

"شیوع اختلالات روانی در سندرم پرولاپس دریچه میترا"

۱دکتر محمد جعفر مدبر نیا^۲ دکتر محمد رضا افراز^۳ دکتر محمد علی دربندی^۴ خانم زهرا یزدان دوست^۵
سید حسین موسوی خندان

خلاصه

سندرم پرولاپس دریچه میترا شایعترین اختلال دریچه ای قلب در انسان می باشد و حداقل شیوع آن در جامعه پنج درصد است همراهی این سندرم با اختلالات روانی مطرح می باشد. در این بررسی ۶۴۸ بیمار (۴۱۱ نفر مونث و ۲۳۷ نفر مذکر) با میانگین سنی ۳۲/۲ سال که پرولاپس دریچه میترا در آنها با اکوکاردیوگرافی تشخیص داده شده بود از نظر روانی معاینه و با ۶۶۰ نفر (۴۷۰ نفر مونث و ۱۹۰ نفر مذکر) با میانگین سنی ۳۳/۳ سال، از جمعیت عادی به عنوان گروه شاهد مقایسه شدند.

۵۵۹ نفر (۸۶/۳ درصد) از مبتلایان به سندرم پرولاپس دریچه میترا اختلالات روانی داشتند که به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: اضطراب منتشر ۳۳۱ نفر، افسردگی ۱۱۱ نفر، پانیک (Panic) ۷۶ نفر، فوبی ساده (Simple phobia) ۱۵ نفر ترس از تنهایی (Agoraphobia) ۱۱ نفر، فوبی اجتماعی (Social Phobia) ۹ نفر، وسواس ۵ نفر و نوروز هیپوکوندیایک نفر.

در گروه شاهد از ۶۶۰ نفر، ۳۳۴ نفر (۵۰/۶ درصد) اختلالات روانی داشتند که به ترتیب فراوانی عبارتند بودند از: افسردگی ۱۱۵ نفر، پانیک ۵۰ نفر، اضطراب منتشر ۴۹ نفر، فوبی اجتماعی ۴۸ نفر، فوبی ساده ۳۰ نفر، وسواس ۲۴ نفر، آگورافوبیا ۱۵ نفر و نوروز هیپوکوندیایک نفر.

این بررسی نشان می دهد که برخی از اختلالات روانی (اضطراب منتشر و پانیک) در مبتلایان به سندرم پرولاپس دریچه میترا شایعتر از مردم عادی می باشد هر چند نقش این سندرم در ایجاد اختلالات روانی هنوز دقیقاً مشخص نشده است، اما توصیه می کنیم که درمان اختلالات روانی ضرورتاً جزئی از درمان سندرم پرولاپس دریچه میترا باشد.

۱ استادیار، روانپزشک، بیمارستان میرزا کوچک - رشت

۲ استادیار، متخصص قلب و عروق، بیمارستان دکتر حشمت - رشت

۳ استادیار، روانپزشک، بیمارستان میرزا کوچک - رشت

۴ فوق لیسانس پرستاری، دانشکده پرستاری شهید بهشتی - رشت

۵ روانشناس بالینی، بیمارستان میرزا کوچک - رشت

مقدمه: وجود بررسی های بی شمار در ادبیات روانپزشکی برای شناخت ارتباط بین بیماریهای قلب و عروق و اختلالات روانی، به ویژه نوزدها، از زمانهای قدیم دال بر وجود همزمان این دو اختلال در بسیاری از بیماران است.

در آغاز به دلیل آشنایی اندکی که درباره این بیماریها وجود داشت از مفاهیم کلی که به طور ضمنی هر دو عضو (روان-قلب) را شامل می شد استفاده می کردند، به طوری که ویلیام اسلر (۱) اصطلاح نوز قلب را برای بیمارانی که دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس، تپش و تحریک پذیری بودند به کار می برد. لويس (۲) از مفهوم سندرم قلب سربازی برای سربازان شرکت کننده در جنگ جهانی اول که مبتلا به همان علائم بودند استفاده می کرد. با شناخت بیشتر در مورد عملکرد قلب و روان از مفاهیم مشخصتری برای توضیح بیماریهای هر یک از این دو عضو استفاده می شد. به طوریکه در ۱۹۷۶ و ولی (۳) مجموعه علائم فوق را سندرم پرولاپس دریچه میترا نامید. در مورد نوزدها نیز برای هر کدام از انواع آن محک تشخیصی تقریباً "جامعی مطرح شد".

در مبتلایان به سندرم پرولاپس دریچه میترا علائمی دیده می شود که به طور دقیق با فیزیوپاتولوژی قلب قابل توضیح نبوده برعکس در بیماران نورو تیک، بویژه از نوع اضطرابی آن علائمی موجود است که فقط با کارکرد سیستم عصبی بطور کامل قابل تبیین نیست. وجود علائم مشترک در این دو بیماری و پیداکردن علل آن انگیزه بسیاری از مطالعات و کاوشها در این زمینه است. بررسی ما هم در همین راستا می باشد.

روش کار: از اوایل سال ۱۳۶۲ لغایت اواخر ۱۳۶۷ در شهرستان رشت، مراجعه کنندگان به درمانگاه یا بخش قلب بیمارستان پورسینا- و مطب کار دیولوژی که پس از بررسیهای قلبی منجمله اکوکار دیوگرافی ام مد (M. Mode) وجود سندرم پرولاپس دریچه میترا را در آنها تشخیص داده می شد، برای بررسی روانی به روانپزشک معرفی می شدند.

معیارهای اکوکار دیوگرافیک برای تشخیص عبارت بودند از: حرکت خلفی سه میلی متر یا بیشتر (های) دریچه میترا در زمان سیستول از خط C-D در تمام پایان سیستول.

روانپزشک هر یک از بیماران ارجاعی را با استفاده از معیارهای DSMIII بررسی روانی و در صورت لزوم در مان می نمود و سپس نتایج را کتباً "در اختیار متخصص قلب قرار می داد". ۶۴۸ نفر مبتلا به پرولاپس دریچه میترا را بررسی روانپزشکی شدند که از این تعداد ۴۱۱ نفر مونث و ۲۳۷ نفر مذکر بامیانگین سنی ۳۲/۲ سال بودند.

برای مقایسه با مبتلایان به پرولاپس دریچه میترا، ۶۶۰ نفر از جمعیت عادی (۴۷۰ نفر مونث، ۱۹۰ نفر مذکر، بامیانگین سنی ۳۳/۳ سال) که از نظر موقعیت های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، خانوادگی، سن و جنس با گروه بیماران قابل تطبیق بودند، بررسی روانپزشکی شدند.

در گروه شاهد هم برای بررسی از معیار DSMIII استفاده شد، که طی آن مجموع علائم هر بیماری به صورت پرسشنامه از طریق واحد بهداشت روانی بهداری استان گیلان توسط روانپرستار و روانشناس بالینی، ضمن توضیح کامل اهداف

(۵۰/۶ درصد) مبتلا به انواع اختلالات روانی به شرح زیر بودند:

افسردگی ۱۵ نفر (۱۷/۴ درصد)، مونث ۸۰ نفر (۱۷ درصد) و مذکر ۳۵ نفر (۱۸/۴ درصد)، پانیک ۵۰ نفر (۷/۶ درصد)، ۳۹ نفر (۸/۳ درصد) مونث و ۱۱ نفر (۵/۸ درصد) مذکر، اضطراب منتشر ۴۹ نفر (۷/۴ درصد)، ۴۲ نفر (۸/۹ درصد) مونث و ۷ نفر (۳/۷ درصد) مذکر، فوبی اجتماعی ۴۸ نفر (۷/۳ درصد)، ۳۱ نفر (۶/۶ درصد) مونث و ۱۷ نفر (۹ درصد) مذکر، فوبی ساده ۳۰ نفر (۴/۵ درصد)، ۲۶ نفر (۵/۵ درصد) مونث و ۴ نفر (۲/۱ درصد) مذکر، وسواس ۲۴ نفر (۳/۶ درصد)، ۱۵ نفر (۳/۲ درصد) مونث و ۹ نفر (۴/۷ درصد) مذکر، ۱۰ نفر (۲/۳ درصد) و ۲ نفر (۲/۱ درصد) اضطراب منتشر ۳۳۱ نفر (۵۱ درصد) که ۲۱۶ نفر (۵۲/۶ درصد) مونث و ۱۱۵ نفر (۴۸/۵ درصد) مذکر بودند. افسردگی ۱۱۱ نفر (۱۷/۱ درصد) که ۷۲ نفر (۱۷/۵ درصد) مونث و ۳۹ نفر (۱۶/۵ درصد) مذکر بودند. پانیک ۷۶ نفر (۱۱/۸ درصد) که ۵۵ نفر (۱۳/۴ درصد) مونث و ۲۱ نفر (۸/۹ درصد) مذکر بودند. فوبی ساده ۱۵ نفر (۲/۳ درصد) که ۵ نفر (۱/۲ درصد) مونث و ۱۰ نفر (۴/۲ درصد) مذکر بودند. ۱۰ گورافوبیا ۱۱ نفر (۱/۷ درصد) که ۶ نفر (۱/۵ درصد) مونث و ۵ نفر (۲/۱ درصد) مذکر بودند. فوبی اجتماعی ۹ نفر (۱/۴ درصد) که ۳ نفر (۰/۷ درصد) مونث و ۶ نفر (۲/۵ درصد) مذکر بودند. وسواس ۵ نفر (۰/۸ درصد) که ۲ نفر (۰/۵ درصد) مونث و ۳ نفر (۱/۳ درصد) مذکر بودند. نورزهیپوکوندریا ۶۰ نفر (۰/۲ درصد) که آن هم مونث بود.

از ۶۴۸ نفر مبتلا به پرولاپس دریچه میترال که بررسی روانپزشکی شدند ۵۵۹ نفر (۸۶/۳ درصد) مبتلا به انواع اختلالات روانی به شرح زیر بودند:

اضطراب منتشر ۳۳۱ نفر (۵۱ درصد) که ۲۱۶ نفر (۵۲/۶ درصد) مونث و ۱۱۵ نفر (۴۸/۵ درصد) مذکر بودند. افسردگی ۱۱۱ نفر (۱۷/۱ درصد) که ۷۲ نفر (۱۷/۵ درصد) مونث و ۳۹ نفر (۱۶/۵ درصد) مذکر بودند. پانیک ۷۶ نفر (۱۱/۸ درصد) که ۵۵ نفر (۱۳/۴ درصد) مونث و ۲۱ نفر (۸/۹ درصد) مذکر بودند. فوبی ساده ۱۵ نفر (۲/۳ درصد) که ۵ نفر (۱/۲ درصد) مونث و ۱۰ نفر (۴/۲ درصد) مذکر بودند. ۱۰ گورافوبیا ۱۱ نفر (۱/۷ درصد) که ۶ نفر (۱/۵ درصد) مونث و ۵ نفر (۲/۱ درصد) مذکر بودند. فوبی اجتماعی ۹ نفر (۱/۴ درصد) که ۳ نفر (۰/۷ درصد) مونث و ۶ نفر (۲/۵ درصد) مذکر بودند. وسواس ۵ نفر (۰/۸ درصد) که ۲ نفر (۰/۵ درصد) مونث و ۳ نفر (۱/۳ درصد) مذکر بودند. نورزهیپوکوندریا ۶۰ نفر (۰/۲ درصد) که آن هم مونث بود.

مورد نظر در اختیار بررسی شوندگان قرار داده می شد. پرسشنامه ها بعد از تکمیل توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار می گرفت.

روانپزشک برای به حداقل رساندن اشتباه تشخیصی سعی بر این داشت که علاوه بر دقت روی یکایک جوابهای داده شده، توجه بیشتری به کل جوابها بنماید، و به همین دلیل حدوداً سیصد پرسشنامه به علت نداشتن پاسخهای روشن از بررسی حذف شد.

نتایج: از ۶۴۸ نفر مبتلا به پرولاپس دریچه میترال که بررسی روانپزشکی شدند ۵۵۹ نفر (۸۶/۳ درصد) مبتلا به انواع اختلالات روانی به شرح زیر بودند:

اضطراب منتشر ۳۳۱ نفر (۵۱ درصد) که ۲۱۶ نفر (۵۲/۶ درصد) مونث و ۱۱۵ نفر (۴۸/۵ درصد) مذکر بودند. افسردگی ۱۱۱ نفر (۱۷/۱ درصد) که ۷۲ نفر (۱۷/۵ درصد) مونث و ۳۹ نفر (۱۶/۵ درصد) مذکر بودند. پانیک ۷۶ نفر (۱۱/۸ درصد) که ۵۵ نفر (۱۳/۴ درصد) مونث و ۲۱ نفر (۸/۹ درصد) مذکر بودند. فوبی ساده ۱۵ نفر (۲/۳ درصد) که ۵ نفر (۱/۲ درصد) مونث و ۱۰ نفر (۴/۲ درصد) مذکر بودند. ۱۰ گورافوبیا ۱۱ نفر (۱/۷ درصد) که ۶ نفر (۱/۵ درصد) مونث و ۵ نفر (۲/۱ درصد) مذکر بودند. فوبی اجتماعی ۹ نفر (۱/۴ درصد) که ۳ نفر (۰/۷ درصد) مونث و ۶ نفر (۲/۵ درصد) مذکر بودند. وسواس ۵ نفر (۰/۸ درصد) که ۲ نفر (۰/۵ درصد) مونث و ۳ نفر (۱/۳ درصد) مذکر بودند. نورزهیپوکوندریا ۶۰ نفر (۰/۲ درصد) که آن هم مونث بود. از ۶۶۰ نفر گروه شاهد که بررسی روانپزشکی شدند ۳۳۴ نفر

بود. شیوع افسردگی، پانیک، ترس ساده، ترس از تنهایی و نورزهیپوکوند ریاد در دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند (جدول شماره ۲).

وقتی کل مبتلایان به سندرم پرو لاپس در یچه میترا ل اولیه با گروه شاهد (افراد جامعه) مقایسه آماری شد، اضطراب منتشر و پانیک بطور بارزی در پرو لاپس در یچه میترا ل شایع تر بود، در حالیکه ترس ساده، ترس اجتماعی و وسواس در گروه شاهد شایع تر بودند. شیوع افسردگی، ترس از تنهایی و نورزهیپوکوند ریاد در هر دو گروه اختلاف معنی داری نشان ندادند (جدول شماره ۳).

بحث:

پرو لاپس در یچه میترا ل شایع ترین اختلال در یچه ای قلب شناخته شده در انسان است و حداقل شیوع آن در جامعه پنج درصد می باشد (۴). از شناخت علمی این سندرم کمتر از ربع قرن می گذرد و به همین دلیل هنوز ابهامات زیادی در مورد این عارضه وجود دارد (۵). وجود علائم مشترک چون تپش قلب، درد سینه، تنگی نفس، خستگی، سرگیجه و غش بین این مبتلایان و اختلالات روانی چون اضطراب، پانیک، افسردگی و غیره (۷ و ۶). همراهی پرو لاپس در یچه میترا ل و اختلالات روانی رابیش از پیش مطرح می کند.

بررسی اختلالات روانی در بیماران مبتلا به پرو لاپس در یچه میترا ل کمتر انجام شده است (۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳). اغلب بررسیها به صورت بررسی وجود پرو لاپس در یچه میترا ل در بیماران مبتلا به اختلالات روانی می باشد. در بعضی از این بررسیها، هیچگونه تفاوت بارزی از نظر شیوع اختلالات روانی بین مبتلایان به پرو لاپس در یچه میترا ل و گروه شاهد

مشاهده نکرده اند (۱۰ و ۱۱). بررسیهایی که در بیماران پانیک و اگور فویا از نظر شیوع پرو لاپس در یچه میترا ل انجام گرفته نتایج مختلفی به همراه داشته است به طوری که شیوع پرو لاپس در یچه میترا ل در مبتلایان به اگور فویا و پانیک در بعضی از بررسیها به ترتیب ۴۴ و ۳۸ درصد بوده است (۸ و ۱۴)، در حالی که در بررسیهای دیگر تفاوت بارزی بین بیماران مبتلا به اگور فویا و پانیک با گروه شاهد از نظر شیوع پرو لاپس در یچه میترا ل وجود نداشته است (۱۱ و ۱۲).

بررسی حاضر نشان می دهد که برخی از اختلالات روانی به میزان قابل ملاحظه ای در افراد مبتلا به پرو لاپس در یچه میترا ل شایع تر از گروه شاهد (جمعیت عادی) می باشد، (اضطراب منتشر ۵۱ درصد در پرو لاپس در یچه میترا ل در مقابل ۷/۴ درصد در گروه شاهد $P < 0.001$ ، پانیک ۱۱/۸ درصد در پرو لاپس در یچه میترا ل در مقابل ۷/۶ درصد در گروه شاهد $P < 0.025$). بقیه اختلالات روانی در دو گروه از نظر شیوع مساوی و یا در گروه شاهد بیشتر از مبتلایان به پرو لاپس بود (جدول شماره ۳). شیوع بیشتر بعضی از اختلالات در گروه شاهد به علت کم بودن حجم نمونه در مورد وسواس و به دلیل فقدان دلیل در مورد ترس ساده و ترس اجتماعی نیاز به بررسی های دیگر با حجم نمونه بیشتر دارد.

در مورد همراهی (ارتباط) پرو لاپس در یچه میترا ل و بعضی اختلالات روانی پزشکی علت مشخصی پیدا نشده است، اما نظریات زیر مطرح است:

۱ - باتوجه به شیوع تقریباً مساوی پانیک و پرو لاپس در یچه میترا ل به میزان حدود ۶ درصد در جمعیت عادی، شایع بودن این دو عارضه در افراد مونث، مشترک بودن علائمی چون تپش

۳- درجه مبتلا به پرولاپس يك درجه طبعی نیست (۱۸ و ۱۹). بنابراین تجمع پلاکت‌ها روی چنین درجه معیوبی می‌تواند سبب میکروآمبولی‌هایی به مغز و در نتیجه حملات ایسکمی گذرا (Transient Ischemic Attack) و احیاناً "اختلالات رفتاری گردد (۲۰)۰"

اختلالات رفتاری گردد (۲۰)۰		نوع اختلال		تعداد دفعات		دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	
دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و	دربررسیهای متعدد نشان داده اند که کاتکولامین پلاسما و
۴	۷	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۵	۵	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۶	۶	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۷	۷	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۸	۸	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۹	۹	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۰	۱۰	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۱	۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۲	۱۲	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۳	۱۳	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۴	۱۴	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۵	۱۵	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۶	۱۶	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۷	۱۷	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۸	۱۸	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۱۹	۱۹	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱
۲۰	۲۰	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱	۵/۱۱

اختلالات روانی	پرولاپس دریچه میترال		گروه شاهد		تفاوت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P Value
اضطراب منتشر	۲۱۶	۵۲/۶	۴۲	۸/۹	معنی دار است $< 0/001$
افسردگی	۷۲	۱۷/۵	۸۰	۱۷	معنی دار نیست $> 0/5$
پانیک	۵۵	۱۳/۴	۳۹	۸/۳	معنی دار است $< 0/025$
ترس ساده	۵	۱/۲	۲۶	۵/۵	معنی دار است $< 0/001$
ترس از تنهایی	۶	۱/۵	۱۰	۲/۱	معنی دار نیست $< 0/5$
ترس اجتماعی	۳	۰/۷	۳۱	۶/۶	معنی دار است $< 0/001$
وسواس	۲	۰/۵	۱۵	۳/۲	معنی دار است $< 0/005$
نورزهیپوکوندریا	۰	۰	۲	۰/۵	معنی دار نیست $< 0/2$
کل مبتلایان	۳۵۹	۸۷/۴	۲۴۵	۵۲/۱	معنی دار است $< 0/001$
کل افراد بررسی شده	۴۱۱	۱۰۰	۴۷۰	۱۰۰	

جدول شماره ۱ - "مقایسه شیوع اختلالات روانی در مبتلایان مونث پرولاپس دریچه میترال اولیه و گروه شاهد"

اختلالات روانی	پرولاپس دریچه میترال		گروه شاهد		تفاوت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P Value
اضطراب منتشر	۱۱۵	۴۸/۵	۷	۳/۷	معنی دار است $< 0/001$
افسردگی	۳۹	۱۶/۵	۳۵	۱۸/۴	معنی دار نیست $> 0/5$
پانیک	۲۱	۸/۹	۱۱	۵/۸	معنی دار نیست $< 0/3$
ترس ساده	۱۰	۴/۲	۴	۲/۱	معنی دار نیست $< 0/3$
ترس از تنهایی	۵	۲/۱	۵	۲/۶	معنی دار نیست $> 0/5$
ترس اجتماعی	۶	۲/۵	۱۷	۹	معنی دار است $< 0/005$
وسواس	۳	۱/۳	۹	۴/۷	معنی دار است $< 0/05$
نورزهیپوکوندریا	۱	۰/۴	۱	۰/۵	معنی دار نیست $> 0/5$
کل مبتلایان	۲۰۰	۸۴/۴	۸۹	۴۶/۸	معنی دار است $< 0/001$
کل افراد بررسی شده	۲۳۷	۱۰۰	۱۹۰	۱۰۰	

جدول شماره ۲ - "مقایسه شیوع اختلالات روانی در مبتلایان مذکر پرولاپس دریچه میترال اولیه و گروه شاهد"

اختلالات روانی	پرو لاپس درجه میترال		گروه شاهد		P Value	تفاوت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
اضطراب منتشر	۳۳۱	۵۱	۴۹	۷/۴	<۰/۰۰۱	معنی دار است
افسردگی	۱۱۱	۱۷/۱	۱۱۵	۱۷/۴	>۰/۵	معنی دار نیست
پانیک	۷۶	۱۱/۸	۵۰	۷/۶	<۰/۰۲۵	معنی دار است
ترس ساده	۱۵	۲/۳	۳۰	۴/۵	<۰/۰۵	معنی دار است
ترس از تنهایی	۱۱	۱/۷	۱۵	۲/۳	<۰/۵	معنی دار نیست
ترس اجتماعی	۹	۱/۴	۴۸	۷/۳	<۰/۰۰۱	معنی دار است
وسواس	۵	۰/۸	۲۴	۳/۶	<۰/۰۰۱	معنی دار است
نورزهیپوکوندریا	۱	۰/۲	۳	۰/۵	<۰/۴	معنی دار نیست
کل مبتلایان	۵۵۹	۸۶/۳	۳۳۴	۵۰/۶	<۰/۰۰۱	معنی دار است
کل افراد بررسی شده	۶۴۸	۱۰۰	۶۶۰	۱۰۰		

جدول شماره ۳- "مقایسه شیوع اختلالات روانی در کل مبتلایان به سندرم پرو لاپس درجه میترال اولیه و گروه شاهد."

REFERENCE :

- 1- Osler W,: Principles and practice of medicine, New York, Appleton,1905
- 2- Lewis T,: The soldier,s heart and the effort syndrome. New York B Hoeber, 1991
- 3- Wooly CF: where are the diseases of yesteryear? circulation ,53:749, 1976
- 4- Savage DD,et al : Mitral valve prolapse in the general population 1.Epidemiologic features: The framingham study. Am Heart J,106: 571, 1983.
- 5- Barlow JB,et al : Late systolic murmurs and non-ejection (mid- late) systolic clicks. An analysis of 90 patients.Br Heart J, 30 : 203, 1968
- 6- Hickey AJ, et al: Independence of mitral valve prolapse and neurosis. Br Heart J. 50: 333, 1983 .
- 7- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- III),3rd Ed. Washington, DC, American pschiatric Association, 1980.
- 8- Venkatesh A, etal: Mitral valve prolapse in anxiety neurosis (Panic disorder). Am Heart J, 100: 302.1980
- 9- Crowe RR, etal : Exercise and anxiety neurosis : Comparison of patient with and without mitral prolapse. Arch Gen psychiatr. 39: 652, 1979

10- Mazza DL, et al : Prevalence of anxiety disorders in patients with mitral valve prolapse. Am J, pasychiatry 143: 349, 1986

11- Mavissakalian M,et al : Mitral valve prolapse and Agoraphobia Am psychiatry, 140:1612,1983

12- Shear MK,et al: Low prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorder.Am J Psychiatry,141:302/ 1984

13- Pariser SF, et al: Panic attacks: diagnostic evaluations of 17 patients.Am J psychiatry 136: 105, 1979

14- Kantor Js, et al : Mitral valve prolapse syndrome in Agoraphobic patients. Am J Psychiatry 137:467,1980

15- Crowe RR,et al : A family study of anxiety neurosis : Morbidity risk in families of patients with and without mitral valve prolapse. Arch Gen Psychiatr.37:77,1980

16- Gould L, Gopalaswamy G: Mitral valve prolapse. Angiology, 35:290,1984

17- Naggar cz,: The mitral valve prolapse syndrome : spectrum and Therapy.Med clinics North Am.63:337,1979

18- Carpentier A, et al : Fibroelastic dysplasia of the mitral valve. An anatomical and clinical entity (abstr). Circulation, 62 (suppl III): III - 207,1980

19- Crawford MH, O'Rourke RA,: Mitral valve prolapse: A cardiomyopathic state ? prog cardiovasc Dis . 27:133, 1984

20- Shrivastava s,et al: prolapse of the mitral valve. Mod concepts cardiovasc Res. 66: 57, 1977

- 21- Pasternac A, et al : Increased plasma catecholamine levels in patients with symptomatic mitral valve prolapse. Am J Med 73:783/1982
- 22- Gaffiney FA, et al : Adrenergic control mechanisms in the mitral valve prolapse syndrome (Abstr) Circulation 62 (suppl) : 111- 206, 1980
- 23- Boudoulas H, et al : Metabolic studies in mitral valve prolapse syndrome. a neuroendocrine cardiovascular process. Circulation 61:1200, 1980
- 24- Kantor JA, et al: Mitral valve prolapse syndrome in Agoraphobic patients. Am J Psychiatry 137:1457,1980
- 25- Crowe RR, et al : A family study of anxiety neurosis. Mobility risk in families of patients with and without mitral valve prolapse. Arch Gen Psychiatry 37:77,1980
- 26- Gould L, Gopalswamy G: Mitral valve prolapse. Angiology 35:280,1984
- 27- Nigam CS: The mitral valve prolapse syndrome: Spectra and Therapy Med Clin North Am 63:337,1979
- 28- Carpenter A, et al: Fibroelastic dysplasia of the mitral valve. An anatomical and clinical entity (abstr). Circulation 62 (suppl III): 207,1980
- 29- Crawford MH, O'Rourke RA: Mitral valve prolapse. A cardiomyopathic state. Prog Cardiovasc Dis 27:133, 1984
- 30- Shrivastava S, et al: Prolapse of the mitral valve. Med concepts Cardiovasc Res 60: 57, 1977

Prevalence of psychiatry disorders in patients with mitral valve Prolapse syndrome.

Modabernia MJ, Afraz MA, Darbandy MA, Yazdandoust Z and Mousvavy H

SUMMARY:

The mitral valve prolapse syndrome (MVPS) is a common cardiac disorder, occurring in five percent of general population. An association has been claimed between MVPS and psychiatry disorders. In this study 648 patients (mean age 32.2 years, 411 female, 237 male subjects) with echocardiographically confirmed MVPS were tested for psychiatry disorders, and compared with 660 control groups (mean age 33.3 years, 470 female, 190 male subjects). collectively, 559 (86.3 percent) of 648 MVPS had psychiatry disorders: generalized anxiety disorder -331, dysthemic disorder 11, panic 76, simple phobia 15, agoraphobia 11, social phobia 9, obsesive neurosis 5 and hypochondriac neurosis 1 subject. 334 (50.6 Percent) of 660 control (general population) subjects had psychiatry disorders: dysthemic disorder 115, panic 50, generalize danxiety disorders 49, social phobia 48, simple phobia 30, obsesive neurosis 24, agoraphobia 15 and hypochondriac neurosis 3 subjects.

Our results corroborate the contention that the prevalence of psychiatry disorders in patients with MVPS is significantly different from that of control (general population) subjects.

We conclude that the role of MVPS in the etiology of psychiatry disorders is as yet not completely determined . We would urge that all patients with this syndrome should be afforded not only a complete cardiac evaluation, but in addition a careful investigation of emotional factors in their life situation .