

# فهرست

۷.....	پیشگفتار مترجمان.....
۱۱.....	بخش ۲: سیستم قلبی - عروقی.....
۱۳.....	فصل ۳۹: نارسائی مزمن قلبی.....
۶۳.....	فصل ۴۰: تشخیص و مدیریت بیماری عروق کرونر.....
۱۱۵.....	فصل ۴۱: موارد کاربردی در مراقبت از سالمندان فرتوت مبتلا به بیماری قلبی.....
۱۴۳.....	فصل ۴۲: هیپرتانسیون.....
۱۸۷.....	فصل ۴۳: بیماری دریچه‌ای قلب.....
۲۵۷.....	فصل ۴۴: آریتمی‌های قلبی.....
۳۱۵.....	فصل ۴۵: سنکوپ.....
۳۶۳.....	فصل ۴۶: جراحی عروق.....
۳۹۵.....	فصل ۴۷: ترومبوآمبولی وریدی در سالمندان.....
۴۱۷.....	فهرست اختصاری واژگان تخصصی.....
۴۲۱.....	فهرست کتب تالیفی - ترجمه‌ای.....
۴۲۵.....	واژه‌یاب.....

## پیشگفتار مترجمان

پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که سرعت افزایش جمعیت سالمندان از سرعت رشد طبیعی جمعیت پیشی می‌گیرد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال از تعداد کودکان زیر ۵ سال بیشتر شده و تا سال ۲۰۵۰ نیز جمعیت سالمندان از جمعیت زیر ۱۴ سال پیشی خواهد گرفت (۲۱ درصد) که این امر نشان‌دهنده افزایش روزافزون مسئولیت ما در قبال قشر سالمند است. چرا که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ حدود ۶۰ درصد سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران بوده‌اند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد می‌رسد.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ درصد رسید و برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۳ درصد جمعیت کشور بالای ۶۰ سال سن یعنی ۸/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند گذار ۵۵ ساله است. در حالیکه برای کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخ داده است. این مسئله جمعیت شناختی و متعاقباً مسئله جامعه شناختی - بهداشتی در کشورهای توسعه یافته جهان مانند ایران آنچنان حائز اهمیت است که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نامگذاری سال ۲۰۱۲ به سال «زندگی سالم و طول عمر بیشتر<sup>۱</sup>» کرد و این مسئله رشد اپیدمیکی جمعیت غیرمولد سالمندی به «سونامی خاموش در ایران<sup>۲</sup>» تعریف شده است.

از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمندان ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵ و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله مورد بحث ۴/۴ برابر شد؛ در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که از جمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور

1. Good Health Adds Life To Years

2. Silent sunami

در سال ۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری در دو دهه اخیر بوده است. جمعیت سالمندان مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند بوده است. اما در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ تعداد زنان سالمند در تمام استان‌ها بیشتر از مردان سالمند خواهد بود که حاکی از زنا نه شدن جمعیت سالمند در سال‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۳ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد.

توضیح اینکه چنین وضعیتی در کل جهان نیز پیش‌آمد به‌گونه‌ای که بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۰۵ جمعیت سالمند جهان ۳/۶ برابر شد اما در ایران شدت آن بیشتر از سطح جهانی (۴/۸ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه کاهش مرگ‌ومیر بود و منجر شد تا امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۸ سال در سال ۱۳۹۵ برسد. به‌طور یقین عوامل متعددی در افزایش جمعیت سالمند کشور دخیل بوده‌اند که از جمله آنها می‌توان به: تغییرات اعمال شده در سیاست‌های کنترل جمعیت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و اجرای سیاست‌های تشویق موالید اشاره کرد. در سال ۱۳۶۵ دولت متوجه بار سنگینی افزایش جمعیت شد و به فکر احیای سیاست قدیمی کنترل جمعیت (که نخستین بار در دهه ۱۳۵۵-۱۳۴۵ به‌طور رسمی اجرا شد و نتیجه آن کاهش رشد طبیعی جمعیت در نقاط شهری بود) افتاد و در خرداد ۱۳۶۷، سیاست تحدید موالید را اعلام کرد و متعاقب آن برنامه‌های تنظیم خانواده را به مرحله اجرا درآورد.

با موفقیت اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده روند باروری در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تنزل چشمگیری یافت به‌گونه‌ای که کاهش تعداد موالید (به همراه کاهش تعداد مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی) رشد سالانه جمعیت کشور را، از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ و ۱/۶۲ درصد در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵ رسانید. کاهش میزان باروری کل<sup>۱</sup> نیز در این دوران قابل ملاحظه بود، بدین ترتیب که میزان باروری کل در سال ۱۳۶۵ از ۶/۴ فرزند به ۳ فرزند در سال ۱۳۷۵ و ۲ فرزند در سال ۱۳۸۵ کاهش یافت. با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت در شرف شروع شدن است. بطوریکه در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۵ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد بوده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه تنها حوزه بهداشت و درمان آنها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و حقوقی مسائل و مشکلات سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد.

در بخش دوم (فصل B) کتاب مرجع براکلهرست با عنوان «سیستم قلبی-عروقی»<sup>۲</sup> نویسندگان در قالب ۹ خرده-فصل منسجم به بحث بیماری مهم و مزمن و البته فراگیر قلبی-عروقی در دوره سالمندی پرداخته‌اند. این بخش مهم شامل زیرفصل‌هایی با عناوین: ۳۹. نارسائی مزمن قلبی، ۴۰. تشخیص و مدیریت

1. Total Fertility Rate (TFR)

2. Cardiovascular System

بیماری عروق کرونر، ۴۱. موارد کاربردی مراقبت از بیماران سالمند با فرتوتی قلبی، ۴۲. فشار خون بالا، ۴۳. بیماری دریچه قلب، ۴۴. آرتیمی قلبی، ۴۵. سنکوپ، ۴۶. جراحی عروق و ۴۷. ترومبوآمبولی وریدی در سالمندان، است.

معادل‌گزینی واژگان تخصصی سالمندی که دانشی نوپا در ایران است؛ از کتاب تک جلدی دوزبانه «فرهنگ سالمند» تألیف دکتر عبدالرحیم اسداللهی و خانم طاهره سکوت (چاپ ۱۴۰۰: نشر ترآوا) استخراج شده است؛ ولی مترجمان معتقدند ترجمه این کتاب بویژه در معادل‌یابی‌ها، عاری از هر گونه نقیصه نیست. لذا هرگونه پیشنهاد و انتقاد در خصوص معادل‌واژگان بصورت مکتوب به دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارجاع شود.

این کتاب برای پژوهشگران، اساتید و دانشجویان حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند سالمندشناسی، طب سالمندی، پرستاری سالمندان، دستیاری طب سالمندی و دستیاری تخصصی و فوق تخصصی قلب و عروق و حوزه‌های بالینی مرتبط مفید بوده و در عین حال سایر علاقه‌مندان مانند مدیران و کارکنان مراکز روزانه و شبانه‌روزی سالمندی سالمندان عزیز و مراقبین آنها و دیگر فعالان حوزه سلامت سالمندی توانند با تهیه این کتاب دانش و آگاهی خود را در حیطة چالش‌های دوران سالمندی بالا ببرند.

### گروه مترجمان

شیراز- تابستان ۱۴۰۲

# بخش ۲

سیستم قلبی - عروقی

## نارسایی مزمن قلبی

با افزایش سن، شیوع و بروز نارسایی قلبی<sup>۱</sup> افزایش می‌یابد. نارسایی قلبی یک بیماری سنین میان‌سالی و سالمندی است، اگرچه علل زمینه‌ای آن به طور قابل توجهی با افزایش سن متفاوت است. در بیماران جوان مبتلا به نارسایی قلبی، اغلب علت بیماری عروق کرونر یا کاردیومیوپاتی نامشخص است؛ در حالی که در بیماران سالمند، بیماری دریچه‌ای و فشار خون بالا بیشترین عوامل دخیل در ایجاد نارسایی قلبی هستند. طبق مطالعات صورت گرفته، نارسایی قلبی هنوز هم برای بسیاری از سالمندان یک وضعیت به شدت ناتوان کننده است. اگرچه پیشرفت‌های علمی در زمینه تشخیص، درمان و سازماندهی مراقبت‌ها همچنان ادامه دارد؛ اما چالش اصلی در حال حاضر، این است که اطمینان حاصل شود این پیشرفت‌ها در سالمندان مبتلا به چندین بیماری همزمان نیز به کار برده شوند و درک کنیم که چگونه می‌توان مراقبت‌های با کیفیت نارسایی قلبی را به فرتوت‌ترین<sup>۲</sup> سالمندان ارائه کرد.

تحقیقات نشان می‌دهند که تعداد بیماران در معرض خطر ابتلا به نارسایی قلبی همچنان رو به افزایش است؛ زیرا در نتیجه آنژیوپلاستی<sup>۳</sup>، درمان ترومبولیتیک و درمان دارویی کمکی، بقای بیماران مبتلا به

1. Chronic Cardiac Failure

2. Frailest

3. Percutaneous coronary intervention

انفارکتوس میوکارد افزایش یافته است. علاوه بر این، بیماران مبتلا به هیپرتانسیون نیز در نتیجه بهبود مستمر در شیوه‌های درمانی، که شامل پیشگیری از سکته مغزی است، بیشتر زنده می‌مانند. خوشبختانه، به نظر می‌رسد که درمان موثر هیپرتانسیون حتی می‌تواند از شروع نارسایی قلبی در سالمندان جلوگیری کند (۱). از سویی، هر چه سالمندان سنین بالاتری را تجربه می‌کنند با زنده ماندن بیشتر، ابتلا به درجاتی از نارسایی قلبی غیر قابل اجتناب است؛ حتی اگر تا هنگام فوتوتی شدید، تشخیص داده نشوند (۲).

هنگام بررسی اپیدمیولوژی نارسایی قلبی، توجه به این نکته مهم است که آن را به عنوان وجود علائم و نشانه‌های ناکارآمدی قلبی، همراه با شواهد عینی از بیماری زمینه‌ای ساختاری قلب تعریف کنند. اینها تعاریفی هستند که توسط انجمن قلب و عروق اروپا<sup>۱</sup> و انجمن قلب آمریکا<sup>۲</sup> به کار برده می‌شوند که اتفاق نظر مشابهی در مورد تشخیص و مدیریت نارسایی قلبی دارند (۳،۴). این توافق‌ها از این نظر مهم هستند که هنگام تصمیم‌گیری دقیق برای اینکه کدام عامل بیماری‌زا در یک بیمار خاص درمان شود، به رویکرد همسوتری منجر شود. طبق مطالعات صورت گرفته در این راستا، در بریتانیا دستورالعمل‌های مؤسسه عالی ملی مراقبت‌های بهداشتی<sup>۳</sup> (NICE) بیشتر در زمینه توصیه‌های درمانی و در اسکاتلند، مشاوره مبتنی بر شواهد توسط شبکه راهنمای بین دانشگاهی اسکاتلند<sup>۴</sup> (SIGN) ارائه می‌شود. با این حال، در این فصل، به مسائلی که ویژه سالمندان است پرداخته می‌شود و برخی از چالش‌های اصلی که هنگام مدیریت سالمندان فوتوت با آنها مواجه می‌شویم، توضیح داده می‌شود؛ و اغلب این سالمندان فوتوت، مشکلات پزشکی همزمان بسیاری دارند و از سویی به طور همزمان نیز دچار نارسایی قلبی هستند.

نارسایی قلبی از نظر اقتصادی بار سنگینی بر اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند؛ در انگلستان، تا ۵ درصد از پذیرش‌های بیمارستانی را نارسایی قلبی تشکیل می‌دهد و در سراسر جهان بستری شدن در بیمارستان به دلیل نارسایی قلبی، بار مالی قابل توجهی دارد. از سویی بسیاری از سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی نیز دارای آسیب شناسی‌های متعدد و بیماری‌های همزمان از جمله اختلال شناختی هستند که می‌تواند تشخیص را دشوارتر کند.

### همه‌گیرشناسی

شیوع نارسایی قلبی با افزایش سن افزایش می‌یابد و این ارتباط در کوهورت‌های مختلف از جمله کوهورت فرامینگهام<sup>۵</sup>، کوهورت‌های اسکاندیناوی<sup>۶</sup> و کوهورت‌های مبتنی بر جامعه با رویکرد غربالگری،

1. European Society of Cardiology
2. American Heart Association
3. National Institute for Healthcare Excellence
4. Scottish Intercollegiate Guideline Network
5. Framingham cohort
6. Scandinavian cohorts

گزارش می‌شود. در مطالعه فرامینگهام، شیوع نارسایی قلبی در افراد بالای ۸۰ سال به ۱۰ درصد رسیده است. از سویی طبق یافته‌های سایر کوهورت‌ها نیز ارقام مشابهی در شیوع نارسایی قلبی، به دست آمده است. در این مطالعات بررسی‌های غربالگری با اکوکاردیوگرافی، نشان می‌دهد تعداد افرادی که دارای اختلال سیستولیک بدون علامت هستند، به اندازه کسانی است که نارسائی قلبی آشکار بالینی دارند. نتایج بسیاری از مطالعات هم گروهی، اما نه همه آنها (۱۳)، نشان داده‌اند که در طول زمان، میزان تشخیص‌های جدید نارسایی قلبی متناسب با سن در حال افزایش است؛ که ممکن است نشان دهنده بهبود بقای بیماری قلبی ایسکمیک و سکنه مغزی باشد، و منجر به افزایش تعداد بیشتری از افراد در معرض خطر می‌شود که سپس به نارسایی قلبی آشکار بالینی مبتلا می‌شوند.

مطالعات نشان می‌دهند که نسبت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی همراه با کسر جهشی کاهش یافته<sup>۱</sup> (HFREF) در مقایسه با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی همراه با کسر جهشی حفظ شده<sup>۲</sup> (HFPEF) با افزایش سن تغییر می‌کند. بیماران جوان تری (منظور، افراد کمتر از ۶۵ سال) که از HFREF رنج می‌برند عمدتاً مردان هستند. با این حال، در افراد بالای ۸۰ سال، تعداد زنان مبتلا به تعداد مردان مبتلا مشابه است، که تا حدی به دلیل طول عمر بیشتر زنان در اکثر جمعیت‌ها است. به موازات آن، در افراد بالای ۸۰ سال، تعداد افراد دارای HFPEF مشابه تعداد افراد دارای HFREF است.

از آنجایی که فرتوتی<sup>۳</sup> با سن مرتبط است، می‌توان انتظار داشت که فرتوتی و نارسایی قلبی در بیماران اغلب جزو یافته‌های همزمان باشند. از سویی بر اساس تحقیقات انجام شده، فرتوتی به عنوان یک عامل خطر برای نارسایی قلبی نشان داده شده است. همچنین به نظر می‌رسد با توجه به عوامل پاتوفیزیولوژی مشترک، نارسایی قلبی، باعث تشدید فرتوتی می‌شود.

## سیر بیماری و پیش آگهی

پیش آگهی نارسایی قلبی متغیر است، اما علیرغم بهبود در بقا به واسطه درمان دارویی و دستگاهی، پیش آگهی نارسائی قلبی همچنان نسبت به بسیاری از سرطان‌های شایع، ضعیف‌تر است. تعیین‌کننده‌های کلیدی پیش آگهی که در حیطه بالینی مفید هستند عبارتند از کسر تخلیه، ظرفیت ورزشی (که با حداکثر جذب اکسیژن یا آزمون‌های ساده‌تر مانند تست پیاده‌روی ۶ دقیقه اندازه‌گیری می‌شود)، علائم (تقسیم‌بندی انجمن قلب نیویورک<sup>۴</sup> (NYHA)، نارسایی کلیوی و سطوح بالای پپتید نatriورتیک. در بررسی‌های انجام شده، یافته‌ها نشان دهنده پیش آگهی ضعیف در بیماران بستری شده در بیمارستان با

1. Heart failure with reduced ejection fraction
2. Heart failure with preserved systolic function
3. Frailty
4. New York Heart Association [NYHA] class



نارسایی حاد جبران نشده قلبی؛ و میزان مرگ و میر بالا در ۳ تا ۶ ماه پس از پذیرش است. در میان سالمندان بستری شده با نارسایی قلبی، میانگین بقا حدود ۲/۵ سال است (۹). با این حال، ناهمگونی قابل توجهی در بقا وجود دارد. افتراق میزان تاثیر نارسایی قلبی نسبت به تاثیر فرتوتی یا ابتلا به بیماری هم زمان بر پیش آگهی ضعیف، دشوار است؛ اما طبق یافته‌های مطالعات انجام شده، وجود نارسایی مزمن قلبی در سالمندان ممکن است منجر به کاهش تقریباً ۵۰ درصدی امید به زندگی<sup>۱</sup> شود.

در سالمندان، نارسایی قلبی علت اصلی بستری شدن در بیمارستان است. اگرچه داده‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد نارسایی قلبی به‌عنوان عامل اصلی بستری شدن در بیمارستان، ثابت یا رو به کاهش است (احتمالاً به دلیل پیشرفت‌های درمانی)، اما بستری شدن همه علل در بیمارستان برای بیماران دارای نارسایی قلبی هم چنان رو به افزایش است. داده‌های مربوط به مطالعات آمریکای شمالی نشان دهنده میزان بالای بستری مجدد در بیماران نارسایی قلبی است و نکته قابل توجه این است که بستری مجدد اغلب به دلیل تشدید نارسایی قلبی نیست. شواهد نشان می‌دهد که یک رویکرد چند رشته‌ای برای درمان نارسایی قلبی ممکن است نیاز به بستری شدن در بیمارستان را در بیماران سالمند مبتلا به این بیماری، کاهش دهد (۱۹).

جدول ۱-۳۹ طبقه‌بندی نارسایی قلبی بر اساس دستورالعمل انجمن قلب نیویورک (HF)	
کلاس	تظاهرات بالینی
I	بدون علائم
II	علائم با فعالیت معمولی
III	علائم با فعالیت کمتر از حد معمولی
IV	علائم در استراحت

بنابراین با توجه به آنچه توضیح داده شد، بررسی عواملی که خارج از عملکرد سیستم قلبی هستند در بیماران سالمند بسیار مهم است و پیشنهاد می‌شود ارزیابی عوامل ایجاد کننده فرتوتی راهنمای مدیریت نارسایی قلبی گردد. چنین رویکردی در بیمار سالمندی که مسائلی مانند پایبندی به برنامه‌های درمانی، وضعیت شناختی و میزان قدرت نگهداری ادرار در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی نقش برجسته‌ای دارند، بسیار مهم است.

اگرچه در سال‌های اخیر پیش آگهی نارسایی قلبی، با درمان دارویی بهبود یافته است، با این وجود هنوز ضعیف است و اکثر بیماران مبتلا به بیماری کلاس NYHA IV (جدول ۱-۳۹) بعید است که ۱ سال زنده بمانند.