

# بررسی فراوانی مصرف سیگار و دیگر عوامل خطر در بیماران مبتلا

## به ترومبوز وریدهای عمقی

دکتر عزیزالله ادیب<sup>۱</sup>

استادیار و متخصص قلب و عروق - دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

دکتر هاله شهلازاده

متخصص مامایی و زنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

دکتر بهناز فتورهچی

پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

### Prevalence of smoking and other risk factors in patients with deep vein thrombosis

Azizollah Adib, MD

Haleh Shahlazadeh, MD

Behnaz Faturehchi, MD

#### ABSTRACT

**Introduction:** Venous thrombosis is the result of a blood clot in a vein wall inflammatory response followed the thrombosis occurs in the deep veins may cause pulmonary embolism, especially if they feel threatened and will require more attention.

**Objective:** To determine the prevalence of factors, including smoking, surgery, taking certain medications in the disease as a risk factor is present.

**Methodology:** The study is a case study includes 71 patients due to inflammation of one or both lower extremity deep venous embolism diagnosis Trmbv to visit hospitals or specialized clinics were tested after testing and the final diagnosis often includes Doppler vascular and D-dimer test was. Memo records in the questionnaire and the data preparation was estimated results through the application spss win.

**Results and Discussion:** The prevalence of smokers in this study 31 patients (43.7%) and non-smokers, 40 (53.3%), respectively. According to the results obtained in this study failed intervention alone is seen smoking and other factors also can not be listed as serious and decisive factor in creating effective Mbvlyzm Trmbv then other factors such as genetic blood coagulation disorders should be investigated be.

**Keywords:** deep vein thrombosis (DVT), Trmbv Bvlysm intravenous (VTA), risk factors

#### چکیده

**مقدمه:** ترومبوز وریدی نتیجه ایجاد لخته در دیواره ورید است که پاسخ التهابی به دنبال دارد. این ترومبوز بخصوص اگر در وریدهای عمقی اتفاق افتد امکان ایجاد آمبولی ریه کرده و احساس خطر و توجه بیشتری را ایجاد خواهد نمود.

---

<sup>۱</sup>. نویسنده مسؤول: dr\_adib1@yahoo.com

هدف: بررسی فراوانی عواملی از جمله سیگار کشیدن، عمل جراحی، مصرف برخی داروهاست که در ابتلا به این بیماری به عنوان عامل مستعد کننده مطرح هستند.

مواد و روش‌ها: مطالعه به روش مطالعه موردی و شامل ۷۱ نفر بیمار است که به دلیل التهاب یک یا دو اندام تحتانی با تشخیص احتمالی ترومبوآمبولیسم وریدهای عمقی به بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های تخصصی مراجعه کرده و تحت بررسی قرار گرفتند که پس از آزمایش‌ها و تشخیص نهایی که اکثراً شامل کالر داپلر عروقی اندام و تست D-dimer بوده است. سوابق مورد نظر در پرسشنامه تنظیم شده یادداشت و پس از آمایش داده‌ها نتایج از طریق نرم‌افزار spss win برآورد گردید.

نتیجه و بحث: در این مطالعه فراوانی سیگاری‌ها ۳۱ نفر (۴۳٫۷٪) و غیر سیگاری‌ها ۴۰ نفر (۵۳٫۳٪) بود. با توجه به نتایج به دست آمده مداخله سیگار به تنهایی در این تحقیق مردود تلقی می‌شود و عوامل دیگر قید شده نیز نمی‌تواند به عنوان عامل جدی و قطعی در ایجاد ترومبوآمبولیسم مؤثر باشد و لذا فاکتورهای دیگری از جمله اختلالات انعقادی و ژنتیکی باید مورد بررسی قرار گیرد.

گل‌واژگان: ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)، ترومبوآمبولیسم وریدی (VTA)، ریسک فاکتور

## مقدمه

ترومبوز وریدی نتیجه ایجاد لخته در دیواره ورید است که پاسخ التهابی به دنبال دارد. این ترومبوز بخصوص اگر در وریدهای عمقی باشد توجه و احساس خطر بیشتری را از لحاظ احتمال بروز آمبولی ریه ایجاد خواهد کرد و این خود علت قابل توجهی برای مورتالیتت و موربیدیتت خواهد بود (۱). حدوث کلی و میزان مرگ و میر به علت DVT و PE (ترومبوز عمقی ورید و آمبولی ریه) مشخص نیست چرا که یافته‌های کلینیکی تیپیک مانند درد و تورم ساق پا یا درد سینه در بیشتر از ۵۰٪ وجود ندارد در حالی که تعدادی از اینها به علت آمبولی ریه فوت می‌کنند (۲ و ۳) و نزدیک به ۵۰٪ بیمارانی که علائم و نشانه‌های ظاهراً تیپیک دارند فاقد ترومبوز هستند. بنابراین تعداد زیادی از بیماران به دلیل محدودیت علائم بالینی تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند (۴ و ۵)

ترومبوآلیسم وریدی (VTE) که در اینجا تحت عنوان ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریه مطرح شده است یکی از سه علت بزرگ مرگ و میر قلبی عروقی است. در ایالات متحد آمریکا سالانه حدود ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار نفر در ارتباط با VTE می‌میرند (۹)

دو عامل عمده ژنتیکی اتوزومال غالب در ایجاد آن مورد توجه است. یکی فاکتور V Leiden است که ایجاد مقاومت در فعال شدن پروتئین C می‌کند و دیگری موتاسیون ژن پروتروئین است. آنتی‌ترومبین C و پروتئین C و پروتئین S مهارکننده انعقاد هستند. (۱۴)

با توجه به اینکه علائم بالینی DVT (ترومبوز عمقی ورید) غیر اختصاصی است و لذا انجام تست‌های ابژکتیو برای رد یا اثبات آن قانون است. در بیماران با ظن پایین DVT انجام تست D-Dimer تعیین کننده است ولی در احتمال بالا و یا D-Dimer غیر طبیعی بالا تست‌های تصویری ضروری است (۹)

ارزش انجام اولترا سوند داپلر در DVT اندام فوقانی ۹۵٪ است در حالی که در مورد اندام تحتانی حساسیت آن ۵۰٪-۷۵٪ و اختصاصیت آن ۹۵٪ است (۶)

هدف: نظر به اینکه علاوه بر عوامل ژنتیکی و هومورال که اشاره شد فاکتورهای شایع مستعد کننده شامل کانسر، فشار خون شریانی، چاقی، مصرف سیگار، جراحی، تروما و عوامل متعدد دیگری مورد نظر بودند و لذا هدف از این تحقیق بررسی

فراوانی عوامل مستعد کننده مذکور بخصوص فراوانی مصرف سیگار بوده است.

در یکی از مطالعات اخیر ۱۹٪ بیماران درمان شده حداقل یک حمله قلبی داشته‌اند و سابقه DVT در بیماری که با یک ریسک فاکتور دیگر و یا مشابه دیگری مراجعه کرده احتمال DVT هشت برابر زمانی بوده که سابقه DVT را نداشته است.<sup>(۹)</sup>

در یک بررسی انجام شده، بعد از چهل سالگی به ازاء افزایش هر دهه سنی ریسک ایجاد DVT دو برابر گزارش شده است. در بیماران جوان تر معمولاً فاکتور خطر قوی تری وجود دارد.<sup>(۱۰-۱۲)</sup>

در مطالعات کاکارتول<sup>۲</sup> شیوع DVT در افراد چاق بیشتر از دیگران بوده است در حالی که دیگر مطالعات چاقی را ریسک فاکتوری برای فاکتورهای دیگر دانسته‌اند.<sup>(۶)</sup>

در خانم‌های حامله بعد از زایمان شیوع DVT ۲۰ برابر است بخصوص در سنین بالای ۴۰ و سابقه ترومبوآمبولی قبلی این شیوع چشمگیر بوده است.

در مقاله منعکس در صفحه ۴۰۲ مجله بریتیش جورنال آگوست ۱۹۷۵ بررسی اثر سیگار در بیمارانی که بعد از عمل جراحی دچار DVT شده‌اند انسیدانس DVT در غیر سیگاری‌ها بیشتر بوده البته این رویداد در افراد سیگاری چاق بیشتر بوده است.

در بررسی‌های انجام شده توسط آگنو<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۸ مصرف دخانیات به عنوان ریسک فاکتور کاردیوواسکولار و ترومبوآمبولیسم وریدی با تعداد مصرف آن مرتبط بوده است.<sup>(۱۳)</sup>

## مواد و روش‌ها

مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بدون مداخله است و تعداد افراد مطالعه شده ۷۱ نفر است. نظر به اینکه مطالعه بدون مداخله است با توجه به متغیرهای انتخاب شده جدول‌هایی بعنوان چک لیست تهیه و همچنین پرسشنامه‌ای برای هر مریض تکمیل شده است.

جامعه ورود به تحقیق بیماران مبتلا به DVT بودند که با توجه به علائم بالینی و آزمایش‌های تشخیصی لازم بخصوص اولترا سوند داپلر و همچنین تست D-dimer مثبت بود که از لحاظ سن و جنس، مدت زمان مصرف سیگار، مدت زمان ترک سیگار، مصرف اتانول، ابتلا به دیابت ابتلا به هایپرتانسیونه سابقه ابتلا قلبی به DVT، اندام مبتلا به DVT، سابقه فامیلی DVT، سابقه جراحی اخیر، نوع جراحی، سابقه کانسر، رادیوتراپی، نوع کانسر، سابقه بیماری قلبی عروقی، سابقه تروما و یا شکستگی، فراوانی بر اساس مصرف OCP، فراوانی بر اساس زایمان، فراوانی در زمان حاملگی، فراوانی افراد سیگاری بر اساس سن، فراوانی مصرف سیگار بر اساس مدت زمان مصرف، فراوانی بر اساس زایمان کنندگان بر اساس سن، فراوانی مبتلایان سیگاری بر اساس جنس مورد بررسی قرار گرفتند و سپس نتایج پس از پردازش با نرم افزار win spss آنالیز گردید.

## نتایج

یافته‌ها بر اساس آنالیز پرسشنامه و بررسی‌های انجام شده به شرح زیر است:

در مطالعه حاضر ۳۲ زن و ۳۹ نفر مرد بودند که ۴۹ نفر از آنها سن بالای ۴۰ و ۲۲ نفر سن پایین ۴۰ سال داشتند.

فراوانی سیگاری‌ها ۳۱ نفر (۴۳/۷٪) و غیر سیگاری‌ها ۴۰ نفر (۵۳/۳٪) از کل ۷۱ نفر بود. (جدول ۱)

از بین ۴۰ نفر افراد غیر سیگاری ۲۴ نفر اصلاً سیگاری نبودند و ۱۳ نفر ترک کرده و ۳ نفرشان مشخص نبودند.

از تعداد ۷۱ نفر بررسی شده ۲ نفر دیابتی با سابقه ۳ ماهه بودند، ۶۵ نفر اصلاً دیابتی نبودند و ۴ نفر فقط عدم تحمل گلوکز داشتند. ابتلا به فشار خون ۱۰ نفر و غیر فشار خونی ۶۱ نفر بودند. از ۱۰ نفر فشار خونی ۳ نفر سابقه ابتلا را زیر ۴ سال اعلام کردند.

فراوانی بر اساس سابقه قلبی DVT (جدول ۲)

<sup>۲</sup>. kakaretol

<sup>۳</sup>. Ageno

جدول ۱:

	جنس		جمع
	زن	مرد	
سیگاری هست	۵ ٪۷	۲۶ ٪۳۶/۶	۳۱ ٪۴۳/۷
نیست	۲۷ ٪۳۸	۱۳ ٪۱۸/۳	۴۰ ٪۵۶/۳
جمع	۳۲ ٪۴۵/۱	۳۹ ٪۵۴/۹	۷۱ ٪۱۰۰

جدول ۲:

	فراوانی	درصد خالص
دارد	۲۰	۳۰,۳
ندارد	۴۶	۶۹,۷
مجموع	۶۶	۱۰۰
مشخص نشده	۵	
مجموع	۷۱	

جدول ۳:

	فراوانی	درصد خالص
دارد	۲۵	۳۵/۲
ندارد	۴۶	۶۴,۸
مجموع	۷۱	

جدول شماره ۴:

	فراوانی	درصد خالص
دارد	۱۰	۱۴/۱
ندارد	۶۱	۸۵/۹
مجموع	۷۱	۱۰۰

### نتیجه‌گیری

با توجه به تعداد غیر سیگاری‌ها (۵۶/۳٪) و همچنین عدم تأثیر مدت زمان اعتیاد و تعداد آن در افراد مختلف در این پژوهش می‌توان مداخله سیگار را به تنهایی به عنوان رسیک فاکتور برای DVT مردود دانست و همچنین با توجه به جداول و آمار و ارقام به دست آمده از دیگر عوامل مطرح شده مشخص می‌گردد که این عوامل نمی‌توانند مجموعه عوامل و فاکتورهای خطر در بروز DVT باشند بلکه عوامل دیگر از جمله اختلالات انعقادی و ژنتیکی دیگری که در این مطالعه لحاظ نشده است می‌توانند نقش عمده و کارسازی را در این مقوله ایفا کنند که نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

سابقه انجام جراحی در ۲۵ نفر بود و بقیه فاقد سابقه جراحی بودند (جدول ۳)

از تعداد بررسی شده‌ها ۳ نفر کانسر پروستات و ۲ نفر فیبروم رحم داشتند.

تعداد بیماران قلبی عروقی ۱۲ نفر بود که ۱۰ نفرشان سابقه ایسکمی قلبی و ۲ نفر نارسائی قلبی داشتند.

سابقه تروما، شکستگی در ۱۰ نفر وجود داشت که در مورد ۶ نفر از آنها شکستگی فمور و اندام تحتانی بود، ۲ نفر آسیب نخاعی و ۲ نفر دررفتگی زانو داشتند (جدول ۴)

مصرف OCP در ۹ نفر از خانم‌ها بود.

۲۶ نفر سابقه زایمان داشتند که ۴ نفر از آنها زایمان اخیر بوده است.

۶ نفر حین حاملگی دچار DVT بودند (۱۹,۴٪)

### REFERENCES

1. *Clinics in chest medicine June 1995 vol 16 n.2: The diagnostic to deep venous thrombosis page 253-255-261.*
2. *Bergvist D, Lindhald B. A 30 years survey of pulmonary embolism verified at autopsy, An analysis of 1274 surgical patiens. Br J surg 72:105-108/1985*
3. *Goldhaber SZ, Hennekens CH, Evans DA, et al. Factors associated with an antemortem diagnosis of major pulmonary embolism. Am J Med 73:822-826/1982.*
4. *Cranly JJ, Canos AJ / Sull WJ. The diagnosis of deep vein thrombosis: fallibility of clinical symptoms and sins. Arch surg 111:34-36 1976.*
5. *Haeger K. Problem of acute Deep vein thrombosis. 1. The interpretation of signs and symptoms. Angiology 20:219-223 1969.*
6. *Clinic in chest medicine June 1995, Volume 16N. 2: page 236-241.*
7. *CECIL TEXT Book of medicine 2012, Vol: 1 page 499,596.*
8. *DeGowin and DeGowin S. Diagnostic examineitice 1966: page: 253.*
9. *HARRISONS PRINCIPLES of INTERNAL MEDICINE 2012 Vol 2: page 2170.*
10. *Gillum RF. Pulmonary embolism and thrombophlebitis in the United States, 1970-1985. Am heart J 114:1262-1264 / 1987.*
11. *Gjores JE. The incidence of venous thrombosis and its sequelae in certain districts in Sweden. Acta chirurgica Scandinavia 111(suppl 206):16-24 / 1993.*
12. *Nicolaidis AN, Irving D. Clinical factors and the risk of deep venous thrombosis. In nicolaidis AN (ed): Thromboembolism Etiology, Advances in prevention and management. Baltimore / university Purk Press / 1975 / pp 193-204.*
13. *AGENO W et al. Cardiovascular risk and VTA. Circulation 117:93,2008*