

بررسی دریافت امراض ولادی قلب (CHD) نزد اطفال کمتر از ۵ سال در سرویس اطفال شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی طی سال ۱۴۰۲

رنحورمل دکتور ذبیح الله فضلی^۱

^۱ ترینر متخصص داخله اطفال شفاخانه حوزوی ابو علی سینای بلخی
drz.fazli@gmail.com

چکیده

امراض ولادی قلب (CHD) با شیوع سه در هر یک هزار تولد، یکی از شایع ترین ناهنجاری ولادی در نوزادان محسوب می شوند و علت اصلی مرگ و میر ناشی از بیماری های مادرزادی می باشند (سبزه ای، ۱۳۹۸: ۵۶۵). شیوع بیماری های مادرزادی قلبی در اطفال کمتر از ۵ سال به شدت وابسته به عوامل مختلفی است که شامل عوامل ژنتیکی و محیطی می شود. عوامل ژنتیکی شامل وراثت بیماری از والدین به فرزندان است. همچنین، عوامل محیطی مانند عفونت های ویروسی در دوره بارداری، مصرف مواد مخدر یا الکل توسط مادر در دوران بارداری و تغذیه نامناسب مادر در طول بارداری می توانند بر شیوع بیماری های مادرزادی قلبی در اطفال تأثیرگذار باشند. هدف از تحقیق حاضر بررسی شیوع بیماری های مادرزادی قلبی نزد اطفال کمتر از ۵ سال می باشد. تحقیق حاضر یک تحقیق کاربری بوده و داده ها با استفاده از دوسیه های موجود از تمام اطفال مبتلا به بیماری های مادرزادی با سن کمتر از ۵ سال بستری شده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی طی سال ۱۴۰۲ جمع آوری گردیده است. جامعه آماری (سمپل سائز) این تحقیق را تمام (۱۰۴۰) نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. داده ها از طریق دوسیه مریضان جمع آوری سپس وارد نرم افزار SPSS 27 گردیده و تجزیه و تحلیل صورت گرفت. از جمله ۱۰۴۰ طفل، ۵۹۸ تن آنها مذکر و ۴۴۲ تن آنها مونث بودند. از جمله اطفال ۴۵۷ تن داخل شهر مزار شریف زندگی می کردند، ۳۵۶ تن ولسوالی ها و قریه های مربوط ولایت بلخ و ۲۲۷ تن خارج از ولایت بلخ سکونت داشتند. شغل پدر اکثریت آنها غریبکاری بوده (۳۶٫۸٪). سن مادر اکثریت اطفال ۳۰-۴۰ سال بود (۸۷/۹۰٪). از جمله ۴۸۳ تن بدون قرابت فامیلی و ۵۵۷ تن دارای قرابت فامیلی بودند. بیشترین تشخیص به ترتیب در (۳۰۵) طفل PFO، در (۱۷۹) طفل ASD، در (۱۲۸) طفل PDA و ASD و در (۱۱۳) طفل ASD تشخیص داده شده و کمترین تشخیص میان اطفال (۱) طفل PFO، ASD، TGA، PDF، AVCD و VSD مشاهده شده است.

واژه های کلیدی: ASD، PDA، PFO، TGA، AVCD، ASD

مقدمه

بیماری های مادرزادی قلبی (CHD) شامل دسته خاصی از بیماریهای مادرزادی قلبی است که از ابتدای تولد وجود داشته و می تواند موجب مرگ و میر و یا اختلالات شدیدی در رشد و نمو اطفال شود. میزان شیوع این بیماری ها در آمارهای جهانی متفاوت می باشد (موحدیان و همکاران، ۱۳۸۰: ۷۷). بناً این بیماری در انسان از جمله شایعترین انواع اختلالهای مادرزادی به شمار می روند. تنوع این اختلالات بسیار وسیع بوده، تشخیص سریع آنها در تداوی ارزش حیاتی دارد (معتمدی، ۱۳۷۳: ۵۸). با توجه به مشکلات حاصل از CHD در جامعه هم از نظر مخارج بلند تداوی و هم مشکلات جسمی برای فرد مبتلا و فشارهای روحی برای خانواده، به نظر می رسد که حداقل اولین قدم، پاسخ به این سوال باشد که در موارد بستری میزان شیوع CHD و انواع آن چگونه است (Silva, et al, 2021). در بیشتر تحقیقات شیوع و انواع CHD متفاوت می باشد. برای مثال تحقیقی در مالت صورت گرفته که نشان میدهد HLHS شیوع ۶۰٪ دارد که نسبت به آمار جهانی با میزان ۲٫۱٪، بسیار پایین تر است (موحدیان و همکاران، ۱۳۸۰: ۷۷).

هر چند شیوع بیماری های مادرزادی قلب نزدیک به یک فیصد از تولدهای زنده است؛ اما باید توجه داشت که شیوع این بیماری ها در جنین بالاتر بوده طوری که فیصدی قابل توجهی از نوزادانی که مرده به دنیا می آیند مشکلات متعددی قلبی دارند (بهجتی و همکاران، ۱۳۹۰: ۵۱۸). بیماری های قلبی و دستگاه گردش خون به دو گروه مادرزادی و اکتسابی تقسیم بندی می شوند. منظور از بیماری مادرزادی، بیماری است که از لحظه تولد همراه نوزاد وجود دارد، اما در بیماری های اکتسابی بیماری طی دوران نوزادی، کودکی، نوجوانی و بزرگسالی به وجود می آید (Zhu, et al, 2020: 132). بیماری های مادرزادی قلب، ناهنجاری هایی هستند که از هر هزار تولید تقریباً ۸ نوزاد دچار بیماری های قلبی مادرزادی هستند که ممکن است خفیف تا شدید باشد. بیماری مادرزادی قلب هنگام رشد جنین در رحم مادر به وجود می آید و در بعضی موارد دلیل آن ناشناخته است. آنچه در بیماری های مادرزادی قلب مشترک است، روند رشد غیر طبیعی و ناقص قلب و یکی از نشانه های رایج این بیماری صدای غیر عادی قلب است که به هنگام معاینه داکتر مشخص می شود (معتمدی و همکاران، ۱۳۷۳: ۵۸).

برخی عوامل مانند سن بالای مادر در دوران بارداری، بیماری های مادر و مصرف دوا در دوران حاملگی، نارس بودن نوزاد و فصول خاصی از سال در ایجاد بیماری مادرزادی قلب مؤثر می باشد. زمان تشخیص بیماری های مادرزادی قلب از اهمیت ویژه ای برخوردار است (نوری و همکاران، ۱۳۸۹: ۷۹). در حال حاضر در اکثر کشورها، ۹۰٪ موارد بیماری قبل از تولد توسط معاینات جنینی و ایکوکاردیوگرافی قابل تشخیص است (زینالو، ۱۳۸۱: ۷۶). بیماری های مادرزاد قلب در ۴۰٪-۵۰٪ موارد در هفته اول عمر، و در ۵۰٪-۶۰٪ در ماه اول تشخیص داده می شوند. تنها حدود ۲۰٪ از مریضان مبتلا به اختلال سپتوم نیاز به مداخلات جراحی خواهند داشت. سایر علل بیماری های مادرزاد قلب مانند سندرم قلب چپ هیپوپلاستیک یا تترالوژی فالوت تهدید کننده زندگی بوده و نیازمند به مداخله جراحی دارند (سبزه ای، ۱۳۹۸: ۵۶۵).

از آنجایی که بررسی و مطالعه مریضان مبتلا به ناهنجاری های مادرزادی قلب به منظور پیشگیری و کنترل از اهمیت زیادی برخوردار است؛ لذا با توجه به دخیل بودن عوامل متعدد صحتی، فرهنگی و اجتماعی در تشخیص زودرس بیماری های قلبی و روشن نبودن این عوامل، این تحقیق به منظور بررسی شیوع بیماری مادرزادی قلبی نزد اطفال کمتر از ۵ سال طی سال ۱۴۰۲ انجام گردید.

پیشینه تحقیق

موحدیان و همکاران (۱۳۸۰)، به بررسی شیوع امراض ولادی قلب در نوزادان بستری در بخش نوزادان شفاخانه شهید بهشتی کاشان طی سالهای ۱۳۷۹ الی ۱۳۷۵ پرداختند. این تحقیق با استفاده از پرسشنامه صورت گرفته و تمام نوزادانی که توسط کاردیولوژیست اطفال تشخیص قطعی بیماری مادرزادی قلبی داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات مورد نیاز از قبیل جنس، سن هنگام تشخیص، نوع مریضی قلبی، سابقه مثبت در خانواده، نسبت پدر و مادر، سابقه مصرف دوا در حاملگی توسط مادر استخراج گردید. یافته ها نشان داد که از ۲۸۴۰ نوزاد بستری در بخش طی سالهای یاده شده ۴۶ نوزاد مبتلا به بیماری های مادرزادی قلبی بودند در بین این بیماری ها، VSD با ۲۲ نفر شایع ترین نوع بیماریها بود. از ۴۶ نوزاد مبتلا ۲۰ نفر دختر و ۲۶ نفر پسر بودند تنها یک طفل سابقه مثبت در خانواده و ۴۱٫۳٪ نوزادان مبتلا به CHD، والدین آنها نسبت داشتند (موحدیان و همکاران، ۱۳۸۰: ۷۶).

زینالو و همکاران (۱۳۸۱)، به بررسی کودکان مراجعه کننده به مرکز طبی کودکان با تشخیص بیماری های مادرزادی قلب طی سالهای ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۰ پرداختند. در این تحقیق ۶۶۵ طفل مبتلا به ناهنجاری مادر زادی قلب مورد مطالعه قرار گرفتند. روش جمع آوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه ای بود. تمام مریضان در مرکز تداوی قلب مورد معاینه و ایکوکاردیوگرافی قرار گرفتند. در این بررسی ۱۵ متغیر کمی و کیفی استفاده گردید. یافته ها نشان داد که ۵۶٫۲٪ از واحد مورد تحقیق را پسران و ۴۳٫۸٪ آنرا دختران تشکیل می دهند. اوسط سن مراجعه اطفال ۱٫۴۴ ماه می باشد. ۵۳٫۸٪ از مریضان با کمتر از دو بار ویزیت تشخیص داده شده بودند. نقص دیوارهای بین بطنی و دهلیزی، شایعترین ناهنجاری مادرزادی قلبی است. ۸۳٫۲٪ مادران اطفال مبتلا به ناهنجاری های مادرزادی قلب بین ۲۰-۳۵ سال سن دارند. اقلیت مورد تحقیق وزن شان در بدو تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم بوده است. ۳۲٫۲٪ از کودکان تا سن دو هفتگی، ۴۶٫۳٪ یک مانگی و ۸۳٫۵٪ تا سن یک سالگی بیماری آنان تشخیص داده شده بود. بنأ رابطه معنی داری بین عوامل خطر و این بیماری بدست آمده است (زینالو و همکاران، ۱۳۸۱: ۷۶).

بیگوند و همکاران در سال ۱۴۰۰ به بررسی شیوع کمخونی در اطفال با بیماری قلبی مادرزادی مراجعه کننده در شفاخانه اطفال بندرعباس پرداختند. در این تحقیق ۳۰ کودک مبتلا به CHD مراجعه کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس در سال ۱۴۰۰ و ۳۰ کودک فاقد (CHD) به عنوان گروه کنترل مورد ارزیابی قرار گرفتند. سن، جنس، وزن و نوع بیماری قلبی شرکت کنندگان ثبت گردید. وجود یا عدم وجود کمخونی و نوع آن نیز مشخص گردید. سپس شمارش کامل کرویات خونی (CBC) انجام شد و فریتین و آهن سرم، TIBC و فیصدی retic اندازه گیری شد. یافته ها نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر سن، جنس، و وزن بین دو گروه CHD و کنترل وجود نداشت. مجموعاً کمخونی در ۱۹ نفر (۶۳/۳٪) از گروه CHD و ۱۷ نفر (۵۶/۷٪) از گروه کنترل یافت شد که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (p= 0.0598) از میان انواع کمخونی، کمخونی فقر آهن و کمخونی همولیتیک در گروه CHD اندکی بیش از گروه کنترل بود. از طرف دیگر تالاسمی مینور در گروه کنترل بیشتر بود و میزان کمخونی فقر آهن به همراه تالاسمی در دو گروه برابر بود. ۶۸/۸٪ از پسران و ۵۷/۱٪ از دختران مبتلا به CHD دچار کمخونی بودند که تفاوت آماری معنی داری بین دو جنس مشاهده نشد. شیوع کمخونی در کودکان مبتلا به CHD زیر ۳ سال ۷۶/۹٪ و کودکان مبتلا به CHD ۳ سال به بالا ۵۲/۹٪ بود که تفاوت آماری معنی داری بین آنها وجود نداشت. اما شیوع کمخونی در کودکان مبتلا به CHD با وزن زیر ۱۲/۵ کیلوگرم (۷/۸۶٪) به طور معنی داری بیش از کودکان با وزن ۱۲/۵ کیلوگرم به بالا (۴۰٪) بود. تفاوت معنی داری بین مبتلایان به کمخونی دو گروه از نظر میانگین تعداد گلبولهای سرخ، هموگلوبین، MCV، RDW، retic وجود نداشت (بیگوند و همکاران، ۱۴۰۰: ۱).

روش تحقیق

تحقیق حاضر یک تحقیق کاربردی بوده که با استفاده از دوسیه های موجود از تمام اطفال مبتلا به بیماری های مادرزادی با سن کمتر از ۵ سال بستری شده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی طی سال ۱۴۰۲ می باشد. سمپل سایز این تحقیق را تمام اطفال مراجعه کننده در سرویس داخله و اطفال تشکیل میدهد. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان و فورمول کوکران (۱۰۴۰) نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. داده ها از طریق دوسیه مریضان جمع آوری سپس وارد نرم افزار SPSS 27 گردیده و تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

تجزیه و تحلیل

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان نظر به جنسیت

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مذکر	۵۹۸	۵۷.۵	۵۷.۵	۵۷.۵
	مونث	۴۴۲	۴۲.۵	۴۲.۵	۱۰۰.۰
	Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان را نظر به جنسیت نشان می دهد. یافته ها نشان می دهد که از جمله (۱۰۴۰) تن، (۵۹۸) تن مذکر (۵۷.۵٪) و (۴۴۲) تن مونث (۴۲.۵٪) را تشکیل می دهد.

جدول (۲) آمار توصیفی مریضان نظر به محل سکونت

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	شهری	۴۵۷	۴۳.۹	۴۳.۹	۴۳.۹
	ساکنان ولسوالی ها و قریه جات مربوطه ولایت بلخ	۳۵۶	۳۴.۲	۳۴.۲	۷۸.۲
	خارج از ولایت	۲۲۷	۲۱.۸	۲۱.۸	۱۰۰.۰
	Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۲) آمار توصیفی مریضان را نظر به محل زندگی نشان می دهد. از جمله مریضان مراجعه کننده (۴۵۷) تن آن شهر نشین، (۳۵۶) تن ساکنان ولسوالی ها و قریه جات مربوطه ولایت بلخ و (۲۲۷) تن آنها خارج از ولایت بودند که بر اساس فیصدی به ترتیب ۴۳.۹٪، ۳۴.۲٪ و ۲۱.۸٪ را تشکیل می دهد.

جدول (۳) آمار توصیفی شغل پدر مریضان HCD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	کارمند دولت	۷۸	۷.۵	۷.۵	۷.۵
	شغل آزاد	۲۵۰	۲۴.۰	۲۴.۰	۳۱.۵
	غریب کار	۳۸۳	۳۶.۸	۳۶.۸	۶۸.۴
	دهقان	۱۷۲	۱۶.۵	۱۶.۵	۸۴.۹
	فوت نموده	۱	.۱	.۱	۸۵.۰
	بیکار	۱۵۶	۱۵.۰	۱۵.۰	۱۰۰.۰
	Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۳) آمار توصیفی شغل پدر مریضان را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که پدر ۷۸ تن آنها کارمند دولت، ۲۵۰ تن آنها دارای شغل آزاد، ۳۸۳ تن آنها غریب کار، ۱۷۲ تن آنها دهقان، یک تن آنها فوت نموده و ۱۵۶ تن آنها بیکار هستند.

جدول (۴) آمار توصیفی سن مادر مریضان

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	۱۸-۲۰	۳۹	۳.۷۵	۳.۷۵	۳.۷۵
	۲۰-۳۰	۴۰	۳.۸۴	۳.۸۴	۷.۵۹
	۳۰-۴۰	۹۰۷	۸۷.۲	۸۷.۲	۹۴.۸
	۴۰-۵۰	۵۴	۵.۲	۵.۲	۱۰۰.۰
	Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۴) آمار توصیفی سن مادر مریضان را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که سن مادر (۳۹) تن طفل در میان سنین ۱۸-۲۰ سال، سن مادر (۴۰) تن طفل در میان سنین ۲۰-۳۰ سال، سن مادر ۹۰۷ تن میان سنین ۳۰-۴۰ سال و سن ۵۴ مادر دیگر میان ۴۰-۵۰ سال بدست آمده که بر اساس فیصدی به ترتیب ۷.۶٪، ۳.۸٪ و ۵.۲٪ را تشکیل می‌دهد.

جدول (۵) آمار توصیفی قرابت فامیلی پدر و مادر مریضان

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نخیر	۴۸۳	۴۶.۴	۴۶.۴	۴۶.۴
	بلی	۵۵۷	۵۳.۶	۵۳.۶	۱۰۰.۰
	Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۵) آمار توصیفی قرابت پدر و مادر مریضان را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که پدر و مادر (۴۸۶) تن اطفال دارای قرابت فامیلی نبوده و پدر و مادر (۵۵۷) تن اطفال دارای قرابت فامیلی اند.

جدول (۶) آمار توصیفی مریضان به تفکیک محل سکونت و قرابت فامیلی

قرابت فامیلی		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	شهری	۲۲۲	۴۶.۰	۴۶.۰	۴۶.۰
	ساکنان ولسوالی ها و قریه جات مربوطه ولایت بلخ	۱۷۱	۳۵.۴	۳۵.۴	۸۱.۴
	خارج از ولایت	۹۰	۱۸.۶	۱۸.۶	۱۰۰.۰
	Total	۴۸۳	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	
Valid	شهری	۲۳۵	۴۲.۲	۴۲.۲	۴۲.۲
	ساکنان ولسوالی ها و قریه جات مربوطه ولایت بلخ	۱۸۵	۳۳.۲	۳۳.۲	۷۵.۴
	خارج از ولایت	۱۳۷	۲۴.۶	۲۴.۶	۱۰۰.۰
	Total	۵۵۷	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۶) آمار توصیفی پاسخ دهندگان را به تفکیک محل سکونت و قرابت فامیلی نشان می دهد. یافته ها نشان می دهد که از جمله (۴۵۷) تن زوجین مسکون در شهر، (۲۳۵) تن آنها دارای قرابت فامیلی بوده (۵۱,۴٪)؛ از جمله (۳۵۶) زوجین مسکون در ولسوالی ها و قریه جات مربوطه ولایت بلخ (۱۸۵) خانواده دارای قرابت فامیلی (۵۱,۹٪) بوده و در اخیر هم از جمله (۲۲۷) زوجین مسکون در خارج از ولایت (۱۳۷) زوجین دارای قرابت فامیلی اند (۶۰,۳٪).

جدول (۷) آمار توصیفی وزن مریضان

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	۱۰۰۰-۲۰۰۰	۱۱۲	۱۰.۸	۱۰.۸	۱۰.۸
	۲۰۰۰-۳۰۰۰	۲۷۸	۲۶.۷	۲۶.۷	۳۷.۵
	۳۰۰۰-۴۰۰۰	۳۸۸	۳۷.۳	۳۷.۳	۷۴.۸
	۴۰۰۰-۵۰۰۰	۱۲۱	۱۱.۶	۱۱.۶	۸۶.۴
	۵۰۰۰-۶۰۰۰	۴۰	۳.۸	۳.۸	۹۰.۳
	۶۰۰۰-۷۰۰۰	۴۱	۳.۹	۳.۹	۹۴.۲
	۷۰۰۰-۸۰۰۰	۳۲	۳.۱	۳.۱	۹۷.۳
	۹۰۰۰-۱۰۰۰۰	۲۸	۲.۷	۲.۷	۱۰۰.۰
	Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۷) آمار توصیفی اطفال را نظر به وزن نشان می دهد. وزن (۱۱۲) طفل ۱-۲ هزار گرام، وزن (۲۷۸) طفل ۲-۳ هزار گرام، وزن (۳۸۸) طفل ۳-۴ هزار گرام، وزن (۱۲۱) طفل ۴-۵ هزار گرام، وزن (۴۰) طفل ۵-۶ هزار گرام، وزن (۴۱) طفل ۶-۷ هزار گرام، وزن (۳۲) طفل ۷-۸ هزار گرام و وزن (۲۸) طفل ۹ هزار گرام الی ده کیلو گرام بدست آمده است.

جدول (۸) آمار توصیفی سن هفته حمل

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ۲۰-۳۰	۵۱۲	۴۹.۲	۴۹.۲	۴۹.۲
۳۰-۴۰	۴۹۵	۴۷.۶	۴۷.۶	۹۶.۸
۴۰-۵۰	۳۳	۳.۲	۳.۲	۱۰۰
Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۸) آمار توصیفی سن هفته حمل را نشان می دهد. در این یافته (۵۱۲) تن در هفته ۲۰-۳۰، (۴۹۵) تن در هفته ۳۰-۴۰ و (۳۳) تن در هفته ۴۰-۵۰ حمل گرفته اند.

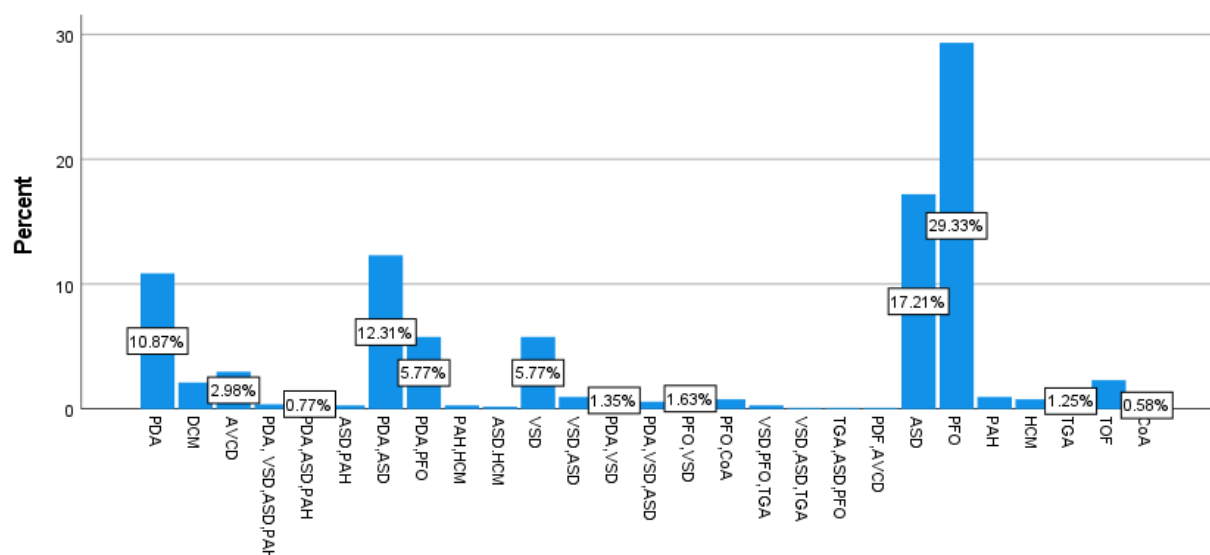
جدول (۹) آمار توصیفی تشخیص امراض ولادی قلب نزد اطفال کمتر از ۵ سال

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PDA	۱۱۳	۱۰.۹	۱۰.۹	۱۰.۹
DCM	۲۲	۲.۱	۲.۱	۱۳.۰
AVCD	۳۱	۳.۰	۳.۰	۱۶.۰
PDA, VSD, ASD, PAH	۴	.۴	.۴	۱۶.۳
PDA, ASD, PAH	۸	.۸	.۸	۱۷.۱
ASD, PAH	۳	.۳	.۳	۱۷.۴
PDA, ASD	۱۲۸	۱۲.۳	۱۲.۳	۲۹.۷
PDA, PFO	۶۰	۵.۸	۵.۸	۳۵.۵
PAH, HCM	۳	.۳	.۳	۳۵.۸
ASD, HCM	۲	.۲	.۲	۳۶.۰
VSD	۶۰	۵.۸	۵.۸	۴۱.۷
VSD, ASD	۱۰	۱.۰	۱.۰	۴۲.۷
PDA, VSD	۱۴	۱.۳	۱.۳	۴۴.۰
PDA, VSD, ASD	۶	.۶	.۶	۴۴.۶
PFO, VSD	۱۷	۱.۶	۱.۶	۴۶.۳
PFO, CoA	۸	.۸	.۸	۴۷.۰
VSD, PFO, TGA	۳	.۳	.۳	۴۷.۳

VSD,ASD,TGA	۱	.۱	.۱	۴۷.۴
TGA,ASD,PFO	۱	.۱	.۱	۴۷.۵
PDF,AVCD	۱	.۱	.۱	۴۷.۶
ASD	۱۷۹	۱۷.۲	۱۷.۲	۶۴.۸
PFO	۳۰.۵	۲۹.۳	۲۹.۳	۹۴.۱
PAH	۱۰	۱.۰	۱.۰	۹۵.۱
HCM	۸	.۸	.۸	۹۵.۹
TGA	۱۳	۱.۳	۱.۳	۹۷.۱
ToF	۲۴	۲.۳	۲.۳	۹۹.۴
CoA	۶	.۶	.۶	۱۰۰.۰
Total	۱۰۴۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

جدول (۹) آمار توصیفی تشخیص بیماری های مادرزادی قلبی را نزد اطفال مراجعه کننده به شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی را نشان می دهد. یافته ها نشان می دهد که بیشترین تشخیص به ترتیب در (۳۰۵) طفل PFO، در (۱۷۹) طفل ASD، در (۱۲۸) طفل PDA و ASD و در (۱۱۳) طفل ASD تشخیص داده شده و کمترین تشخیص میان اطفال (۱) طفل TGA، ASD، PFO، PDF، AVCD، TGA، ASD، PFO و VSD، ASD، TGA مشاهده شده است.

گراف (۱) تشخیص امراض ولادی قلب نزد اطفال کمتر از ۵ سال



نتیجه گیری

این بیماری ها می توانند در تمامی قسمت های قلب از جمله سوراخی در دیواره های قلب، تنگی در شریان ها، بزرگی یا کوچکی ناهنجار در ساختار قلب و سایر عیوب درون قفسه سینه رخ دهند (Spillmann, et al, 2023:1526). شیوع بیماری های مادرزادی قلبی در اطفال کمتر از ۵ سال به شدت وابسته به عوامل مختلفی است که شامل عوامل ژنتیکی و محیطی می شود. عوامل ژنتیکی شامل وراثت بیماری از والدین به فرزندان است (Hinton, et al, 2017: 1689). همچنین، عوامل محیطی مانند عفونت های ویروسی در دوره بارداری، مصرف مواد مخدر یا الکل توسط مادر در دوران بارداری و تغذیه نامناسب مادر در طول بارداری می توانند بر شیوع بیماری های مادرزادی قلبی در اطفال تأثیرگذار باشند (Kellaher, et al, 2021: ۱۶۹۰). تشخیص امراض ولادی قلب در اطفال کوچک به دلیل علائم نامشخص و غیر واضح، چالش هایی را ایجاد می کند. با استفاده از ابزارهای تشخیصی مانند اکوکاردیوگرافی (اکو) و آنژیوگرافی، امکان تشخیص و تعیین نوع و شدت بیماری وجود دارد. درمان امراض ولادی قلب می تواند شامل داروها، جراحی و روش های تصحیحی دیگر مانند کاتتریسم قلبی باشد.

تحقیق حاضر یک تحقیق کاربری بوده و داده ها با استفاده از دوسیه های موجود از تمام اطفال مبتلا به بیماری های مادرزادی با سن کمتر از ۵ سال بستری شده در شفاخانه حوزوی ابوعلی سینای بلخی طی سال ۱۴۰۲ جمع آوری گردیده است. جامعه آماری (سمپل سایز) این تحقیق را تمام (۱۰۴۰) نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. داده ها از طریق دوسیه مریضان جمع آوری سپس وارد نرم افزار SPSS 27 گردیده و تجزیه و تحلیل صورت گرفت. از جمله ۱۰۴۰ طفل، ۵۹۸ تن آنها مذکر و ۴۴۲ تن آنها مونث بودند. از جمله اطفال ۴۵۷ تن داخل شهر مزار شریف زندگی می کردند، ۳۵۶ تن اطراف شهر و ۲۲۷ تن خارج از ولایت بلخ سکونت داشتند. شغل پدر اکثریت آنها غریبکاری بوده (۳۶٫۸٪). سن مادر اکثریت اطفال ۳۰-۴۰ سال بود (۸۷/۹۰٪). از جمله ۴۸۳ تن بدون قرابت فامیلی و ۵۵۷ تن دارای قرابت فامیلی بودند. بیشترین تشخیص به ترتیب در (۳۰۵) طفل PFO، در (۱۷۹) طفل ASD، در (۱۲۸) طفل PDA و ASD و در (۱۱۳) طفل ASD تشخیص داده شده و کمترین تشخیص میان اطفال (۱) طفل PDF, AVCD, TGA, ASD, PFO و VSD, ASD, TGA مشاهده شده است.

همانطور که ذکر شد تمام تحقیقات دیگر نیز به علت این تفاوتها در عوامل جنیتیکی، محیطی و مادری پرداخته اند و این خود مستلزم یک بررسی گسترده تر با توجه به عوامل مؤثر ذکر شده می باشد. آنهایی که ازدواج فامیلی کرده اند؛ با عنایت از دخیل بودن عوامل ذکر شده در بروز بیماری های مادرزادی قلبی به نظر می رسد لازم است به خانواده ها در مورد ازدواج خانوادگی و ابتلای فرزندان شان به بروز بیماری های مادرزادی قلبی آگاهی بیشتر داده شود.

سپاس و تشکر

در پایان جا دارد از ریاست شفاخانه، چیف، ترینر متخصص، داکتران سرویس داخله اطفال و اعضای اداری شفاخانه که زمینه انجام این تحقیق را مساعد نموده اند؛ تشکری نموده و از خداوند متعال موفقیت های بیشتر در تمام عرصه زندگی برایشان خواهانم.

منابع و مأخذ

۱. بهجتی اردکانی، مصطفی، مدرسی، وجیهه، رحیم پور، شهاب، و بهجتی اردکانی، محمدامین. (۱۳۹۰). بیماری های مادرزادی قلب در نوزادان مادران دیابتیک: یک بررسی اکوکاردیوگرافیک. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۹(۴ (پیاپی ۷۹))، ۵۱۱-۵۱۷.
۲. بیگوند، آیدا و نغمه سنج، زهرا و رجایی، شاهرخ و صالح، فضل و کارگرفردجرهمی، محمدرضا، ۱۴۰۲، بررسی شیوع کمخونی در کودکان با بیماری قلبی مادرزادی مراجعه کننده به بیمارستان کودکان بندرعباس از مهر لغایت اسفند ۱۴۰۰، پنجمین کنگره تحقیقی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، <https://civilica.com/doc/1931659>
۳. زینالو، علی اکبر، تدبیر، عبدالله، و توکل، محسن. (۱۳۸۱). بررسی کودکان مراجعه کننده به مرکز طبی کودکان با تشخیص بیماری های مادرزادی قلب ۸۰-۱۳۷۹. مجله دانشکده پزشکی، ۶۰(۱)، ۷۶-۸۱.
۴. سبزه ای محمد کاظم، تناسان اسدالله، شکوهی مریم، بصیری بهناز. بررسی فراوانی و عوامل خطر بیماری های مادرزادی قلب و پیامد ناشی از آن در نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان بعثت همدان بین سال های ۹۵-۱۳۹۱. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۱۳۹۸؛ ۳۰ (۷): ۵۶۵-۵۷۴.
۵. معتمدی محمدرضا، محمدی شاهراجی شهرام. شیوع بیماریهای مادرزادی قلب در کودکان دبستانی. تحقیق در پزشکی. ۱۳۷۳؛ ۱۸ (۴): ۵۷-۶۲.
۶. موحدیان، امرحسین؛ نوربخشی، سید احسان الله؛ مسیبی، زیبا؛ مازوچی، طاهره؛ موسوی، سید غلامعباس. (۱۳۸۰). بررسی شیوع بیماری های مادرزادی قلبی در نوزادان بستری در بخش نوزادان بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سالهای ۱۳۷۵-۱۳۷۹، فصلنامه علمی تحقیقی فیض، شماره هجدهم، صص ۷۶-۸۰.
۷. نوری، نورمحمد، رجایی، شاهرخ، و بریری، طاهره. (۱۳۸۹). وضعیت رشد در کودکان مبتلا به بیماریهای مادرزادی قلب. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۲(۲)، ۷۸-۸۳.
۸. Hinton, R. B., & Ware, S. M. (2017). Heart Failure in Pediatric Patients With Congenital Heart Disease. *Circulation research*, 120(6), 978-994. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308996>
۹. Kelleher, S. T., McMahon, C. J., & James, A. (2021). Necrotizing Enterocolitis in Children with Congenital Heart Disease: A Literature Review. *Pediatric cardiology*, 42(8), 1688-1699. <https://doi.org/10.1007/s00246-021-02691-1>.
۱۰. Silva, A. C. S. S. D., Góes, F. G. B., Silva, L. F. D., Silva, L. J. D., Bonifácio, M. C. S., & Coelho, Y. C. C. B. (2021). Children with congenital heart disease in COVID-19 pandemic times: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(1), e20201033. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1033>.
۱۱. Spillmann, R., Polentarutti, S., Ehrler, M., Kretschmar, O., Wehrle, F. M., & Latal, B. (2023). Congenital heart disease in school-aged children: Cognition, education, and participation in leisure activities. *Pediatric research*, 94(4), 1523-1529. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01853-4>.
۱۲. Zhu, S., Sai, X., Lin, J., Deng, G., Zhao, M., Nasser, M. I., & Zhu, P. (2020). Mechanisms of perioperative brain damage in children with congenital heart disease. *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie*, 132, ۱۱۰۹۵۷. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110957>.