 2$ و بقیه بیماران با $INR > 3$ مرخص شدند.

با استفاده از آزمون آماری chi-square مقایسه‌ای بین بیماران با امتیاز ≥ 2 CHADS₂ نظر خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس) و اختلالات همراه AF انجام شد.

یک گروه بیمارانی که تحت درمان با وارفارین قرار گرفتند و گروه دیگر بیمارانی که تحت درمان با وارفارین قرار نگرفتند. از ۸۵ بیمار با امتیاز ≥ 2 CHADS₂، ۳۵ بیمار (۴۱/۱ درصد این بیماران) مرد بودند که ۱۷ بیمار (۴۸/۵ درصد مردها) تحت درمان با وارفارین قرار گرفتند در حالی که ۳۶ بیمار زن (۷۲ درصد این

AF در زمینه‌ی بیماری دریچه‌ای، ۲۶ بیمار (۵/۹۹ درصد بیماران) مبتلا به AF در زمینه‌ی هیپرتروئیدی بودند. ۱۸ بیمار (۴/۱۴ درصد بیماران) با رضایت شخصی بدون مشخص شدن علت زمینه‌ای AF ترخیص شده بودند و در پرونده شش بیمار (۱/۳۸ درصد بیماران) نتیجه اکوکاردیوگرافی موجود نبود. که موارد فوق از مطالعه خارج شدند. از کل بیماران ۱۸۲ بیمار (۴۱/۹۳ درصد بیماران) مبتلا به AF غیردریچه‌ای بودند که از این تعداد نیز دو بیمار (۱/۰۹ درصد بیماران مبتلا به AF غیردریچه‌ای) اختلال عملکرد کلیوی ($Cr > 2$) داشتند که این بیماران نیز از مطالعه خارج شدند. در نهایت اطلاعات به دست آمده از ۱۸۰ بیمار مبتلا به NVAf وارد نرم‌افزار آماری SPSS 18 شدند و تحت آنالیز قرار گرفتند. از ۱۸۰ بیمار ۸۷ بیمار (۴۸/۳ درصد بیماران) مرد بودند. محدوده‌ی سنی بیماران مورد مطالعه ۸۹-۳۰ سال با سن متوسط $66/8 \pm 12/97$ سال بود که ۶۴ بیمار (۳۵/۶ درصد بیماران) سن ≤ 75 سال داشتند (جدول ۲ و ۳) هم‌چنین از کل بیماران ۱۴۱ بیمار (۷۸/۳ درصد بیماران) مبتلا به هایپرتانسیون، ۳۴ بیمار (۱۸/۹ درصد بیماران) مبتلا به دیابت ملیتوس، ۲۰ بیمار (۱۱/۱ درصد بیماران) مبتلا به نارسایی قلبی بودند و ۱۲ بیمار (۶/۷ درصد بیماران) سابقه حوادث ترومبوآمبولیک مغزی داشتند.

۱۱۱ بیمار (۶۱/۷ درصد بیماران) با شکایت طپش قلب، ۲۱ بیمار (۱۱/۷ درصد بیماران) با شکایت تنگی نفس، ۳۴ بیمار (۱۸/۹ درصد بیماران) با شکایت درد قفسه سینه، ۸ بیمار (۴/۴ درصد بیماران) با شکایت سرگیجه، ۴ بیمار (۲/۲ درصد بیماران) با شکایت خونریزی مینور (اکیموز اندام‌ها، اپیستاکسی، هم‌چوری) در زمینه مصرف آسپرین یا وارفارین و ۲ بیمار (۱/۱ درصد بیماران) با شکایت سنکوپ مراجعه کرده بودند. بر اساس امتیاز ≥ 2 CHADS₂ حداقل اسکور در بین بیماران بررسی شده صفر و حداکثر اسکور شش و به طور متوسط $1/16 \pm 1/57$ بود. از ۳۱ بیمار که امتیاز ≥ 2 CHADS₂ صفر داشتند (جدول ۱۰) دو بیمار (۶/۵ درصد این بیماران) از قبل تحت درمان با وارفارین بودند و برای هفت بیمار (۲۲/۶ درصد این بیماران) در طی بستری وارفارین شروع شد و در کل ۹ بیمار با امتیاز ≥ 2 CHADS₂ صفر (۲۹/۱ درصد این بیماران) با وارفارین مرخص شدند.

از ۶۴ بیمار که امتیاز ≥ 2 CHADS₂ یک داشتند (جدول ۱)

جدول (۱): بیماران با امتیاز ≥ 2 CHADS₂ یک

درصد	فراوانی	
۳۵/۶	۶۴	بیماران با امتیاز یک
۱۰۰	۱۸۰	کل بیماران

بیماران) تحت درمان با وارفارین قرار گرفتند که اختلاف معنی دار بین این دو گروه از نظر آنتی کوآگولاسیون تراپی وجود داشت (جدول ۳) (p=۰/۰۲۸).
 جداول ۳ تا ۸ مربوط به بیماران با امتیاز $CHADS_2 \geq 2$

جدول (۳): یز یا عدم تجویز وارفارین و رابطه آن با جنسیت

کل	وارفارین		تعداد	درصد	جنس
	بله	خیر			
۳۵	۱۷	۱۸	۳۵	۱۰۰٪	مرد
	۴۸٪	۵۱٪			
۵۰	۳۶	۱۴	۵۰	۱۰۰٪	زن
	۷۲٪	۲۸٪			
۸۵	۵۳	۳۲	۸۵	۱۰۰٪	کل
	۶۲٪	۳۷٪			

P-value= ۰/۰۲۸ نسبت احتمال

مقایسه‌ای که از نظر میانگین سنی بین دو گروه انجام شد به شرح زیر بود: میانگین سنی در گروه تحت درمان با وارفارین $75/79 \pm 8/62$ سال و در گروه دیگر $75/53 \pm 9/49$ سال بود که تفاوت معنی داری از نظر سنی بین دو گروه وجود نداشت. (جدول ۴) (p=۰/۸۹۷).

جدول (۴): ویز یا عدم تجویز وارفارین و رابطه آن با سن

انحراف معیار	میانگین	تعداد	وارفارین	سن
۹/۴۹۰۱۸	۷۵/۵۳۱۳	۳۲	خیر	
۸/۶۲۵۴۵	۷۵/۷۹۲۵	۵۳	بله	

p-value= ۰/۸۹۷ CI: (-4.25_3.72)

در مورد مقایسه سایر اختلالات همراه AF

مثل نارسایی قلبی، فشار خون بالا، دیابت ملیتوس و سابقه حوادث ترومبوآمبولی مغزی بین دو گروه اختلاف معنی دار وجود نداشت (جدول ۵ تا ۸).

جدول (۵): ویز یا عدم تجویز وارفارین و رابطه آن با نارسایی قلبی

کل	وارفارین		تعداد	درصد	نارسایی قلبی
	خیر	بله			
۲۰	۱۲	۸	۲۰	۱۰۰٪	بله
	۶۰٪	۴۰٪			
۶۵	۴۱	۲۴	۶۵	۱۰۰٪	خیر
	۶۳٪	۳۶٪			
۸۵	۵۳	۳۲	۸۵	۱۰۰٪	کل
	۶۲٪	۳۷٪			

p-value= ۰/۸۰۴ نسبت احتمال

جدول (۶): یز یا عدم تجویز وارفارین و رابطه آن با فشار خون

کل	وارفارین		تعداد	بله	خیر
	بله	خیر			
۸۳	۳۰	۵۳	۳۰	۵۳	۸۳
%۱۰۰/۰	%۳۶/۱	%۶۳/۹	درصد	تعداد	درصد
۲	۲	۰	۲	۰	۲
%۱۰۰/۰	%۱۰۰/۰	%۰	درصد	تعداد	درصد
۸۵	۳۲	۵۳	۳۲	۵۳	۸۵
%۱۰۰/۰	%۳۷/۶	%۶۲/۴	درصد	تعداد	درصد

p-value= ۰/۰۶۶ =نسبت احتمال

جدول (۷): یز یا عدم تجویز وارفارین و رابطه آن با دیابت

کل	وارفارین		تعداد	بله	خیر
	بله	خیر			
۳۲	۱۴	۱۸	۱۴	۱۸	۳۲
%۱۰۰/۰	%۴۳/۸	%۵۶/۳	درصد	تعداد	درصد
۵۳	۱۸	۳۵	۱۸	۳۵	۵۳
%۱۰۰/۰	%۳۴/۰	%۶۶/۰	درصد	تعداد	درصد
۸۵	۳۲	۵۳	۳۲	۵۳	۸۵
%۱۰۰/۰	%۳۷/۶	%۶۲/۴	درصد	تعداد	درصد

p-value= ۰/۳۶۷ =نسبت احتمال

جدول (۸): ویز یا عدم تجویز وارفارین و رابطه آن با حوادث ترومبوآمبولی مغزی

کل	وارفارین		تعداد	بله	خیر
	بله	خیر			
۱۲	۴	۸	۴	۸	۱۲
%۱۰۰/۰	%۳۳/۳	%۶۶/۷	درصد	تعداد	درصد
۷۳	۲۸	۴۵	۲۸	۴۵	۷۳
%۱۰۰/۰	%۳۸/۴	%۶۱/۶	درصد	تعداد	درصد
۸۵	۳۲	۵۳	۳۲	۵۳	۸۵
%۱۰۰/۰	%۳۷/۶	%۶۲/۴	درصد	تعداد	درصد

p-value= ۰/۷۳۸ =نسبت احتمال

بحث و نتیجه گیری

از ۴۳۴ بیمار مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی ۱۸۰ بیمار با تشخیص فیبریلاسیون دهلیزی غیردریچه‌ای وارد مطالعه ما شدند. از کل بیماران ۸۷ بیمار (۴۸/۳ درصد) مرد بودند. سن بیماران مورد مطالعه $۱۲/۹۷ \pm ۶۶/۸$ سال بود که ۳۵/۶ درصد بیماران سن ≤ ۷۵ سال داشتند. شایع‌ترین علت مراجعه بیماران مبتلا به AF غیر دریچه‌ای طپش قلب (۶۱/۷ درصد بیماران) و کمترین علت مراجعه بیماران مبتلا به AF غیردریچه‌ای در مطالعه

ما سنکوپ (۱/۱ درصد بیماران) بود. شایع‌ترین اختلال همراه بیماران مبتلا به AF غیر دریچه‌ای در مطالعه ما فشار خون بالا (۷۸/۳ درصد بیماران) و کمترین اختلال همراه در این بیماران داشتن سابقه حوادث ترومبوآمبولیک مغزی (۶/۷ درصد بیماران) بود.

با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه ۲۹/۱ درصد بیماران با اسکور CHADS₂ صفر تحت درمان با وارفارین قرار گرفته بودند که با توجه به ریسک پایین حوادث ترومبوآمبولی در این گروه از

اختلالات همراه AF نیز با هم مقایسه شدند ولی در مطالعه ما اختلاف معنی دار مشاهده نشد.

هدف در جلوگیری از حوادث ترومبوآمبولی در بیماران مبتلا به AF که تحت درمان با وارفارین قرار می‌گیرند دو تا سه می‌باشد. در مطالعه ما ۲۶/۷ درصد بیماران تحت درمان با وارفارین با INR در محدوده‌ی درمانی مرخص شد و بقیه بیماران در زمان ترخیص $INR < 2$ یا $INR > 3$ داشتند یعنی دوز وارفارین برای این بیماران در زمان ترخیص تحت درمان با وارفارین و ۱۰۰ درصد بیماران تحت درمان با آسپرین قرار گرفته بودند.

مطالعه‌ای توسط آقای Elezi و همکارانش در بخش کاردیولوژی مرکز مطالعات Kosovo-a در سال ۲۰۱۰ با هدف بررسی و رسیدگی به بیماری‌های همراه و درمان بیماران مبتلا به AF در زمان ترخیص انجام شده بود که اساس مطالعه ما بود، در این مطالعه ۷۲ درصد بیماران با آسپرین و ۲۷ درصد بیماران با ضدانعقاد خوراکی مرخص شده بودند که این ارقام در مطالعه ما به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۵۷/۳۸ درصد بود که مطالعه ما را در جایگاه مناسبی نسبت به مطالعات مشابه قرار می‌دهد.

در خاتمه باید یادآور کرد که نیاز به یک مطالعه آینده‌نگر برای تعیین بروز و شیوع حوادث ترومبوآمبولیک در بیماران مبتلا به AF و پیگیری بیماران تحت درمان با وارفارین می‌باشد تا بتوان در یک بازه‌ی زمانی چند ماهه نحوه مصرف درست وارفارین و کنترل INR توسط بیماران و عوارض درمان با ضدانعقادهای خوراکی را بررسی کرد. که این مطالعه ما می‌تواند اساس این مطالعه آینده‌نگر باشد.

تقدیر و تشکر

از همکاران محترم بخش قلب و همه‌ی کسانی که در اجرای این طرح ما را یاری کردند و به‌خصوص از جناب آقای دکتر قره‌آغاجی اصل تشکر و قدردانی می‌نماییم.

بیماران، احتمال ایجاد خونریزی مینور یا ماژور در زمینه مصرف وارفارین وجود دارد.

در یک مطالعه که توسط Altman DR و همکارانش در بخش کاردیولوژی بیمارستان دانشگاهی Basel Basel سوئیس در سال ۲۰۱۰ انجام شده است درمان ضد ترومبوز برای همه بیماران مبتلا به AF به جز بیمارانی که Lone AF داشتند یا کنترل اندیکاسیونی برای درمان ضد ترومبوز داشتند توصیه شده است (۱۰). در یک تحقیق انجام شده در مرکز کاردیوواسکولار سنول کره جنوبی به این نتیجه رسیده‌اند که در بیماران مبتلا به AF با اسکور یک برای جلوگیری از سکتته‌های مغزی ایسکمیک وارفارین بهتر از آسپرین است چون از نظر بروز خونریزی ماژور تفاوتی بین آسپرین و وارفارین نبود و فقط میزان خونریزی مینور در مصرف‌کنندگان وارفارین شایع‌تر از آسپرین بود (۱۳). یک مطالعه دیگر توسط آقای Groin L و همکارانش در سال ۲۰۱۰ در فرانسه با هدف مقایسه تأثیر یک ضد انعقاد خوراکی با یک ضدپلاکت در جلوگیری از سکتته مغزی و حوادث ترومبوآمبولی انجام شد و به این نتیجه رسیدند که تجویز یک ضدانعقاد با کاهش ریسک مرگ و سکتته مغزی در بیماران مبتلا به AF با امتیاز $CHADS_2$ یک مرتبط است (۱۵). در مطالعه ما نیز ۶۲/۵ درصد بیماران با امتیاز $CHADS_2$ یک تحت درمان با وارفارین قرار گرفته بودند.

انجمن پزشکان قفسه سینه آمریکا درمان با وارفارین را در بیماران با امتیاز $CHADS_2 \geq 2$ توصیه کرده‌اند (۸). در مطالعه ما نیز ۶۱/۲ درصد بیماران با امتیاز $CHADS_2 \geq 2$ تحت درمان با وارفارین قرار گرفته بودند. علت شروع نشدن وارفارین در این گروه از بیماران در پرونده بیماران ذکر نشده بود. در مقایسه‌ای که در بیماران با امتیاز $CHADS_2 \geq 2$ بین دو گروه بیماران تحت درمان با وارفارین و بیمارانی که وارفارین دریافت نکرده بودند انجام شد اختلاف معنی‌دار بین بیماران مرد و زن از نظر تجویز وارفارین وجود داشت به طوری که ۷۲ درصد بیماران زن و ۴۸/۵ درصد بیماران مرد تحت درمان با وارفارین قرار گرفته بودند ($p = 0.028$)؛ این دو گروه از نظر میانگین سنی و هم‌چنین

References :

1. Antony SoFauci MD, Eugene Braun Wald MD, Dennis L-Kasper MD, Stephen L. Long MDJ. Larry Jameson MD. Haeison's Internal Medicine 17th ed. McGraw-Hill; 2008.
2. Brüggengjürgen B, Reinhold T, McBride D, Willich SN. [Atrial fibrillation--epidemiologic,

economic and individual burden of disease]. Dtsch Med Wochenschr 2010;135 Suppl 2:S21-25.

3. Medi C, Hankey GJ, Freedman SB. Atrial fibrillation. Med J Aust 2007;186(4):197-202.
4. Jackson SL, Peterson GM, Vial JH. A community- based educational intervetion to improve antithrombotic drug use in atrial

- fibrillation. *Ann Pharmacother* 2004; 38(11): 1794-9.
5. Aronow WS. Management of the older person with atrial fibrillation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57(6):M352-63.
 6. Elezi S, Qerkini G, Bujupi L, Shababi D, Bajraktari G. Management and comorbidities of atrial fibrillation in patients admitted in Cardiology service in Kosovo-a single-center study. *Anadolulu Derg* 2010; 10(1): 36-40.
 7. Noogh H, Noogh jozam M. The effect of low dose warfarin therapy on prevention of thromboembolic event in patient with nonvalvular atrial fibrillation. *Kosar Med J* 2004; 9(2):135-41.
 8. Hopps S, Marcy TR. Warfarin versus aspirin: using CHADS2 to guide therapy for stroke prevention in nonvalvular atrial fibrillation. *Consult Pharm* 2009;24(11):841-4.
 9. Agarwal S, Bennett D, Smith DJ. Predictors of warfarin use in atrial fibrillation patients in the inpatient setting. *Am J Cardiovasc Drugs* 2010; 10(1): 37-48.
 10. Altmann DR, Kühne M, Sticherling C, Osswald S, Schaer BA. Use of the CHADS2 risk score to guide antithrombotic treatment in patients with atrial fibrillation--room for improvement. *Swiss Med Wkly* 2010;140(5-6):73-7.
 11. Tulner LR, Kuper IMJA, van Campen JPCM, Mac Gillavry MR, Kwa VIH, Koks CHW, et al. Contraindications for anticoagulation in older patients with atrial fibrillation; a narrative review. *Curr Drug Saf* 2010;5(3):223-33.
 12. Medi C, Hankey GJ, Freedman SB. Atrial fibrillation. *Med J Aust* 2007; 186(4):197-202.
 13. Lee BH, Park JS, Park JH, Park JS, Kwak JJ, Hwang ES, et al. The effect and safety of the antithrombotic therapies in patients with atrial fibrillation and CHADS score 1. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2010;21(5):501-7.
 14. Komatsu T, Tachibana H, Sato Y, Ozawa M, Kunugida F, Orii M, et al. Relationship between CHADS2 score and ischemic stroke during rhythm control therapy for paroxysmal atrial fibrillation. *Int Heart J* 2010;51(1):24-9.
 15. Gorin L, Fauchier L, Nonin E, de Labriolle A, Haguenoer K, Cosnay P, et al. Antithrombotic treatment and the risk of death and stroke in patients with atrial fibrillation and a CHADS2 score=1. *Thromb Haemost* 2010;103(4):833-40.

ASSESSMENT OF THE COMORBIDITY AND ANTICOAGULATION THERAPY IN PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION ADMITTED TO SEYYED ALSHOHADA HOSPITAL

Haj Ahmadipour Rafsanjani M^{1*}, Aghaei N²

Received: 7 Dec , 2013; Accepted: 12 Feb , 2014

Abstract

Background & Aims: Atrial fibrillation is common comorbid condition in admitted patients. And it is the most important risk factor in ischemic stroke in patient with AF. This study aims to assess the comorbidity and anticoagulation therapy in patients with non-valvular Atrial Fibrillation admitted to Seyyed Alshohada Hospital.

Materials & Methods: From 434 admitted patients in Urmia Seyyed Alshohada Hospital from oct. 2009 to mar. 2011, 180 patients (mean age 66.8 ± 12.97 , 48.3% male) having non-valvular AF were entered in our retrospective study. On discharge, these patients were evaluated according to anti coagulation prescription based on CHADS₂ scoring.

Results: Assessment of comorbidities of AF in our patients were: HTN with 78.3%, DM with 18.9%, HF with 11.1%, and stroke with 6.7%.

In our patients 29.5% with CHADS₂ score = 0, 62.5% with CHADS₂ score = 1, and 61.2% with CHADS₂ score ≥ 2 were on anticoagulation therapy and 100% of patients were taking aspirin at discharge time. 26.7% out of 57% of total patients who discharged with one oral anticoagulant had $2 < \text{INR} < 3$, and 73.3% of these patients had INR 2 or INR 3. The data analysis showed that on the patients with CHADS₂ score ≥ 2 , the anticoagulant prescription in patients with AF is independent from age and other comorbid disorders (such as: HTN, HF, DM and Stroke). But there is a meaningful difference between anticoagulant prescription, and sex. So that, 72% of women patients and 48.5% of men patients were received anticoagulant therapy. (p- Value= 0.028)

Conclusion: Our study suggests anticoagulation therapy in patients with AF; it also suggests the frequent control of side-effects of medication.

Keywords: Atrial fibrillation, CHADS₂ score, anticoagulation

Address: Seyed Al Shohada Heart Hospital - Urmia – Iran, Tel: (+98) 9125483395

Email: hajahmadimogjan@gmail.com

¹ Assistant Professor Cardiologist, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

² Nurse Urmia University of Medical Sciences