

بررسی اپیدمیولوژی بیماران بستری با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان شهید بهشتی کرمانشاه در سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ دکتر هاشم کازرانی^۱

(۱) دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

تاریخ دریافت: ۸۵/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۸۵/۸/۲۱

چکیده

مقدمه: بیماریهای قلب و عروق شایعترین علت مرگ و میر در جهان می باشد که علت عمده آن عوارض عروق کرونر می باشد. به منظور بررسی علل افزایش روز افزون بیماریهای قلبی، مطالعات مختلفی انجام شده است. این مطالعه جهت ارزیابی اپیدمیولوژی انفارکتوس میوکارد از نظر سن، جنس، نوع انفارکتوس و نیز ریسک فاکتورها و مرگ و میر زودرس در بیماران بستری با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان شهید دکتر بهشتی کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی گذشته نگر با مراجعه به پرونده ۱۴۶۶ بیمار بستری با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ در مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر بهشتی کرمانشاه انجام گرفت. بیمارانی که با تشخیص فوق بستری شده و در طول بستری انفارکتوس حاد قلبی با بروز تغییرات در نوار قلب و افزایش آنزیمهای قلبی (CPK و LHD) به تأیید رسیده بود وارد مطالعه شدند و اطلاعات مورد نیاز از پرونده استخراج و با روشهای آماری توصیفی (درصد فراوانی) مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته های پژوهش: تعداد کل بیماران ۱۴۶۶ نفر بود که ۱۰۳۸ نفر مرد (۷۰/۹٪) و ۴۲۸ نفر زن (۲۹/۱٪) بودند. نتایج حاصله نشان داد که انفارکتوس حاد در جنس مرد (۷۱٪) و در افراد سیگاری (۴۵٪) شایعتر بود. پس از آن فشارخون بالا (۳۳٪)، هیپرلیپیدمی (۱۴٪) و دیابت (۱۲٪) قرار داشت. همچنین انفارکتوس ناحیه قدامی (آنتروستال) شیوع بیشتری داشت (۴۹٪) میزان مرگ و میر در بیمارستان ۷/۵ درصد بود.

نتیجه گیری نهایی: بیماری قلبی در مردان سیگاری و بیماران با فشار خون بالا شایعتر است که هر دو مورد با اقدامات وسیع فرهنگی و بسط آگاهی عموم قابل پیشگیری است. تلاش در جهت اصلاح ریسک فاکتورهای اصلی در جامعه ما اهمیت بیشتری دارد. مرگ و میر بیمارستانی، قابل مقایسه با آمار ذکر شده در مطالعات قبلی می باشد که حاکی از اقدامات درمانی مناسب در بیمارستان شهید بهشتی کرمانشاه می باشد.

واژه های کلیدی: انفارکتوس میوکارد، ریسک فاکتور، کرمانشاه

مقدمه

بیماریهای ایسکمیک قلب (IHD) در کشورهای پیشرفته شایعترین علت مرگ و ناتوانی است و بیشترین بار مالی را نسبت به سایر بیماریها ایجاد می کند. در آمریکا بیش از ۱۲ میلیون نفر مبتلا به IHD می باشند.

انفاركتوس حاد ميوكارد يكي از شايعترين تشخيصها در بيماران بستري در كشورهاي پيشرفته و در حال توسعه مي باشد. در آمريكا ساليانه يك ميليون نفر، دچار انفاركتوس حاد ميوكارد مي شوند و حدود يك ميليون نفر با احتمال انفاركتوس قلبي در واحد هاي CCU بستري مي شوند (۱). مرگ و مير زودرس (در ۳۰ روز اول) ناشي از انفاركتوس حاد ميوكارد حدوداً ۳۰ درصد است كه بيش از ۵۰٪ آن قبل از رسيدن به بيمارستان رخ مي دهد. ميزان مرگ و مير داخل بيمارستاني در دو دهه گذشته حدود ۳۰٪ کاهش يافته است اما تقريباً از هر ۲۵ بيماري كه پس از انفاركتوس حاد زنده مي مانند يك نفر در طول سال اول مي ميرد (۲).

در آغاز قرن بيستم بيماريهاي قلبي عروقي مسئول ۱۰٪ كل مرگها در جهان بود. اما در آغاز قرن بيست و يكم بيماريهاي قلبي مسئول ۵۰٪ مرگها در كشورهاي توسعه يافته و ۲۵٪ مرگها در كشورهاي در حال توسعه مي باشد. پيش بيني مي شود تا سال ۲۰۲۰، بيماريهاي قلبي ساليانه ۲۵ ميليون نفر را از بين خواهد برد. اين انتقال اپيدميولوژيك در اثر تغيير شرايط مختلف اقتصادي، اجتماعي و دموگرافيك در جوامع مختلف مي باشد و بايد مورد بررسي و شناسايي دقيق قرار بگيرد (۳).

انفاركتوس حاد ميوكارد در اثر انسداد كامل شريان كرونر كه قبلاً توسط پلاك آترواسكلروز تنگ شده است، ايجاد مي شود. پديده آترواسكلروز يك فرآيند مزمن با علل مختلف است كه در طول سالها باعث تشكيل پلاك در جدار عروق كرونر مي شود. تجمع ليپوپروتئينها و تغييرات اكسيداسيون و گليكاسيون غير آنزيمي باعث پيشرفت و بزرگ شدن تدريجي پلاك مي گردد. از طرفي تجمع فاگوسيتها و ماكروفاژها و مهاجرت سلولهاي عضله صاف در يك فرآيند التهابي باعث پيشرفت آترواسكلروز مي شود (۲). زخمی شدن پلاك آترواسكلروز باعث فعال شدن روند ترمبوزس شده و در محل ضايعه يك لخته ديواره ای تشكيل گرديده و باعث انسداد شريان كرونر مي شود. تجمع پلاكتها و آزاد شدن ترمبوکسان

A2 كه يك منقبض كننده قوي است باعث انسداد كامل رگ مي شود.

عوامل خطر ساز ايجاد كننده ي آترواسكلروز شناسايي شده و باعث آترواسكلروز زودرس مي شوند كه عبارتند از مصرف دخانيات، فشارخون بالا، ديابت قندي، هيپرليپيدمي و سابقه فاميلي مثبت بيماري ايسكميك قلبي در فاميل درجه اول (در آقاين زودتر از ۵۵ سال و در خانمها زودتر از ۶۵ سال). در سالهاي اخير عوامل خطر ساز جديد ديگري هم مورد بررسي قرار گرفته و مطرح مي باشند از جمله چاقی، کاهش فعاليتهاي فيزيكي در زندگي روزانه، رژيم غذايي آتروژنيك، افزايش ليپوپروتئين a در خون، افزايش هوموسيستئين در خون، عوامل التهابي (CRP)، و اختلال قند ناشنا (۲).

بیماری قلبی عروقی در مردها شایعتر است و در صورت وجود ریسک فاکتورهای مختلف احتمال بروز آن بیشتر می شود. وجود چند ریسک فاکتور با هم باعث چند برابر شدن احتمال بیماری قلبی عروقی خواهد شد. همچنین در خانمها پس از سن یائسگی ریسک افزایش می یابد. مطالعه حاضر به منظور بررسی اپیدمیولوژی بیماران که با تشخيص انفاركتوس حاد در بيمارستان شهيد دكتر بهشتي كرمانشاه در طی سالهاي ۷۷ و ۷۸ بستري شده بودند به انجام رسيد و سعی گرديد اطلاعات جامعي در مورد جنس، سن، ريسك فاكترها، نوع انفاركتوس و مرگ و مير داخل بيمارستاني بدست آيد. اطلاعات حاصله مي تواند ما را در جهت شناسايي افراد در معرض خطر و تلاش در جهت پيشگيري حملات قلبي كمك نمايد. از طرفي نتايج درمانهاي انجام شده و مرگ و مير بيمارستاني با ديگر مراكز درمانی مقایسه شد.

مواد و روش ها

این مطالعه بصورت توصیفی - تحلیلی گذشته نگر و با استفاده از اطلاعات استخراج شده از پرونده های ۱۴۶۶ بیمار که با تشخيص انفاركتوس حاد ميوكارد در بيمارستان شهيد دكتر بهشتي كرمانشاه در سالهاي ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ بستري شده بودند، انجام شد. انفاركتوس حاد با مشاهده تغييرات ايجاد شده در نوار قلب همزمان با وجود افزايش آنزيمهاي قلبي مورد تأييد قرار گرفت. تغييرات نوار قلب شامل بالارفتن قطعه ST و ايجاد موج Q و تغييرات T در انفاركتوس نوع

1. Non enzymatic glycation

فاکتور مازور در بین بیماران، مصرف سیگار (۴۵٪) و سپس فشار خون بالا (۳۳٪) بود که هر دو مورد در مردان شایعتر بود و دیگر ریسک فاکتورها، هیپرلیپیدمی ۱۴٪ و دیابت قندی ۱۲٪ بودند (نمودار ۱).

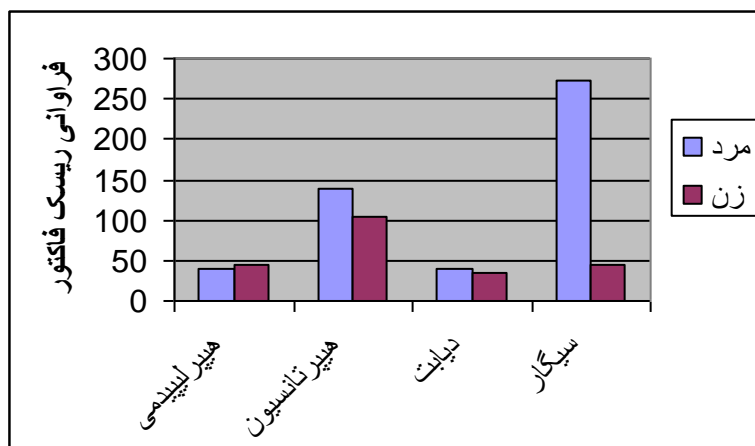
در این مطالعه انفارکتوس ناحیه آنتروستپال (قدامی) شایعترین نوع انفارکتوس (۴۹٪) و انفارکتوس ناحیه اینفریور (تحتانی) (۳۳٪) موارد را تشکیل میداد. انفارکتوس بدون موج Q (۱۰٪) و انفارکتوس Extensive، ۲/۵ درصد کل تعداد انفارکتوس را شامل می شد (نمودار ۲).

مرگ ومیر: تعداد بیماران فوت شده ۱۱۰ نفر بود (۷/۵ درصد کل بیماران) که ۷۷ نفر مرد (۷۰٪) و ۳۳ نفر زن (۳۰٪) بودند. علی رغم تعداد بیشتر مردها، نسبت مرگ و میر مردان و زنان تقریباً مساوی مشاهده شد. ارزیابی میزان مرگ و میر در رابطه با نوع انفارکتوس، نتایج زیر را نشان داد. مشاهده گردید که میزان مرگ و میر در بین بیماران با انفارکتوس نوع Extensive حدود ۱۹٪، در بیماران نوع آنتروستپال ۷/۵ درصد و در نوع تحتانی ۷ درصد می باشد. مرگ و میر در بین بیماران با انفارکتوس بدون موج Q، ۳/۳ درصد مشاهده گردید.

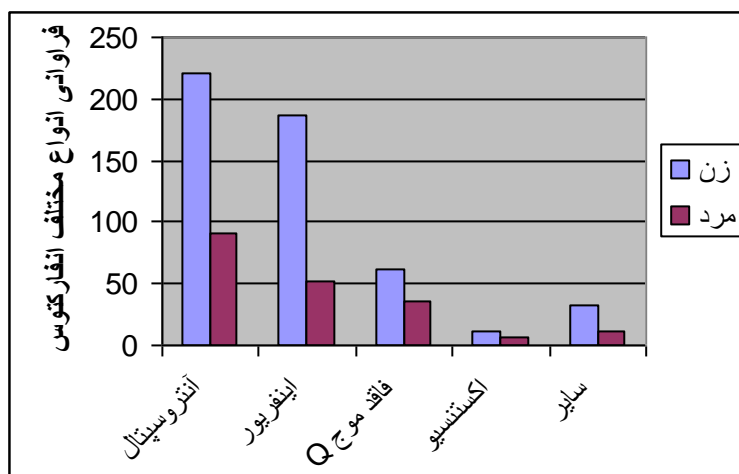
ST. elevation MI و تغییرات پایین افتادن قطعه موج T در انفارکتوس نوع Non ST elevation MI بعنوان تغییرات مثبت ECG در نظر گرفته شد. در بررسی آنزیمی افزایش صعودی آنزیمهای LDH و CPK در ۳ روز اول انفارکتوس بعنوان مثبت پذیرفته شد. از طرفی ریسک فاکتور مازور و متغیرهای جنس، سن و نوع انفارکتوس و مرگ و میر بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان مورد ارزیابی قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده با شیوه های آماری توصیفی (درصد فراوانی) مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته های پژوهش

تعداد کل بیماران ۱۴۶۶ نفر بود که ۱۰۳۸ نفر مرد (۷۰/۹٪) و ۴۲۸ نفر زن (۲۹/۱٪) بودند. براساس آمار استخراج شده انفارکتوس حاد در بین مردان شایعتر از خانم ها بود (۷۱٪) در مقابل ۲۹٪) و اکثراً در محدوده سنی بالاتر از ۵۰ سال قرار داشتند (۵۴٪). ۴۴ مورد انفارکتوس در سن بین ۳۰-۳۹ سال مشاهده شد که حدود ۴٪ بیماران را شامل می شد. از این موارد ۱۰ نفر خانم و بقیه مرد بودند. شایعترین ریسک



نمودار شماره ۱: درصد فراوانی ریسک فاکتورهای انفارکتوس میوکارد



نمودار شماره ۲: درصد فراوانی انواع مختلف انفارکتوس میوکارد

بحث و نتیجه گیری

سیگار (۴۷/۶ درصد) و سابقه فامیلی مثبت (۳۵/۷ درصد) و فشار خون بالا (۲۸/۳ درصد) گزارش شده است (۶).

در یک مطالعه وسیع در کلینیک Cleveland دربررسی ۱۲۲۴۵۸ بیمار ملاحظه شد که در ۸۴/۶ درصد خانمها و ۸۰/۶ درصد مردها حداقل یک ریسک فاکتور اصلی شناخته شده وجود دارد و مصرف سیگار شایعترین ریسک فاکتور در مردها و مصرف سیگار بعلاوه دیابت، شایعترین عامل در خانمها گزارش شده است (۷).

در یک مطالعه جدید در بین حدود ۶۷ هزار بیمار با شواهد آترورومبوس، شایعترین ریسک فاکتور فشارخون بالا بود (۸۱/۸ درصد) و سپس هیپرکلسترولمی (۷۲/۴ درصد) گزارش شده است (۸). نکته قابل توجه در این مطالعه مقایسه مرگ و میر این بیماران با آمار ذکر شده در کتابهای مرجع می باشد. با توجه به ۳۰٪ مرگ احتمال ناشی از انفارکتوس حاد در یکماه اول که نیمی از آن در یکساعت اول و حدوداً ۱۵ درصد آن در طول بستری در بیمارستان و پس از ترخیص می باشد، با این وصف وجود ۷/۵ درصد مرگ و میر داخل بیمارستانی در بیمارستان شهید بهشتی کرمانشاه موید تلاش موثر کادر درمانی در بیماران قلبی می باشد. در یک مطالعه در مقایسه مرگ و میر داخل بیمارستانی مردان و زنان پس از انفارکتوس میوکارد، مرگ و میر زنان ۱۶/۷ درصد و مردان ۱۱/۵ درصد گزارش شده است (۹). این افزایش مرگ و میر در خانمهای جوان مشاهده شد که با افزایش سن مرگ و میر مشابه آقایان بود (۹).

انفارکتوس میوکارد در ناحیه قدامی بطن چپ شایعتر و با مرگ و میر بیشتری همراه است. اصولاً هر نوع انفارکتوس که با هیپوکینزی بیشتری در دیواره بطن چپ همراه باشد و باعث کاهش بیشتر بازده قلبی شود، با مرگ و میر بیشتری همراه خواهد بود (۴).

در این مطالعه، انفارکتوس آترواسپیتال شایعترین نوع سکتته بود و پس از انفارکتوس Extensive بیشترین مرگ و میر را باعث شد که علت آن ایجاد نکروز در منطقه ای وسیعتر و مهمتر از بطن چپ می باشد. در این مطالعه مرگ و میر در انفارکتوس بدون ایجاد موج Q کمتر بوده است که این نتیجه در دیگر مطالعات نیز تایید شده است (۴). همچنین اختلاف مطالعات نیز تایید شده است (۴). همچنین اختلاف معنی داری در مرگ و میر بین زنان و مردان مشاهده نشد، ولی در یک مطالعه مشابه مرگ و میر داخل بیمارستانی پس از انفارکتوس با موج Q در خانمهای جوانتر بیشتر از آقایان در همان سن بوده است (۵). از طرفی شایعترین زمان وقوع انفارکتوس بین ساعت یک بامداد تا ۱۲ ظهر بود (۶۱/۲ درصد) که با آمار ذکر شده در منابع قبلی مطابقت دارد (۴).

در این مطالعه انفارکتوس میوکارد در مردها شایعتر بود و نیز شایعترین ریسک فاکتور مصرف سیگار و سپس فشارخون بالا بود. در مطالعه مشابهی که در دانشگاه گیلان بر روی ۱۰۰۰ بیمار بستری انجام شده است. شیوع انفارکتوس در مردان بیشتر و ریسک فاکتور شایع مصرف

افراد عوام و عدم اطلاع از مضرات آن، همچنین بی توجهی به درمان مناسب فشار خون بالا مهمترین عوامل ایجاد بیماری قلبی در جامعه ما می باشد. هر دوی این موارد با ایجاد آگاهی و نشر و ترویج اطلاعات علمی صحیح و تقویت اطلاعات عموم مردم قابل اصلاح و بهبود خواهد بود. کاهش مصرف سیگار و درمان مناسب پر فشاری خون می تواند نقش اساسی در کاهش بیماریهای قلبی داشته باشد.

اگرچه ردیابی ریسک فاکتورهای نادر امری علمی است، اما بسیج نیروها در جهت اصلاح ریسک فاکتورهای مازور و شایع در جامعه ی ما باید مورد توجه بیشتر قرار بگیرد.

براساس اطلاعات مشاهده ای مرگ و میر انفارکتوس با بالا رفتن قطعه ST در جامعه ۲۰-۱۵ درصد است (۱۰)، اما در مراکزی که درمانهای شدید ری پرفیوژن دارویی انجام میشود مرگ و میر به حد ۶/۵-۷ درصد رسیده است (۱۱). آموزش عمومی جهت اجرای فوری احیاء قلبی - عروقی، تسریع در انتقال بیمار به بیمارستان، اقدام فوری در برقراری جریان خون مثل مصرف آسپرین و داروهای حل کننده لخته (مثل استرپتوکیناز) و آنژیوپلاستی بابلون اورژانسی، نقش مهمی در کاهش مرگ و میر بیماران دارد (۲) که می تواند در جامعه ما نیز مورد تاکید قرار بگیرد.

شایعترین ریسک فاکتورهای مورد مشاهده، مصرف سیگار و سپس فشار خون بالا بوده است. مصرف بیش از حد سیگار در

References:

1. American Heart Association: Heart Disease and stroke statistics . 2004 update . Dallas , American Heart Association ,2004 .
2. Kasper Dennis L, Fauci A, Braunwald E, et al. Harrison,s principles of internal medicine. 16th ed. New york: Mac Grow-Hill; 2005, p1425-1430 &1448-1450.
3. Zipes Douglas P, Libby P, Bonow R. Braunwald Eugene Braunwald's Heart Disease: A text book of cardiovascular medicine ,7 th edition, Philadelphia: WB Saunders. 2005.p1-5 & 1141.
4. Alexander R, Pratt C, Ryan T. The Heart. 11th ed. New york: Mac Graw -Hill; 2004, p1313-1315 & 1280.
5. Vaccarino V, Parsons L, Every NR, et al . Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. National registry of Mi. 2 participants. N Engl J Med 1999; 341: 217-223.
6. Barzigar A, Manzar HA. Evaluation of risk factors and associated systemic diseases in 1000 Patients of Acute myocardial infarction. Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN.
7. Umesh N khot, monica B khot. prevalence of conventional risk factors with coronary heart disease . JAMA, 2003; 290: 898-904.
8. Deepak L, Gabril P. International prevalence, recognition and treatemnt of cardiovascular risk factors. JAMA 2006; 295: 180-189.
9. Vasccarion V, Parsons BS. Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. N Engl J Med 1999; 341: 217- 225.
10. Canto JG, Rogers WJ, Chandra NC, et al. The association of sex and payer status on management and subsequent survival in acute myocardial infarction. Arch Intern Med 2002;162: 587- 590.
11. Assessment of the safety and efficacy of a new thrombolytic Regimen.3 investigators: efficacy and safety of tenecteplase in combination with enoxaparin, abciximab, or unfractionated heparin: the ASSENT-3 randomised trial in acute myocardial infarction. Lancet 2001, 348: 605- 610.