

بقای یک ساله بیماران بستری شده در CCU با سکتة قلبی حاد در مرکز آموزشی درمانی بوعلی

دکتر عدالت حسینیان^۱، فیروز امانی^۲، دکتر ابراهیم حاجی زاده^۳، دکتر شهرام حبیب زاده^۴

^۱ نویسنده مسئول: استادیار قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: a.hoseinian@arums.ac.ir

^۲ مربی آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ^۳ استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس تهران ^۴ استادیار بیماری های عفونی،

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: بیماری های قلبی عروقی مهمترین عامل مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان است. آمارهای رسمی نشان می دهد که میزان مرگ و میر ناشی از این پدیده در ایران هم رو به افزایش است و مراقبت از مبتلایان بعد از وقوع سکتة قلبی نیاز به ارتقای کیفی و کمی روزافزون دارد. از این رو تعیین میزان بقا و عوامل موثر بر آن در بیماران سکتة قلبی حاد مهم بوده و این مطالعه به بررسی بقای یکساله این بیماران می پردازد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مطالعات بقا و به روش آینده نگر بر روی ۸۰۰ نفر از بیماران دارای سکتة قلبی حاد در بیمارستان بوعلی اردبیل انجام گرفت. بیماران به مدت یکسال پیگیری و اطلاعات لازم بر اساس پرسشنامه ای جمع آوری و در نهایت با استفاده از روش های مختلف آماری در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. برای نشان دادن میزان بقای بیماران از جدول عمر و روش کاپلان مایر و برای مقایسه میانگین بقا در گروه های مختلف از آزمون لگ رنک و برای نشان دادن عوامل موثر بر میزان بقا از مدل رگرسیونی کاکس و رسم نمودار تابع بقا استفاده شد.

یافته ها: میانگین سنی بیماران $60/6 \pm 12/4$ سال بود. میزان مرگ و میر کل بیماران در طی یکسال پیگیری ۸۴ نفر (۱۰/۵٪) بود. ۵۸۲ نفر از بیماران (۷۲/۸٪) مرد و ۲۱۸ آنان (۲۷/۳٪) زن بودند. ۴۷/۴٪ سیگاری بوده و ۳۳/۴٪ پرفشاری خون، ۱۸/۱٪ دیابت، ۱۵/۳٪ هیپرلیپیدمی و ۳۰٪ آریتمی داشتند. میزان بقا در ۱۰ روز اول ۹۴٪، در یک ماه اول ۹۳٪ و در یکسال ۹۰٪ بود.

نتیجه گیری: بر اساس این مطالعه عوامل موثر بر میزان بقا بر اساس مدل رگرسیونی کاکس عبارت بودند از دیابت، سن، مصرف استرپتوکیناز، میزان کسر جهشی و داشتن بلوک قلبی و آشنایی با این عوامل می تواند به افزایش بقا و بهتر شدن کیفیت زندگی بیماران کمک نماید.

کلمات کلیدی: سکتة قلبی، بقای یک ساله، عوامل موثر بر میزان بقا

دریافت: ۸۶/۴/۲۵ پذیرش: ۸۷/۹/۳

مقدمه

مرگ در حال افزایش است. در حال حاضر با کاهش سن بروز سکتة قلبی در افراد و کثندگی بیشتر این بیماری در سنین پایین، هزینه بیشتری بر جامعه تحمیل می گردد [۲]. همزمان با بالا رفتن استانداردهای زندگی و وضعیت اقتصادی اجتماعی، با افزایش فاکتورهای خطر ایجاد کننده بیماری های قلبی عروقی به تهدیدی جدی برای حیات مبدل می شود [۳].

بیماری های قلبی-عروقی شایع ترین علت مرگ و میر در جهان هستند و بیش از ۳۰٪ مرگ و میر در کشورهای صنعتی بر اثر بیماری های قلبی-عروقی به وقوع می پیوندد [۱]. در کشورهای در حال توسعه و همچنین ایران به دلیل افزایش امید به زندگی، سهم بیماری های قلبی عروقی در میان عوامل منتهی به

در اورژانس فوت شدند وارد مطالعه نشده و تنها بیماران بستری شده در CCU بررسی و به مدت یکسال پیگیری شدند. بیمارانی که به دلایل مختلف قادر به استفاده از داروهای مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین نبودند از مطالعه خارج گردیدند. اطلاعات لازم بر اساس پرسش نامه ای شامل اطلاعات دموگرافیکی بیماران، عوامل مرتبط با میزان بقا مشتمل بر استعمال دخانیات، دیابت، هیپرلیپیدمی، مشخصات سکنه قلبی، وضعیت بلوکهای قلبی، کسر جهشی، مصرف استرپتوکیناز جمع آوری شد.

پرسش نامه با معاینه و مصاحبه حضوری از بیمار و همراهان بیمار و بررسی پرونده بیمارستانی تکمیل گردید. برای تشخیص سکنه قلبی حاد از معیارهای تشخیصی سه گانه شامل الکتروکاردیوگرام، آنزیم های اختصاصی بافت عضلانی قلب و علائم بالینی استفاده شد. در هیچ یک از بیماران آنژیوگرافی کرونری انجام نشد. بیماران از زمان بستری در CCU تا یک سال بعد با معاینات سریال و تماس های تلفنی از نظر فوت و حال عمومی پیگیری شدند. درمانهای انجام شده بر اساس تصمیم پزشک متخصص مربوطه و مبتنی بر نتایج معاینات کلینیکی صورت گرفت تمام بیماران در طی بررسی داروهای مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین را دریافت نمودند. داده های جمع آوری شده با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. برای نشان دادن میزان بقا بیماران از جدول عمر و روش کاپلان مایر و برای مقایسه میانگین بقا در گروههای مختلف از آزمون لگ رنک و برای نشان دادن عوامل موثر بر میزان بقا از مدل رگرسیونی کاکس و رسم نمودار تابع بقا استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۸۰۰ نفر مورد پیگیری قرار گرفتند میانگین سنی بیماران $12/4 \pm 60/6$ سال و با دامنه ۶۵ سال بود. ۵۸۲ نفر از بیماران (۷۲/۸٪) مرد و ۲۱۸ نفر از آنان (۲۷/۳٪) زن بودند. ۴۷٪ بیماران سیگاری، ۳۳/۴٪ دارای سابقه پرفشاری خون، ۱۸/۱٪ دیابتی، ۱۵/۳٪ هیپرلیپیدمی، ۳۰٪ دارای آریتمی بودند. ۸۲/۵٪

در یک مطالعه در بیرجند بیماری های قلبی-عروقی با ۲۸/۸٪ کل موارد فوت (۴۰۲ مورد)، اولین عامل مرگ و میر بودو میانگین سن هنگام فوت به علت بیماری های قلبی ۶۷/۵ سال برآورد شد. در گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ سال ۴۱٪ موارد فوت و در گروه سنی ۶۵ سال و بیش تر ۳۵/۶٪ موارد فوت به دلیل بیماری های قلبی-عروقی اتفاق افتاده بود. در زیر گروه بیماری های قلبی-عروقی، سکنه قلبی با ۳۹/۳٪، سکنه مغزی با ۲۲/۶٪ و پرفشاری خون با ۱۰/۴٪ موارد به ترتیب مهم ترین علل فوت را تشکیل می دادند [۴].

طبق تحقیقاتی که توسط سازمان بهداشت جهانی در ۲۱ کشور مختلف از چهار قاره به نام پروژه مونیکا انجام شده است میانگین مرگ و میر ناشی از سکنه قلبی در این کشورها برای ۲۸ روز اول، در مردان ۴۹٪ و در زنان ۵۱٪ بوده است و به این ترتیب تقریباً نصف بیماران مبتلا به سکنه قلبی در یک ماه اول فوت نموده اند [۵]. در مطالعه نبثی و همکاران در تهران نیز، میزان مرگ میر در ۲۸ روز اول بیماران مبتلا به سکنه قلبی ۱۶٪ بوده است که ۴۳٪ از آن در روز اول اتفاق افتاده است [۶].

از آنجا که مراقبت از مبتلایان بعد از وقوع سکنه قلبی نیاز به ارتقای کیفی و کمی روزافزون دارد، تعیین میزان بقا و عوامل موثر بر آن در بیماران دارای سکنه قلبی حاد مهم بوده و عواملی مثل مصرف سیگار، سابقه دیابت، پرفشاری خون، چربی بالا، مصرف استرپتوکیناز و نوع سکنه قلبی با یا بدون موج Q بعنوان عوامل موثر در بقای این بیماران مورد بررسی قرار گرفتند [۹-۵]. این مطالعه به بررسی این عوامل در بیماران بستری شده در مرکز آموزشی درمانی بوعلی در طی یکسال می پردازد.

روش کار

این بررسی یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مطالعات بقا است که به روش آینده نگر بر روی ۸۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سکنه قلبی حاد پذیرش شده در CCU بیمارستان بوعلی شهر اردبیل از اول آذر سال ۱۳۸۳ تا پایان آذرماه ۱۳۸۵ انجام گرفت. بیمارانی که

بیماران سگته قلبی با موج q در الکتروکاردیوگرام داشتند. ۱۰/۱٪ از بیماران دارای بلوک بودند که ۱/۸٪ آن بلوک چپ و ۸/۳٪ آن بلوک راست بود. میانگین سطح تری گلیسرید سرمی بیماران ۱۵۸/۷±۹۹/۸ گرم در دسی لیتر بود. میانگین سنی مردان ۵۸/۹±۱۲/۵ و میانگین سنی زنان ۱۰/۹±۶۵/۱ سال بود که به لحاظ آماری اختلاف سنی بین دو گروه معنی دار بود (p<۰/۰۰۱). احتمال بقا بر حسب داشتن سن کمتری بیشتر از ۶۰ سال تفاوت معنی داری داشت (p<۰/۰۰۱) به این ترتیب که داشتن سن بیش از ۶۰ سال در بیماران شانس فوت را ۳/۱۲ برابر نمود. میزان مورتالیته در بین کل بیماران در یکسال بررسی به تعداد ۸۴ نفر (۱۰/۵٪) بود. ۶۵/۵٪ مرگها در ۲۸ روز اول و ۳۴/۵٪ از آنها در فاصله بین یک ماه تا یکسال افتاده بود. میزان بقا در ۱۰ روز اول ۹۴٪، در یک ماه اول ۹۳٪ و بعد از یکسال ۹۰٪ بود. میانگین زمان بقا ۳۳۳ روز با انحراف معیار ۳/۵ روز بود. میانگین زمان بقا در مردان ۳۳۵ روز و در زنان ۳۲۷ روز بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود (p=۰/۳۸) (نمودار ۱). همچنین میزان بقای یک ماهه و یک ساله در مردان بیشتر از زنان بود بطوریکه میزان بقای کمتر از یک ماه در مردان ۹۴٪ و در زنان ۹۱٪ و بقای یکساله در مردان ۹۲٪ و در زنان ۸۸٪ بود. میانگین زمان بقای یکساله در بیماران دارای آریتمی (۳۲۲ روز) کمتر از بیماران بدون آریتمی (۳۳۷ روز) بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بود (p=۰/۰۴۹). میانگین بقای یکساله در بیماران مبتلا به سگته قلبی با موج q در ECG (۳۳۴ روز) بیشتر از بیماران بدون موج q در ECG (۳۲۴ روز) بود، اما این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود (p=۰/۰۶۴). میانگین بقای یکساله در بیماران دارای پر فشاری

خون (۳۲۰ روز) کمتر از بیماران بدون پر فشاری خون (۳۳۹ روز) بود و این اختلاف بقا از لحاظ آماری معنی دار بود (p=۰/۰۱۵). میانگین بقای یکساله در بیماران دارای دیابت (۳۱۲ روز) کمتر از بیماران بدون دیابت (۳۳۷ روز) بود و این اختلاف بقا از لحاظ آماری معنی دار بود (p<۰/۰۱۳). میزان بقای یکساله در بیماران دارای هیپرلیپیدمی و یا فاقد آن تقریباً یکسان و فاقد اختلاف آماری بود. میانگین بقای یکساله در بیماران مصرف کننده استرپتوکیناز (۳۴۲ روز) بیشتر از بیمارانی بود که استرپتوکیناز مصرف نکرده بودند (۳۲۵ روز) که این اختلاف در بقا از لحاظ آماری معنی دار بود (p=۰/۰۰۵). میانگین بقا یکساله در بیماران دارای بلوک قلبی (۲۹۱ روز) کمتر از بیماران بدون بلوک قلبی (۳۳۷ روز) بود که از لحاظ آماری این اختلاف میزان بقا معنی دار بود (p<۰/۰۰۱). هیچ مورد فوت در بیماران دارای بلوک قلبی چپ وجود نداشت. بقای یکساله افراد بالای ۶۰ سال ۸۴/۷٪ و بقای یکساله افراد کمتر از ۶۰ سال ۹۵/۷٪ بود که بر اساس آزمون لگ رنگ این تفاوت در میزان بقای دو گروه معنی دار بود (p<۰/۰۰۱). میزان بقای یکساله در افراد دارای کسرجهشی کمتر از ۳۰٪، ۲۹۰ روز برابر ۷۶/۷٪ و در افراد دارای کسر جهشی بالای ۵۰٪، ۳۴۷ روز برابر ۹۳/۵٪ بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار بود (p<۰/۰۰۱). با پردازش مدل رگرسیونی کاکس برای پیش بینی متغیرهای تاثیر گذار بر میزان بقای بیماران به روش پیش رونده مشخص گردید که از بین کل متغیرهای مورد بررسی، داشتن بلوک قلبی، مصرف استرپتوکیناز، سطح کسر جهشی، سن و دیابت بر بقای بیماران تاثیر داشتند (آزمون والد و محاسبه مقدار کای دو) (جدول ۱).

جدول ۱. متغیرهای پیش بینی شده در مدل بر اساس روش رگرسیونی کاکس

متغیر	b	SE	Wald	df	sig	Exp(B)
داشتن بلوک قلبی	-۰/۵۵	۰/۲۷	۳/۹	۱	۰/۰۴۸	۰/۵۷
دیابت	-۰/۴۲	۰/۲۵	۲/۹	۱	۰/۰۸۹	۰/۶۶
سن	-۱/۱	۰/۲۸	۱۴/۵	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳
مصرف استرپتوکیناز	۰/۴۳	۰/۲۴	۳/۳۲	۱	۰/۰۶۸	۱/۵۴
کسرجهشی	-۰/۴۲	۰/۱۱	۱۴/۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱

بحث

در مطالعه حاضر میزان کلی مرگ و میر پس از یک سال پیگیری ۱۰/۵٪ بوده است و ۶۵/۵٪ از کل مرگ ها در کمتر از ۲۸ روز اتفاق افتاده بود. علت وجود این تفاوت در میزان مرگها با سایر مطالعات عدم محاسبه مرگهای رخ داده [۶۵] در بین راه و نیز عدم محاسبه بیماران فوت نموده در اورژانس بیمارستان بوده است. در مطالعه نبئی و همکاران احتمال بقا در ۲۴ ساعت اول برای کلیه بیماران با تشخیص سکته قلبی حاد ۹۲٪ و در روز ۲۸ برابر ۹۳/۲۸٪ برآورد شده است [۶]. در مطالعه حاضر نیز احتمال بقا در ماه اول ۹۳٪ بوده است. نتایج مطالعه کامبو و همکاران بر روی بقای یک ساله بیماران سکته قلبی حاد نشان داد که میزان مرگ و میر در ۲۸ روز اول ۱۳/۲٪ بوده است [۷].

تفاوت در میزان مرگ و میر می تواند علل مختلفی از جمله عدم آشنایی بیمار با علائم بیماری، دیر مراجعه کردن به مراکز درمانی، چاقی زیاد، عدم رعایت دستورات پزشک معالج و مشخصات بالینی مبتلایان داشته باشد.

در مطالعه حاضر ۷۲/۸٪ بیماران مذکر و ۲۷/۲٪ مونث بودند. در مطالعه سلطانی و احمدیه در یزد [۸] نیز ۵۸٪ افراد مذکر و ۴۲٪ آنان مونث بودند این نسبت در مطالعه نبئی ۶۹٪ به ۳۱٪ بود. در مطالعه حاضر سن مردان در هنگام بروز سکته به طور معنی داری کمتر از زنان بوده است (۵۸/۹±۱۲/۵) در برابر ۶۵/۱±۱۰/۹ سال). احتمال بقای یک ساله در بیماران مونث ۸۹٪ و در بیماران مذکر ۹۱٪ بوده است. نکته مهم آن است که میانگین سن بروز سکته قلبی در زنان بالاتر از مردان بوده و مرگ و میر آنان هم بالاتر بوده است.

در مطالعه سلطانی و احمدی مرگ و میر زنان و مردان در داخل بیمارستان تفاوت معنی داری نداشته ولی مرگ و میر یک ساله در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. سن بروز سکته نیز در مردان ۵۹ سال و در زنان ۶۶ سال بوده ولی این تفاوت معنی دار نبوده است [۸]. در مطالعه حاضر ۶۵/۵٪ از مرگها در

ماه اول اتفاق افتاده و برای زنان بیشتر از مردان برآورد گردید. این یافته با مطالعه گابه^۱ در اوکلند همخوانی ندارد که در آن تفاوت معنی داری در مرگ و میر ۲۸ روزه بین دو جنس وجود نداشت [۹]. در مطالعه حاضر احتمال بقا بر حسب داشتن سن کمتر یا بیشتر از ۶۰ سال اختلاف معنی داری داشته است (p<۰/۰۰۱) و داشتن سن بیش از ۶۰ سال در بیماران شانس فوت را ۴/۶ برابر کرده است. در مطالعه نبئی [۶] و همکاران در تهران میانگین سنی بیماران ۵۷ سال با انحراف معیار ۱۳ سال بوده است که بیشترین میزان مربوط به گروه ۵۹-۵۰ ساله ها گزارش شده است که با میانگین سن بروز سکته قلبی در مطالعه حاضر اختلاف چندانی ندارد.

۴۷٪ افراد در مطالعه حاضر دخانیات مصرف می کردند و سیگار شانس فوت را تا ۳ برابر افزایش داده بود. در مطالعه نبئی و همکاران در تهران ۴۱٪ افراد تحت مطالعه سیگاری بودند و میزان بقا یک ساله در بیماران سیگاری ۸۶/۹٪ و در بیماران غیر سیگاری ۹۲/۳٪ برآورد شده است که اختلاف معنی داری داشت (p<۰/۰۱۲).

در مطالعه حاضر ۳۳/۴٪ از بیماران سابقه افزایش فشارخون داشتند. در مطالعه نبئی نیز ۳۹٪ افراد سابقه پرفشاری خون داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر احتمال بقای یک ساله در افراد با سابقه فشار خون بالا ۵۸/۸٪ و در افراد بدون سابقه فشارخون ۹۱/۴٪ بود که این اختلاف معنی داری بود (p<۰/۰۱۵).

در مطالعه حاضر ۱۸/۱٪ بیماران دیابتی بودند که ۳۳٪ از آنان را زنان و ۶۷٪ از آنان را مردان تشکیل میدادند. میزان بقا در بیماران بر حسب داشتن یا نداشتن دیابت به صورت معنی داری متفاوت بود بطوریکه میزان بقای یک ساله در دیابتی ها ۸۴٪ و در غیر دیابتی ها ۹۰/۷٪ بود. در مطالعه نبئی نیز ۱۸٪

¹ Gabe

نتیجه گیری

مهمترین عوامل موثر بر میزان بقای بیماران در این مطالعه عبارت بودند از مصرف سیگار، سابقه دیابت و فشارخون بالا، مصرف استرپتوکیناز، نوع سکتة قلبی و داشتن موج Q و داشتن بلوک قلبی.

پیشنهادات

یافته های پژوهش ضرورت افزایش تلاش و برنامه ریزی برای ارائه بهتر خدمات درمانی، آموزش و پیشگیری برای کاهش مرگ و میر و افزایش بقا بیماران را نشان می دهد.

افراد تحت مطالعه سابقه دیابت شیرین داشتند که ۷۲٪ آنان را مردان و ۲۸٪ آنان را زنان تشکیل می دادند. در این مطالعه ۸۲/۵٪ بیماران با موج Q و ۱۷/۵٪ بدون موج Q دچار سکتة شده بودند. در مطالعه سلطانی در یزد ۸۳/۳٪ بیماران سکتة قلبی با موج Q و بقیه بدون موج Q داشته اند و مرگ داخل بیمارستانی در بیماران با سکتة و دارای موج Q بیشتر بوده ولی اثر معنی داری در میزان بقا نداشته است [۸] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

References

- 1-Last J, Cummins SA. 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، صفحه ۲۶۳.
- 3- Reddy S, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation 1998; 97: 596-601
- ۴- کاظمی طوبی، شریف زاده غلام رضا. سهم بیماری های قلبی- عروقی در مرگ و میرهای سال ۱۳۸۱ در بیرجند مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، سال ۱۳۸۲، دوره ۱۰، شماره ۲، صفحه ۲۲.
- 5- Chambless L, Keil U, Dobson A, Mahonen M, Kuulasmaa K, Rajakangas AM, et al. Population Versus Clinical View of Case Fatality From Acute Coronary Heart Disease: Results From the WHO MONICA Project 1985-1990. 1997; Circulation 96: 3849-59.
- ۶- نبئی بهروز، مقصودلو مهتاب، دبیران سهیلا. بررسی احتمال بقا و عوامل موثر بر آن در بیماران سکتة قلبی بیمارستان حضرت امام. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، سال ۱۳۸۰، دوره ۶۰، شماره ۴، صفحات ۳۴۷ تا ۳۵۳.
- 7-Cambou JP, Genès N, Vaur L, Dubroca I, Etienne S, Ferrières J, et al. Epidemiology of myocardial infarction in France. One-year survival in the Usik study. Arch Mal Coeur Vaiss. 1998 Sep; 91(9): 1103-10.
- ۸- سلطانی محمد حسین، احمدیه فریبا. بررسی بقا یک ساله بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال ۱۳۸۳، دوره ۱۲، شماره اول: صفحه ۳.
- 9- Gabe SS, Robert B, Alistair WS, Rodney J, Fiona MS. Sex differences in case fatality before and after admission to hospital after acute cardiac events: analysis of community based coronary heart disease register. BMJ. 1996; 31(3): 853-855.