

Assessment of Demographic, Clinical Indexes and Biomedical Risk Factors of Cardiovascular Disorders in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery in NAJA Vali-e-Asr^(A) Hospital in Tehran- Iran in 2008

Received: 9 October 2012

Revised: 4 November 2012

Accepted: 19 December 2012

ABSTRACT

Esmail Asdaghpour*¹
Mehdi Mazaheri¹
Hadi Shirzad²
Abasali Moghadam¹
Mohammad Forghani¹
Seyed Ehsan Parhizgar²

¹NAJA Vali-e-Asr (A) Hospital,
Tehran, Iran

²Center of Applied Research,
Department of Police (NAJA)
Medicine,
Tehran, Iran

Background: Cardiovascular diseases (CVDs) and specially coronary artery diseases (CAD) are of the main causes of mortality and morbidity in the world. Preventing the risk factors of these disorders not only may reduce their incidence in the population, but also increases the efficacy and improves the prognosis of expensive therapies that are being used for cardiovascular patients. Most of the patients suffering from advanced coronary artery disease may need coronary artery bypass graft surgery (CABG). Therefore identification of risk factors of atherosclerosis and CAD is of the most valuable steps toward finding proper therapeutic options.

Materials and Methods: This study was a cross-sectional descriptive retrospective study. Medical records of patients who underwent CABG were reviewed. Records gathered from Val-e-Asr (A) hospital medical archive department. Demographic data, lab results, physical examinations and risk factors related to CAD have been extracted from the records.

Results: Total of 120 patients have been studied, 119 were male and 1 female. Ninety two (76.7%) have had no history of cigarette smoking and 28 (23.3%) were smoking. 27.5% of patients have had past medical history of diabetes mellitus which 95% of them were taking oral agents. In biochemical assessments, 20% of patients have had high levels of fasting blood sugar and 33.3% were having impaired fasting glucose. 18.3% of patients have had history of dyslipidemia. 30.8% of patients were overweight (BMI = 24.7 – 26.9) and 35% were in grade 1 obesity (BMI = 27-29.9) and 15.8% were suffering from morbid obesity (BMI>30). 38.3% of patients have had history of high blood pressure.

Conclusion: Results of this study shows that interaction and effect mechanism of risk factors of CVDs and effect of other factors like behavioral, genetic and biomedical on them makes a complex field of interactivity between factors that shows the necessity of more studies.

Keywords: Demographic and clinical indexes, Coronary artery bypass graft, Cardiovascular disease

*Corresponding Author:
Cardiovascular surgeon,
Email: teb@police.ir

ارزیابی شاخصهای دموگرافیک و بالینی بیماران تحت عمل جراحی گرافت بایپس شریانهای کرونری (CABG) و بررسی عوامل خطر ساز آترواسکلروزیس و بیماری شریانهای کرونری در آنها، در بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر (عج) ناجا در سال ۱۳۸۷

تاریخ پذیرش: ۲۹ آذر ۱۳۹۱

تاریخ اصلاح: ۱۴ آبان ۱۳۹۱

تاریخ دریافت: ۱۸ مهر ۱۳۹۱

چکیده

اسماعیل اصدق پور^{۱*}
 مهدی مظاهری^۱
 هادی شبیرزاد^۲
 عباسعلی مقدم^۱
 محمد فرقانی^۱
 سید احسان پرهیزگار^۲

^۱ بیمارستان فوق تخصص ولی عصر (عج) ناجا، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات کاربردی، بهداری کل ناجا، تهران، ایران

مقدمه: بیماریهای قلبی - عروقی (Cardiovascular disease, CVD) و آترواسکلروزیس عروق کرونری از علل اصلی مرگ و میر و موربیدیت در جهان هستند. شناخت و پیشگیری از عوامل خطر ساز آترواسکلروزیس نه تنها میزان بروز بیماریهای عروق کرونری قلب را در جامعه کاهش می دهد، بلکه باعث افزایش اثربخشی و بهبود پیش آگهی درمانهای پرهزینه ای که برای مبتلایان به بیماریهای عروق کرونری انجام می گیرد، می شود. بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته شریانهای کرونری اغلب تحت جراحی گرافت بایپس شریانهای کرونری (Coronary artery bypass grafting, CABG) قرار می گیرند. به این منظور جهت مطالعه عوامل خطر ساز CAD، این پژوهش با هدف ارزیابی شاخصهای دموگرافیک و بالینی بیماران که در بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر ناجا تحت عمل جراحی CABG قرار گرفتند و بررسی عوامل خطر ساز آترواسکلروزیس و بیماری شریانهای کرونری در آنها انجام گرفت.

مواد و روشها: این پژوهش در قالب یک مطالعه توصیفی و مقطعی گذشته نگر با مراجعه به بخش باگانی بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر ناجا و استفاده از پرونده های مربوط به بیماران قلبی عروقی که تحت عمل جراحی CABG قرار گرفته بودند، انجام گردید. داده های دموگرافیک، نتایج آزمایشات، معاینات و اطلاعات مربوط به عوامل خطر ساز آترواسکلروزیس و بیماری عروق کرونری قلب مربوط به ۱۲۰ بیمار که تحت عمل CABG قرار گرفته بودند، جمع آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۱۲۰ بیمار، ۱۱۹ بیمار مرد بودند و فقط یک نفر زن بود. ۹۲ نفر (۷۶/۷ درصد) از بیماران سابقه ای از مصرف سیگار نداشتند و ۲۸ نفر (۲۳/۳ درصد) سیگار می کشیدند. ۲۷/۵ درصد بیماران سابقه تشخیص دیابت را در شرح حال خود داشتند که بیش از ۹۵ درصد آنها تحت درمان با داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون بودند و در ارزیابی های بیوشیمیایی انجام شده نیز تنها ۲۰ درصد بیماران دچار قند خون بالا و ۳۳/۳ درصد قند خون مختل بودند. ۱۸/۳ درصد بیماران در شرح حال خود سابقه دیس لیپیدمی داشتند و در ارزیابی های بیوشیمیایی انجام شده نیز، ۱۱/۷ درصد دارای سطوح کلی کلسترول بالا و ۲۷/۵ درصد دارای سطح کلسترول مختل بودند. ۳۰/۸ درصد بیماران دچار اضافه وزن (۲۶/۹ - ۲۴/۷ = BMI) و ۳۵ درصد مبتلا به چاقی درجه اول (۲۹/۹ - ۲۷ = BMI) و ۱۵/۸ درصد آنها دچار چاقی مرضی (BMI > ۳۰) بودند. ۳۸/۳ درصد افراد سابقه پرفشاری خون را در شرح حال خود ذکر کردند.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه بیانگر آنست که علی رغم شناخت ما از بسیاری از عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی در مطالعات، نحوه اثر و تعامل این عوامل با یکدیگر و تأثیر آنها از سایر فاکتورهای رفتاری، ژنتیکی، و بیومدیkal در ایجاد آترواسکلروزیس و بیماری قلبی - عروقی بسیار پیچیده و نیازمند مطالعات و بررسیهای گسترده تری است.

* نویسنده مسئول:

فوق تخصص جراحی قلب،
 پست الکترونیک: teb@police.ir

کلید واژه ها: شاخصهای دموگرافیک و بالینی، جراحی گرافت عروق کرونری، آترواسکلروزیس

مقدمه

بیماریهای قلبی - عروقی^۱ (CVD) و آترواسکلروزیس عروق کرونری مهمترین عامل مرگ و میر و موربیدیت در کشورهای

توسعه یافته و در حال توسعه هستند [۱-۳]. در ایالات متحده در سال ۲۰۰۸ میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی ۲۴۴/۸ مورد به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده و در این میان از هر ۶

¹: Cardiovascular diseases

بتوان به توانایی بالاتری در پیش‌بینی خطر بروز CAD دست یافت [۲۶]. برخی عوامل شناخته شده، شامل سن بالا، پرفشاری خون، دیس لیپیدی، دیابت، افزایش لیپوپروتئین a، و کشیدن سیگار با افزایش خطر ایجاد آترواسکلروز و بروز حوادث قلبی و عروقی رابطه مستقیم دارند. ارزیابی جامع عوامل خطر ساز به ویژه برای درمان مناسب کنترل چربی خون در بیماران حائز اهمیت است [۲۷]. انجمن قلب آمریکا عوامل خطر ساز را به سه گروه عوامل خطر ساز متداول، زمینه ساز و مشروط تقسیم کرده است. عوامل متداول یا سنتی رابطه علی مستقیمی با ایجاد آتروم در عروق دارند. عوامل زمینه ساز، از قبیل چاقی، سابقه خانوادگی بروز زود هنگام CAD، و شیوه زندگی بی تحرک به شکل غیرمستقیم و از طریق فاکتورهای علی سبب ساز افزایش خطر بروز CAD می گردند. فاکتورهای مشروط، مانند؛ لیپوپروتئین کم چگال (LDL) و پروتئین واکنشی (CRP) می توانند در حضور عوامل خطر ساز علی خطر بروز CAD را افزایش دهند [۲۸-۲۹]. ارزیابی عوامل خطر ساز اولین و مهمترین گام در پیشگیری اولیه است و تعیین کننده گامهای بعدی در کاهش دادن خطر بروز CAD در جامعه و در میان بیماران است. مطالعه عوامل خطر ساز برای پیش بینی صحیح CAD در افراد خاص و گروه های قومی مختلف نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۲۶].

از طرف دیگر، مطالعات نشان می دهند که کاهش دادن عوامل خطر ساز بیماریهای عروق کرونری قلب پیش از انجام عمل جراحی معمولاً کمتر از میزان بهینه است [۳۰]. یک مطالعه بزرگ در این زمینه نشان داده است که پرفشاری خون (۷۹ درصد)، کلسترول LDL ۵۹ درصد، دیابت (۴۷ درصد)، کشیدن سیگار (۳۳ درصد)، و چاقی (۵۰ درصد) به میزان پایین تر از حد بهینه در بیماران قابل کنترل هستند [۳۱]. پیروی از روشهای کاهش عوامل خطر ساز پس از انجام عمل CABG می تواند از پیشرفت بیماری قلبی در عروق کرونری طبیعی گرفتار شده جلوگیری نماید [۳۲]. کلسترول بالای خون، دیابت، و بالا بودن تریگلیسریدها به شکل بارزی موجب از کار افتادن عروق گرفتار شده می شوند [۳۳]. علی رغم اهمیت تغییر رفتار در بیماران (ترک سیگار، اتخاذ رژیم غذایی سالم، و ورزش منظم) [۳۴-۳۵]، کاهش عوامل خطر ساز پس از عمل CABG معمولاً به شکل کامل صورت نمی پذیرد [۳۶-۳۷] و میزان پایبندی بیماران اغلب پایین است [۳۸-۳۹]. با وجود اینکه عمل CABG می تواند در برخی از بیماران به عنوان انگیزه ای برای اصلاح عوامل خطر ساز عمل نماید، معمولاً این انگیزش کوتاه مدت است و با گذشت زمان کاهش می یابد [۳۴-۴۰] به ویژه پس از آنکه دوره باز توانی قلبی تکمیل می گردد [۴۱-۴۲]. بنابراین شناسایی دقیق عوامل خطر ساز آترواسکلروز و CAD در بیماران پیش از عمل و اتخاذ روشهای مؤثر برای کاهش آنها دارای اهمیت بالایی است.

به این منظور جهت مطالعه عوامل خطر ساز CAD، این پژوهش با هدف ارزیابی شاخصهای دموگرافیک و بالینی بیمارانی که

مرگ یکی بدلیل بیماری عروق شریانه های کرونری^۱ (CAD) بوده است [۳،۴]. در انگلستان در سال ۲۰۰۹، ۱۸۰۶۲۶ نفر بدلیل CVD جان خود را از دست دادند و ۲/۷ میلیون نفر نیز مبتلا به CAD بوده اند [۵]. به دلیل تغییر شیوه زندگی در دهه های اخیر، نظیر استفاده از رژیم های غذایی غنی از گوشت و سایر غذاهای دارای چربی بالا، افزایش مصرف سیگار و کاهش میزان تحرک در زندگی، میزان بروز CAD به ویژه در کشورهای در حال توسعه پیوسته در حال فزونی بوده است [۶]. در کشورهای توسعه یافته نیز هر چند در سالهای اخیر میزان بروز CAD کاهش یافته است، ولی میزان عوارض و گرفتاریهای ناشی از آن بدلیل افزایش میزان زنده ماندن افراد پس از حملات قلبی و پیر شدن جمعیت در حال افزایش است [۷-۸]. به همین دلیل در تمامی کشورهای جهان کنترل و درمان CAD چالشهای مهمی را پیش روی سیاست گزاران بخش سلامت قرار داده است و توجه زیادی را به اقدامات پیشگیرانه اولیه و ثانویه جهت شناخت و کاهش عوامل خطر ساز بیماریهای عروق قلبی و آترواسکلروزیس عروق کرونری معطوف داشته است [۹-۱۰]. شناخت و پیشگیری از این عوامل خطر ساز نه تنها میزان بروز CAD را در جامعه کاهش می دهد، بلکه باعث افزایش اثربخشی و بهبود پیش آگهی درمانهای پرهزینه ای که برای مبتلایان به بیماریهای عروق کرونری انجام می گیرد، می شود و از بروز مجدد حوادث قلبی و عروقی در آنها می کاهد [۱۱].

بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته شریانه های کرونری اغلب تحت جراحی گرفت بایپس شریانه های کرونری^۲ (CABG) قرار می گیرند. در سال ۲۰۰۹ در ایالات متحده، بیش از ۴۱۶۰۰۰ بیمار تحت عمل CABG قرار گرفتند [۴]. بازسازی عروقی از طریق این عمل جراحی، به ویژه در بیماران پرخطر دارای منافع بسیاری است [۱۲-۱۴]. منافع عمل CABG شامل بهبود آئزین صدری، افزایش کیفیت زندگی، و افزایش امید به زندگی در بیماران پرخطر است [۱۵-۲۰]. یافته های جدید نشان می دهند که میزان تسکین درد آئزین صدری ۵ سال پس از انجام CABG به میزان ۸۴ درصد است [۲۱-۲۲]. پانزده سال پس از انجام CABG حدود ۶۲ درصد بیماران ممکن است دچار ایسکمی میوکارد به شکل متناوب گردند، ۳۶ درصد بیماران ممکن است دچار انفارکتوس میوکارد شوند، و ۲۸ درصد بیماران ممکن است نیاز به انجام مجدد CABG پیدا کنند و یا به انجام مداخلات کرونری از راه پوست (PCI) نیازمند شوند [۲۳]. بنابراین، CABG می بایست بعنوان یک روش تسکین دهنده علایم و نه یک درمان قطعی در نظر گرفته شود [۲۴]. به این سبب، کاهش دادن شدید عوامل خطر ساز آترواسکلروز و CAD برای به حداکثر رساندن مزایای حاصل از CABG و کاهش دادن نیاز به انجام مداخلات کرونری آتی ضروریست [۲۵].

در سالهای اخیر توجه زیادی به ارزیابی بیومارکهای مرتبط به فرایند ایجاد آترواسکلروز شده است و امید است که از این طریق

¹ Coronary Artery Diseases, ² Coronary Artery Bypass Graft, ³ Percutaneous Coronary Intervention

در بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر ناجا تحت عمل جراحی CABG قرار گرفتند و بررسی عوامل خطر ساز آترواسکلروزیس و بیماری شریانه‌های کرونری در آنها انجام گرفت.

مواد و روشها

این پژوهش در قالب یک مطالعه توصیفی و مقطعی گذشته-نگر با مراجعه به بخش بایگانی بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر (عج) ناجا و استفاده از پرونده‌های مربوط به بیماران قلبی عروقی که تحت عمل جراحی CABG قرار گرفته بودند انجام گردید. داده‌های مربوط به تمامی بیماران که اطلاعات پرونده آنها برای انجام این پژوهش کامل بود در این مطالعه وارد شد و مواردی که دچار نقص اطلاعات لازم بودند از مطالعه حذف شدند. داده‌ها و اطلاعات موجود در پرونده‌ها بر اساس پرسشنامه‌ای از پیش طراحی شده استخراج و ثبت گردید. این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاقی مرکز پژوهش ناجا و بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر ناجا قرار گرفت و اطلاعات کلیه بیماران به شکل محرمانه حفظ شد.

داده‌های دموگرافیک، نتایج آزمایشات، معاینات و اطلاعات مربوط به عوامل خطر ساز آترواسکلروزیس و بیماری عروق کرونری قلب مربوط به ۱۲۰ بیمار که تحت عمل CABG قرار گرفته بودند جمع‌آوری شد. داده‌های جمع‌آوری داده‌های شده با استفاده از برنامه SPSS ۱۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه اطلاعات و داده‌های دموگرافیک و بالینی ۱۲۰ بیمار که در بیمارستان فوق تخصصی ولی عصر ناجا تحت عمل CABG قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفت. از مجموع این تعداد، ۱۱۹ بیمار مرد بودند و فقط یک نفر زن بود. ۷۰ نفر از بیماران افسر جز، ۴۳ نفر افسر ارشد و ۷ نفر درجه‌دار بودند. داده‌های دموگرافیک و همچنین اطلاعات مربوط به پذیرش بیماران در جدول ۱ خلاصه شده است. همچنان که اطلاعات این جدول نشان می‌دهد، مراجعه منجر به بستری اخیر بیماران در ۵۸ مورد (۴۸/۳ درصد) به عنوان اولین مراجعه بوده، ۵۰ مورد (۴۱/۷ درصد) به عنوان دومین مراجعه، ۱۰ مورد (۸/۳ درصد) به عنوان سومین مراجعه و ۲ مورد (۱/۷ درصد) هم چهارمین مراجعه به بیمارستان به عنوان بیماری قلبی بوده است. نحوه پذیرش بیماران نیز در ۹۵ مورد (۷۹/۲ درصد) به شکل اورژانس و در سایر موارد (۲۰/۸ درصد) به شکل بستری غیر اورژانس بوده است. شکایت اولیه بیماران در زمان مراجعه در ۸۲ مورد (۶۸/۳ درصد) درد یا ناراحتی در قفسه سینه، ۱۶ مورد (۱۳/۳ درصد) تنگی نفس، ۷

جدول ۱: داده‌های دموگرافیک و اطلاعات مربوط به پذیرش بیماران

| جنسیت | تعداد (n=۱۲۰) | درصد |
|---------------------------------|--------------------|------|
| مرد | ۱۱۹ | ۹۹/۲ |
| زن | ۱ | ۰/۸ |
| وضعیت فرد در خانواده | فرزند | ۲ |
| | همسر | ۵۰ |
| | پدر | ۶۸ |
| | درجه‌دار | ۷ |
| شغل (درجه) | افسر جزء | ۷۰ |
| | افسر ارشد | ۴۳ |
| | ۵/۸ | ۷ |
| دفعات مراجعه به بیمارستان | اول | ۵۸ |
| | دوم | ۵۰ |
| | سوم | ۱۰ |
| | چهارم | ۲ |
| شکایت اصلی زمان مراجعه | درد قفسه سینه | ۸۲ |
| | تنگی نفس | ۱۶ |
| | سکته قلبی | ۷ |
| | سایر موارد | ۱۵ |
| وضعیت پذیرش در بیمارستان | اورژانس | ۹۵ |
| | بستری، غیر اورژانس | ۲۵ |
| وضعیت پذیرش در بخش بیماران قلبی | بخش آنژیوگرافی | ۱۱۷ |
| | بخش جراحی قلب | ۳ |
| بخش پذیرنده پس از عمل | CCU | ۱۳ |
| | Post CCU | ۱۴ |
| | Open surgery | ۸۴ |
| | ۷۰ | ۷۰ |
| گروه خونی | Post ICU | ۹ |
| | A | ۴۳ |
| | B | ۳۴ |
| | AB | ۷ |
| | O | ۳۶ |
| Rh گروه خونی | مثبت | ۱۱۷ |
| | منفی | ۳ |

¹ Cerebrovascular Accident, ² Left Coronary Artry, ³ Right Coronary Artry, ⁴ Left Circumflex

(۵۰/۸ درصد) از بیماران نیز پیش از انجام عمل و بستری سابقه انفارکتوس میوکارد داشتند. ۳۳ نفر (۲۵/۷ درصد) از بیماران مبتلا به دیابت قندی بودند که از این ۳۳ نفر ۳۲ بیمار تحت درمان با داروهای خوراکی بودند و یک بیمار نیز از تزریق انسولین برای کنترل قند خون استفاده می‌کرد. ۲۲ نفر (۱۸/۳ درصد) از بیماران دچار دیس لیپیدمی و ۴۶ نفر (۳۸/۳ درصد) دارای پرفشاری خون بودند. سابقه سکته مغزی^۱ (CVA) در شرح حال ۴ نفر (۳ درصد) از بیماران وجود داشت و ۲ نفر نیز سابقه ابتلا به بیماری عروق مغزی را داشتند. هیچ یک از بیماران شرح حالی از ابتلای همزمان به بیماری مزمن ریوی، اندوکاردیت، و یا شرح حالی از درمان تضعیف‌کننده ایمنی یا بیماری عروق محیطی نداشتند.

داده‌های مربوط به سابقه و وضعیت قلبی-عروقی بیماران پیش از انجام عمل CABG و وضعیت انجام عمل جراحی در جدول ۳ قابل مشاهده است.

داده‌های این جدول نشان می‌دهند که از مجموع ۶۱ بیماری که سابقه انفارکتوس میوکارد پیش از عمل جراحی CABG را

| درصد | تعداد (n=۱۲۰) | | |
|------|------------------|-----------------------------|--|
| ۱/۷ | ۲ | کمتر از ۶ ساعت | فاصله زمان انفارکتوس میوکارد تا انجام عمل CABG |
| ۳/۳ | ۴ | ۶ ساعت تا ۱ هفته | |
| ۱۲/۵ | ۱۵ | ۷ تا ۲۱ روز | |
| ۳۳/۳ | ۴۰ | بیش از ۲۱ روز | |
| ۴۹/۲ | ۵۹ | عدم سابقه انفارکتوس میوکارد | |
| ۵۲/۵ | ۶۳ | منفی | سابقه استفاده از داروهای ترومبولیتیک |
| ۴۷/۵ | ۵۷ | مثبت | |
| ۹۷/۵ | ۱۱۷ | منفی | سابقه جراحی عروق یا دریچه های قلبی |
| ۲/۵۴ | ۳ | مثبت | |
| ۹۹/۲ | ۱۱۹ | منفی | سابقه جراحی CABG |
| ۰/۸ | ۱ | مثبت | |
| ۸۵/۸ | ۱۰۳ | منفی | سابقه قلبی استنت گذاری |
| ۱۴/۲ | ۱۷ | مثبت | |

جدول ۳: سابقه و وضعیت قلبی-عروقی بیماران پیش از انجام عمل CABG و وضعیت انجام عمل جراحی

| درصد | تعداد (n=۱۲۰) | | |
|------|------------------|------|------------------------------------|
| ۷۶/۷ | ۹۲ | منفی | مصرف سیگار |
| ۲۳/۳ | ۸ | مثبت | |
| ۸۰ | ۹۶ | منفی | اعتیاد با سوء مصرف دارو |
| ۲۰ | ۲۴ | مثبت | |
| ۳۷/۵ | ۴۵ | منفی | سابقه بیماری قلبی-عروقی |
| ۶۲/۵ | ۷۵ | مثبت | |
| ۴۹/۲ | ۵۹ | منفی | سابقه انفارکتوس میوکارد پیش از عمل |
| ۵۰/۸ | ۶۱ | مثبت | |
| ۷۲/۵ | ۸۷ | منفی | دیابت قندی |
| ۲۷/۵ | ۳۳ | مثبت | |
| ۸۱/۷ | ۹۸ | منفی | دیس لیپیدمی |
| ۱۸/۳ | ۲۲ | مثبت | |
| ۶۱/۷ | ۷۴ | منفی | پرفشاری خون |
| ۳۸/۳ | ۴۶ | مثبت | |
| ۹۸/۳ | ۱۱۸ | منفی | نارسایی کلیوی |
| ۱/۷ | ۲ | مثبت | |
| ۹۶/۷ | ۱۱۶ | منفی | سابقه CVA |
| ۳/۳ | ۴ | مثبت | |
| ۹۸/۳ | ۱۱۸ | منفی | سابقه بیماری عروق مغزی |
| ۱/۷ | ۲ | مثبت | |
| ۷۱/۷ | ۸۶ | منفی | سابقه عمل جراحی با بیهوشی عمومی |
| ۲۸/۳ | ۳۴ | مثبت | |

جدول ۲: سابقه مصرف سیگار، دارو، و بیماریها در ۱۲۰ نفر از بیماران تحت عمل CABG

مورد (۵/۸ درصد) ایست قلبی و ۱۵ مورد (۱۲/۵ درصد) شکایتها با علل دیگر بوده است.

داده‌های مربوط به سابقه مصرف سیگار، اعتیاد یا سوء مصرف دارو، و بیماریهای افراد در جدول ۲ خلاصه شده است. در رابطه با عوامل خطر ساز CAD و با استفاده از جدول ۲، مشاهده می‌شود که ۹۲ نفر (۷۶/۷ درصد) از بیماران سابقه‌ای از مصرف سیگار نداشتند و ۲۸ نفر (۲۳/۳ درصد) سیگار می‌کشیدند. ۷۵ نفر (۶۲/۵ درصد) سابقه بیماری قلبی-عروقی داشتند و ۶۱ نفر

میزان درگیری هر یک از عروق کرونری RCA، LCA، و LCX بر حسب درصد گرفتگی (۰/۷۵، ۰/۵۰-۰/۷۵، ۰/۵۰٪، ۰/۵۰٪) نشان داده شده است. از لحاظ وضعیت انجام جراحی در بیماران، در ۱۰۹ مورد از ۱۲۰ بیمار (۹۰/۸ درصد) عمل جراحی به صورت فوری و اضطراری (Urgent)، ۷ مورد (۵/۸ درصد) به صورت اختیاری (Elective) و ۴ مورد (۳/۳ درصد) به صورت اورژانسی (Emergent) انجام گردید.

نتایج حاصل از معاینات بیماران پیش از انجام جراحی در جدول ۴ خلاصه شده است. همچنانکه ملاحظه می‌شود، ۳۰ نفر از بیماران (۲۵ درصد) دارای فشار خون سیستولیک بالا، ۲۱ نفر (۱۷/۵ درصد) دچار پرفشاری خون سیستولیک درجه یک، و ۷ مورد (۵/۸ درصد) دچار پرفشاری خون سیستولیک درجه دو بودند. همچنین از نظر فشار خون دیاستولیک، ۲۰ نفر (۱۶/۷ درصد) از بیماران دچار فشار خون بالا، ۱۶ نفر (۱۳/۳ درصد) پرفشاری خون درجه یک، یک نفر (۰/۸ درصد) پرفشاری خون درجه دو و ۱۰ مورد (۰/۸ درصد) نیز پرفشاری خون درجه سه بودند. از نظر نمایه توده بدنی BMI ۴۲ نفر از بیماران (۳۵ درصد) دچار چاقی بالینی و ۱۹ نفر (۱۵/۸ درصد) دچار چاقی مرضی بودند و ۳۷ مورد (۳۰/۸ درصد) نیز

| | | | |
|---|----------|-----|------|
| سابقه درد قفسه سینه در ۲۴ ساعت قبل از بستری یا در طول بستری | منفی | ۲۰ | ۱۶/۷ |
| | مثبت | ۱۰۰ | ۸۳/۳ |
| تعداد عروق کرونری درگیر | ۱ | ۲۴ | ۲۰ |
| | ۲ | ۳۹ | ۳۲/۵ |
| | ۳ | ۵۷ | ۴۷/۵ |
| درصد گرفتگی RCA | <۵۰٪ | ۱۶ | ۱۳/۳ |
| | ۵۰٪-۷۵٪ | ۴۶ | ۳۸/۳ |
| | >۷۵٪ | ۵۸ | ۴۸/۳ |
| درصد گرفتگی LCA | <۵۰٪ | ۲۲ | ۱۸/۳ |
| | ۵۰٪-۷۵٪ | ۶۲ | ۵۱/۷ |
| | >۷۵٪ | ۳۶ | ۳۰ |
| درصد گرفتگی LCX | <۵۰٪ | ۲۵ | ۲۰/۸ |
| | ۵۰٪-۷۵٪ | ۶۸ | ۵۶/۷ |
| | >۷۵٪ | ۲۷ | ۲۲/۵ |
| میزان Ejection Fraction (EF) قبل از عمل | <۴۰٪ | ۳۳ | ۲۷/۵ |
| | ۴۰٪-۶۰٪ | ۸۵ | ۷۰/۸ |
| | ۶۰٪-۸۰٪ | ۲ | ۱/۷ |
| وضعیت جراحی انجام عمل جراحی CABG | Elective | ۷ | ۵/۸ |
| | Urgent | ۱۰۹ | ۹۰/۸ |
| | Emergent | ۴ | ۳/۳ |

| درصد | تعداد (n=۱۲۰) | | |
|------|---------------|-----------|-----------------------|
| ۰/۵ | ۱ | <۶۰ | وزن (Kg) |
| ۱۲/۵ | ۱۵ | ۶۰-۶۹/۹ | |
| ۳۹/۲ | ۴۷ | ۷۰-۷۹/۹ | |
| ۳۵/۸ | ۴۳ | ۸۰-۸۹/۹ | |
| ۶/۷ | ۸ | ۹۰-۹۹/۹ | |
| ۵ | ۶ | ۱۰۰< | |
| ۵ | ۶ | <۱۶۰ | قد (cm) |
| ۲۹/۲ | ۳۵ | ۱۶۰-۱۶۹/۹ | |
| ۵۵ | ۶۶ | ۱۷۰-۱۷۹/۹ | |
| ۱۰/۸ | ۱۳ | ۱۸۰< | |
| ۰/۸ | ۱ | <۱۹/۶ | نمایه توده بدنی (BMI) |
| ۱۷/۵ | ۲۱ | ۱۹/۶-۲۴/۶ | |
| ۳۰/۸ | ۳۷ | ۲۴/۷-۲۶/۹ | |
| ۳۵ | ۴۲ | ۲۷-۲۹/۹ | |
| ۱۵/۸ | ۱۹ | ۳۰< | |

جدول ۳ (ادامه): سابقه و وضعیت قلبی-عروقی بیماران پیش از انجام عمل CABG و وضعیت انجام عمل جراحی

داشتند، فاصله زمانی بین انفارکتوس تا مراجعه و بستری اخیر آنها در بیمارستان در ۴۰ مورد بیش از ۲۱ روز، در ۱۵ مورد بین ۷ تا ۲۱ روز، در ۴ مورد بیش از ۶ ساعت و کمتر از یک هفته، و در ۲ مورد کمتر از ۶ ساعت بوده است. در هیچ یک از ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه شرح حالی از سابقه نارسایی احتقانی قلبی و با علائمی از این مشکل ۲ هفته پیش از انجام CABG وجود نداشت. ۳ نفر (۲/۵ درصد) از بیماران سابقه جراحی قلب، یک مورد سابقه قلبی انجام CABG، و ۱۷ نفر (۱۴/۲ درصد) سابقه قلبی استنت گذاری داشتند. از لحاظ تعداد عروق کرونری درگیر، در ۵۷ مورد (۴۷/۵ درصد) از ۱۲۰ بیمار مورد مطالعه درگیری سه رگ قلبی، در ۳۹ مورد (۳۲/۵ درصد) درگیری دو رگ اصلی قلبی، و در ۲۴ مورد (۲۰ درصد) درگیری یک رگ اصلی قلبی وجود داشت. همچنین

جدول ۴: نتایج حاصل از معاینات بیماران پیش از انجام جراحی

| درصد | تعداد (n=۱۲۰) | | |
|------|------------------|-----------|-------------------------------|
| ۴۶/۷ | ۵۶ | <۱۰۰ | قند خون ناشتا mg/dL |
| ۳۳/۳ | ۴۰ | ۱۰۰-۱۲۵/۹ | |
| ۲۰/۰ | ۷۳ | ۱۲۶< | |
| ۶۰/۸ | ۳۳ | <۲۰۰ | Total cholesterol mg/dL |
| ۲۷/۵ | ۱۴ | ۲۰۰-۲۳۹/۹ | |
| ۱۱/۷ | ۷ | ۲۴۰< | |
| ۱۹/۲ | ۲۳ | <۱۰۰ | LDL cholesterol mg/dL |
| ۶۰/۸ | ۷۳ | ۱۰۰-۱۲۹/۹ | |
| ۱۴/۲ | ۱۷ | ۱۳۰-۱۵۹/۹ | |
| ۵/۸ | ۷ | ۱۶۰< | HDL cholesterol mg/dL |
| ۳۰/۸ | ۳۷ | <۴۰ | |
| ۶۶/۷ | ۸۰ | ۴۰-۵۹/۹ | |
| ۲/۵ | ۳ | ۶۰< | Triglycerides mg/dL |
| ۷۴/۲ | ۸۹ | <۲۵۰ | |
| ۲۵/۸ | ۳۱ | ۲۵۰=< | |
| ۲/۵ | ۳ | <۱۳۵ | Sodium mEq/L |
| ۷۲/۵ | ۸۷ | ۱۳۵-۱۴۴/۹ | |
| ۲۵/۰ | ۳۰ | ۱۴۵< | |
| ۰/۸ | ۱ | <۳/۵ | Potassium mEq/L |
| ۹۶/۷ | ۱۱۶ | ۳/۵-۵/۴۹ | |
| ۲/۵ | ۳ | ۵/۵< | |
| ۳/۳ | ۴ | <۰/۸ | Creatinine mg/dL |
| ۵۶/۷ | ۶۸ | ۰/۸-۱/۱۹ | |
| ۴۰/۰ | ۴۸ | ۱/۲< | |
| ۱۴/۲ | ۱۷ | ۸-۲۴/۹ | BUN mg/dL |
| ۸۵/۸ | ۱۰۳ | ۲۵< | |
| ۰/۸ | ۱ | <۱۱ | AST IU/L |
| ۹۰/۸ | ۱۰۹ | ۱۱-۴۶/۹ | |
| ۸/۳ | ۱۰ | ۴۷< | |

جدول ۵: داده های مربوط به نتایج آزمایشگاهی بیماران

| درصد | تعداد (n=۱۲۰) | | |
|------|------------------|----------------------------|----------------------------------|
| ۱۵/۸ | ۱۹ | < ۱۲۰ (Optimal) | فشار خون سیستولیک (mm Hg) |
| ۳۵/۸ | ۴۳ | ۱۲۰-۱۲۹/۹ (Normal) | |
| ۲۵ | ۳۰ | ۱۳۰-۱۳۹/۹ (High Normal) | |
| ۱۷/۵ | ۲۱ | ۱۴۰-۱۵۹/۹ (HNT Grade ۱) | |
| ۵/۸ | ۷ | ۱۶۰-۱۷۹/۹ (HNT Grade ۲) | |
| ۲۸/۳ | ۳۴ | < ۱۲۰ (Optimal) | فشار خون دیاستولیک (mm Hg) |
| ۴۰ | ۲۸ | ۱۲۰-۱۲۹/۹ (Normal) | |
| ۱۶/۷ | ۲۰ | ۱۳۰-۱۳۹/۹ (High Normal) | |
| ۱۳/۳ | ۱۶ | ۱۴۰-۱۵۹/۹ (HNT Grade ۱) | |
| ۰/۸ | ۱ | ۱۶۰-۱۷۹/۹ (HNT Grade ۲) | |
| ۰/۸ | ۱ | ۱۸۰< (HNT Grade ۳) | |

جدول ۴ (ادامه): نتایج حاصل از معاینات بیماران پیش از انجام جراحی

اضافه وزن داشتند.

بر اساس نتایج آزمایشات پیش از عمل بیماران مشاهده گردید که ۴۰ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای قند خون مختل و ۲۴ نفر (۲۰ درصد) دارای قند خون بالا بودند. همچنین ۳۳ نفر از بیماران (۵۲/۷ درصد) دارای کلسترول مختل و ۱۴ نفر (۱۱/۷ درصد) دارای کلسترول بالا بودند. در رابطه با سطح LDL خون، ۱۷ مورد (۱۴/۲ درصد) دارای سطح بالا و ۷ مورد (۵/۸ درصد) دارای سطح خیلی بالا و در رابطه با HDL ۸۰ نفر (۶۶/۷ درصد) دارای سطح طبیعی، ۳۷ نفر (۳۰/۸ درصد) دارای سطح مطلوب، و ۳ نفر (۲/۵ درصد) دارای سطح بالا بودند. ۳۱ مورد از بیماران نیز (۲۵/۸ درصد) دارای سطح بالای تریگلیسیریدهای خون (TG) بودند.

CVD از این دسته‌اند [۴۴-۴۸]. در این مطالعه ما به بررسی این عوامل خطر ساز در بیماران که تحت عمل CABG قرار گرفته بودند پرداختیم تا با آگاهی و شناخت بهتر از این عوامل در جمعیتی از بیماران دچار بیماری پیشرفته قلبی-عروقی، قدم اولیه‌ای را برای برنامه‌ریزی جهت کاهش این فاکتورها در جامعه و همچنین یاری رساندن به این بیماران برای کنترل این عوامل خطر ساز برداشته باشیم.

در این مطالعه بجز یک مورد تمامی بیماران را مردان تشکیل می‌دادند. هرچند این نسبت می‌تواند تا حدی بازگوکننده نسبت جمعیتی مراجعین به بیمارستان محل انجام این مطالعه که غالباً نیروهای ناجا را پذیراست باشد، ولی همچنین بیانگر بالاتر بودن میزان بروز CVD در مردان است. مطالعات متعددی نشان می‌دهند که میزان بروز CVD در مردان به مراتب بالاتر از زنان است و عوارض آن در سنین پایین‌تری در مردان نسبت به زنان ظاهر می‌گردد [۲۶،۴۴،۴۹]. همچنین در این مطالعه تنها ۳۳/۳ درصد بیماران سابقه کشیدن سیگار داشتند و اغلب بیماران سابقه مصرف سیگار نداشتند. این موضوع توجه‌کننده علت عدم ابتلا به بیماری مزمن ریوی در بیماران این مطالعه است. به هر صورت مطالعات نشان می‌دهند که کشیدن سیگار مهم‌ترین عامل قابل پیشگیری مسبب CVD در زنان و مردان است [۴۹] و رابطه مستقیمی با افزایش خطر بروز حوادث قلبی-عروقی در بیماران دارد [۵۰]. ۲۰ درصد بیماران سابقه اعتیاد با سوء مصرف دارو داشتند. اعتیاد با سوء مصرف دارو یک عامل مهم پیش‌بینی کننده عوارض قلبی و عروقی در عرض ۶ ماه پس از انجام عمل CABG است [۵۱].

دیابت یکی از مهمترین عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی عروقی است [۵۲،۴۹] ۷۵-۸۰ درصد بالغین مبتلا به دیابت به دلیل بیماریهای قلبی-عروقی جان خود را از دست می‌دهند [۴۹،۵۳،۵۴]. در این مطالعه تنها ۲۷،۵ درصد بیماران سابقه تشخیص دیابت را در شرح حال خود داشتند که بیش از ۹۵ درصد آنها تحت درمان با داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون بودند و در ارزیابیهای بیوشیمیایی انجام شده نیز تنها ۲۰ درصد بیماران دچار قند خون بالا و ۳۳/۳ درصد قند خون مختل بودند. همچنین نتایج حاصل از پژوهشهای پیشین نشان می‌دهند که دیس لیپیدمی به شکل افزایش سطح کلسترول، LDL، و یا تری گلیسیریدها در خون با افزایش خطر ابتلا به بیماریهای قلبی-عروقی همراه است [۴۹]. مطالعات همچنین حاکی از آن هستند که در حالی که سطوح بالای LDL و تری گلیسیریدهای خون خطر بروز CAD را افزایش می‌دهند، سطوح بالای HDL می‌توانند نقش تعدیل کننده یا پیش‌گیرنده بر خطر بروز CAD در مردان و زنان داشته باشند (۵۵). در مطالعه ما ۱۸/۳ درصد بیماران در شرح حال خود سابقه دیس لیپیدمی داشتند و در ارزیابیهای بیوشیمیایی انجام شده نیز، ۱۱/۷ درصد دارای سطوح کلی کلسترول بالا و ۲۷/۵ درصد دارای سطوح کلسترول مختل بودند. سطوح بالاتری گلیسیریدهای خون نیز

| | | | |
|-----------------|---------------|-----|------|
| ALT IU/L | <۷ | ۱ | ۰/۸ |
| | ۷-۵۲/۹ | ۱۰۶ | ۸۸/۳ |
| | ۵۳< | ۱۳ | ۱۰/۸ |
| CPK IU/L | <۳۰ | ۳ | ۲/۵ |
| | ۳۰-۲۰۰ | ۵۴ | ۴۵ |
| | ۲۰۰< | ۶۳ | ۵۲/۵ |
| INR | ۰/۷۸-۱/۲۱ | ۹۳ | ۷۷/۵ |
| | ۱/۲۲< | ۲۷ | ۲۲/۵ |
| | <۳۸۰۰ | ۴ | ۳/۳ |
| WBC | ۳۸۰۰-۹۸۰۰ | ۹۷ | ۸۰/۸ |
| | ۹۸۰۰< | ۱۹ | ۱۵/۸ |
| Hemoglobin g/dL | <۱۴ | ۴۸ | ۴۰/۰ |
| | ۱۴-۱۷/۹ | ۷۱ | ۵۹/۲ |
| | ۱۸< | ۱ | ۰/۸ |
| | <۱۴۰۰۰ | ۱۱ | ۹/۲ |
| Platelet | ۱۴۰۰۰۰-۴۳۹۹۹۹ | ۱۰۶ | ۸۸/۳ |
| | ۴۴۰۰۰۰< | ۳ | ۲/۵ |

جدول ۵ (ادامه): داده های مربوط به نتایج آزمایشگاهی بیماران

داده‌های مربوط به نتایج آزمایشگاهی بیماران در جدول ۵ نمایش داده شده است.

بحث

بیماریهای قلبی-عروقی (CVD) از مهمترین علل مرگ و میر و از کار افتادگی هستند [۴۴]. مطالعات نشان می‌دهند که جراحی گرافت بایپس شریانه‌های کرونری (CABG) روش درمانی مناسب و کارآمدی برای کاهش دادن علایم بیماران و افزایش امید به زندگی در آنهاست [۴۵]. مطالعه قلب فرامینگهام که یک مطالعه اپیدمیولوژیک گسترده و تعیین کننده در رابطه با CVD بوده است بعنوان نقطه عطفی در شناخت و کنترل عوامل خطر ساز CVD قرار گرفته و فاکتورهای سن بالا، جنسیت مذکر، دیابت قندی، پرفشاری خون، دیس لیپیدمی و کشیدن سیگار را بعنوان عوامل اصلی خطر ساز معرفی کرده است [۲۶،۴۴]. عوامل دیگری نیز در سایر مطالعات بعنوان فاکتورهایی که با افزایش خطر بروز CVD همراهند شناخته شده‌اند؛ اختلالات رفتاری، ژنتیکی، و بیومدیکال، زندگی بی تحرک، چاقی، و سابقه خانوادگی

ژنتیکی، و بیومدیکال در ایجاد آترواسکلروزیس و بیماری قلبی-عروقی بسیار پیچیده و نیازمند مطالعات و بررسیهای گستردهتری است. همچنین میزان شیوع و اثر هر یک از این عوامل خطر ساز در ایجاد آترواسکلروزیس در عروق قلبی و در میان گروههای مختلف جمعیتی متفاوت و منحصر به فرد است و بنابراین نیاز است تا برای شناخت و امکان برنامه ریزی برای کنترل بهتر این عوامل در گروههای مختلف سنی، جنسی و جمعیتی و میزان اثر و نحوه تعامل آنها پژوهشهایی در گروههای مختلف جامعه و بیماران طرح و اجرا گردد. علاوه بر این، یافتههای این مطالعه بر نیاز به برنامه ریزی جامع و فراگیر برای کنترل چاقی و اضافه وزن به عنوان یکی از شایع ترین و مهمترین عوامل خطر ساز قابل اصلاح بیماریهای قلبی-عروقی و ترویج اتخاذ رژیمهای غذایی سالم و ورزش و تحرک برای کنترل کلسترول و چربی خون در جامعه تأکید می نماید.

منابع

1. Information Statistics Division. Scottish Health Statistics. Scotland: ISD 2011.
2. World Health Organization. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva, Switzerland: WHO 2007.
3. Yusef S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part 1: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001; 104: 2746-2753.
4. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ. On behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics subcommittee, heart disease and stroke statistics V2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: e2-e220.
5. Scarborough P, Bhavnagar P, Wickramasinghe K, Smolina K, Mitchell C, Rayner M. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford 2011.
6. Leelavathy D, Acharya et al. Evaluation of risk factors and in-hospital outcomes in patients with coronary artery disease in a tertiary care teaching hospital. *Int J PharmTech Res* 2009; 1(4): 1378-86.
7. Thomson P, Niven CA, Peck DF, Howie K. Cor-

در بیش از ۲۵ درصد افراد و سطوح بالای LDL در ۲۰ درصد بیماران مشاهده شد. حدود ۷۰ درصد بیماران این مطالعه سطح HDL طبیعی یا بالاتر از آن را داشتند.

از طرف دیگر در این مطالعه، ۳۰/۸ درصد بیماران دچار اضافه وزن از طرف دیگر در این مطالعه، ۳۵ درصد مبتلا به چاقی درجه اول ($BMI = ۲۴/۷ - ۲۶/۹$) و ۱۵/۸ درصد آنها دچار چاقی مرضی ($BMI > ۳۰$) بودند. مطالعات اخیر به طور گسترده و فزایندهای به شیوع فراگیر چاقی به عنوان یک مسأله اساسی در رابطه با سلامت در جامعه و نقش خطر ساز آن برای بیماریهای قلبی-عروقی اشاره دارند [۵۶، ۵۷]. اضافه وزن حتی به میزان مختصر و به ویژه همراه با افزایش چربی دور شکمی، خطر بروز CAD را در افراد به شکل چشمگیری بالا می برد. چاقی از طریق اثر بر روی بسیاری از عوامل خطر ساز اصلی مانند، دیابت، نشانگان اختلال متابولیک، پروفایل لیپیدهای خون، و فشارخون خطر بروز حوادث قلبی-عروقی را در افراد افزایش می دهد [۶۰-۵۸]. در رابطه با فشار خون نیز که از عوامل اصلی خطر ساز CVD است [۴۷، ۲۷] در این مطالعه مشاهده شد که تنها ۳/۳۸ افراد سابقه پرفشاری خون را در شرح حال خود ذکر کردند و در معاینات نیز ۵/۱۷ و ۵/۸ درصد بیماران به ترتیب دارای فشار خون سیستولیک بالا درجه ۱ و درجه ۲ بودند. از نظر فشار خون دیاستولیک نیز تنها حدود ۱۵ درصد بیماران به پرفشاری خون مبتلا بودند که در اغلب موارد نیز شدت آن در حد پرفشاری خون درجه ۱ بود. نکته قابل تأمل در این مطالعه اینجاست که با وجود پیشرفته بودن CAD در بیماران این مطالعه (درگیری سه رگ در حدود نیمی از بیماران و درگیری ۲ رگ در بیش از ۳۰ درصد موارد)، سابقه یا عوارضی از وجود سایر بیماریهای عروقی و تظاهرات اترواسکلروزیس مانند درگیری عروق محیطی یا مغزی در آنها وجود نداشت یا بسیار نادر بود. این مطلب می تواند با توجه به شیوع نسبتاً پایین برخی عوامل خطر ساز اترواسکلروزیس، مانند؛ کشیدن سیگار، پرفشاری خون، و دیابت در بیماران این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات [۴۹-۵۵]، مؤید مکانیسمهای ویژه ایجاد اترواسکلروز و بیماریهای عروقی در عروق کرونری قلب باشد. چاقی و دیس لیپیدمی از عوامل خطر سازی بودند که در این پژوهش با شیوع نسبتاً بالایی در میان بیماران مشاهده شدند و بیشتر حاکی از تأثیر عوامل رفتاری و شیوه زندگی کم تحرک و رژیم غذایی ناسالم در بیماران هستند.

نتیجه گیری

ما در این مطالعه به بررسی عوامل اصلی خطر ساز CVD در نمونه ای از بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته قلبی-عروقی که تحت عمل CABG قرار گرفته بودند پرداختیم و یافتههای این مطالعه بیانگر آنست که علیرغم شناخت ما از بسیاری از عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی-عروقی در مطالعات، نحوه اثر و تعامل این عوامل با یکدیگر و تأثیر آنها از سایر فاکتورهای رفتاری،

- onary Heart Disease Risk Factors: Concordance between Patients and Partners Before and After Bypass Grafting Surgery. *J Cardiovasc Nurs* 2012. [Epub ahead of print].
8. Davis AR, Smeeth L, Grundy EM. Contribution of changes in incidence and mortality trends to the prevalence of coronary heart disease in the UK. *Eur Heart J* 2007; 28(17): 2142-2147.
9. Schoenberg NE, Moser DK, Mulligan K, Osman S. Coronary artery disease In: Newman S, Steed L, Mulligan K, eds. *Chronic Physical Illness: Self Management and Behavioural Interventions*. Berkshire, UK: Open University Press, McGraw Hill 2009; 13: 224-238.
10. Kotseva K, Wood D, Debackles G, DeBacquer D, Pyorala K, Keil U; on behalf of the EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE 111: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardio protective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16(2); 121-137.
11. Ockene JK, Schneider KL, Lemon SC, Ockene IS. Can we improve adherence to preventive therapies for cardio vascularhealth? *Circulation* 2011; 124: 1276-1282.
12. Muir AD, McKeown PP, Bayraktutan U. Role of gender, smoking profile, hypertension and diabetes on saphenous vein and internal mammary artery endothelial relaxation in patients with coronary artery bypass grafting. *Oxid. Med. Cell. Longev* 2010; 3: 199-205.
13. Caparrelli DJ, Ghazoul M, Diethrich EB. Indications for coronary artery bypass grafting in 2009: What is left to surgery. *J Cardiovasc Surg* 2009; 50: 19-28.
14. Taggart DP. Surgery is the best intervention for severe coronary disease. *Brit Med J* 2005; 330: 785-786.
15. Pocock SJ, Hampton JR, Henderson RA. Coronary angioplasty versus medical therapy for angina: the Second Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA-2) trial. *Lancet* 1993; 341:573-580.
16. Pocock SJ, Henderson RA, Rickards AF, et al. Meta analysis of randomized trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. *Lancet* 1995; 346: 1184-1189.
17. The (CABRI) Trial Participants. First-year results of CABRI (Coronary Angioplasty vs. by pass Revascularization Investigation). *Lancet* 1995; 346 (8984): 1179-1184.
18. Wahrborg P; on behalf of the CABRI Trialists. Quality of life after angioplasty or bypass surgery: 1-year follow-up in the Coronary Angioplasty Versus Bypass Revascularization Investigation (CABRI) trial. *Eur Heart J* 1999; 20: 653-658.
19. Jacobs AK, Kelsely SF, Brooks MM, et al. Better outcome for women compared with men undergoing coronary revascularization: a report from the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI). *Circulation* 1998; 98: 1279-1285.
20. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, et al. ACCF/AHA guide line for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2011; 58: 123-210.
21. Bravata DM, Glenger AL, and McDonald KM, et al. Systematic review: the comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Ann Intern Med* 2007; 147: 703-716.
22. Williams JB, DeLong ER, Peterson E, et al. Secondary prevention after coronary artery bypass graft surgery. *Circulation* 2011; 123:39-45.
23. Sergeant P, Blackstone E, Meyes B, et al. First cardio logical interventions for ischemic heart disease after primary coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 14: 480-487.
24. Van Domburg RT, Kappetein AP, Bogers AJJC. The clinical outcome after coronary bypass surgery: a 30-year follow-up study. *Eur Heart J* 2009; 30: 453-458.
25. Sabik JF, Blackstone EH, Gillinov AM, Smedira

- NG, Lytle BG. Occurrence and risk factors for re-intervention after coronary artery bypass grafting. *Circulation* 2006; 114: I-454-I-446.
26. Kullo IJ, Ballantyne CM. Conditional risk factors for atherosclerosis. *Mayo Clin Proc* 2005; 80:219-230.
27. Wilson PW. Assessing coronary heart disease risk with traditional and novel risk factors. *Clin Cardiol* 2004; 27: 7-11.
28. Grundy SM, Pasternak R, Greenland P, Smith S Jr, Fuster V. Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation* 1999; 100: 1481-1492.
29. Hung J, Knuiman MW, Divitini ML, Davis T, Beilby JP. Prevalence and risk factor correlates of elevated C-reactive protein in an adult Australian population. *Am J Cardiol* 2008; 101: 193-198.
30. Beresford N, Seymour L, Vincent C, and Moat N. Risks of elective cardiac surgery: what do patients want to know? *Heart* 2001; 86: 626-631.
31. Boatman DM, Saeed B, Varghese I, et al. Prior coronary artery bypass graft surgery patients undergoing diagnostic coronary angiography have multiple uncontrolled coronary artery disease risk factors and high risk of cardiovascular events. *Heart Vessels* 2009; 24(4): 241-246.
32. Campeau L. Lipid lowering and coronary bypass graft surgery. *Curr Opin Cardiol* 2000; 15(6): 395-399.
33. Barnason S, Zimmerman L, Atwood J, Nieveen J, Schmaderer M. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischaemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification and functioning. *Heart Lung* 2003; 32: 147-158.
34. Allen JK, Blumenthal RS. Coronary risk factors in women six months after coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol* 1995; 75: 1092-1096.
35. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN Guidelines Number 41: Secondary Prevention of Coronary Heart Disease following Myocardial Infarction. A National Clinical Guideline. Edinburgh, UK: Royal College of Physicians; 2000.
36. Mckibbin EC. An analysis of the risk factors for coronary heart disease in patients aged 55 and younger with proven heart disease. *Curationis* 1994; 17(3): 51-57.
37. Allen JK. Coronary risk factors in women one year after coronary artery bypass grafting. *J Women Health Gen-B* 2009; 8: 617-622.
38. Hartwell D, Henry J. Dietary advice for patients undergoing coronary artery bypass surgery: falling on deaf ears? *Int J Food Scinutr* 2003; 54: 37-47.
39. Aldana SG, Whitmer RW, Greenlaw R, et al. Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart Lung* 2003; 32: 374-382.
40. Yates BC, Heeren BM, Keller SM, Agrawal S, Stomer JA. Comparing two methods of rehabilitation for risk factor modification after a cardiac event. *RehabilNurs* 2007; 32: 5-22.
41. Salmon B. Differences between men and women in compliance with risk factor reduction: before and after coronary artery bypass surgery. *J Vasc Nurs* 2001; 19(3):73-77.
42. Moore SM, Ruland CM, Pashkow FJ, Blackburn GG. Women's patterns of exercise following cardiac rehabilitation. *Nurs Res*. 1998; 47: 318-324.
43. Willich SN, Muller-Nordhorn J, Kulig M, Binting S. Cardiac risk factors, medication and recurrent clinical events after acute coronary disease: a prospective cohort study. *Eur Heart J* 2001; 22: 307-313.
44. Hackam DG, Anand SS. Emerging risk factors for atherosclerotic vascular disease: A critical review of the evidence. *JAMA* 2003; 290: 932-940.
45. Waly HM, Elayda MA, Lee VV, el-Said G, Reul GJ. Risk factor analysis among Egyptian patients who underwent coronary artery bypass surgery.

Tex. Heart Inst J 1997; 24: 204-208.

46. Hurrell C, Wietlisbach V, Jotterand V, et al. High prevalence of major cardiovascular risk factors in first-degree relatives of individuals with familial premature coronary artery disease: The GENECARD project. *Atherosclerosis* 2007; 194: 253-264.

47. Jomini V, Oppliger-Pasquali S, Wietlisbach V, et al. Contribution of major cardiovascular risk factors to familial premature coronary artery disease: The GENECARD project. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 676-684.

48. Roques F, Nashef SA, Michel P, Gauducheau E, et al. Risk factors and outcome in European cardiac surgery: Analysis of the Euro Score multinational database of 19030 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999; 15: 816-822.

49. Roeters van Lennep JE, Westerveld HT, et al. Risk factors for coronary heart disease: Implications of gender. *Cardiovasc Res* 2002; 53: 538-549.

50. Troughton JA, Woodside JV, Young IS, et al. Homocysteine and coronary heart disease risk in the PRIME study. *Atherosclerosis* 2007; 191: 90-97.

51. Misra P, Caldito GC, Kakkar AK, et al. Outcomes of coronary artery bypass grafting in patients with a history of illicit drug use. *Am J Cardiol* 2003; 92: 593-595.

52. Van Melle JP, Bot M, Jonge de P, et al. Diabetes, glycemic control and new-onset heart failure in patients with stable coronary artery disease: Data from the heart and soul study. *Diabetes Care* 2010; 33:2084-2089.

53. Beller GA. Noninvasive screening for coronary atherosclerosis and silent ischemia in asymptomatic type 2 diabetic patients: Is it appropriate and cost-effective. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1918-1923.

54. Scognamiglio R, Negut C, Ramondo A, et al. Detection of coronary artery disease in asymptomatic patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 65-71.

55. DeFariaYeh D, Freeman MW, Meigs JB, et al. Risk factors for coronary artery disease in patients

with elevated high-density lipoprotein cholesterol. *Am J Cardiol* 2007; 99: 1-4.

56. Wessel TR, Arant CB, Olson MB, et al. Relationship of physical fitness vs body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in women. *JAMA* 2004; 292: 1179-1187.

57. Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P, et al. The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle: A call to action for clinicians. *Arch Intern Med* 2004; 164: 249-258.

58. Wilsgaard T, Arnesen E. Body mass index and coronary heart disease risk score: The Troms study, 1979 to 2001. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 100-105.

59. Zalesin KC, Franklin BA, Miller WM, et al. Impact of obesity on cardiovascular disease. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2008; 37: 663-684.

60. Panico S, Palmieri L, and Donfrancesco C, et al. Preventive potential of body mass reduction to lower cardiovascular risk: The Italian Progetto CUORE study. *Prev Med* 2008; 47: 53-60.