

## بررسی میزان بقاء یک ساله و عوامل مرتبط با آن در بیماران سکته قلبی، یاسوج اسفند ماه ۱۳۸۴

### چکیده:

مقدمه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی مهمترین عامل مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان شناخته شده‌اند. آمارهای رسمی نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر ناشی از این پدیده در ایران رو به افزایش است. در این راستا هدف از این مطالعه تعیین میزان بقاء یک ساله و عوامل مرتبط با آن در بیماران سکته قلبی بود.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مطالعات بقاء است که بر روی ۱۱۱ نفر از بیماران مراجعه کننده به اورژانس و یا بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان امام سجاد (ع) یاسوج با تشخیص سکته قلبی حاد از بهمن ماه ۱۳۸۲ انجام پذیرفت و وضعیت آنها تا یک سال مورد پیگیری قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود که با مصاحبه حضوری و به وسیله پرسنل آموزش دیده تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری آنالیز گردیدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۷۳ درصد بیماران مذکر و ۹۰ درصد متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران با حداقل و حداکثر ۳۷ و ۸۷ سال در زمان بروز سکته  $۱۲ \pm ۵۷$  سال بود. ۳۱ درصد بیماران دخانیات مصرف می‌کردند. میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی بیماران  $۲۸/۸ \pm ۳/۲$  کیلوگرم بر مترمربع بود و ۲۵ درصد بیماران شاخص توده بدنی بیش از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع داشتند. میانگین و انحراف معیار فاصله زمانی بروز علائم تا مراجعه به پزشک  $۴ \pm ۲/۲$  ساعت و زمان مراجعه به پزشک تا بستری شدن  $۵ \pm ۴/۹$  ساعت بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار طول زمان بستری در بیمارستان  $۱/۶۷ \pm ۴$  روز بوده است. ۱۶ درصد بیماران سابقه سکته قلبی و ۶۳ درصد سابقه پرفشاری خون داشتند که اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان بود. ۸۲ درصد بیماران سکته با موج Q داشتند. شایع‌ترین سطوح درگیر شامل؛ بخش تحتانی خلفی ۴۱ درصد و بخش تحتانی ۴۰ درصد بود. ۹۵ درصد بیماران بلوک قلبی نداشتند، همچنین ۹۵ درصد بیماران در کلیپ A بودند. نسبت مرگ از کل مرگ‌ها در بیماران با سکته قلبی در ده ساعت اول ۴۰ درصد و در ۲۴ ساعت اول ۲۸ درصد بوده است. میزان بقاء در بیماران با سکته قلبی در ۱۰ ساعت اول ۰/۹۱۰، در ۲۴ ساعت اول ۰/۸۴۷، در ماه اول ۰/۸۲۹، در ماه سوم ۰/۸۲۰، در ماه ششم ۰/۷۹۲ و در یک سال ۰/۷۷۱ بود. عواملی که نسبت شانس مرگ را افزایش می‌داد شامل؛ متأهل نبودن ۴/۳۹ برابر، سن بیشتر از ۶۰ سال ۳/۱۲ برابر، سیگاری بودن ۳ برابر، شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۷ کیلوگرم بر مترمربع داشتن ۲/۶ برابر و درد آنژین صدری پس از سکته قلبی ۲/۲۱ برابر بود.

**نتیجه گیری:** میزان مرگ و میر در یک ماه اول در بیماران با سکته قلبی بیشتر از مطالعات مشابه در سایر نقاط کشور و میزان بقاء یک ساله کمتر بود. مهمترین عوامل مؤثر بر میزان بقاء شامل؛ مجرد بودن، مصرف سیگار، چاقی و درد آنژین صدری پس از سکته قلبی می‌باشد.

واژه های کلیدی: سکته قلبی، میزان بقاء، عوامل خطرزا

\* حمیدرضا غفاریان شیرازی

\*\* دکتر عبدالرسول جوان

\*\*\* دکتر ابراهیم حاتمی‌پور

\*\*\*\* دکتر علی موسوی‌زاده

\*\*\*\*\* حسین قانلی

\*\*\*\*\* مسعود محمدی‌باغملانی

\*\*\*\*\* عباس جبارنژاد

\* کارشناس ارشد آمار حیاتی، مربی دانشگاه

علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه آمار

\*\* فوق تخصص بیماری‌های قلب و عروق،

استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده

پزشکی، گروه بیماری‌های داخلی

\*\*\* متخصص جراحی عمومی، استادیار

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه جراحی عمومی

\*\*\*\* پزشک عمومی، دارای گواهی‌نامه عالی

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، معاونت

بهداشتی استان، گروه مبارزه با بیماری‌ها

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی،

مربی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، دانشکده

بهداشت، گروه بهداشت

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد ادبیات فارسی، مربی

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پزشکی،

گروه دروس عمومی

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۵/۴

مؤلف مسئول: حمیدرضا غفاریان شیرازی

پست الکترونیک: gshr3@yahoo.com

## مقدمه

فعالیت بدنی اندک، استعمال دخانیات، افزایش فشارخون، بالا بودن کلسترول و سایر لیپیدهای خون، سابقه فامیلی، سن، جنس، مصرف الکل، عوامل محیطی، آلودگی هوا و صدا و استرس‌های روانی نشان داده‌اند. برخی از این عوامل نظیر؛ سن، جنس و سابقه فامیلی بیماری غیرقابل اصلاح، برخی تا حدودی قابل اصلاح و برخی عوامل مانند؛ الگوی نامطلوب مصرف دخانیات، مواد غذایی و فعالیت بدنی کاملاً قابل اصلاح است (۳).

اکثر موارد سکته قلبی حاد به علت تصلب شرایین عروق کرونر قلب است. قطع مسیر گردش خون قسمتی از عضله قلب به علت ایجاد لخته منجر به سکته می‌شود که با عوارض خطرناک و مرگ همراه می‌باشد. بی‌نظمی ضربان قلب به خصوص در ساعات اولیه سکته قلبی می‌تواند موجب توقف فعالیت قلب و بروز مرگ شود. تقریباً ۵۰ درصد علت مرگ در اثر سکته به خصوص مرگ‌های ساعت اول و قبل از رسیدن به بیمارستان به علت این بی‌نظمی است (۴). آسیب شدید عضله قلب در سکته نیز می‌تواند باعث شوک قلبی و مرگ شود که این نیز از مهمترین علل مرگ در بیماران بستری شده با تشخیص سکته در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی است. در بسیاری از کشورهای صنعتی سکته قلبی مشکل عمده بهداشتی درمانی و در ایران نیز از علل عمده مرگ است (۵). میزان مرگ داخل بیمارستان در اثر سکته در نواحی مختلف دنیا بین

بیماری های قلبی- عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان است. بیش از ۳۰ درصد مرگ و میر در کشورهای صنعتی بر اثر بیماری‌های قلبی - عروقی به وقوع می‌پیوندد (۱). در کشورهای در حال توسعه و به خصوص در کشور ما به دلیل پایین بودن فرهنگ عمومی در زمینه آشنایی با عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی - عروقی و عدم رعایت اصول پیشگیری از این بیماری ها، میزان مرگ و میر ناشی از آن در حال افزایش است. همچنین با توجه به کاهش سن بروز در افراد و کشندگی بیشتر این بیماری در سنین پایین، هزینه بیشتری بر جامعه تحمیل می‌گردد (۲).

در سال های ۱۹۶۰ الی ۱۹۷۰، عواملی که سبب بروز ناتوانی و مرگ‌های زودرس می‌شوند، از بیماری‌های عفونی و واگیر به بیماری‌های مزمن و تحلیل برنده تغییر یافته‌اند. در این سال‌ها از یک طرف، به علت افزایش توان اقتصادی جوامع صنعتی و رفاه بیش از حد در زندگی، مصرف چربی ها، گوشت، شکر، نمک و مصرف دخانیات افزایش یافته و از سوی دیگر فعالیت بدنی کاهش یافته و با افزایش متوسط طول عمر انسان‌ها، تعداد سالمندان در این کشورها افزایش یافته است (۲ و ۱).

بررسی‌های اپیدمیولوژیک مهمترین عوامل خطر ساز در بروز بیماری‌های عروق کرونر را به ترتیب رژیم غذایی نادرست، چاقی و اضافه وزن،

زمان مراجعه به پزشک، زمان بستری شدن، طول مدت بستری شدن در بیمارستان، کارهای انجام شده به وسیله بیمار یا همراهان وی قبل از رسیدن به پزشک، کارهای انجام شده به وسیله پزشک، سابقه بیماری‌هایی مانند سکته قلبی، افزایش فشارخون، دیابت، افزایش چربی خون، تنگی نفس و جراحی قلب باز، نوع سکته، همچنین میزان درگیری در نوار قلب و سطح درگیری، کسرجهشی، وضعیت کلیپ، وضعیت بلوک قلبی، دریافت و عدم دریافت استرپتوکیناز و وضعیت بیمار در مدت پیگیری بود.

برای سنجش اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت کسب پایایی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش آزمون - بازآزمون با ضریب ۰/۸۵ استفاده شد.

در این مطالعه نمونه‌گیری به روش آسان مبتنی بر هدف بوده و کلیه بیمارانی که تا زمان رسیدن به حجم نمونه لازم با تشخیص سکته قلبی حاد به اورژانس مراجعه و یا در مرکز مراقبت‌های ویژه بیمارستان بستری شده‌اند به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین کلیه بیمارانی که به اورژانس مراجعه و با تشخیص سکته قلبی در همان جا و یا قبل از رسیدن به اورژانس و با سکته قلبی فوت کرده بودند نیز پس از پایش، ثبت و در مطالعه شرکت داده شده و در محاسبه میزان بقاء مورد استفاده قرار گرفتند.

۷/۷ تا ۱۹/۲ درصد متفاوت است، میزان مرگ یک ساله سکته قلبی نیز بین ۲۵/۳ تا ۲۳ درصد متغیر است (۶).

در این راستا این مطالعه با هدف تعیین میزان بقاء یک ساله و عوامل مرتبط با آن در بیماران سکته قلبی انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مطالعات بقاء می‌باشد که در آن از بهمن ماه ۱۳۸۲ کلیه بیماران با تشخیص سکته قلبی که به اورژانس مراجعه و یا در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان آموزشی امام سجاد (ع) شهر یاسوج بستری شده بودند وارد مطالعه شدند. برای ایشان پرسشنامه‌ای که به همین منظور تهیه شده و کارایی آن در یک مطالعه مقدماتی بررسی و تأیید شده بود تکمیل گردید و وضعیت آنها تا یکسال مورد پیگیری قرار گرفت.

موضوع پژوهش برای شرکت کنندگان در طرح کاملاً بیان گردید و در صورت رضایت آگاهانه پرسشنامه مربوطه برای ایشان تکمیل شد و وارد پژوهش شدند. در این پژوهش هزینه‌ای بر افراد شرکت کننده وارد نگردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل؛ خصوصیات دموگرافیک مشتمل بر سن، جنس، شغل، وزن، قد و وضعیت تأهل و عوامل مرتبط با میزان بقاء مشتمل بر استعمال دخانیات، زمان بروز علائم بیماری،

حجم نمونه با در نظر گرفتن هدف و نوع مطالعه  $\alpha = 0/05$  و  $d = 0/1$  و  $p = 0/30$  و با توجه به مطالعات مشابه (۶) و نیز در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش در پیگیری برابر ۱۱۱ نفر برآورد گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>(۱)</sup> و روش‌های آماری جدول زندگی<sup>(۲)</sup> برای محاسبه میزان بقاء کلی، کاپلان مایر<sup>(۳)</sup> جهت محاسبه احتمال بقاء با توجه به اثر متغیر زمینه‌ای، مرحله بیماری و عامل خطرزا و مدل نسبت خطر کاکس<sup>(۴)</sup> برای بررسی اثر مستقل متغیرهای مورد مطالعه در احتمال بقاء تجزیه و تحلیل گردید. همچنین برای محاسبه نسبت شانس فوت بر حسب عوامل خطرزا، از رگرسیون لجستیک<sup>(۵)</sup> استفاده شد و برای آزمون معنی‌دار بودن این اثر از آزمون رتبه لگاریتم<sup>(۶)</sup> استفاده شد. برای هر عامل خطرزا، نسبت شانس خام<sup>(۷)</sup>، حدود اطمینان ۹۵ درصد و خطای تصمیم‌گیری محاسبه گردید.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۷۳ درصد بیماران مذکر و بقیه مؤنث بودند. سن بیماران با میانگین و انحراف معیار  $12 \pm 57$  سال با حداقل ۳۷ و حداکثر ۸۷ سال بوده است. در زنان میانگین و انحراف معیار سن  $11 \pm 60/5$  و در مردان  $12 \pm 56$  سال بوده است که اختلاف معنی‌داری داشتند ( $p < 0/05$ ).

شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه با میانگین و انحراف معیار  $23/2 \pm 28/82$  کیلوگرم بر مترمربع با حداقل ۲۰ و حداکثر  $37/9$  کیلوگرم بر مترمربع بوده است. ۲۵ درصد افراد دارای توده بدنی کمتر از ۲۸ کیلوگرم بر مترمربع و ۲۵ درصد افراد دارای توده بدنی بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع بوده‌اند. در زنان میانگین و انحراف معیار  $3/7 \pm 29/3$  کیلوگرم بر مترمربع و در مردان  $3 \pm 28/6$  کیلوگرم بر مترمربع بوده است که اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند.

میانگین و انحراف معیار فاصله زمانی بروز علائم تا مراجعه به پزشک  $2/2 \pm 4$  ساعت و از زمان مراجعه به پزشک تا بستری شدن  $4/9 \pm 5$  ساعت بوده است. همچنین میانگین و انحراف معیار مدت زمان بستری در بیمارستان  $1/67 \pm 4$  روز بوده است.

۵۳ درصد بیماران مورد مطالعه سیگاری بوده‌اند. ۸ درصد بیماران سابقه بیماری دیابت داشته‌اند و این میزان در زنان ۱۶ درصد و در مردان ۶ درصد بوده است که اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند. ۱۳ درصد بیماران سابقه کلسترول یا تری‌گلیسرید بالا داشته‌اند و این میزان در زنان ۱۶ درصد و در مردان ۱۲ درصد بوده است که اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند.

1-Statistical Package for Social Sciences  
2- Life table  
3-Kaplan-Meire  
4-Cox Proportional Hazard Model  
5-Logistic Regression  
6-log rank test  
7-Crude odds ratio

مدل مرگ و میر و احتمال بقاء و عوامل مؤثر بر آن به ترتیب زیر بوده است؛ از ۱۱۱ مورد سکته که در طول یک سال مورد بررسی قرار گرفتند ۲۵ مورد فوت وجود داشته است. میزان کلی مرگ و میر ۲۲/۵ درصد بوده است. ۴۰ درصد از کل مرگ ها قبل از رسیدن به اورژانس یا در اورژانس اتفاق افتاده است، ۲۸ درصد فوتها در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و قبل از ترخیص از بیمارستان اتفاق افتاده است که اکثر قریب به اتفاق آنها در ۲۴ ساعت اول بوده است و برای برآورد میزان بقاء نیز فوت‌های در بیمارستان، فوت در ۲۴ ساعت اول در نظر گرفته شد. بقیه ۳۲ درصد فوت‌ها در طول مدت پیگیری و پس از مرخص شدن از بیمارستان اتفاق افتاده است. به طور کلی ۶۸ درصد از کل فوت‌ها در اورژانس یا قبل از ترخیص اتفاق افتاده است (جدول ۱).

احتمال بقاء در بیماران با سکته قلبی در ۱۰ ساعت اول ۰/۹۱۰، در ۲۴ ساعت اول ۰/۸۴۷، در ماه اول ۰/۸۲۹، در ماه سوم ۰/۸۲۰، در ماه ششم ۰/۷۹۲ و در ماه دوازدهم ۰/۷۷۱ برآورد گردید (جدول ۲).

عواملی که نسبت شانس مرگ را افزایش داده اند شامل متأهل نبودن ۴/۳۹ برابر، سن بیشتر از ۶۰ سال ۳/۱۲ برابر، سیگاری بودن ۳ برابر، شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۷ سال ۲/۶۰ برابر، داشتن درد آنژین صدری پس از سکته قلبی ۲/۲۱ برابر بودند (جدول ۳).

۱۰ درصد بیماران تنگی نفس فعالیتی داشته‌اند و این میزان در زنان ۱۶ درصد و در مردان ۸ درصد بوده است که با یکدیگر اختلاف معنی‌داری داشته‌اند ( $p < 0.05$ ).

در بیماران مورد مطالعه سکته با موج Q ۸۲ درصد و سکته بدون موج Q ۱۸ درصد بوده است. همچنین از نظر تعداد لید در گیر در نوار قلب، ۲ لید ۲ درصد، ۳ لید ۳۸/۵ درصد، ۴ لید ۳۸/۵ درصد، ۵ لید ۹ درصد و ۶ لید ۱۳ درصد بوده است. سطح درگیر سکته قلبی بیماران شامل قدامی ۴۱ درصد، قدامی وسیع ۱۸ درصد، تحتانی ۴۰ درصد، تحتانی خلفی صفر درصد، تحتانی و بطن راست یک درصد بوده است. وضعیت طبقه بندی کلیپ بیماران شامل ۹۵ درصد کلیپ I و بقیه کلیپ II بودند. وضعیت بلوک قلبی بیماران شامل؛ نوع یک ۱ درصد، نوع دو ۲ درصد، نوع سه ۲ درصد و ۹۵ درصد بدون بلوک قلبی بودند.

۴ نفر از بیماران کسر جهشی کمتر از ۳ داشته‌اند که ۲ نفر از آنها فوت کرده‌اند. ۶ نفر از بیماران کسر جهشی بین ۴۵ تا ۵۵ داشته‌اند و ۲ نفر از بیماران نیز کسر جهشی بیش از ۵۵ داشته‌اند که از ایشان هیچ یک فوت نکرده‌اند. میانگین و انحراف معیار مقدار کراتین فسفوکیناز<sup>(۱)</sup> بیماران در بدو بستری شدن در بیمارستان  $992 \pm 1450$  با حداقل و حداکثر ۱۰۷ و ۵۱۷۶ واحد بین‌المللی بوده است. این شاخص در زنان  $718 \pm 1358$  و در مردان  $1073 \pm 1482$  واحد بین‌المللی بوده که اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند.

1- Creatine Phospho Kinase (CPK)

جدول ۱: مرگ و میر بیماران با سکته قلبی بر حسب جنس و زمان فوت

| زمان فوت                | جنس | مؤنث<br>تعداد(درصد) | مذکر<br>تعداد(درصد) | کل<br>تعداد(درصد) |
|-------------------------|-----|---------------------|---------------------|-------------------|
| در اورژانس یا قبل از آن |     | ۳ (۱۲)              | ۷ (۲۴)              | ۱۰ (۴۰)           |
| در بیمارستان            |     | ۵ (۲۰)              | ۲ (۸)               | ۷ (۲۸)            |
| بعد از ترخیص            |     | ۲ (۸)               | ۶ (۲۴)              | ۸ (۳۲)            |
| جمع                     |     | ۱۰ (۴۰)             | ۱۵ (۶۰)             | ۲۵ (۱۰۰)          |

جدول ۲: احتمال بقاء در فواصل زمانی پس از وقوع سکته قلبی بر حسب سن

| زمان                 | سن | کمتر از ۶۰ سال | بیشتر از ۶۰ سال | کل    |
|----------------------|----|----------------|-----------------|-------|
| ده ساعت اول          |    | ۰/۹۳۴          | ۰/۹۲۵           | ۰/۹۱۰ |
| بیست و چهار ساعت اول |    | ۰/۹۱۸          | ۰/۹۲۵           | ۰/۸۴۷ |
| یک ماه اول           |    | ۰/۹۱۸          | ۰/۸۷۵           | ۰/۸۲۹ |
| سه ماه اول           |    | ۰/۹۱۸          | ۰/۸۵۰           | ۰/۸۲۰ |
| شش ماه اول           |    | ۰/۹۱۸          | ۰/۸۰۰           | ۰/۷۹۲ |
| ۱۲ ماه اول           |    | ۰/۹۱۸          | ۰/۷۳۷           | ۰/۷۷۱ |

Mantel - cox  $\log$  rank test = ۴/۲۲ و  $p < ۰/۰۵$

جدول ۳: نسبت شانسان خام، حدود اطمینان ۹۵ درصد و خطای تصمیم‌گیری بر حسب عوامل خطرزا در فوت بیماران مبتلا به سکته قلبی

| شرح   | نسبت شانسان خام | حدود اطمینان ۹۵ درصد | خطای تصمیم‌گیری |
|---|-----------------|----------------------|-----------------|
| شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۷ نسبت به توده بدنی تا ۲۷ کیلوگرم بر مترمربع | ۲/۶             | ۰/۸ - ۴/۲            | NS*             |
| سن بیشتر از ۶۰ سال نسبت به سن کمتر از ۶۰ سال                          | ۳/۱۲            | ۲/۲۸ - ۳/۹۲          | ۰/۰۲            |
| سیگاری با بیش از ۱۰ نخ در روز نسبت به غیرسیگاری‌ها                    | ۳               | ۱/۴۴ - ۴/۵۶          | NS*             |
| سایرین ( بیوه ، مطلقه و مجرد) نسبت به متأهلین                         | ۴/۳۹            | ۳/۱۹ - ۵/۵۹          | ۰/۰۲            |
| داشتن درد آنژین صدری پس از سکته نسبت به بقیه                          | ۲/۲۱            | ۱/۰۱ - ۴/۳۳          | NS*             |
| داشتن فشار خون بالا نسبت به بیماران با فشار خون معمولی                | ۱/۰۷            | ۰ - ۲/۸۷             | NS*             |

NS :Not Significant

## بحث و نتیجه گیری

بیماری‌های قلبی - عروقی مهمترین عامل مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان شناخته شده‌اند. آمارهای رسمی نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر ناشی از این پدیده در ایران رو به افزایش است. در این راستا هدف از این مطالعه تعیین میزان بقاء یک ساله و عوامل مرتبط با آن در بیماران سکته قلبی بود.

در این مطالعه میزان کلی مرگ و میر پس از یک سال پیگیری ۲۲/۵ درصد بوده است. ۶۸ درصد از کل مرگ‌ها در روز اول اتفاق افتاده است. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران، میزان مرگ و میر بیماران سکته قلبی ۱۶ درصد بوده است که ۴۳ درصد آن در روز اول بوده است (۷). فوت در روز اول در یاسوج به مراتب بیشتر از شهر تهران بوده است. در این مطالعه میزان مرگ و میر در یک ماه اول ۱۸ درصد بوده است که به تفکیک جنس به ترتیب برای زنان بیشتر از مردان برآورد گردیده است که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۶).

در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) احتمال بقاء در ۲۴ ساعت اول برای کلیه بیماران با تشخیص سکته قلبی حاد ۹۲ درصد و در روز ۲۸، ۶۹/۸ درصد برآورد شده است (۷).

در مطالعه حاضر احتمال بقاء در بیماران مؤنث کمتر بوده است. در مطالعه سلطانی و احمدیه (۱۳۸۳) مرگ و میر زنان و مردان در داخل بیمارستان تفاوت

معنی‌داری نداشته است، گرچه مرگ و میر یک ساله در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (۶). نتایج مطالعه کامبو و همکاران<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۸) در فرانسه بر روی بقاء یک ساله بیماران سکته قلبی حاد نشان داد که میزان مرگ و میر در ۲۸ روز اول ۱۳/۲ درصد بوده است (۸). بیشتر بودن احتمال فوت در یک ماه اول پس از وقوع سکته در مطالعه حاضر می‌تواند علل مختلفی از جمله عدم آشنایی بیمار و همراهان با علایم سکته قلبی، خوددرمانی بیمار به وسیله خود، وی یا نزدیکان، دیر مراجعه کردن به مراکز درمانی، چاقی زیاد، عدم رعایت دستورات پزشک معالج و عوامل دیگر داشته باشد.

در مطالعه حاضر ۷۳ درصد بیماران مذکر و ۲۷ درصد مؤنث بوده‌اند. در مطالعه سلطانی و احمدیه (۱۳۸۳) در یزد ۵۸ درصد مذکر و ۴۲ درصد مؤنث بوده‌اند (۶) و در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) ۶۹ درصد بیماران مذکر و ۳۱ درصد مؤنث بودند (۷).

در مطالعه حاضر سن مردان از زنان در هنگام بروز سکته به طور معنی‌داری کمتر بوده است. احتمال بقاء بر حسب داشتن سن کمتر از ۶۰ سال یا سن ۶۰ سال و بیشتر اختلاف معنی‌داری داشته است و داشتن سن بیش از ۶۰ سال در بیماران شانس فوت را ۳/۱۲ برابر کرده است. در مطالعه سلطانی و احمدیه (۱۳۸۳) در یزد سن بروز سکته در مردان ۵۹ سال و در زنان ۶۶ سال بوده است (۶). در مطالعه نبئی و همکاران

1- Cambou et al

(۱۳۸۰) در تهران میانگین سنی بیماران ۵۷ سال با انحراف معیار ۱۳ سال بوده است که بیشترین میزان مربوط به گروه ۵۹ - ۵۰ ساله‌ها گزارش شده است (۷) که با میانگین سن بروز سکته قلبی در مطالعه حاضر اختلاف چندانی ندارد.

شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه در این پژوهش ۲۸/۸۲ کیلوگرم بر مترمربع بوده است. ۲۵ درصد افراد دارای توده بدنی بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر مترمربع بوده‌اند. در زنان توده بدنی ۲۹/۳ کیلوگرم بر مترمربع و در مردان ۲۸/۶ کیلوگرم بر مترمربع بوده است که اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند و نتایج حاکی از چاق بودن اکثریت بیماران مورد مطالعه دارد. چاقی از عواملی بوده است که در افزایش احتمال مرگ بیمار اثر معنی‌داری داشته است. بیمارانی که شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۷ کیلوگرم بر مترمربع داشته‌اند شانس فوت آنها ۲/۶ برابر بوده است. امیری و همکاران (۱۳۸۲) عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی - عروقی را در بندر بوشهر بر اساس پروژه مونیکی سازمان جهانی بهداشت، اضافه وزن در ۴۰/۶ درصد، چاقی بر اساس نمایه توده بدنی در ۲۶/۸ درصد و چاقی تنه ای در ۵۹/۴ درصد گزارش کردند (۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. عزیزی و همکاران (۱۳۸۲) نیز میزان چاقی را بر حسب شاخص توده بدنی برای مردان ۱۵ درصد و برای زنان ۳۰ درصد برآورد نموده است (۵).

در مطالعه حاضر ۹۰ درصد بیماران متأهل و ۱۰ درصد بقیه بیوه، مطلقه و یا مجرد بوده‌اند. متأهل بودن از عواملی است که در کاهش احتمال مرگ بیمار

اثر معنی‌داری داشته است. متأهل نبودن شانس فوت کردن را پس از بروز سکته و تا یکسال به ۴/۴ برابر افزایش داده است. در مطالعه میرخانی و همکاران (۱۳۸۳) در تهران در جمعیت مورد بررسی ۸۸/۸ درصد متأهل، ۸/۶ درصد زن مرده، ۰/۸ درصد هرگز ازدواج نکرده، ۰/۴ درصد مطلقه و ۰/۸ درصد جدا شده زندگی می‌کردند (۹) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد، ولی در این مطالعه در مورد اثر متأهل بودن در شانس بقاء بحثی نکرده است (۹).

۳۱ درصد افراد در این مطالعه هرگز دخانیات مصرف نمی‌کرده‌اند، ۲۰ درصد گاهی و ۴۹ درصد به طور دایم از دخانیات استفاده می‌نموده‌اند. ۱۱ درصد زنان و ۶۰ درصد مردان مبتلا به سکته قلبی به طور دایم سیگار یا قلیان استعمال می‌کرده‌اند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، مصرف دخانیات شانس فوت کردن را به ۳ برابر افزایش می‌دهد. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران ۴۱ درصد افراد تحت مطالعه سیگاری و ۵۹ درصد غیرسیگاری بوده‌اند. نزدیک به یک سوم افراد سیگاری در گروه سنی ۵۹ - ۵۰ سال قرار داشتند. در این مطالعه میزان بقاء یک‌ساله در بیماران سیگاری ۸۱ درصد و در بیماران غیرسیگاری ۶۲ درصد برآورد شده است که اختلاف معنی‌داری داشته‌اند (۷).

در مطالعه حاضر فاصله زمان بروز علائم بیماری تا مراجعه به پزشک ۴ ساعت بوده است. همچنین فاصله زمانی مراجعه به پزشک تا زمان بستری شدن ۵/۰۳ ساعت بوده است. این مدت زمانها از نتایج مطالعات مشابه بیشتر است (۵-۱۰) و خود از دلایل



مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران ۳۹ درصد افراد سابقه پرفشاری خون داشتند که ۵۷ درصد آنان مرد و ۳۷ درصد آنان زن بوده اند (۷). در این مطالعه احتمال بقاء در دو گروه با و بدون فشارخون اختلاف معنی‌داری نداشته است. میزان بقاء در بیماران با فشارخون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه ۲۴ درصد و در بیماران با فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه، ۷۹ درصد بوده است. همچنین میزان بقاء در بیماران با فشارخون دیاستولیک کمتر یا مساوی ۱۰۰ میلی‌متر جیوه ۶۹ درصد و در بیماران با فشارخون دیاستولیک بیشتر از ۱۰۰ میلی‌متر جیوه ۱۰۰ درصد گزارش شده است. میزان بقاء در بیماران با فشارخون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ به نحو بارزی بیشتر از افراد با فشارخون کمتر از ۱۴۰/۹۰ بوده است (۷ و ۶).

در مطالعه حاضر ۸ درصد بیماران سابقه بیماری دیابت داشته‌اند، این میزان در زنان ۱۶ درصد و در مردان ۶ درصد بوده است که اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند. همچنین از بیماران دیابتی ۱۰ درصد وابسته و بقیه غیروابسته به انسولین بوده‌اند و میزان بقاء در بیماران بر حسب داشتن یا نداشتن دیابت اختلاف معنی‌داری نداشته است. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) ۱۸ درصد افراد تحت مطالعه سابقه دیابت ملیتوس داشتند که ۷۲ درصد آنان مرد و ۲۸ درصد آنان زن بودند. ۳۸ درصد بیماران دیابتی در گروه سنی ۵۰-۵۹ سال قرار گرفتند (۷).

در این مطالعه ۸۲ درصد بیماران دچار سکته با موج Q و ۱۸ درصد بدون موج Q شده بودند. در

افزایش مرگ و میرهای اولیه در پس از وقوع سکته است. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) میانگین زمان رسیدن به بیمارستان پس از شروع اولین علائم، ۲ ساعت و ربع بوده است (۷) که به مراتب از زمان‌های مشابه مربوط به شهر یاسوج کمتر است.

متوسط زمان بستری شدن در بیمارستان در مطالعه حاضر به طور متوسط ۴ روز بوده است. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران میانگین زمان بستری در بیمارستان ۸/۶ روز گزارش شده است (۷).

۱۶ درصد از بیماران در مطالعه حاضر سابقه بیماری قلبی داشته‌اند و ۳۵ درصد با سابقه بیماری قلب و عروق قبلاً بستری شده بودند و ۴۸ درصد ایشان در رابطه با این بیماری دارو مصرف می‌کردند. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) احتمال بقای ۲۸ روزه در بیماران با سابقه بیماری‌های ایسکمیک قلبی را ۹۸ درصد و در گروه بدون سابقه بیماری‌های ایسکمیک ۹۴ درصد برآورد کرده است (۷).

احتمال بقاء در ۲۴ ساعت اول در جامعه مورد مطالعه در یاسوج ۸۴/۷ درصد بوده است که به مراتب از موارد مشابه در سایر جوامع کمتر است. در مطالعه حاضر میزان مرگ و میر در ماه اول ۱۶/۱ درصد بوده است، در حالی که نتایج مطالعه‌ای در فرانسه نشان داد که میزان مرگ و میر در ۲۸ روز اول ۱۳/۲ درصد بوده است (۸).

در مطالعه حاضر ۶۳ درصد از بیماران، سابقه افزایش فشارخون وجود داشته است که اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان وجود داشته است. در

مطالعه سلطانی و احمدیه (۱۳۸۳) در یزد ۸۳/۳ درصد بیماران سکته قلبی با موج Q و بقیه سکته بدون موج Q داشته‌اند. در این مطالعه مرگ داخل بیمارستانی در بیماران با سکته و دارای موج Q بیشتر بوده است، ولی اثر معنی‌داری در احتمال بقاء نداشته است (۶) که این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر سطح درگیر سکته قلبی شامل: قدامی ۴۱ درصد، قدامی وسیع ۱۸ درصد، تحتانی ۴۰ درصد، تحتانی خلفی صفر درصد، تحتانی و بطن راست ۲ درصد بوده است که این نتایج با مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران (۷) همخوانی دارد. در مطالعه سلطانی و احمدیه (۱۳۸۳) شایع‌ترین محل سکته از نوع تحتانی و سپس وسیع قدامی بوده است (۶).

در مطالعه حاضر ۹۵ درصد بیماران کلیپ I و بقیه کلیپ II داشته‌اند و طبقه کلیپ در میزان بقاء اثر معنی‌داری نداشته است. در مطالعه نبئی و همکاران (۱۳۸۰) در تهران ۵۲ درصد بیماران را در کلیپ یک گزارش نموده است و در این مطالعه نیز اثر معنی‌داری برای طبقه‌های کلیپ گزارش نشده است (۷).

در مطالعه حاضر ۸۷ درصد بیماران دچار دردهای آنژیینی بعد از سکته قلبی در بیمارستان شده‌اند. همچنین میزان بقاء در بیماران با دردهای آنژیینی از سکته قلبی به طور معنی‌داری بیشتر از سایر بیماران بوده است.

میزان مرگ و میر در یک ماه اول در بیماران با سکته قلبی در مطالعه حاضر بیش از مطالعات مشابه در سایر نقاط کشور و میزان بقاء یک‌ساله نیز کمتر بوده

است. مهمترین عوامل مؤثر بر آن مجرد بودن، مصرف سیگار، چاقی و درد آنژین صدری پس از سکته قلبی می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد به افراد جامعه در مورد عوامل خطرزای بروز سکته قلبی شامل: کم تحرکی، چاقی، استعمال دخانیات، سن بیش از ۶۰ سال، علایم اولیه سکته قلبی و نحوه برخورد با این بیماران، آموزش‌های مورد نیاز با استفاده از وسایل ارتباط جمعی داده شود.

### تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج به خاطر حمایت‌های مالی این طرح و کلیه کارکنان محترم در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان امام سجاد (ع) و اورژانس بیمارستان شهید بهشتی و بیماران محترم شرکت کننده در پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌نماییم. همچنین از شکرالله بهروزی، محمد ملک‌زاده و منصور موسوی‌نژاد تقدیر و تشکر می‌شود.

# Survival Rate and its Related Factors in Patients with Acute Myocardial Infarction

Ghaffarian Shirazi HR\*,  
Javan AR\*\*,  
Hatamipoor E\*\*\*, \*\*\*\*,  
Moosavizadeh A\*\*\*\*,  
Ghaedi H\*\*\*\*,  
Mohammadi Baghmallaee M\*\*\*\*,  
Jabarnejad A\*\*\*\*.

\*MSc in Biostatistics, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*Assistant Professor of Cardiology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*\*Yasuj university of Medical sciences Assistant Professor of General Surgery, Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*\*\*General Physician, MPH, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

\*\*\*\*MSc in Health Services Management, Department of Health Services Management, Health Faculty, Bushehr University of medical sciences, Bushehr, Iran

\*\*\*\*MA in Persian Literature, Department of Persian Literature, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

## KEYWORDS:

**Myocardial Infarction, survival rate, Risk Factors**

Received:27/12/1384

Accepted:4/5/1385

Corresponding Author:Ghaffarian Shirazi HR

E-mail: gshr3@yahoo.com

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** It has been noted that the myocardial infarction is an increasing episode in Islamic Republic of Iran and there are many procedures and methods which can help to reduce the number of death from this ongoing event. The aim of this study was to determine the survival rate in those patients who have had acute myocardial infarction and its association with different variables.

**Materials & Methods:** This descriptive analytic study evaluates 111 cases of acute myocardial infarction admitted in Yasuj Imam Sajjad hospital during the year 2004 and 2005. Data were collected using a questionnaire which was completed through direct interviewing by trained personnel. The data were analyzed by standard statistical tests using SPSS software.

**Results:** The mean age of patients was  $57 \pm 12$  years. The mean time of having access to physician after MI was  $4 \pm 2.2$  hours. The mean time of reaching hospital after physician order was  $5 \pm 4.9$  hours. The mean time of hospitalization was  $4 \pm 1.67$  days. Considering the past history of these patients revealed that 31 percent were smokers, 16 percent had the history of previous ischemic heart disease, 63 percent had hypertension, 8 percent had diabetes mellitus, 95 percent had clip I, 95 percent had no previous block, 82 percent had MI with Q wave. The survival rate in our study was found to be 0.91 in the first 10 hours, 0.847 in the first day, 0.829 in the first 28 days, 0.820 in the first third months, 0.792 in the first six months and 0.771 in the first 10 months of disease.

**Conclusion:** The mortality rate during the first month among the patients with heart failure turned out to be higher than that of the other similar studies performed in other parts of the country; however, the annual survival rate proved to be less. The most important causes of survival after the stroke are being single, smoking, fatness and angina pain.

## REFERENCES:

1. Last J, Cummins SA, Black DM, Nevitt MC. One year survival in acute myocardial infarction. *Lancet* 1993;341: 72 – 5.
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بررسی سلامت و تندرستی. چاپ اول. تهران: انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۶؛ ۲۶۳.
۳. امیری محمد، امامی محمدرضا، نبی‌پور ایرج. عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی در بندر بوشهر بر اساس پروژه نیکای سازمان جهانی بهداشت، پروژه قلب سالم خلیج فارس. طب جنوب ۱۳۸۲؛ سال ششم، شماره ۲: ۴۱ - ۳۵.
۴. رضائیان حسین، زارع محمدعلی، نبی‌پور ایرج، امیری محمد. پژوهشی بر سبکته قلبی حاد و همبستگی های مرگ و میر در بیماران. مجله بیماری های قلب و عروق ۱۳۸۰؛ سال چهارم، شماره ۱۲: ۴-۲۲.
۵. عزیزی فریدون، اسماعیل‌زاده احمد، میرمیران پروین. ارتباط چاقی با عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی، یک مطالعه اپیدمیولوژیک در تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران ۱۳۸۲؛ سال پنجم، ضمیمه شماره ۴: ۳۹۷-۳۸۹.
۶. سلطانی محمدحسین، احمدیه فریبا. بررسی سوریوال یک ساله بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد ۱۳۸۳؛ سال دوازدهم، شماره اول: ۳.
۷. نبئی بهروز، مقصودلو مهتاب، دبیران سهیلا. بررسی احتمال بقاء و عوامل مؤثر بر آن در بیماران سبکته قلبی بیمارستان حضرت امام. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ۱۳۸۰؛ سال ۶۰، شماره ۴: ۳۵۳ - ۳۴۷.
8. Cambou JP, Genes N, Vaur L. Epidemiology of MI in France, one year survival in the usik study. *Arch Maleoer Vaiss* 1998;91(9): 1103 – 10.
۹. میرخانی سیدحمید، محمدحسینی محمدرضا، صنعت کارفر مهدی. عوامل خطر ساز سبکته قلبی حاد در جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران ۱۳۸۳؛ سال ۶۲، شماره ۹: ۷۸۵-۷۸۹.