

بررسی عوامل خطر بر سکنه قلبی در افراد نظامی مراجعه کننده به بیمارستان‌های نظامی شهر تهران

*دکتر مرتضی اکبری^۱، دکتر محمود محمودی^۲، دکتر فضل الله صفی^۳، دکتر مصطفی اکبری^۴، دکتر سحرناز نجات^۵

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۷/۱۱/۳

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۷/۱۱/۲

تاریخ اعلام وصول: ۸۷/۱۰/۴

چکیده

سابقه و هدف: روند رو به رشد بیماری‌های غیرواگیر خصوصاً بیماری‌های قلبی-عروقی که ریشه رفتاری دارند، ضرورت آموزش، شناسایی و پیشگیری را براساس برنامه‌ریزی منسجم با مشارکت تمام دستگاه‌ها دوچندان می‌کند. این مطالعه جهت پاسخ به این سوال انجام شده که چه فاکتورها و الگوهای در بیماران نظامی که مبتلا به MI شده‌اند وجود دارد؟ مقایسه این عوامل در مبتلایان با افراد سالم به چه ترتیب است؟

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت موردی شاهدهی انجام شد؛ گروه مورد ۱۵۰ نفر از بیماران نظامی مرد دارای سن بالاتر از ۴۰ سال بودند که برای اولین بار دچار سکنه قلبی شده بودند و گروه کنترل ۳۰۰ نفر از پرسنل نظامی مرد بالاتر از ۴۰ سال انتخاب شدند به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرونده‌ها پرسش‌نامه‌ای تهیه گردید که اطلاعات در آن درج شد پرسش‌نامه شامل دو بخش، مشخصات دموگرافیک و اطلاعات پاراکلینیکی بود داده‌ها توسط SPSS آنالیز گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد سابقه خانوادگی MI بالاترین ریسک فاکتور می‌باشد (۱۰/۰۷ - ۴/۰۳) CI ; OR=۶/۳۷. سابقه مصرف سیگار دومین ریسک فاکتور است (۶/۲۳ - ۱/۹۲) CI ; OR=۳/۴۶. سابقه چربی خون سومین ریسک فاکتور می‌باشد ; OR=۲/۹۹ (۵/۵۱ - ۱/۶۳) CI. عدم فعالیت بدنی چهارمین ریسک فاکتور بوده است و تاثیر مثبت بر سکنه قلبی داشته است OR=۳/۰ (۵/۳۸ - ۱/۶۸) CI. سابقه دیابت پنجمین ریسک فاکتور می‌باشد (۴/۰۲ - ۱/۲) CI ; OR=۲/۲. سابقه فشار خون آخرین ریسک فاکتور است (۲/۶۳ - ۱/۱۶) CI ; OR=۱/۷۵. همچنین نسبت شانس برای افرادی که ۳ فرزند و کمتر دارند به افرادی که ۴ فرزند و بیشتر دارند عبارت است از: (۳/۳۴ - ۱/۴۰) CI ; OR=۲/۱۷ که این موضوع نشانگر اختلاف وضعیت اجتماعی اقتصادی دو گروه می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ریسک فاکتورهای قابل کنترل، که در این مطالعه اولویت بندی شدند برنامه ریزی برای کنترل آنها به مسوولین بهداشتی درمانی توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: سکنه قلبی، ریسک فاکتور، موردی شاهدهی، نظامیان

مقدمه

ریشه رفتاری دارند، ضرورت آموزش، شناسایی و پیشگیری از این بیماری‌ها را براساس برنامه‌ریزی منسجم با مشارکت تمام دستگاه‌ها دوچندان می‌کند. (۱)

روند رو به رشد بیماری‌های غیرواگیر مثل سرطان، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، آسم، سکنه‌های مغزی و اعتیاد که

۱- عضو هیئت علمی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، گروه بهداشت، (*نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۲۹۵۶۰۹۵، آدرس الکترونیک: a_mortaza14@yahoo.com
۲- استاد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی
۳- استادیار، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، گروه جراحی قلب و عروق (آنژیوپلاستی)
۴- استادیار، تهران، کرمانشاه، دانشگاه رازی کرمانشاه
۵- استادیار، تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی

بیماری‌های قلبی در ایران شیوع بالایی دارد.

این جمله هر چند تکراری است، اما جای تامل دارد. «بیماری قلبی - عروقی نخستین علت مرگ و میر در کشور به شمار می‌رود». موضوع وقتی بیشتر جای نگرانی دارد که این آمار را نیز در ادامه جمله بیفزاییم که نزدیک به ۴۰ درصد علت فوت جوانان در کشور به دلیل بیماری‌های قلبی - عروقی است که این آمار به سرعت در حال افزایش است (۲).

بر اساس آمارها در سال ۲۰۰۵ در جهان ۳۵ میلیون نفر بر اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی، سکت‌های مغزی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت جان خود را از دست داده‌اند.

شهرنشینی و کم تحرکی، عادت‌های نامناسب غذایی، استفاده از غذاهای آماده و مصرف دخانیات از دلایل عمده افزایش بیماری‌های غیرواگیر است. ویژگی بیماری‌های غیرواگیر، مزمن بودن، آزاردهنده بودن، تحمیل هزینه‌های درمانی به خانواده‌ها و دولت است.

اما کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر به آسانی و در کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نیست و هر اقدامی که صورت می‌گیرد سال‌ها بعد ثمراتش مشاهده می‌شود. اطلاعات نشان می‌دهد کشورهایی که یک برنامه‌ریزی موفق انجام داده‌اند، توانسته‌اند به مرور زمان بار بیماری‌های غیرواگیر را کم کنند. پیشگیری از این بیماری‌ها نه تنها منجر به افزایش طول عمر بیماران و افزایش طول عمر توام با سلامت آنان می‌شود، بلکه فواید زیاد دیگری هم برای خانواده‌ها و اقتصاد کشور در بر دارد (۳).

حال این سوال مطرح است که چه فاکتورها و الگوهایی در بین بیماران نظامی که مبتلا به MI شده‌اند وجود دارد؟ و مقایسه این عوامل در مبتلایان با افراد سالم به چه ترتیب است؟

با عنایت به موارد فوق و همچنین نقش سلامت جسمانی در کارایی پرسنل نظامی و به جهت به دست آوردن اطلاعات لازم برای برنامه‌ریزی و همچنین نبود تحقیق مشابه بر آن شدیم که این تحقیق را انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مورد/شاهد (Case/control) می‌باشد.

گروه مورد، بیماران نظامی مرد دارای سن ۴۰ سال و بالاتر بودند که برای اولین بار دچار MI شده و با تشخیص پزشک متخصص

قلب در بیمارستان ۵۰۲ ارتش بستری شده بودند پرونده بیماران به ترتیب جدید به قدیم انتخاب شد تا حجم نمونه برآورد شده تکمیل گردید، ضمناً در طی مدت اجرای طرح که حدوداً ۷ ماه بود کلیه موارد بروز MI که در بیمارستان بستری شدند و واجد شرایط ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه گردیدند در مورد بیماران که پرونده آنها از نظر مشخصات فردی ناقص بود با آنها ارتباط برقرار گردید و نسبت به رفع نقص اقدام شد و در مواردی که رفع نقص میسر نبود پرونده کنار گذاشته شد.

گروه کنترل افراد نظامی مرد دارای سن ۴۰ سال و بالاتر بودند که به دلایل مشکلات ارتوپدی، و یا جراحی به بیمارستان خانواده مراجعه کرده بودند. و پرونده آنها در بیمارستان موجود بود و بیماری این افراد نباید با هیچ یک از عوامل خطر بیماران قلبی رابطه می‌داشت در مورد پرونده‌های ناقص مانند گروه مورد رفتار گردید ضمناً مشابه گروه مورد در طی مدت اجرای طرح که حدوداً ۷ ماه بود کلیه افرادی که در بیمارستان بستری شدند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه گردیدند که در واقع بیش از نیمی از گروه کنترل به این شکل وارد مطالعه شدند.

برای بررسی پرونده‌ها و انجام مصاحبه با بیماران در بیمارستان‌های فوق از دو نفر نرس که سمت سوپر وایزر آموزشی بیمارستان‌ها را بر عهده داشتند استفاده گردید، ضمناً ستاد اداره بهداشت و درمان نزاجا طی نامه‌ای رسمی از روسای بیمارستان‌ها خواسته بود که در اجرای طرح همکاری نمایند مجری طرح نیز هر دو هفته یک بار به بیمارستان‌های فوق مراجعه و پس از بررسی فرمها از نظر کامل بودن، آنها را دریافت و به تدریج وارد فایل SPSS نمود.

با عنایت به این که تعدادی از متغیرها ممکن بود در گروه کنترل کم باشد، به منظور افزایش دقت تعداد گروه کنترل دو برابر گروه مورد انتخاب گردید نام متغیر وابسته که مورد بررسی قرار گرفت myocardial Infarction که ملاک تشخیص نظر دکتر متخصص قلب و عروق بود.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرونده‌ها پرسش‌نامه‌ای تهیه گردید که اطلاعات در آن درج شد پرسش‌نامه مورد استفاده در این پژوهش شامل دو بخش، مشخصات دموگرافیک و اطلاعات پاراکلینیکی بود.

باتوجه به این که مطالعات مورد/شاهد مطالعاتی گذشته نگر می‌باشند

یافته‌ها

میانگین سن در گروه بیمار ۵۲/۹۷ با انحراف معیار ۹/۱ و در گروه شاهد ۵۲/۹۴ با انحراف معیار ۹/۶ بود (جدول شماره ۱)، همچنین نسبت شانس برای افرادی که ۴ فرزند و بیشتر دارند به افرادی که ۳ فرزند و کمتر دارند، عبارت است از: $OR=2/17$ CI (1/۴۰-۳/۳۴).

همچنین ۷۱/۳٪ گروه بیماران دارای رسته‌های پشتیبانی و پشتیبانی خدمات رزمی می‌باشند؛ اما در گروه شاهد این رقم ۲۸/۷٪ می‌باشد که با توجه به $X^2=13/85$ و $P<0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد و نسبت شانس در رسته‌های پشتیبانی به رزمی عبارت است از: $OR=2/21$ CI (1/۴۵-۳/۳۶).

همچنین یافته‌ها نشان داد که ۳۵٪ بیماران در گروه زیر دیپلم قرار دارند اما در گروه شاهد این رقم ۲۷/۷٪ می‌باشد که با توجه به $X^2=17/70$ و $P<0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد.

همچنین ۵۱/۰٪ بیماران دارای سابقه خانوادگی سکت قلبی می‌باشند؛ اما در گروه شاهد این رقم ۱۴/۰٪ می‌باشد که با توجه به $X^2=70/01$ و $P<0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد و پس از محاسبه نسبت

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی دو گروه مورد و شاهد بر اساس گروه‌های سنی

جمع کل	سکت قلبی		تعداد	درصد
	خیر	بلی		
۴۰-۴۸	۱۰۹	۵۲	۱۶۱	۳۵/۸٪
۴۹-۵۵	۹۸	۴۸	۱۴۶	۳۲/۴٪
سن	۶۱	۳۲	۹۳	۵۶-۶۵
۵۶-۶۵	۲۰/۳٪	۲۱/۳٪	۲۰/۷٪	
==>۶۶	۳۲	۱۸	۵۰	۱۱/۱٪
جمع کل	۳۰۰	۱۵۰	۴۵۰	درصد
	۱۰۰/۰٪	۱۰۰/۰٪	۱۰۰/۰٪	

Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean	N	myocardial in
۰/۵۵۵	۹/۶۱۸	۵۲/۹۴	۳۰۰	خیر
۰/۷۴۶	۹/۱۴۲	۵۲/۹۷	۱۵۰	سن

و محقق بایستی به دنبال ریسک فاکتورهای احتمالی یک بیماری در گذشته فرد باشد، به همین منظور سعی شد در پرسش نامه به ازای هر ریسک فاکتور چند سوال مطرح گردد تا بتوان با دید بهتری نسبت به سابقه فرد قضاوت نمود، در این پژوهش جهت اعتبار علمی پرسش نامه از اعتبار محتوی استفاده گردید روایی محتوا به بررسی دقیق منابع علمی و قضاوت متخصصان استوار است. پرسش نامه با مطالعه مقالات و نشریات مختلف و نظر متخصصین قلب و عروق تهیه گردید. در مورد پایایی از روش آزمون مجدد استفاده گردید تعداد ۱۰ عدد از پرسش نامه‌ها به فاصله یک هفته توسط افراد سالم و بیمار تکمیل شد و سپس میزان همبستگی آنها سنجیده شد که میزان همبستگی آنها ۸۷٪ بود که قابل قبول می‌باشد.

با استفاده از فرمول حجم نمونه محاسبه گردید که با عنایت به این که تعیین بیش از ۱۰٪ اختلاف بین گروه شاهد و مورد مد نظر محقق بوده یعنی اختلاف P_1 و P_2 در نظر گرفته شده است و شیوع ریسک فاکتورها در موردها حدود ۲۰٪ و در کنترل‌ها حدود ۱۰٪ در نظر گرفته شد که حجم نمونه ۱۵۰ نفر برای موردها و ۳۰۰ نفر برای کنترل‌ها بدست آمد.

در مورد نحوه آنالیز یک آنالیز توصیفی داریم که با استفاده از آزمون کای دو و تی مستقل که با استفاده از تک تک فاکتورها عوامل خطر را تعیین نموده و احتمال وجود یا عدم وجود یک عامل مورد بررسی قرار گرفت ولی در آنالیز تحلیلی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک اثرهای متغیرها را ثابت نگه داشته و اثر خالص هر متغیر را بر روی بیماری تعیین گردید.

در خصوص ملاحظات اخلاقی

۱- جهت انجام پژوهش با ریاست بیمارستان و ارگان‌های ذی ربط هماهنگی لازم به عمل آمد.

۲- اهداف پژوهش به واحدهای مورد پژوهش توضیح داده شد.

۳- از ثبت نام و نام خانوادگی در فرم جمع‌آوری اطلاعات خود داری گردید و اطلاعات محرمانه خواهد ماند.

۴- برای بررسی پرونده‌ها از یک نفر پرستار واجد «صلاحیت دسترسی» استفاده شد.

۵- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل عیناً گزارش گردید.

نیازهای آن جامعه می‌باشد که یکی از منابع اطلاعاتی جهت برنامه‌ریزی دقیق تر و علمی نتایج پژوهش‌هایی است که در هر جامعه انجام شده و تعیین کننده اولویت‌های برنامه‌ریزی و نیازهای آن جامعه می‌باشد (۴).

مطالعه حاضر در راستای تعیین عوامل خطر ساز بیماری MI در پرسنل نظامی انجام پذیرفت که نتایج آن علاوه بر تایید نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه می‌تواند مورد توجه مسئولین و برنامه ریزان بهداشتی قرار گیرد.

پس از توصیف داده‌ها که نتایج آن بر اساس جداول ثبت گردید به منظور بدست آوردن اثر خالص هر یک از متغیرها از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید که نتایج زیر حاصل گردید.

سابقه خانوادگی MI بالاترین ریسک فاکتور است، همچنین پس از طبقه بندی بر حسب گروه سنی مشخص شد که بیشترین تاثیر سابقه خانوادگی در گروه سنی زیر ۴۹ سال می‌باشد.

سابقه مصرف سیگار دومین ریسک فاکتور از نظر اهمیت بود، پس از طبقه بندی بر حسب گروه سنی مشخص شد که بیشترین تاثیر سابقه مصرف سیگار در گروه سنی زیر ۵۶ سال می‌باشد همچنین $PAR = 38\%$ (population attributable risk).

سابقه چربی خون سومین ریسک فاکتور از نظر اهمیت بوده، همچنین پس از طبقه بندی بر حسب گروه سنی مشخص شد که بیشترین تاثیر را در گروه سنی زیر ۴۸ سال دارد.

عدم فعالیت بدنی چهارمین ریسک فاکتور از نظر اهمیت می‌باشد و تاثیر مثبت بر سکنه قلبی داشته است.

سابقه دیابت پنجمین ریسک فاکتور از نظر اهمیت است، همچنین پس از طبقه بندی بر حسب گروه سنی مشخص شد که بیشترین تاثیر را در گروه سنی زیر ۴۹ سال دارد.

سابقه فشار خون آخرین ریسک فاکتور از نظر اهمیت بود ولی آنچه که در مورد فشار خون باید مد نظر قرار گیرد تاثیر بسیار زیاد آن بر گروه سنی زیر ۴۹ سال می‌باشد به طوری که اگر بخواهیم برنامه‌ای جهت کاهش سکنه قلبی در افراد شاغل داشته باشیم همراه سیگار جزء دو ریسک فاکتور قابل کنترل اصلی می‌باشند.

همچنین بالا بودن نسبت شانس برای افرادی که ۴ فرزند و بیشتر دارند به افرادی که ۳ فرزند و کمتر نشانگر اختلاف وضعیت اجتماعی - اقتصادی دو گروه می‌باشد معمولاً در جوامعی که میزان

شانس $OR = 6/37$; $CI (4/03 - 10/07)$ می‌باشد که بیان کننده رابطه‌ای قوی است.

همچنین $40/7\%$ بیماران دارای سابقه فشار خون می‌باشند؛ اما در گروه شاهد این رقم $28/2\%$ می‌باشد که با توجه به $X^2 = 7/0$ و $P < 0/008$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد. پس از محاسبه نسبت شانس $OR = 1/75$ $CI (1/16 - 2/63)$ ؛ به دست می‌آید $PAR = 17\%$.

همچنین $54/0\%$ بیماران دارای سابقه مصرف سیگار می‌باشند اما در گروه شاهد این رقم $35/0\%$ می‌باشد که با توجه به $X^2 = 14/89$ و $P < 0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد و پس از محاسبه نسبت شانس $OR = 2/18$; $CI (1/46 - 3/25)$ به دست می‌آید $PAR = 29\%$.

همچنین 40% بیماران دارای سابقه دیابت می‌باشند اما در گروه شاهد این رقم $20/3\%$ می‌باشد که با توجه به $X^2 = 19/67$ و $P < 0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد. پس از محاسبه نسبت شانس $OR = 2/61$ $CI (1/70 - 4/01)$ به دست می‌آید $PAR = 25\%$.

همچنین $42/7\%$ بیماران دارای سابقه چربی خون می‌باشند اما در گروه شاهد این رقم $19/4\%$ می‌باشد که با توجه به $X^2 = 27/33$ و $P < 0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد. پس از محاسبه نسبت شانس $OR = 3/1$; $CI (2/01 - 4/76)$ به دست می‌آید $PAR = 29\%$.

همچنین $34/0\%$ بیماران دارای سابقه فعالیت بدنی می‌باشند اما در گروه شاهد این رقم $55/4\%$ می‌باشد که با توجه به $X^2 = 18/3$ و $P < 0/001$ از نظر آماری معنی دار می‌باشد. پس از محاسبه نسبت شانس برای عدم فعالیت بدنی $OR = 2/38$; $CI (1/49 - 3/57)$ به دست می‌آید $PAR = 38\%$.

همچنین در این گروه از بیماران شاخص توده بدنی تاثیر چندانی بر سکنه قلبی نداشته است (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

پیشگیری از بروز بیماری بر اساس شعار پیشگیری مقدم بر درمان است، به عنوان اولین هدف سیستم‌های بهداشتی به حساب می‌آید مراکز بهداشتی بر آنند تا با آموزش‌های لازم و افزایش سطح آگاهی‌های مردم سطح سلامت جامعه را ارتقا بخشند و با پیشگیری از وقوع بیماری‌ها از هزینه‌های گزافی که در این خصوص بر سازمان‌ها و جامعه وارد می‌گردد بکاهند.

حصول این هدف مستلزم برنامه‌ریزی علمی و اجرای آن بر اساس

جدول ۲- نتیجه آنالیز رگرسیون لجستیک

۹۵٪ C.I. for EXP(B)		Exp(B)	Sig.	df	Wald	S.E.	B	
Upper	Lower							
			۰/۱۷۳	۴	۶/۳۷۶			تحصیلات
۲/۰۶۳	۰/۰۲۴	۰/۲۲۲	۰/۱۸۶	۱	۱/۷۵۰	۱/۱۳۶	-۱/۵۰۳	زیر دیپلم
۳/۶۶۸	۰/۰۵۰	۰/۴۲۶	۰/۴۳۷	۱	۰/۶۰۳	۱/۰۹۸	-۰/۸۵۳	دیپلم
۸/۶۷۰	۰/۱۵۲	۱/۱۴۹	۰/۸۹۳	۱	۰/۰۱۸	۱/۰۳۱	۰/۱۳۹	فوق دیپلم
۴/۶۲۷	۰/۱۰۶	۰/۶۹۹	۰/۷۱۱	۱	۰/۱۳۸	۰/۹۶۴	-۰/۳۵۸	لیسانس
			۰/۸۹۲	۳	۰/۶۱۹			درجه
۲۵/۶۲۹	۰/۱۷۹	۲/۱۴۳	۰/۵۴۷	۱	۰/۳۶۲	۱/۲۶۶	۰/۷۶۲	کارمند
۳۲/۵۹۲	۰/۱۹۴	۲/۵۱۲	۰/۴۸۱	۱	۰/۴۹۶	۱/۳۰۸	۰/۹۲۱	افسر جزء
۱۳/۸۹۱	۰/۱۸۰	۱/۵۸۰	۰/۶۸۰	۱	۰/۱۷۰	۱/۱۰۹	۰/۴۵۸	افسر ارشد
۱/۸۲۵	۱/۱۲۴	۱/۴۳۲	۰/۰۰۴	۱	۸/۴۱۹	۰/۱۲۴	۰/۳۵۹	تعداد فرزند
			۰/۰۳۰	۳	۸/۹۷۴			شغل
	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱	۰/۰۰۰	۴۰/۱۹۲/۹۷۰	-۱۹/۸۲۰	پشتیبانی خدمات رزمی
۲/۰۵۲	۰/۵۴۰	۱/۰۵۳	۰/۸۸۰	۱	۰/۰۲۳	۰/۳۴۰	۰/۰۵۱	رسته رزمی
۱۴/۸۱۷	۱/۷۰۷	۵/۰۲۹	۰/۰۰۳	۱	۸/۵۸۴	۰/۵۵۱	۱/۶۱۵	رسته پشتیبانی
			۰/۳۰۸	۲	۲/۳۵۳			داشتن منزل
۲/۲۴۸	۰/۱۳۹	۰/۵۵۸	۰/۴۱۲	۱	۰/۶۷۳	۰/۷۱۱	-۰/۵۸۳	منزل دارد
۳/۳۳۵	۰/۶۳۷	۱/۴۵۷	۰/۳۷۳	۱	۰/۷۹۵	۰/۴۲۲	۰/۳۷۷	منزل ندارد
۰/۸۶۵	۰/۷۰۷	۰/۷۸۲	۰/۰۰۰	۱	۲۲/۷۳۸	۰/۰۵۱	-۰/۲۴۵	سابقه جبهه
۱۶/۴۰۶	۴/۵۸۱	۸/۶۶۹	۰/۰۰۰	۱	۴۴/۰۴۲	۰/۳۲۵	۲/۱۶۰	سابقه خانوادگی
۶/۲۳۷	۱/۹۲۴	۳/۴۶۴	۰/۰۰۰	۱	۱۷/۱۴۷	۰/۳۰۰	۱/۲۴۲	سابقه مصرف سیگار
۴/۰۲۶	۱/۱۹۷	۲/۱۹۶	۰/۰۱۱	۱	۶/۴۶۲	۰/۳۰۹	۰/۷۸۶	سابقه دیابت
۰/۵۹۵	۰/۱۸۶	۰/۳۳۳	۰/۰۰۰	۱	۱۳/۷۲۰	۰/۲۹۷	-۱/۱۰۱	سابقه داشتن فعالیت بدنی
۵/۵۱۳	۱/۶۲۹	۲/۹۹۷	۰/۰۰۰	۱	۱۲/۴۵۴	۰/۳۱۱	۱/۰۹۸	سابقه چربی خون
۲/۷۷۰	۱/۰۸۱	۷۱۷/۱	۰/۰۳۲	۱	۱/۴۳۰	۰/۳۲۳	۰/۳۸۶	سابقه فشار خون
۰/۹۸۴	۰/۹۱۱	۰/۹۴۷	۰/۰۰۶	۱	۷/۵۴۳	۰/۰۲۰	-۰/۰۵۵	سن
۰/۹۱۳	۰/۷۵۷	۰/۸۳۱	۰/۰۰۰	۱	۱۴/۸۵۲	۰/۰۴۸	-۰/۱۸۵	BMI
		۱۳۹/۸۱۱	۰/۰۱۵	۱	۵/۸۷۲	۲/۰۳۹	۴/۹۴۰	Constant

Step 1(a)

a Variable(s) entered on step 1: EDUC, NRANK, CHILD, JOB, HOUSE, JEBHA, HISTORY, SMOKING, DIABETE, ACTIVITY, FATTY, HYPERTEN, AGE, BMI.

بهداشتی درمانی توصیه می‌گردد. در خصوص تاثیر مدت حضور در جبهه بر سکنه قلبی در این مطالعه تاثیر آن منفی بوده است که برای بررسی دقیق تر و قضاوت بهتر

امید به زندگی پایین تر است، میزان زاد ولد بیشتر است. لذا با توجه به ریسک فاکتورهای قابل کنترل، که در این مطالعه اولویت بندی شدند برنامه ریزی برای کنترل آنها به مسوولین

توتون دود شده، تاثیر توتون‌های کم دود و کسانی که در معرض دود غیر مستقیم توتون هستند در ۵۲ کشور بررسی شده است. بایاس‌های مطالعه از قبیل اختلاف سطح زندگی بین گروه سیگاری و غیر سیگاری کنترل شده است یافته‌های مطالعه نشان داد که ریسک MI غیر کشنده در مورد سیگاری‌ها نسبت به غیر سیگاری‌ها $OR=2/95$ ، $CI=(2/77-3/14)$ بوده است و خطر ابتلا به ازای هر نخ سیگار اضافی $5/6\%$ افزایش پیدا می‌کند این خطر در مورد کسانی که قبلاً سیگاری بوده و سیگار خود را سه سال قبل ترک کرده بودند به $OR=1/81$ کاهش پیدا می‌کند (۸)، در مطالعه‌ای که اثر بالقوه ریسک فاکتورهای قابل تغییر در ارتباط با MI به شکل case control در ۵۲ کشور با حجم نمونه (۱۵۱۵۲) مورد در مقابل ۱۴۸۲۰ (کنترل) انجام گردیده و به Inter Heart Study معروف شده است نتایج زیر حاصل شده است، $OR=2/87$ و $PAR=35/7\%$ برای کسانی که سیگاری هستند و یا قبلاً سیگاری بوده‌اند در مقابل کسانی که هرگز سیگار نکشیده‌اند، مقایسه نسبت ApoB/ApoA1 برای کسانی که در یک پنجم بالایی قرار داشتند نسبت به کسانی که در یک پنجم پایین قرار گرفته بودند $OR=3/25$ و برای کسانی که در چهار پنجم بالایی قرار داشتند نسبت به کسانی که در یک پنجم پایینی قرار گرفته بودند $PAR=49/2\%$ سابقه فشار خون (۱۷/۹، ۱/۹۱) دیابت (۹/۹، ۲/۳۷) چاقی شکمی $OR=1/62$ برای میانه نسبت به یک سوم پایینی عوامل روانی اجتماعی $OR=2/67$ ، $PAR=32/5\%$ ، مصرف روزانه سبزیجات و میوه در مقابل عدم مصرف $OR=0/7$ ، $PAR=13/7\%$ و فعالیت منظم روزانه در مقابل عدم فعالیت منظم $PAR=12/2\%$ ، $OR=0/86$ (۹).

تشکر و قدردانی

در پایان از مسوولین وقت اداره بهداشت و درمان نزاجا و بیمارستان خانواده و ۵۰۲ و درمانگاه شهید فلاحی به‌خصوص دکتر منصور شیخ، خانم قمچیلی و خانم کهنسال که در انجام این مطالعه کمال همکاری را با اینجانب داشتند صمیمانه تشکر می‌کنم.

نیاز به مطالعات دیگری در این زمینه و با حجم نمونه‌های بزرگتر وجود دارد.

در مورد تاثیر سابقه اسارت با توجه به این که هیچ‌یک از ۱۵۰ مورد جزو آزادگان نبودند بررسی آن ممکن نگردید، در مطالعاتی که در سایر نقاط دنیا انجام شده است نتایج زیر به دست آمده است. در مطالعه‌ای که در ژاپن انجام گرفته است ۶ ریسک فاکتور عمده MI مورد بررسی قرار گرفتند مطالعه به شکل case control بر روی ۱۹۲۵ بیمار که رنج سنی آنها بین ۲۸ تا ۱۰۳ سال بود و برای اولین بار دچار سکته شده بودند انجام شد گروه مورد با ۲۲۷۹ کنترل که از نظر سن و جنس همسان شده بودند مقایسه گردیدند OR در گروه بیمار نسبت به کنترل برای ریسک فاکتورهای مختلف به شرح زیر بوده است فشار خون $OR=4/8$ ، $CI=(2/5-4/85)$ دیابت، $OR=3/44$ ، $CI=(2/5-4/85)$ سیگار $OR=3/9$ ، $CI=(2/75-4/18)$ سابقه فامیلی $OR=1/28$ ، $CI=(1/30-2/64)$ بالا بودن کلسترول خون، $OR=1/84$ ، $CI=(1/30-2/64)$ بنابر این مهمترین ریسک فاکتورها در مردان ژاپنی شامل فشار خون دیابت سیگار سابقه خانوادگی و کلسترول بود و در زنان شامل سیگار دیابت فشار خون و سابقه خانوادگی بود و کلسترول در زنان به عنوان ریسک فاکتور معنی دار نبود. (۵، ۶) در مطالعه دیگری که در سنگاپور انجام گرفته است هدف مطالعه تعیین و کنترل ریسک فاکتورهای MI در ابتدای سنی است که می‌توان از ابتلا به MI پیشگیری نمود ۱۵۵۶ بیمار که برای اولین بار مبتلا به MI شده بودند به دو گروه بالای ۴۵ و پایین ۴۵ سال تقسیم شدند حضور پنج ریسک فاکتور یعنی فشار خون، دیابت، چربی خون سیگار و سابقه خانوادگی توسط مصاحبه و سوابق پزشکی قبلی سنجیده شد در نتیجه ۹۶٪ از بیماران ۴۵ ساله و جوان تر و ۹۲٪ ۴۵ سال به بالا حداقل یکی از ریسک فاکتورهای فوق را داشتند ولی گروه زیر ۴۵ سال بروز بالاتری از نظر فشار خون، $OR=2/99$ ، $CI=(2/00-4/46)$ و چربی خون $OR=1/71$ ، $CI=(1/2-2/43)$ در مطالعه دیگری که به شکل case control بر روی ۲۷۰۸۹ بیمار (۱۲۴۶۱ مورد و ۱۴۶۳۷ کنترل) در کانادا انجام گرفته است ارتباط بین خطر MI و سیگار ریه‌های فعلی و ترک کرده نوع توتون مقدار

References

- 1- <http://www.hamshahri.net/catagories/cid=9883>.
- 2- <http://www.hamshahri.net/catagories/cid=5136>.
- 3- Text book of preventive and social medicine a treatise on community health. 13th ed.
- 4- W.H.O, Population Bulletin 2000;55 (1).
- 5- Sex differences of risk factors for acute myocardial infarction in Japanese patients. Source Circulation Journal 2006;70 (5): 513-7.
- 6- Epidemiology of acute coronary syndrome. [Review] [28 refs] [Japanese] Source Nippon Rinsho - Japanese Journal of Clinical Medicine. 2006;64 (4): 625-32.
- 7- Antecedent risk factors and their control in young patients with a first myocardial infarction. Source Singapore Medical Journal 2006;47 (1): 27-30.
- 8- Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. Lancet 2006;368 (9536): 621-2. PMID: 16920447.
- 9- Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries in a case-control study based on the INTERHEART study. Hungarian Source Orvosi Hetilap 2006;147 (15): 675-86.

Effect of risk factors associated with Myocardial infarction among military persons in Tehran

*Akbari M; Dvm.MPh¹, Mahmoodi M; PhD², Safi F; MD³, Akbari M; MD⁴, Najat S; PhD⁵

Received: 24 Dec 2008

Accepted: 22 Jan 2009

Abstract

Background: Acute myocardial infarction (AMI) is prevalent and has serious consequences including re-infarction and death. Although the risk factors for AMI have been extensively studied in Western countries, they are less well documented in Iran. To determine the risk factors for AMI

Material And Methods: we performed a case-control study in Military men patients hospitalized for AMI in Military hospitals. Risk factors were assessed in 150 consecutive patients with a first AMI (age 40 years old; and higher than 40), who were admitted to 502 hospital, and in 300 age-and sex-matched hospital-based controls.

Results: family history OR=6.37; CI (4.03– 10.07), current smoking OR=3.46; CI (1.92 – 6.23); PAR = 38%, Hypertension OR=1.75; CI: (1.16 -2.63) PAR = 17%, diabetes OR=2.2; CI: (1.2 -4.02) PAR = 29%, hypercholesterolemia OR=2.99; CI: (1.63 -5.51) PAR = 29%) and non physical activity OR=3.0 CI: (1.68 -5.38) PAR = 38% were all independent risk factors for AMI.

Conclusion: family history, current smoking, Hypertension, diabetes, non physical activity, and hypercholesterolemia are associated with AMI in Military men patients

Keyword: myocardial infarction; case-control; Military; risk factors

1- (*Corresponding author), academic member, Army university of medical sciences, dept public health, Tehran, iran

Tel: 09125026236 021-22956095 Email: a_mortaza14@yahoo.com

2- Assistant professor, Tehran university of medical sciences, dept of epidemiology.tehran, iran

3- Assistant professor, Army university of medical sciences, dept of angioplasty, Tehran, iran

4- Assistant professor, razi university, kermanshah, iran

5- Assistant professor, Tehran university of medical sciences, dept of epidemiology.tehran, iran