

اپیدمیولوژی حوادث حاد کرونری در بیماران بستری در بیمارستان امام علی (ع) طی سالهای ۸۳-۱۳۸۱

دکتر عبدالرسول مولودی*؛ مریم کلهری**؛ زهرا حسینی**؛ مهندس دائم روشنی***

چکیده

سابقه و هدف: بیماری عروق کرونر مهم‌ترین مشکل بهداشتی در جوامع توسعه یافته و توسعه نیافته محسوب می‌گردد. در آمریکا سالانه یک میلیون نفر با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در مراکز قلب و عروق بستری می‌شوند و ۵۹ میلیون نفر به یکی از انواع بیماری آترواسکلروتیک عروق کرونر مبتلا هستند. در اروپا شایع‌ترین علت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انفارکتوس میوکارد بدون موج Q (۵۴٪) و در ۴۶ درصد موارد انفارکتوس حاد میوکارد با موج Q بوده است. در ایران در مورد شیوع و فراوانی حوادث حاد کرونری مطالعه منتشر شده‌ای وجود ندارد، هدف اصلی مطالعه حاضر، تعیین شیوع و فراوانی انواع حوادث حاد کرونری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی تحلیلی شیوع و توزیع فراوانی حوادث حاد کرونری طی سالهای ۸۳-۱۳۸۱ مورد مطالعه قرار گرفته است. حداقل حجم نمونه ۶۲۱ بیمار محاسبه گردید و در کلیه بیمارانی که با تشخیص حادثه حاد کرونری در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده بودند، مشخصات جمعیت شناختی و نوع حادثه حاد کرونری مورد ارزیابی قرار گرفت. از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۸۴۳ بیمار شامل ۶۰۷ مرد و ۲۳۶ زن با محدوده سنی ۷۸-۲۵ و میانگین سنی ۵۸ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۱۲ بیمار با تشخیص آنژین صدری ناپایدار، ۴۵۳ بیمار به علت انفارکتوس میوکارد با موج Q و ۷۸ بیمار به علت انفارکتوس میوکارد بدون موج Q بستری بودند که بدین ترتیب شیوع آنژین صدری ناپایدار ۳۷ درصد، انفارکتوس میوکارد با موج Q، ۵۴/۷ درصد و انفارکتوس میوکارد بدون موج Q، ۹/۲ درصد محاسبه گردیده است.

بحث: یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوع و توزیع فراوانی حوادث حاد کرونری با آمار و گزارش‌های علمی منتشر شده بین المللی تفاوت‌هایی دارد. در مطالعه حاضر شیوع انفارکتوس حاد میوکارد بدون موج Q، ۹/۲ درصد در مقابل ۵۴ درصد مطالعه منتشر شده در جوامع اروپایی است.

کلید واژه‌ها: اپیدمیولوژی، حوادث حاد کرونری، انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری ناپایدار

«دریافت: ۱۴/۲/۸۴ پذیرش: ۱۴/۱۰/۸۴»

**کارشناس پرستاری

*دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

***عضو هیأت علمی گروه آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، مرکز تحقیقاتی - آموزشی و درمانی قلب و عروق امام علی (ع)، تلفن: ۰۸۳۱-۸۳۷۰۲۵۲

Email: amoloudi@yahoo.com

مقدمه

بیماری عروق کرونر مهم‌ترین مشکل بهداشتی در جوامع توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته محسوب می‌گردد (۱). گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی که در سال ۲۰۰۲ منتشر شده، نشان می‌دهد که بیماری عروق کرونر موجب بیشترین میزان مرگ و میر و ازکارافتادگی در کشورهای در حال توسعه شده است (۲). در آمریکا تا سن ۶۰ سالگی از هر ۳ مرد یک نفر دچار بیماری عروق کرونر می‌شود و این نسبت در خانم‌ها ۱۰ به یک می‌باشد (۳). همچنین در جامعه آمریکا، حدود ۵۹ میلیون نفر به یکی از انواع بیماری‌های آترواسکلروتیک عروق کرونر مبتلا هستند و ۵ میلیون نفر سالانه به علت درد قفسه صدری به فوریت‌های قلب و عروق مراجعه می‌کنند که ۱۰ درصد آن‌ها به انفارکتوس حاد میوکارد و ۵۰ درصد به آنژین صدری ناپایدار و ۴۰ درصد آن‌ها دردهای غیرایسکمیک دارند (۴). در اروپا مطالعه چندین مرکز علمی نشان می‌دهد که ۵۴ درصد بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد از نوع انفارکتوس میوکارد بدون موج Q (NSTEMI) و ۴۶ درصد به صورت انفارکتوس میوکارد با موج Q (STEMI) (۲) و ۳۰ درصد بیماران بستری در فوریت‌های قلب دچار آنژین صدری ناپایدار (UA) می‌باشند (۵).

در مطالعه فرامینگهام در آمریکا شایع‌ترین نوع حادثه حاد کرونری در فوریت‌های قلب و عروق، انفارکتوس میوکارد با موج Q بوده است (۶). در ایران مطالعه مشخص و منتشر شده‌ای درباره توزیع و فراوانی حوادث حاد کرونری از قبیل انفارکتوس حاد میوکارد و آنژین صدری ناپایدار وجود ندارد. به همین منظور مطالعه

حاضر به منظور تعیین شیوع و فراوانی حوادث حاد کرونری در مرکز آموزش درمانی قلب و عروق امام علی (ع) طراحی و اجرا گردیده است.

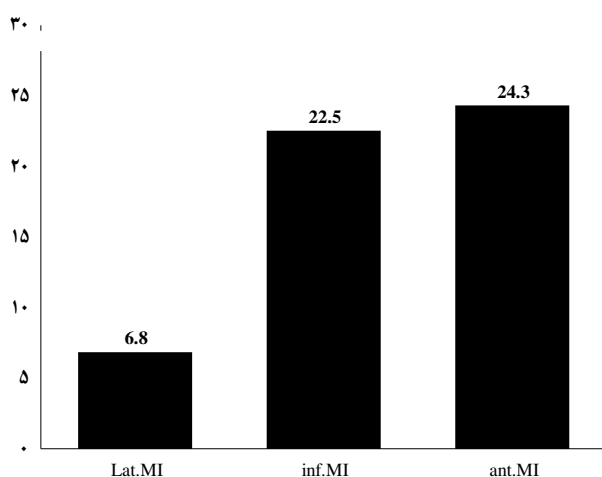
مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی تحلیلی شیوع و توزیع فراوانی حوادث حاد کرونری طی سال‌های ۸۳-۱۳۸۱ مورد مطالعه قرار گرفته است. کلیه بیمارانی که با تشخیص حوادث حاد کرونری در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده بودند، وارد مطالعه شدند و اطلاعات موجود در پرونده بیماران، از قبیل سن، جنس، نوع انفارکتوس حاد میوکارد، آنژین صدری ناپایدار، آتیم‌های قلبی و تغییرات الکتروکاردیوگرافی در پرسشنامه مخصوص ثبت شدند. حداقل حجم نمونه قابل قبول با توجه به شیوع حوادث حاد کرونری در جوامع اروپایی شامل ۵۴ درصد انفارکتوس میوکارد بدون موج Q و ۴۶ درصد با موج Q با اطمینان ۰/۹۵، تعداد ۶۲۱ بیمار محاسبه گردید و برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و به منظور خلاصه‌سازی و دسته‌بندی داده‌ها از آزمون مجذور کای و برای تعیین میزان ارتباط پارامترهای مورد مطالعه از ضرایب همبستگی استفاده شده است. به منظور نتیجه‌گیری صحیح‌تر از داده‌ها و ارتباط سن و جنس، بیماران به سه گروه سنی، ۴۹-۲۵ سالگی، ۶۹-۵۰ سالگی و سن ۷۰ و بیشتر از آن طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۸۴۳ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی طی سال‌های ۸۳-۱۳۸۱ مورد

وجود نداشت ($P=0/261$). بین جنس و نوع حادثه حاد کرونری ارتباط معناداری وجود داشت ($P=0/001$). بین سن و نوع انفارکتوس (انفارکتوس با موج و بدون موج) ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($P=0/663$). یافته مهم دیگر در مورد توزیع فراوانی انواع انفارکتوس میوکارد برحسب منطقه درگیری الکتروکاردیوگرافی بود که $inf. MI$ ۱۹۱ بیمار ($6/8\%$)، $lat. MI$ ۵۷ بیمار ($22/5\%$) و $ant. MI$ ۲۰۵ بیمار ($24/3\%$) وجود داشت.



نمودار ۱- توزیع فراوانی انفارکتوس حاد میوکارد برحسب منطقه درگیر در بیماران بستری در بیمارستان امام علی (۸۳-۱۳۸۱)

مطالعه و بررسی قرار گرفته‌اند که از این تعداد ۶۰۷ بیمار مرد و ۲۳۶ بیمار زن بوده‌اند. محدوده سنی بیماران ۲۵-۷۸ و میانگین سنی آن‌ها ۵۸ سال بود. ۳۱۲ بیمار با تشخیص آنژین صدری ناپایدار بستری شده‌اند که از این تعداد ۱۸۵ بیمار ($59/3\%$) مرد و ۱۲۷ بیمار ($40/7\%$) زن بودند. ۴۵۳ بیمار با تشخیص انفارکتوس میوکارد با موج Q بستری شده‌اند که از این تعداد ۳۵۹ بیمار ($79/2\%$) مرد و ۹۴ بیمار ($20/8\%$) زن بودند. ۷۸ بیمار با تشخیص انفارکتوس میوکارد بدون موج Q بستری شده‌اند که از این تعداد ۶۳ بیمار ($80/8\%$) مرد و ۱۵ بیمار ($19/2\%$) زن بوده‌اند.

در جدول و نمودار ۱ توزیع فراوانی انواع حوادث حاد کرونری، نوع و منطقه انفارکتوس حاد میوکارد آورده شده است. در مجموع در مطالعه حاضر ۵۳/۷ درصد بیماران به انفارکتوس میوکارد با موج Q، ۹/۲ درصد بیماران به انفارکتوس میوکارد بدون موج Q و ۳۷ درصد بیماران به آنژین صدری ناپایدار مبتلا بوده‌اند. بین سن و نوع حوادث حاد کرونری ارتباط معناداری

جدول ۱ توزیع فراوانی انواع حوادث حاد کرونری برحسب سن و به تفکیک جنس در بیماران بستری در بیمارستان امام علی (۸۳-۱۳۸۱)

سن (سال)		انفارکتوس حاد میوکارد با موج Q		انفارکتوس حاد میوکارد بدون موج Q		آنژین صدری ناپایدار	
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۲۵-۴۹		۱۰	۹۳	۰	۲۱	۱۹	۵۸
		(۲/۲)	(۲۰/۵)	(۰)	(۲۶/۹)	(۶/۱)	(۱۸/۶)
۵۰-۶۹		۵۱	۱۷۲	۱۲	۳۳	۷۲	۸۵
		(۱۱/۳)	(۳۸)	(۱۵/۴)	(۴۲/۳)	(۲۳/۱)	(۲۷/۲)
≥۷۰		۳۳	۹۴	۳	۹	۳۶	۴۲
		(۷/۳)	(۲۰/۷)	(۳/۸)	(۱۱/۶)	(۱۱/۵)	(۱۳/۵)
جمع		۹۴	۳۵۹	۱۵	۶۳	۱۲۷	۱۸۵
		(۲۰/۸)	(۷۹/۲)	(۱۹/۲)	(۸۰/۸)	(۴۰/۷)	(۵۹/۳)

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که شیوع و توزیع فراوانی حاد کرونری با مطالعات مشابه خارجی تفاوت‌هایی دارد: در مطالعه حاضر شیوع انفارکتوس میوکارد با موج Q، ۵۳/۷ درصد، بدون موج Q، ۹/۲ درصد و آنژین صدری ناپایدار ۳۷ درصد بوده است که در مطالعه چند مرکز اروپایی که به مطالعه ESC معروف است، شیوع انفارکتوس میوکارد با موج Q، ۴۶ درصد و بدون موج Q، ۵۴ درصد و آنژین صدری ناپایدار ۳۰ درصد بوده است.

در مطالعه فرامینگهام شایع‌ترین علت بستری بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انفارکتوس میوکارد با موج Q (۴۰٪) بوده است. در مطالعه Procam شیوع آنژین صدری ناپایدار ۳۷ درصد بوده است. در این مطالعه بین سن و نوع حادثه حاد کرونری ارتباط معناداری وجود نداشت، در حالی که در مطالعه فرامینگهام در سنین بیش از ۶۰ سالگی شایع‌ترین نوع حادثه حاد کرونری آنژین صدری ناپایدار بوده است. در مطالعه حاضر بین جنس و نوع حادثه کرونری ارتباط معناداری وجود داشت که با مطالعه مشابه در کتب معتبر علمی مشابهت دارد (انفارکتوس حاد میوکارد در مردان و آنژین صدری ناپایدار در زنان شیوع بیشتری دارد). نکته مهم قابل توجه کاهش سن ابتلا به بیماری‌های عروق

کرونری در جامعه مورد بررسی (شهر کرمانشاه) می‌باشد. ابتلا به حوادث حاد کرونری در سنین ۴۰-۲۵ سالگی در این مطالعه ۲۲ درصد بوده است که باتوجه به سن ابتلای بیماری عروق کرونری در جوامع آمریکایی و اروپایی که بیش از ۵۵ سالگی می‌باشد، آمار به‌دست آمده بسیار نگران‌کننده است و توجه به اهمیت پیشگیری اولیه را به طور جدی مطرح می‌سازد.

نتیجه‌گیری

متأسفانه شیوع بیماری‌های عروق کرونری در جامعه ما روند رو به رشدی داشته است و از طرف دیگر در خانم‌ها که به طور معمول تا سن ۵۰-۴۵ سالگی از مصونیت نسبی در برابر این بیماری برخوردار هستند، در این مطالعه ۱۵ درصد بیماران زن بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به علت حادثه حاد کرونری در سنین ۴۵-۴۰ سالگی بوده‌اند که این آمار به لحاظ اپیدمیولوژی و بررسی‌های بیشتر علمی و پژوهشی بسیار حایز اهمیت است. به‌عنوان نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت که شیوع حوادث حاد کرونری در کرمانشاه در جنس مذکر بیشتر از مؤنث و شایع‌ترین نوع حادثه کرونری انفارکتوس میوکارد با موج Q می‌باشد. همچنین محدوده سنی ابتلا به این بیماری متأسفانه کاهش یافته است و در افراد میان‌سال و جوان نیز به‌وفور مشاهده می‌شود.

Abstract:

Epidemiology of Acute Coronary Syndrome in Kermanshah

Moloudi, A.R.¹; Kalthori, M.²; Hoseini, Z.²; Rawshani, D.³

1. Associate Professor of Indiovascular Cardiology, Kermanshah University of Medical Sciences.

2. BSc in Nursing.

3. Msc in Biostatistics, Kermanshah University of Medical Sciences.

Introduction: Coronary artery disease is one of the most dangerous health problems in developed and undeveloped countries. Annually one million patients admitted in coronary care units in U.S.A due to AMI and about 59 million people suffered from Atherosclerosis. In Europe 54% of C.C.U admissions is due to non Q wave MI and 46% due to Q wave MI. Unfortunately there is no distinct statistic al results concerning the incidence of acute coronary syndrome in Iran.

Materials and Methods: This study was carried out to determine prevalence and incidence of acute coronary syndrome during 2002 –5 in Imam Ali Hospital of Kermanshah. Calculated sample size was 621 patients, of whom, all clinical and demographic data were collected. χ^2 and T-Test were used to analyse the data.

Results: 843 patients profiles were studied, 607 males and 236 females aged between 25 to 78 years old. The study showed; 312 patients with unstable angina, 453 patients with Q wave myocardial infarction and 78 patients with non-Q wave myocardial infarction. Incidence and prevalence of acute coronary syndrome were U.A 37%, non-Q wave MI 9.2% and Q wave MI 53.7% respectively.

Conclusion: More different incidence and frequency of A.C.S was observed than those reported by developed countries (e.g. 9.2% non Q wave MI vs. 54%). Further studies needed to be done to find different prevalence of ACS in Kermanshah.

Key Words: Epidemiology, Acute Coronary Syndrome, Myocardial Infarction, Unstable Angina.

منابع

1. Antman E, Braunwald E. Acute myocardial infarction: In: Heart disease: a text book of cardiovascular medicine. Braunwald E, Douglas P, Zipes P, editors. Libby: Saunders Co; 2005, PP. 1128-55
2. Freek WA, Verhengt. Early phase of acute myocardial infarction in cardiology. 1st ed. London: Mosby; 2002, PP. 1024-40
3. Timothy A, Denton M. Unstable coronary syndrome: In: Crawford MH, editor. Cardiology. 1st ed. London: Mosby; 2001, PP. 1051-1118
4. Hamm CW, Bertrnd M. Acute coronary syndrome with and without ST elevation. New Guideline Lancet 2001; 358:1533-1545
5. Ferry Dr, O, Rouke RA, Blaustein AS. Design and baseline characteristics of the veterans affairs non Q wave MI strategies, (Van Q wish) Trail. J Am Coll Cardiol 1998; 31(2):312-320
6. Doughty Metha R, Brackman D, Pass Karavite D. Acute myocardial infarction in the young people, Am Herat J 2002; 143(1):56-62
7. Howson CP, Reddy SK, Ryan TJ. Control of cardiovascular disease in developing countries. Washington DC: National Academy Press; 1998,
8. Barron HV, Bowlby LJ, Breen T, et al. Use of reperfusion therapy of AMI. Circulation 1998; 97:1150-1158
9. Braunwald E. Unstable angina: an etiologic approach to management. Circulation 1998; 98: 2219-2231
10. Savonitio S, Ardisson D, George CB, et al. Prognostic value of the admission electrocardiogram in acute coronary syndrome. JAMA 1999; 281:707-710