

## بررسی سطوح کنترل فشار خون و نوع داروی دریافتی بر کنترل فشار خون در بیماران هیپرتانسیو، ۸۳ - ۱۳۸۲

دکتر حسین دوستکامی<sup>۱</sup>، دکتر رئوف ملاجوادی<sup>۲</sup>، دکتر احد اعظمی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: استادیار بیماری قلب و عروق گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

E-mail: h.doustkami@arums.ac.ir

<sup>۲</sup> دستیار گوش، حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز <sup>۳</sup> استادیار بیماری داخلی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

### چکیده

**زمینه و هدف:** پر فشاری خون بیماری شایع و با عوارض بالاست که متأسفانه وضعیت درمانی آن در کلیه جوامع از جمله جامعه ما از شرایط مطلوبی برخوردار نیست. هدف از این مطالعه بررسی رژیم درمانی داده شده و سطوح کنترل فشار خون در بیماران مراجعه کننده به علت پر فشاری خون به اورژانس و درمانگاه سرپایی بیمارستان بوعلی می‌باشد.

**روش کار:** این مطالعه بر روی ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده به اورژانس و درمانگاه سرپایی بیمارستان بوعلی بین سال‌های ۸۳ - ۱۳۸۲ به علت فشارخون بالا انجام شد. در این مطالعه فشارخون، سن، جنس، وضعیت درمانی شامل مصرف یا عدم مصرف دارو، نوع و تعداد داروهای مصرفی بیماران بررسی و نتایج توسط آمار توصیفی تحلیل شد.

**یافته‌ها:** از ۲۰۰ بیمار مراجعه کننده ۱٪ دارو مصرف نمی‌کردند، ۵/۵۹٪ یک دارو و ۵/۳۹٪ دو دارو یا بیشتر مصرف می‌کردند. ۵/۳۳٪ بیماران آنتولول و ۱۱٪ بیماران تنها انالپریل مصرف می‌کردند. بیشترین میزان مصرف ترکیب دارویی بتا بلوکر + ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor) و کمترین آن مربوط به ترکیبی از مدر و بلوک کننده کانال‌های کلسیمی بوده است. همه بیماران مصرف کننده مدر در حین مراجعه در مرحله پره هیپرتانسیون قرار داشتند در حالیکه اغلب بیماران تحت درمان با CCB (Calcium Chanel Blocker) با مرحله دو فشارخون مراجعه کردند در بیماران تحت درمان با ترکیب دارویی مدر و CCB شدت کمتری از مقادیر فشارخون (۱۰۰٪ در مرحله پره هیپرتانسیون) در مقایسه با مصرف کنندگان ACEI و CCB یا ACEI و مدر وجود داشت (۵۷٪ در مرحله دو).

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه درمان ترکیبی مدر و CCB بهترین نتیجه درمانی در کنترل فشار خون را داشت.

**واژه‌های کلیدی:** پر فشاری خون، ACEI، CCB، مدر، کنترل فشار خون

پذیرش: ۸۵/۷/۱۱

دریافت: ۸۴/۲/۲۷

### مقدمه

فشارخون در کشورهای مختلف متفاوت است. در کانادا ACEI<sup>۱</sup> و CCB<sup>۲</sup> در آلمان و انگلیس بتا بلوکرها و دیورتیک‌ها بیشترین شیوع مصرف را داشته‌اند [۴]. در مورد مصرف هر یک از داروها چه به صورت درمان تک دارویی و یا چند دارویی و سطح کنترل فشارخون بیماران مطالعاتی وجود دارد. مثلاً در مطالعه

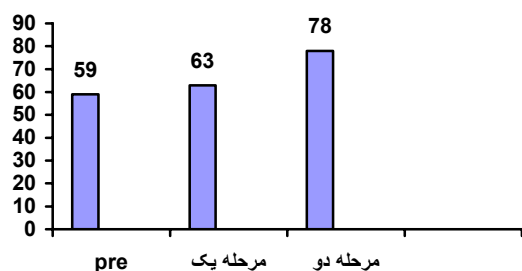
پر فشاری خون بیماری شایع و با عوارض زیاد است [۲، ۱]. طبق مطالعات موجود درمان این بیماری در بسیاری از بیماران با مشکل مواجه است حدود ۵۰٪ بیماران شناخته شده تحت درمان هستند که در ۳۰٪ فشارخون در حد ایده‌آل کنترل شده است. در اکثر مطالعات کنترل فشار خون بیماران در حد ایده‌آل نبوده است [۳-۱]. بیشترین داروی مصرفی برای کنترل

<sup>۱</sup> Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor

<sup>۲</sup> Calcium Chanel Blocker

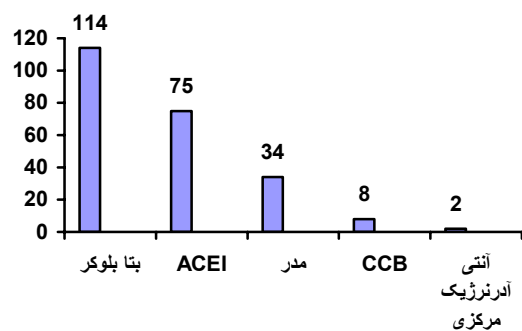
### یافته‌ها

در این مطالعه گروه سنی بیماران حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۶۴ سال به بالا بود و میانگین سنی  $65/4 \pm 9/7$  سال بود. توزیع فراوانی سطح فشار خون در نمونه‌های مورد مطالعه در نمودار ۱ نشان داده شده است. مجموعاً تعداد بیماران مرحله یک و دو ۱۴۱ بیمار بودند (۷۰٪).



نمودار ۱. توزیع فراوانی سطح فشار خون در نمونه‌های مورد مطالعه

۵۹/۵٪ بیماران درمان تک‌دارویی و بقیه دو دارو یا بیشتر دریافت می‌کردند. ۱٪ بیماران مورد مطالعه نیز دارو جهت کنترل فشارخون مصرف نمی‌کردند (نمودار ۲).



نمودار ۲. توزیع فراوانی مصرف داروها در بیماران مورد مطالعه

در بین گروه‌های دارویی بتا بلوکر بیشترین شیوع مصرف را داشت. از بتا بلوکرها نیز آتنولول با ۳۳/۵٪ (۶۷ نفر از ۲۰۰ نفر) بیشترین شیوع مصرف را داشت. ACEI ها بعد از بتا بلوکرها در رده دوم قرار داشت. انالپریل از ACEI ها با ۱۱/۵٪ (۲۲ نفر از ۲۰۰ نفر) بیشترین مصرف را داشت.

ای احتمال موفقیت درمان تک دارویی برای کنترل فشارخون در حد نرمال ۶۰-۵۰ درصد ثبت شده است و احتمال موفقیت درمان ترکیبی ۹۰-۸۵ درصد ثبت شده است [۵]. از اهداف این مطالعه تعیین شیوع فراوانی فشار خون کنترل شده در ارتباط با مصرف هر یک از داروهای ضد فشار خون و وضعیت سطح فشار خون بیماران و نوع داروهای مصرفی در مراجعین به بیمارستان بوعلی اردبیل می‌باشد.

### روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است و بر روی ۲۰۰ بیمار که با پرفشاری خون (سابقه قبلی فشارخون، ارجاعی از مطب، بیمار مبتلا به کریز پرفشاری خون) در مراجعین به اورژانس بیمارستان بوعلی در سال ۸۳-۱۳۸۲ انجام شده است. در این مطالعه بیماران با فشارخون اساسی مورد مطالعه قرار گرفتند، بیمارانی که فشارخون ثانویه داشتند از مطالعه حذف شدند. فشارخون بیماران با فشارسنج حیوهای اندازه‌گیری شد. بیماران حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه‌گیری فشارخون استراحت کردند و در این مدت از مصرف چای، سیگار منع شدند. فشارخون در حالت نشسته ثبت شد. بالاترین فشارخون تعیین شده از هر یک از بازوها فشارخون بیمار در نظر گرفته شد. کاف فشارسنج حیوهای متناسب با اندازه بازوی بیمار تا فشار ۱۲۰ یا بالاتر از فشار سیستولیک باد می‌شد سپس با سرعت ۳ میلی متر حیوه در ثانیه خالی می‌شد فاز یک و پنج صدای کورتوکوف بعنوان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در نظر گرفته شد. از لحاظ درمانی آخرین داروهای دریافتی و روش‌های درمانی توصیه شده برای بیمار ثبت گردید و در صورتی که پنج نیمه عمر از مصرف دارو گذشته بود به عنوان درمان قبلی بیمار در نظر گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شده بعد از کدبندی در بسته نرم‌افزاری SPSS قرار داده شد و سپس با استفاده از آمار تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**بحث**

از نظر توزیع سنی در مطالعه حاضر بیشترین شیوع فراوانی در گروه سنی ۶۴ سال به بالا بود که مطالعات دیگر نیز افزایش شیوع پر فشاری خون با افزایش سن را نشان داده است [۷،۶].

اکثر بیماران در این مطالعه (۷۰٪) فشارخون کنترل نشده داشتند که در مطالعات دیگر نیز عدم کنترل کافی فشارخون در درصد بالایی از بیماران نشان داده شده است [۱]. در یک مطالعه کنترل موثر فشارخون در سال ۱۹۹۰ در برخی از کشورها به این صورت بوده است: آمریکا ۲۴٪، چین ۱۱٪، استرالیا ۱۹٪، فرانسه ۲۷٪، ایتالیا ۲۰٪، و اسپانیا ۲۰٪ [۳] و در مطالعه‌ای دیگر در ۳۰٪ از بیماران که دارو دریافت کرده بودند کنترل فشارخون در حد ایده‌آل بود [۱].

از نظر شیوع مصرف داروها در این مطالعه بتا بلوکر در رده اول و بعد ACEI در رده دوم بیشترین شیوع را داشتند. در یک بررسی در سال ۱۹۸۸-۱۹۹۸ در کانادا و آمریکا ACEI و CCB و در آلمان و انگلیس بتا بلوکرها و دیورتیک‌ها بیشترین شیوع مصرف را داشتند [۴]. علت این شیوع احتمالاً ارزیابی بتا بلوکرها و آشنایی بیشتر پزشکان با آنها

می‌باشد. این شیوع مصرف احتمالاً با عدم کنترل سطح فشارخون در اکثر بیماران ارتباط دارد که نیاز به یک مطالعه‌ای تحلیلی برای بررسی آن وجود دارد. در مطالعه حاضر ۵/۵۸٪ بیماران درمان تک دارویی و بقیه دو دارویی و بیشتر از دو دارو دریافت می‌کردند. در مطالعه دیگری درمان تک‌دارویی ۶۰٪ و دو دارویی ۳۰٪ شیوع داشته است که با این مطالعه هم‌خوانی دارد [۸]. در مطالعه‌ای احتمال موفقیت درمان تک دارویی در کنترل فشارخون در حد نرمال ۶۰-۵۰ درصد و درمان دو یا چند دارویی ۹۰-۸۵ درصد ذکر شده است [۵]. تاثیر داروها در کنترل فشارخون در این مطالعه به علت توصیفی و عدم کنترل دار بودن آن کاملاً مشخص نیست.

**نتیجه‌گیری**

در این مطالعه بیماران تحت درمان چند دارویی دیورتیک و CCB با شیوع بیشتری از سایر درمان‌های ترکیبی با فشارخون کنترل شده مراجعه کرده بودند ولی برای بررسی دقیق تاثیر داروها روی فشارخون نیاز به یک مطالعه تحلیلی است.

**References**

- 1- Brownwold Eu, ZIPES DO. LIBBY PE: Heart Disease a text book of cardiovascular medical, 1,6<sup>th</sup>, USA: MCGrowHiH, 2001: 919, 975, 948, 1010.
- 2- Braun wold Eu, Hauser ST, Hauser ST, FAUCI AN, Longo DA, JAMESON LA KASPER DE: Harrison's principles of intern Medicine, 1,15<sup>th</sup> usa: MCGrow HiH, 2001:1415.
- 3- Data from joint Nation committee. The seventh report of the JNC on the prevention detection, Evaluation and Treatment of high Blood pressure, JNC. 7 Express JAMA. 1.282, 2003: p71,73.
- 4- CARO JJ, Speck man j1: Current Prescribing Practices In Hypertension Compliant. Hypertension j, 2001: 15:50.
- 5- Kennel WB. Office assessment of coronary Candidates and risk factor in sights from the Framingham study. J Hyperten suppl. 1999 Dec; 9(7): s13-4.
- 6- Rich Edward JW, Manson JE, Henckens CH, Buring JE. Medical progress the primary prevention of coronary heart disease in women. Engle j Med, 1995; 66:325.
- 7- Avins Al, Neahous JM: Do triglycerdes prvide meaningfull information about heart disease risk? Arch Intern Med, 2000 Jul10; 160 (13): 1937-44.
- 8- Masterson BI, Read DG, Cushman WC: Department of vengeance afire single drug therapy of hypertension study. Revised figures and new data. Hypertension Am J, 2000; 8:189.