

## بررسی مقایسه‌ای عوارض زودرس انفارکتوس حادّ میوکارد در بیماران معتاد به موادّ مخدر و غیرمعتاد بستری در بخش سی‌سی‌یو

لادن نجار\*

دکتر بمانعلی وکیلی<sup>▲</sup>

حمیدرضا بهنام‌وشانی<sup>◆</sup>

انفارکتوس میوکارد یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بیماران بستری در بیمارستان‌های کشورهای صنعتی می‌باشد و ۳۰ درصد مرگ و میرها را در بر می‌گیرد. بیماری‌های عرو کرونر در ایران شایع است، بطوری که بررسی‌های آماری تعداد بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران را که مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی بوده‌اند ۳۲۷۶ نفر اعلام داشته که ۲۳۶۲ نفر از آنان دچار انفارکتوس میوکارد شده‌اند. متأسفانه بسیاری از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، معتاد به موادّ افیونی می‌باشند که عوارض ناشی از سکتۀ قلبی در آنها بر اساس تجربه بالینی محقق بیشتر بوده که با انجام این تحقیق نیز بطور علمی، ثابت شده است. در این مطالعه، تعداد ۱۱۶ نفر بیمار در دو گروه معتاد و غیرمعتاد با تشخیص انفارکتوس حادّ میوکارد مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از یک پرسشنامه و یک چک لیست جهت ثبت نتایج معاینات. یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که برخی عوارض از جمله دیس‌ریتمی‌های خطرآفرین بطنی، نارسایی قلبی شوک کاردیولوژیک، ایست قلبی و همچنین مرگ و میر در افراد معتاد بطور قابل توجهی بیشتر از افراد غیر معتاد بروز نموده است.

واژه‌های کلیدی: عوارض زودرس؛ اعتیاد.

\* - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی سبزوار

<sup>▲</sup> متخصص قلب و عروق

<sup>◆</sup> - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی سبزوار

## مقدمه

انفارکتوس میوکارد یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بیماران بستری در بیمارستان در کشورهای صنعتی می‌باشد. در ایالات متحده، حدود ۱/۵ میلیون مورد انفارکتوس میوکارد در هر سال رخ می‌دهد و میزان مرگ و میر در حدود ۳۰ درصد می‌باشد. بیماری‌های عروق کرونر در ایران شایع و از علل مهم مرگ و میر می‌باشد، بطوری که بررسی‌های آماری تعداد بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی تهران که مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی بوده‌اند ۳۲۷۶ نفر اعلام شد که ۲۳۶۲ نفر از آنان دچار انفارکتوس میوکارد شده‌بودند. پس از بروز انفارکتوس میوکارد، عوارض متعددی این بیماران را تهدید می‌کند بطوری که علل عمده مرگ و میر این بیماران بروز همین عوارض می‌باشد.

متأسفانه نگرش افراد جامعه نسبت به اعتیاد به تریاک و بیماری‌های قلبی به گونه‌ای است که مصرف آن را یک عامل مهم در پیشگیری از سکت‌های قلبی می‌دانند و اینجانب بر اساس تجربه کار بالینی که در بخش سی‌سی‌یو دارم بطور مداوم شاهد بستری شدن بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد هستم که در این بخش بستری می‌شوند و قریب به اتفاق آنها نیز معتاد به مواد مخدر (تریاک) می‌باشند. با توجه به گستردگی اعتیاد به تریاک در شهرستان سبزوار و همچنین شیوع انفارکتوس‌های قلبی بر این شدم که این کار تحقیقی را انجام دهم تا شاید ارائه نتایج آن منجر به بهبود وضعیت بهداشتی جامعه گردد.

## روش پژوهش

**فرضیه‌ها:** ۱ - بین اعتیاد به تریاک و عوارض انفارکتوس قلبی ارتباط وجود دارد. ۲ - اعتیاد به تریاک باعث بروز بیشتر عوارض ناشی از انفارکتوس می‌شود.

**روش مطالعه:** آینده‌نگر تاریخی.

**جمعیت آماری:** بیماران معتاد و غیرمعتاد مبتلا به انفارکتوس قلبی بستری در بخش سی‌سی‌یو.

**تعداد نمونه‌ها:** در این مطالعه آینده‌نگر تاریخی، ۱۱۶ نفر از بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی که شرایط لازم برای این مطالعه را داشتند و در بخش سی‌سی‌یو بستری بودند از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین ترتیب که پژوهشگر به بخش سی‌سی‌یو مراجعه نموده و از افراد بستری شده دچار انفارکتوس قلبی فهرستی تهیه کرده پس از گردآوری اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری، نمونه‌ها را انتخاب کرده است. این نمونه‌ها نیز از نظر وجود اعتیاد به مواد مخدر و عدم اعتیاد به دو گروه تقسیم شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل یک چک‌لیست جهت ثبت نتایج معاینات و یک پرسشنامه جهت ثبت اطلاعات دموگرافیک و فاکتورهای خطر مربوط به انفارکتوس قلبی بوده است که به روش مشاهده مستقیم و اکوکاردیوگرافی، اطلاعات ثبت شده است.

روش انجام مطالعه بدین ترتیب بود که پس از انتخاب نمونه‌ها، یک متخصص قلب و عروق بیماران را معاینه و بررسی می‌نمود و پس از تأیید عوارض، اطلاعات توسط پژوهشگر و یک کارشناس پرستاری ثبت می‌شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، مبادرت به تجزیه و تحلیل با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی شد (استفاده از توزیع فراوانی، میانگین و آزمون مجذور کای).

## یافته‌ها

یافته‌های کلی این پژوهش مشخص نمود که میزان بروز انفارکتوس وسیع در افراد معتاد بیشتر از ۲ برابر افراد سالم است و همچنین میزان بروز ضربانات زودرس بطنی (PVC) در معتادان ۶۰/۳ درصد و در بیماران غیرمعتاد ۴۱/۴ درصد بود؛ نتیجه آزمون مجذور کای حاکی از این است که ارتباط معنی داری بین اعتیاد و بروز این دیس‌ریتمی وجود دارد؛ همچنین میزان بروز تاکی‌کاردی بطنی در بیماران معتاد ۲۵/۹ درصد و در افراد غیرمعتاد ۱۰/۲ درصد بود. به عبارت دیگر، معتادان بیش از ۲ برابر افراد غیرمعتاد در معرض تاکی‌کاردی بطنی می‌باشند و در مورد میزان بروز فیبریلاسیون بطنی در بیماران معتاد و غیرمعتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی، نتایج آماری نشان داد که ۶/۹ درصد افراد معتاد دچار این دیس‌ریتمی خطرناک شدند ولی در هیچ یک از نمونه‌های غیرمعتاد، فیبریلاسیون بطنی مشاهده نشده است.

جدول شماره ۱: مقایسه نوع انفارکتوس قلبی در افراد سالم و معتاد

نوع MI	سالم		معتاد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
انتروسپتال	۳۲	۵۵/۲	۲۶	۴۴/۸	۵۸	۵۰
اینفریور	۱۶	۲۷/۶	۱۷	۲۹/۳	۳۳	۲۸/۳
ساب آندوکاردا	۲	۳/۴	۲	۳/۴	۴	۳/۵
اکستنسیو Extensive	۳	۵/۲	۷	۱۲	۱۰	۸/۶
انتروسپتال - اینفریور	۰	-	۲	۳/۴	۲	۱/۸
اینفریور - پوستریور	۵	۸/۵	۴	۶/۹	۹	۷/۸
جمع	۵۸	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰

$$X^2 = ۴/۳۶ \quad df = ۵ \quad P = ۰/۳$$

جدول فوق نشان می‌دهد که میزان انفارکتوس وسیع در افراد معتاد بیشتر از ۲ برابر افراد غیر معتاد است.

جدول شماره ۲: میزان بروز مرگ و میر در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس قلبی

مرگ و میر	سالم		معتاد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۱	۱/۷	۸	۱۳/۸	۹	۷/۸
ندارد	۵۷	۹۸/۳	۵۰	۸۶/۲	۱۰۷	۹۲/۲
جمع	۵۸	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰

$$X^2 = ۵/۹۰۲ \quad df = ۱ \quad P < ۰/۰۱$$

جدول فوق نشان می‌دهد که ۱۳/۸ درصد افراد معتاد بعد از انفارکتوس حاد قلبی دچار مرگ شده‌اند در حالی که در افراد سالم میزان مرگ و میر ۱/۷ درصد بوده است. به عبارت دیگر معتادان ۸ برابر بیشتر از افراد سالم در معرض مرگ و میر می‌باشند. نتیجه آزمون کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌داری بین اعتیاد و مرگ بدنبال انفارکتوس حاد قلبی وجود دارد. جدول فوق نشان می‌دهد که ۱۰/۳ درصد افراد سالم و ۱۷/۲ درصد افراد معتاد مبتلا به آنژین بعد از MI شده‌اند به عبارت دیگر معتادان بیشتر از افراد سالم در معرض آنژین بعد از MI می‌باشند. نتیجه آزمون کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌داری بین اعتیاد و ابتلاء به آنژین وجود دارد.

جدول شماره ۳: میزان بروز نارسایی قلبی در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها نارسایی قلبی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰/۳	۱۲	۱۵/۵	۹	۵/۲	۳	دارد
۸۹/۷	۱۰۴	۸۴/۵	۴۹	۹۴/۸	۵۵	ندارد
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$X^2 = ۳/۳۴$        $P <= .۰/۰۶$        $df = ۱$

جدول فوق نشان می‌دهد که ۵/۲ درصد افراد سالم و ۱۵/۵ درصد افراد معتاد مبتلا به نارسایی قلبی شده‌اند به عبارت دیگر معتادان ۳ برابر بیشتر از افراد سالم در معرض عارضه نارسایی قلبی می‌باشند.

جدول شماره ۴: میزان بروز انوریسم بطنی در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها انوریسم بطنی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱/۷	۲	۳/۴	۲	۰	۰	دارد
۹۹/۱	۱۱۴	۹۸/۲	۵۶	۱۰۰	۵۸	ندارد
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$X^2 = ۲/۰۳۵$        $df = ۱$        $P <= .۰/۱$

جدول فوق نشان می‌دهد که ۳/۴ درصد افراد معتاد بدنبال انفارکتوس حاد قلبی دچار انوریسم بطنی شده‌اند ولی در هیچ یک از نمونه‌های سالم این عارضه دیده نشده است. جدول فوق نشان می‌دهد که ۸/۶ درصد افراد معتاد بدنبال انفارکتوس قلبی دچار شوک کاردیوژنیک شده‌اند ولی در هیچ یک از نمونه‌های سالم شوک کاردیوژنیک مشاهده نشده است. به عبارت دیگر نتیجه آزمون مجذور کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌دار بین اعتیاد و ابتلاء به شوک کاردیوژنیک بعد از انفارکتوس قلبی حاد وجود دارد.

جدول شماره ۵: مقایسه میزان بروز شوک کاردیوژنیک در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها شوک کاردیوژنیک
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴/۳	۵	۸/۶	۲	۰	۰	دارد
۹۵/۷	۱۱۱	۹۱/۴	۵۳	۱۰۰	۵۸	ندارد
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$$X^2 = ۵/۲۲۵$$

$$df = ۱$$

$$P <= .۰/۰۲$$

جدول فوق نشان می‌دهد که ۳/۴ درصد افراد معتاد بدنبال انفارکتوس قلبی دچار ایست قلبی شده‌اند ولی در هیچ یک از نمونه‌های سالم ایست قلبی مشاهده نشده است. نتیجه آزمون مجذور کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌داری بین اعتیاد و بروز ایست قلبی وجود ندارد.

جدول شماره ۶: میزان بروز فیبریلاسیون بطنی در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها فیبریلاسیون بطنی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳/۴	۴	۶/۹	۴	۰	۰	دارد
۹۶/۶	۱۱۲	۹۳/۱	۵۴	۱۰۰	۵۸	ندارد
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$$X^2 = ۴/۱۴۳$$

$$df = ۱$$

$$P <= .۰/۰۴$$

جدول فوق نشان می‌دهد که ۶/۹ درصد افراد معتاد بدنبال انفارکتوس حاد قلبی دچار فیبریلاسیون بطنی شده‌اند ولی در هیچ یک از نمونه‌های سالم فیبریلاسیون بطنی مشاهده نشده است. به عبارت دیگر نتیجه آزمون مجذور کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌داری بین اعتیاد و ابتلاء به فیبریلاسیون بطنی بعد از انفارکتوس حاد قلبی وجود دارد.

جدول شماره ۷: میزان بروز تاقیکاردی بطنی در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها تاقیکاردی بطنی (VT)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۸/۱	۲۱	۲۵/۹	۱۵	۱۰/۳	۶	دارد
۸۱/۹	۹۵	۷۴/۱	۴۳	۸۹/۷	۵۲	ندارد
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$$X^2 = ۴/۷۱۰$$

$$df = ۱$$

$$P <= .۰/۰۳$$

جدول فوق نشان می‌دهد که ۲۵/۹ درصد افراد معتاد و ۱۰/۳ درصد افراد سالم دچار تاقیکاردی بطنی شده‌اند به عبارت دیگر معتادان بیش از ۲ برابر افراد سالم در معرض تاقیکاردی بطنی می‌باشند. نتیجه آزمون مجذور کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌داری بین اعتیاد ابتلاء به تاقیکاردی بطنی بدنبال انفارکتوس حاد قلبی وجود دارد.

جدول شماره ۸: میزان بروز تائیکاردی و برادیکاردی سینولی در بیماران سالم و معتاد به انفارکتوس حاد قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها آریتمی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۹	۸۰	۶۲/۱	۳۶	۷۵/۹	۴۴	بدون تائیکاردی و برادیکاردی
۷/۸	۹	۱۰/۳	۶	۵/۲	۳	تائیکاردی سینولی
۲۱/۶	۲۵	۲۷/۶	۱۶	۱۵/۵	۹	برادیکاردی سینولی
۱/۷	۲	۰	۰	۳/۴	۲	تائیکاردی - برادیکاردی سینوسی
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$X^2 = ۵/۷$

df = ۳

P &lt;= ۰/۱

جدول فوق نشان می‌دهد که ۵/۲ درصد از افراد سالم و ۱۰/۳ درصد از افراد معتاد مبتلا به تائیکاردی و ۱۵/۵ درصد افراد سالم مبتلا به برادیکاردی و ۲۷/۶ درصد افراد معتاد مبتلا برادیکاردی شده‌اند به عبارت دیگر آزمون کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌دار بین اعتیاد و ابتلاء به آریتمی وجود ندارد.

جدول شماره ۹: میزان بروز ضربانات زودرس بطنی در بیماران سالم و معتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی

جمع		معتاد		سالم		گروهها ضربانات زودرس بطنی (PVC)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵۰/۹	۵۹	۶۰/۳	۳۵	۴۱/۴	۲۴	دارد
۴۹/۱	۵۷	۳۹/۷	۲۳	۵۸/۶	۳۴	ندارد
۱۰۰	۱۱۶	۱۰۰	۵۸	۱۰۰	۵۸	جمع

$X^2 = ۴/۱۷۴$

P &lt;= ۰/۰۴

df = ۱

جدول فوق نشان می‌دهد که ۴۱/۴ درصد افراد سالم و ۶۰/۳ درصد افراد معتاد بدنبال انفارکتوس حاد قلبی دچار ضربانات زودرس بطنی (PVC) شده‌اند به عبارت دیگر معتادان تقریباً ۱/۵ برابر افراد سالم در معرض ضربانات زودرس بطنی می‌باشند. نتیجه آزمون مجذور کای حاکی از این است که ارتباط معنی‌دار بین اعتیاد و بروز این دیس ریتمی وجود دارد. تجزیه و تحلیل در مورد میزان بروز شوک کاردیوژنیک در بیماران معتاد و غیرمعتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی مشخص نمود که ۸/۶ درصد افراد معتاد بدنبال AMI دچار شوک کاردیوژنیک شده‌اند ولی در هیچ یک از نمونه‌های سالم این عارضه مشاهده نشد و نتیجه آزمون مجذور کای نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین اعتیاد و ابتلاء به شوک کاردیوژنیک وجود دارد؛ همچنین در مورد میزان بروز ایست قلبی، نتایج آماری مشخص کرد که ۳/۴ درصد افراد معتاد بدنبال انفارکتوس قلبی دچار ایست قلبی شده‌اند.

آزمون مجذور کای نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین بروز مرگ و میر و اعتیاد بدنبال انفارکتوس حاد میوکارد وجود دارد (  $X = ۵/۹۰۲$  ,  $df = 1$  ,  $P < 0/01$  )

بطور کلی، عوارض انفارکتوس حاد قلبی در بیماران معتاد بیشتر از بیماران غیر معتاد بود (نارسایی قلبی، آنژین بعد از MI، پریکاردیت، هیپوتانسیون) (جهت اطلاعات دقیق‌تر به جداول مربوطه مراجعه شود).

**بحث**

مهم‌ترین یافته این تحقیق این است که در بیماران معتاد، میزان بروز انفارکتوس حاد قلبی وسیع بیشتر از ۲ برابر بیماران غیرمعتاد بود. همچنین میزان بروز آریتمی‌های بطنی مانند ضربانات زودرس بطنی، تاکیکاردی بطنی و فیبریلاسیون بطنی در افراد معتاد بیشتر بوده است؛ همچنین میزان بروز شوک کاردیوژنیک و ایست قلبی در بیماران معتاد به مراتب بیشتر از نمونه‌های غیرمعتاد مشاهده شده است و نهایتاً مرگ و میر در بیماران معتاد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی بیشتر بوده است. در مطالعه‌ای که توسط همافال سلیمان در مورد بررسی عوارض زودرس انفارکتوس حاد میوکارد بر روی صد بیمار انجام گرفت، مشخص گردید که شایع‌ترین عوارض زودرس بعد از انفارکتوس قلبی به ترتیب آریتمی، آنژین‌های بعد از MI، نارسایی قلبی، اختلالات هدایتی، هیپوتانسیون، نارسایی میترا، پریکاردیت، ادم حاد ریه و شوک کاردیوژنیک بوده است. در مجموع، به نظر می‌رسد که میزان بروز عوارض بعد از انفارکتوس حاد قلبی در بیماران معتاد به مراتب بیشتر بوده است. با توجه به اینکه به جز ریسک فاکتور کشیدن سیگار، بقیه عوامل خطر (پرفشاری خون) دیابت، هیپولیپدمی، سابقه فامیلی در آنها کمتر بوده و یا اصلاً مشاهده نشده است. همچنین با توجه به اینکه پدیده مواد مخدر و اعتیاد به آن یکی از مهم‌ترین مسایل و معضلات کنونی کشور ماست که علاوه بر پیامدهای اقتصادی سنگین، سلامت روانی جامعه را با خطرات جدی رو به رو می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی بیماری‌ها و عوارض آن را در دو گروه معتاد و غیرمعتاد مورد بررسی قرار دهد و آن را در اختیار اқشار مختلف جامعه قرار دهد تا مردم با آگاهی از نتایج آنها قادر باشند خود را از انواع معلولیت‌های جسمی، روحی و اجتماعی برهانند.

**Abstract**

***A comparative study of Early complications of Acute Myocardial Infarction in Addicted and Non - addicted Patients at CCU of Heshmatyya Hospital , Sabzevar , Iran***

Acute Myocardial Infarction (AMI) is one of the commonest diagnoses for hospitalized patients in industrial countries, bringing a about a death toll of a about 30%. In Iran, diseases involving coronary vessels are prevalent; statistics indicated that 2362 out of 3276 patients with ischemic diseases suffered from AMI in medical clinics of Tehran , Iran. Unfortunately , most AMI patients are opium addicts . In the present study, 116 AMI patients were studied in two groups of addicts and non - addicts. The study data were collected through a questionnaire and a checklist for examination records. The results indicated that some complications, such as risky ventral dysrhythmia, cardiogenic shock deficiencies of the heart, cardiac arrest and death toll, occurred considerably more in addicts than in non addicts.

**Key Words:** *Early symptoms; Addiction.*

## منابع

- ۱ - همافال سلیمان و همکاران. بررسی عوارض زودرس انفارکتوس حاد میوکارد در سی‌سی‌یو و بخش قلب. سال ۱۳۷۸.
- ۲ - محسن کوشان . سعید واقعی . روان‌پرستاری . انتشارات انتظار. چاپ اول . سال ۱۳۷۸ .
- ۳ - هارسیون و اختلالات روانپزشکی . ترجمه مرصده سمعی . انتشارات تیمورزاده . سال ۱۳۷۷ .
- ۴ - سازمان ملل متحد، یونسکو . آموزش عمومی برای پیشگیری از اعتیاد . ترجمه محسن دهقانی . انتشارات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور . سال ۱۳۷۲ .
- 5 - PHI PPS , W . et aL . Medical - Surgical . Nursing . Mosby . 2000.
- 6 - Jean . et al . Troduction in to Critical Care nursing. W. B. Saunders Company. 1999.
- 7 - Donnell . L . Complication of MI Beyond the Acute Stage. AjN. 1996 . PP . 25 - 30.