مجلـــه علمـــی پـژوهشـی دانشگـاه علـــوم پزشکـی اردبیـــل

دوره هفتم، شماره چهارم، زمستان۱۳۸۶، صفحات ۳۵۳ تا ۳۵۶

میرایی یک ماهه سکته مغزی در استان اردبیل،۱۳۸۳

نیره امینی ثانی[۱]، دکتر داریوش سوادی اسکویی[۲]، دکتر سید مرتضی شمشیرگران[۳]، دکتر سعید دستگیری[٤]، دکتر مازیار هاشمیلر[۵]، دکتر مریم جعفریانی[۶]

[۱]نویسنده مسئول: مربی اپیدمیولوژی دانشگاه تبریز و دانشجوی Ph.D اپیدمیولوژی دانشگاه سیدنی **E-mail:** aminisani_n@hotmail.com

[۲]استادیار مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تبریز [۳]دانشجوی Ph.D اپیدمیولوژی بالینی دانشکده پزشکی، دانشگاه وسترن سیدنی [٤]استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز [۵]استادیار مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل [۶]پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف: میزان های میرایی بیماری عروق مغزی در برخی از کشور ها در دهه های اخیر کاهش یافته است. تغییرات در میزان های میرایی می تواند ناشی از تغییرات در بروز بیماری یا میزان میرایی آن باشد. از آنجایی که اطلاعات کمی در خصوص میرایی سکته مغزی در کشور در دسترس است این مطالعه با هدف بررسی میزان میرایی یا مرگ و میر ۲۸ روز اول پس از سکته مغزی در استان اردبیل صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه به روش آینده نگر از اول اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ تا اول دیماه ۱۳۸٤ در اردبیل صورت گرفت. آزمودنی های مطالعه شامل بیماران با تشخیص قطعی سکته مغزی بر اساس یافته های CT اسکن بودند و در بیمارستان علوی شهر اردبیل که تنها مرکز ارجاعی این بیماران در استان است بستری می شدند. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ١٤ و آزمون مجذور کای و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در طول این مدت ۳۵۲ مورد وارد مطالعه شده و در پایان ۳٤۶ مورد پیگیری شدند. ۲۸۸ مورد (۸۱/۸٪) دچار سکته مغزی ایسکمیک، ۵۷ مورد (۱۶/۲٪) ICH و۷ مورد (۲٪) SAH (Subarachnoid Hemorrhage) بودند. سابقه پر فشاری خون در ۶۱/۶٪ موارد وجود داشت. ۲۶/۱٪ موارد سابقه بیماری قلبی و ۱۶/۸٪ مبتلا به دیابت بودند. ۱۹/۸٪ نیز سیگاری بودند. پس از پیگیری مشخص شد که ۷۰ مورد (۲۰/۳٪) در ۲۸ روز اول فوت نمودند. میانگین سنی افراد فوت شده ۱۰/۹± ۶۹/۱ سال و افراد زنده ۱۲/۹± ٦٤/۲ سال بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (p= ۰/۰۰۳). از مجموع ۲۸۸ مورد CVA، ٤۲ نفر (۱٤/۶٪)، از کل ICH ها، ۲۸ نفر(٤۳/۱٪) و از ۷ مورد SAH، ۳ مورد فوت نمودند. اختلاف کمی بین میرایی ناشی از سکته مغزی ایسکمیک در مردان و زنان وجود داشت ولی مردان مبتلا به ICH بقای کمتری نسبت به زنان داشتند.

نتیجه گیری: میزان میرایی در مطالعه حاضر قابل توجه است، که بر حسب سن، نوع تشخیص، جنس و سابقه بیماری قلبی متفاوت بود. بنظر می رسد تمهیدات مناسب درمانی و مراقبتی در جهت کاهش این میزان ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: سکته مغزی ایسکمیک، سکته مغزی هموراژیک، میرایی سکته مغزی

دریافت: ۸۵/٤/۹ **پذیرش:** ۸۵/۱۱/۲٤

مقدمه

برخی عوامل خطر اصلاح پذیر سکته مغزی شامل پرفشاری خون سیستولیک و یا دیاستولیک، هیپرکلسترولمی، مصرف سیگار، مصرف بیش از حد الکل و استفاده از قرص های ضد بارداری خوراکی هستند [۲،۱].

میزان میرایی بیماری عروق مغزی در ایالات متحده، اروپای غربی، ژاپن و استرالیا در دهه های اخیر کاهش یافته است[۶-۳]. تغییرات در میزان میرایی می تواند ناشی از تغییرات در بروز بیماری یا میزان مرگ و میر آن و تغییرات در سطوح عوامل خطر در جمعیت باشد. برای مثال بهبود در تشخیص و درمان

[Downloaded from ejournals.arums.ac.ir on 2025-12-03]

پرفشاری خون می تواند منجر به سکته های مغزی خفیف تر شده و توضیحی برای کاهش میرایی بیماری باشد[۹-۷].

بر اساس نتایج پروژه WHO Monica در ۱۶ کشور اروپایی و ۲ کشور آسیایی، که بر روی جمعیت پایه ای معادل ۲/۹ میلیون فرد ۳۵ تا ٦٤ ساله بین سال های ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۷ انجام شد، ۱۳۵۹۷ مورد سکته روی داد که میزان تطبیق شده سنی آن از ۱۰۱ تا ۲۸۵ به ازای صد هزار نفر در مردان و ٤۷ تا ۱۹۸ در ۱۰۰ هزار نفر در زنان متغیر بود. میزان کشندگی در ۲۸ روز اول از ۱۵ تا ٤۹ درصد در مردان و از ۱۸ تا ۵۷ درصد در زنان متغیر بود. کمترین میزان کشندگی در کشورهای دانمارک، فنلاند، سوئد، آلمان غربی، لیتوانی و روسیه دیده شد در حالی که میزان کشندگی در سایر کشورها نظیر لهستان و ایتالیا بالا بود[۱۰].

از آنجایی که اطلاعات کمی در خصوص میرایی سکته مغزی در کشور ما در دسترس است، این مطالعه با هدف بررسی میزان میرایی یا مرگ و میر ۲۸ روز اول پس از سکته مغزی در استان اردبیل صورت گرفت تا وضعیت آن در منطقه در مقایسه با سایر کشورها مشخص شده و راهکارهای لازم جهت پیشگیری سطح دوم ارایه گردد.

روش کار

این مطالعه به روش همگروهی آینده نگر از اول اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ تا اول دیماه ۱۳۸٤ در اردبیل صورت گرفت. آزمودنی های مطالعه شامل بیماران با تشیخص قطعی سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک بودند که در بیمارستان علوی شهر اردبیل که تنها مرکز ارجاعی این بیماران در استان است بستری شدند. تمامی آنها تشیخص قطعی برمبنای CT اسکن داشته و موارد حملات گذرای مغزی (TIA)[1] از مطالعه حذف شدند. یک پرستار آموزش دیده اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک و عوامل خطر را در پرسشنامه ای که حاوی سوالاتی در خصوص سن، جنس و عوامل خطر عمده سکته نظیر پرفشاری خون، دیابت، بیماری قلبی و غیره بود، از طریق مصاحبه از آزمودنی های طرح تکمیل نمود. این پرسشنامه توسط متخصصین نورولوژی و اپیدمیولوژی مورد تایید قرار گرفت و اطلاعات مربوط به بیماری و خصوصیات بالینی آن توسط یک کارورز آموزش دیده و زیر نظر متخصص مغز و اعصاب تکمیل گردید. کلیه بیماران مورد نظر در دوره زمانی مطالعه وارد مطالعه شدند و رضایت به ورود مطالعه داشتند. در مورد بیمارانی که دچار اختلال تکلم بودند از یکی از بستگان درجه ۱ آنها پرسشنامه تکمیل و فرم میرایی یکماه با پیگیری بیماران کامل گردید. مرگ و میر در ۲۸ روز اول بعنوان میزان میرایی در نظر گرفته شد. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ١٤ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی به شکل جداول فراوانی جهت ارایه نتایج اولیه استفاده شد و جهت نشان دادن ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای و جهت مقایسه میانگین متغیرهای کمی از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته ها

در طول این مدت مطالعه ۳۵۲ مورد وارد مطالعه شده و پیگیری را کامل نمودند. ۱۷٤ نفر(٤۹/۵٪) از موارد زن و مابقی مرد بودند. میانگین سنی زنان ۱۳/۰۳±۶۲/۵ و مردان ۱۳/۲± ۶۷/۳ سال بود و اختلاف معنی داری بین میانگین سن زنان و مردان وجود داشت (p=۰/۰۰۱). ۲۸۸ مورد (۸۱/۸٪) دچار سکته مغزی ایسکمیک، ۵۷ مورد (۱۶/۲٪) ICH[2] و ۷ مورد (۲٪) SAH[3] بودند. سابقه پر فشاری خون در ۶۱/۶٪ موارد وجود داشت (جدول ۱).

۲۶/۱٪ موارد سابقه بیماری قلبی، ۱۶/۸٪ ابتلای به دیابت و ۱۹/۸٪ سیگاری بودند (جدول ۲).

[1] Transient Ischemic Attack

[2] Intracranial Hemorrhage

[3] Subarachnoid Hemorrhage

[Downloaded from ejournals.arums.ac.ir on 2025-12-03]

جدول ۱. توزیع انواع سکته مغزی بر حسب جنس در آزمودنی های مطالعه

جنس	زن		مرد		جمع کل	
نوع سکته	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سکته مغزی ایسکمیک	۱۳۳	۸۰/۶	۱۴۲	۸۴/۶	۲۷۵	۸۲/۶
ICH	۲۵	۱۵/۲	۲۶	۱۵/۴	۵۱	۱۵/۳
SAH	۷	۴/۲	-	۰	۷	۲/۱
جمع کل	۱۷۴	۴۹/۶	۱۷۸	۵۰/۵		

جدول۲. توزیع عوامل خطر بر حسب وضعیت بقا در آزمودنی های مطالعه

وضعیت بقا / عوامل خطر		زنده	مرده
پرفشاری خون			
	ندارد	۱۰۴	۲۴
	دارد	۱۵۹	۴۶
بیماری قلبی			
	ندارد	۲۰۱	۴۵
	دارد	۶۲	۲۵
دیابت			
	ندارد	۲۱۶	۶۱
	دارد	۴۷	۹
سیگار			
	نمی کشد	۲۱۳	۵۴
	می کشد	۵۰	۱۶

پس از پیگیری مشخص شد که ۷۰ مورد (۲۰/۳٪) در ۲۸ روز اول فوت نمودند که ۲۹ نفر آنها زن و ۴۱ نفر مرد بودند. میانگین سنی افراد فوت شده ۱۰/۹± ۶۹/۱ سال و در افراد زنده ۱۲/۹± ۶۴/۲ سال بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (p= ۰/۰۳). براساس نوع سکته میانگین سنی افراد متوفی با سکته مغزی ایسکمیک ۱۳/۱±۶۶ و در افراد فوت شده با ICH ۱۴/۷±۶۱/۲ سال بود که این اختلاف نیز از نظر آماری معنی دار بود (p = ۰/۰۰۲). از مجموع ۲۸۸ مورد CVA[1]، ۴۲ نفر (۱۴/۶٪)، از کل ICH ها ۲۸نفر (۴۹/۱٪) و از ۷ مورد SAH، ۳ مورد فوت نمودند و اختلاف در میرایی بر اساس نوع سکته معنی دار بود (p <۰/۰۰۱) و در سکته های خونریزی دهنده بالاتر از ایسکمیک بود (جدول ۳).

[1] Cerebro Vascular Accident

جدول۳. توزیع موارد فوت شده بر حسب جنس و نوع سکته

وضعیت بقا / جنس		زنده	مرده	کل
زن				
	سکته مغزی ایسکمیک	۱۱۲	۲۱	۱۳۲
	ICH	۱۷	۸	۲۵
	SAH	۴	۳	۷
مرد				
	سکته مغزی ایسکمیک	۱۱۹	۲۳	۱۴۲
	ICH	۱۲	۱۴	۲۶

بحث

در مطالعه حاضر ۲۰/۳٪ بیماران در ۲۸ روز اول فوت نمودند که شامل ۱۴/۶٪ موارد سکته های مغزی ایسکمیک و ۴۹/۱٪ موارد سکته های مغزی هموراژیک بود. سن و نوع سکته مغزی بر میرایی تاثیر داشتند.

پلتونن[2]و همکاران، طی سال های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۴، ۶۸۱۹ بیمار مبتلا به سکته را در گروه سنی ۲۵ تا ۷۴ سال مربوط به پروژه WHO Monica در شمال سوئد بررسی نمودند. در ۲۸ روز ۸۵٪ مردان و ۸۲٪ زنان زنده مانده بودند. نسبت زنده مانده های ۲۸ روز اول از ۴۶٪ در گروه سنی ۶۵ تا ۷۴ ساله مردان با SAH تا ۹۵٪ در مردان ۲۵ تا ۵۴ ساله با سکته مغزی[3] متغیر بود. میزان بقا در IS برای مردان مشابه زنان بود ولی در SAH و ICH در زنان میزان های بقا کمتر از مردان بود[۱۱].

لی[4] و همکاران با بررسی ۷۷۸۴ بیمار مبتلا به سکته مغزی یا TIA بین سال های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۸ در استرالیای غربی نشان دادند که میزان بقا در ۲۸ روز اول در سکته مغزی هموراژیک کمترین بود. در همه بیماران عوامل پیشگوکننده مرگ شامل سن (در همه انواع سکته مغزی)، فیبریلاسیون دهلیزی (ایسکمیک و TIA)، دیگر بیماری های قلبی (ایسکمیک و TIA)، جنس و دیابت (TIA) بودند. در کسانی که پس از ۲۸ روز زنده مانده بودند، عوامل پیشگوکننده های دیگر شامل

[2] Peltonen
[3] Ischemic Stroke
[4] Lee

[Downloaded from ejournals.arums.ac.ir on 2025-12-03]

جنس، دیابت و بی اختیاری ادراری بودند، که تا ۷ روز پس از پذیرش طول کشیده بود[۱۲].

در یک مطالعه ۱٤٪ مبتلایان به انفارکت مغزی در ۳۰ روز اول فوت نمودند. سن و بیماری های قلبی نظیر CHF و AF عوامل خطر مهم مستقل برای میرایی بودند [۱۳]. در مطالعات دیگری نیز این میزان ۱۶٪ و ۱۹٪ گزارش شده است [۱۵،۱٤]. نتایج مطالعه حاضر از نظر درصد میرایی با برخی مشابه و با برخی دیگر متفاوت بود [۱۵،۱۱]، اما از برخی مطالعات دیگر بالاتر بود [۱٤].

همچنین مشابه سایر مطالعات [۱۵،۱۱] درصد میرایی در سکته مغزی هموراژیک بالاتر و سن و بیماری قلبی، از عوامل تاثیر گذار بر میرایی بودند، اما نتایج مطالعه حاضر از این جهت که میرایی مردان در هر دو نوع سکته مغزی ایسکمیک و هموراژیک بالاتر از زنان است با سایر مطالعات تفاوت دارد [۱٤]، شاید از دلایل این تفاوت بتوان به تفاوت در شیوع عوامل خطری چون پرفشاری خون و سیگار در مردان اشاره نمود.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر میزان کشندگی در سکته های هموراژیک بیشتر از ایسکمیک بود و سن و نوع سکته بطور معنی داری بر مرگ و میر موثر بودند.

پیشنهادات

این یافته ها اهمیت پیشگیری سطح دوم را در زمان بستری در جمعیت اردبیل تقویت می کند.

References

1- Warloo CP. Epidemiology of stroke. Lancet. 1998; 352: (Suppl III): 1-4.

2- Sacco RL. Risk Factors, outcomes and stroke subtypes for ischemic stroke. Neurol. 1997; 49(5): 539-44.

3- Bonita R, Stewart A, Beaglehole R. International trends in stroke mortality. Stroke. 1990; 21: 989-92.

4- Bonita R. Stroke trends in Australia and New Zealand. Mortality, morbidity, and risk factors. Ann Epidemiol. 1993; 3: 529-33.

5- Klag MJ, Whelton PK, Seidler AJ. Decline in US stroke mortality: demographic trends and antihypertensive treatment. Stroke. 1989; 20: 14-21.

6- Kodama K. Stroke trends in Japan. Ann Epidemiol. 1993; 3: 524-8.

7- McGovern PG, Burke GL, Sprafka JM, Xue S, Folsom AR, Blackburn H. Trends in mortality, morbidity and risk factor levels for stroke from 1960, through 1990. JAMA. 1992; 268: 735-59.

8- Jorgensen HS, Plesner AM, Hubbe P, Larsen K. Marked increase of stroke incidence in men between 1972 and 1990 in Fredriksberg , Denmark . Stroke. 1992; 23: 1701-4.

9- Harmsen P, Tsipogianni A, Wilhelmsen L. Stroke incidence rates were unchanged, while fatality rates declined, during 1971-1987 in Goteborg, Sweden. Stroke. 1992; 23: 1410-15.

10- Thorvaldsen P, Asplund K, Kuulasmaa K. Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA project. Stroke. 1995 Mar; 26(3): 361-7.

11- Peltonen M, Stegmayer B, Asplund K. Time trends in long-term survival stroke. The Northern Sweden Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (MONICA) study,1985-1994. Stroke. 1998 Jul; 29(7):1358-65.

12- Lee AH, Somorford PJ, You KKW. Factors influencing survival after stroke in Western Australia. MJA. 2003; 179:289-93.

13- Petty GW, Brown RD. Survival and recurrence after Stroke. Neurology J. 1998 Jan; 50(1): 208-16.

14- Modrego PJ, Maina R. Recurrence and Survival after stroke. J Neurol Sci. 2004 Sep; 15: 224: 49-55.

15- Dennis MS, Burn JP. Long-term survival after first-year. stroke. 1993 Jun; 24(6): 796-800.

[Downloaded from ejournals.arums.ac.ir on 2025-12-03]