

## شیوع عوامل خطر ساز کرونری در بیماران با سکت قلبی بیمارستان بوعلی قزوین (۱۳۷۶)

دکتر داوود کاتبی\*

### Coronary risk factors in acute myocardial infarction

D. Katebi

#### Abstract

**Background :** *The total main risk factors of cardiovascular systems increase the incidence of coronary artery disease (CAD) and the relative and absolute risk of death.*

**Objective:** *To determine the incidence of CAD risk factors in patients with acute myocardial infarction (AMI) and its relation with hospital mortality.*

**Methods:** *Medical files of all AMI patients which were hospitalized in the 6th months of 1996 were studied and the information regarding age, sex, type of MI, risk factors of CAD, CPK level and hospital mortality was recorded in a questionnaire.*

**Findings :** *Out of 190 patients, 137 were male (72%) and 53 (28%) female. Sexual incidence had a meaningful difference ( $P : 0.004$ ). According to the risk factors, cigarette with 32% had the maximum and hypertrigly ceridemia with 15.3% had the minimum incidence. The maximum and hypertrigly ceridemia with 15.3% had the minimum incidence. The maximum incidence of MI and mortality was observed in 60-69 year age group. Hospital mortality was 8% which was more common among diabetic ( $P : 0.0008$ ) and arrhythmic ( $P : 0.0004$ ) patients.*

**Conclusion :** *One or more risk factors in AMI patients increased the incidence of CAD and deaths due to the presence of risk factors. It was concluded that the relationship between diabetis and mortality was stronger as compared to other risk factors.*

**Key words :** *Coronary Risk Factors, Acute Myocardial Infraction (AMI), Athrosclerosis, Mortality*

#### چکیده :

**زمینه :** عوامل خطر ساز قلبی و عروقی باعث افزایش شیوع آترواسکلروز و در نتیجه افزایش مرگ و میر می شوند.  
**هدف :** مطالعه به منظور تعیین شیوع عوامل خطر ساز آترواسکلروز عروق کرونری در بیماران با سکت قلبی و ارتباط این عوامل با مرگ و میر بیمارستانی انجام شد.

**مواد و روش ها :** پرونده کلیه بیماران با سکت قلبی بستری در بیمارستان بوعلی قزوین در ۶ ماهه اول سال ۷۶ بررسی و اطلاعات مورد نظر شامل سن، جنس، نوع سکت، عوامل خطر ساز کرونری، سطح سرمی CPK و مرگ و میر بیمارستانی در پرسش نامه تنظیمی ثبت شد.

**یافته ها :** تعداد کل بیماران ۱۹۰ نفر بود که ۱۳۷ نفر (۷۲٪) مرد و ۵۳ نفر (۲۸٪) زن بودند و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $P = ۰/۰۰۴$ ). در میان عوامل خطر ساز، مصرف سیگار (۳۲/۶٪) بیشترین و تری گلیسیرید بالا (۱۵/۳٪) کمترین شیوع را داشت. بیشترین موارد سکت قلبی و مرگ در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال بود. میزان مرگ و میر بیمارستانی ۸ درصد بود و در بیماران دیابتیک ( $P = ۰/۰۰۰۸$ ) و بیمارانی که آریتمی داشتند ( $P = ۰/۰۰۰۴$ ) شایع تر از سایر بیماران و این اختلاف معنی دار بود.

**نتیجه گیری :** وجود یک یا چند عامل خطر ساز بیماری عروق کرونری باعث افزایش سکت حاد قلبی و مرگ و میر ناشی از آن می شود.

**کلید واژه ها :** عوامل خطر ساز بیماری عروق کرونری، سکت حاد قلبی، آترواسکلروز، مرگ و میر

## □ مقدمه :

به ازای افزایش HDL به میزان ۱ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است.<sup>(۷)</sup>

ارتباط اتیولوژیک بین افزایش سطح سرمی تری‌گلیسرید و بیماری عروق کرونری به دقت روشن نشده است، اما به نظر می‌رسد کاهش سطح تری‌گلیسرید با کاهش خطر حوادث قلبی عروقی همراه باشد.<sup>(۶)</sup>

این ارتباط به خصوص در زنان حتی بعد از حذف سایر عوامل خطر سازه قابل توجه است.<sup>(۶ و ۹ و ۱۱)</sup> در

جوامع غربی شیوع کلی پرفشاری خون در حدود ۲۴ درصد است که با افزایش سن بیشتر می‌شود، به طوری که در ۱۸ تا ۲۹ سالگی ۴ درصد و در سنین بالای ۸۰ سال به ۶۵ درصد می‌رسد.<sup>(۴)</sup> مطالعات نشان‌دهنده

ارتباط مستقیم بین افزایش فشارخون و شیوع آترواسکلروز و سکته مغزی است. به طوری که شیوع

نسبی آترواسکلروز در بیماران دارای فشار دیاستولی ۱۰۵ میلی‌متر جیوه، ۵ تا ۶ برابر بیماران دارای فشارخون دیاستولی ۷۶ میلی‌متر جیوه بوده است.<sup>(۴)</sup>

در یک مطالعه ۵ ساله، درمان پرفشاری خون ۲۰ درصد باعث کاهش حوادث قلبی عروقی شده است.<sup>(۴)</sup> البته در چند مطالعه کاهش فشار دیاستولی به

میزان ۹۰ میلی‌متر جیوه یا کمتر باعث افزایش سکته قلبی شده است.<sup>(۴)</sup> خطر آترواسکلروز نه تنها با فشار

دیاستولی بلکه با فشارخون سیستولی و متوسط نیز در ارتباط است.<sup>(۱۳)</sup> دیابت قندی از شایع‌ترین

بیماری‌های مزمن در دنیا است که شیوع آن تا ۸ درصد در جمعیت بالغین می‌رسد و ۹۰ درصد آن غیروابسته به انسولین است. مطالعات متعدد نشان‌دهنده افزایش

بیماری عروق کرونری قلب (تنگی در مجرای یک رگ اصلی اپیکاردیال) از علل مرگ و میر در جوامع

صنعتی دنیا از جمله کشور ماست.<sup>(۳)</sup> مطالعه‌های اپیدمیولوژی تأثیر تعدادی از عوامل خطر سازه در شیوع

بیماری عروق کرونری و بروز علائم بالینی آن را اثبات کرده‌اند. اما متأسفانه مقایسه اصولی در مورد ارتباط

عوامل خطر سازه با شدت و وسعت بیماری وجود ندارد. به نظر می‌رسد عواملی مانند هیپرلیپیدمی، پرفشاری

خون، مصرف سیگار، دیابت قندی و جنس مذکر دارای اهمیت بیشتری هستند.<sup>(۶)</sup> در مجموع این

عوامل با افزایش شیوع پلاک فیبروز و عوارض ناشی از آن همراه هستند. این ارتباط زمانی قوی‌تر می‌شود که

عوامل خطر سازه به طور گروهی عمل کنند.<sup>(۹)</sup> البته تمام مطالعه‌ها نشان‌دهنده متغیر بودن تأثیر

عوامل خطر سازه در افراد مختلف هستند.<sup>(۴)</sup> مطالعه‌های اپیدمیولوژی نشان داده‌اند که به ازای هر ۱

درصد افزایش کلسترول پلاسما، شیوع آترواسکلروز کرونری ۲ درصد افزایش می‌یابد. در بررسی آنژیوگرافی

ثابت شده است که کاهش متوسط سطح کلسترول LDL به میزان ۲۶ درصد باعث کاهش پیشرفت

آترواسکلروز در ۴۹ درصد، عدم ایجاد ضایعه جدید در ۳۲ درصد، پس‌رفت ضایعه ۲۱ درصد و کاهش

حوادث قلبی عروقی در ۴۷ درصد موارد می‌شود.<sup>(۸)</sup> تجربه بالینی که به طور مستقیم فرضیه تأثیر افزایش

کلسترول HDL به تنهایی را در کاهش شیوع بیماری عروق کرونری نشان دهد، وجود ندارد. اما دلایل موجود

مؤید ۲ تا ۳ درصد کاهش شیوع بیماری آترواسکلروز

سکته حاد قلبی بستری در بیمارستان بوعلی قزوین در ۶ ماهه اول سال ۱۳۷۶ بررسی شد. اطلاعات مورد نیاز شامل سن، جنس، نوع و محل سکته، میزان افزایش آنزیم CPK، سطح کلسترول، تری‌گلیسرید سرم، دیابتی بودن بیمار با توجه به سابقه قبلی و مصرف انسولین یا قرص گلی‌بن‌کلاماید در پرسش‌نامه مربوط ثبت شد. پرفشاری خون با توجه به سابقه قبلی و مصرف داروهای فشارخون و اعتیاد به سیگار از شرح حال اخذ شد. به علت ناقص بودن پرونده‌ها از سابقه فامیلی آترواسکلروز صرف‌نظر شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و تست‌های آماری آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

#### 📌 یافته‌ها :

تعداد کل بیماران ۱۹۰ نفر بود که ۱۳۷ بیمار (۷۲ درصد) مرد و ۵۳ بیمار (۲۸ درصد) زن و این اختلاف جنسی از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P = 0/004$ ). از نظر پاتوفیزیولوژی سکته قلبی ۱۲۸ بیمار (۵۷ درصد) از نوع ترانس مورال (Qwave) ۵۸ بیمار (۳۰ درصد) ساب‌آندوکار دیال (None Qwave) و ۴ مورد بدون افزایش آنزیمی بود. سکته‌های ترانس مورال در ۴۷ مورد قدامی وسیع، ۴۴ مورد قدامی، ۳۶ مورد تحتانی و یک مورد جانبی بودند.

سیگار با ۳۲/۶ درصد بیشترین و هیپر تری‌گلیسریدمی با ۱۵/۳ درصد کمترین شیوع را در میان عوامل خطر ساز داشت (نمودار شماره ۱).

شیوع بیماری عروق کرونر در دیابتی‌ها در مقایسه با غیر دیابتی‌ها بوده و خطر نسبی به طور متوسط در زنان بیشتر از مردان است. (۹ و ۱۲) مصرف دخانیات یکی از مشکلات عمده سیستم‌های بهداشتی در اغلب کشورهاست و مطالعات موجود نشان داده‌اند که مصرف روزانه ۱۰ نخ سیگار مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی را به میزان ۱۸ درصد در مردان و ۳۱ درصد در زنان افزایش می‌دهد. علاوه بر این مصرف سیگار تأثیر افزوده با سایر عوامل خطر ساز را دارد. (۳) ۵۰ درصد افراد سیگاری به دلیل بیماری‌های مرتبط با دخانیات مانند بیماری عروق کرونر، سکته مغزی، نارسایی قلبی و بیماری عروق محیطی فوت می‌کنند. (۱۰) مطالعه ۲۶ ساله فرامینگهام نشان داد عوارض آترواسکلروز در مردان ۳۵ تا ۸۴ ساله دو برابر زنان است و ۱۰ سال زودتر ظاهر می‌شود و ۶۰ درصد عوارض قلبی و عروقی در مردان اتفاق می‌افتد. (۵ و ۱۲) البته بعضی عوامل مثل دیابت، تری‌گلیسرید بالا و کاهش HDL در زنان خطر بیشتری ایجاد می‌کند و بعد از یائسگی خطر آترواسکلروز به شدت افزایش می‌یابد. (۳ و ۹) سابقه فامیلی بیماری عروق کرونر قوی‌ترین عامل خطر ساز برای آترواسکلروز است که مستقل از سایر عوامل اثر می‌کند. (۱۶)

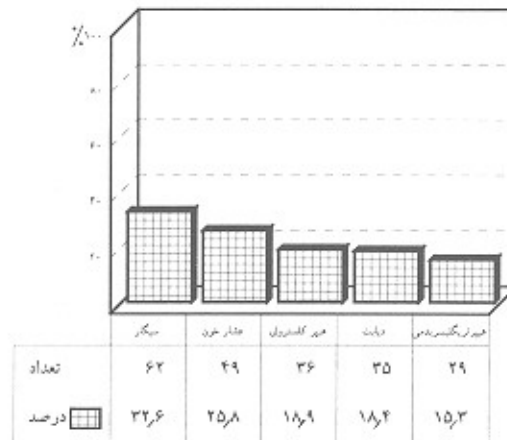
این مطالعه به منظور تعیین شیوع عوامل خطر ساز آترواسکلروز عروق کرونر در بیماران با سکته قلبی بستری در بیمارستان بوعلی قزوین انجام شد.

#### 📌 مواد و روش‌ها :

در این مطالعه گذشته‌نگر، پرونده کل بیماران با

نمودار ۱ :

شیوع عوامل خطر سازه کرونری در بیماران با سکنه قلبی



شیوع آریتمی بطنی و فوق بطنی ۳۸ درصد بود که در مبتلایان به سکنه ترانس مورال شایع تر از نوع ساب آندوکاردیال بود ( $P=0/0256$ ). مرگ و میر بیماران ۱۵ مورد (۸ درصد) و بیشتر (۵۳ درصد) در گروه سنی ۶۰ تا ۶۹ سال بود.

در بیماران دیابتی شیوع مرگ و میر بیشتر از غیر دیابتی ها بود. اما بین فشارخون، سیگار، هیپرکلسترولمی و هیپرتری گلیسریدمی با فوت بیماران ارتباط معنی دار وجود نداشت (جدول شماره ۲).

جدول ۲ :

خطر نسبی و مطلق مرگ و میر ناشی از سکنه قلبی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی

تعداد بیمار	درصد	فوت	درصد
غیر دیابتی	۱۴۷	۸	۵۳/۳
دیابتی	۲۸	۷	۴۶/۷
جمع	۱۷۵	۱۵	۱۰۰

شیوع مرگ در بیماران دارای آریتمی ۱۶/۷ درصد و در گروه بدون آریتمی ۲/۵ درصد بود که از نظر آماری اختلاف معنی دار بود ( $P=0/0004$ ).

### بحث و نتیجه گیری :

مطالعه های متعدد اپیدمیولوژیک ثابت کرده اند که تعدیل عوامل خطر سازه شناخته شده کرونری اولین اقدام بالینی در پیشگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر قلب است. (۳) بررسی های انجام شده نشان داده است که عوامل خطر سازی مانند هیپرلیپیدمی، پرفشاری خون و مصرف دخانیات اثر

صرف نظر از سن و جنس، ۵۰ بیمار (۲۶ درصد) بدون عامل خطر سازه شناخته شدند. تعداد بیماران با یک عامل خطر سازه بیشتر از بیماران با دو یا چند عامل خطر سازه بود (جدول شماره ۱).

جدول ۱ :

میزان شیوع عوامل خطر سازه کرونری در جمعیت مورد مطالعه

تعداد عامل خطر سازه	تعداد بیمار	درصد
۱	۸۴	۴۴
۲	۴۳	۲۲/۶
۳	۱۲	۶/۳
۴	۱	۰/۵
بدون عامل خطر سازه	۵۰	۲۶

سکنه ترانس مورال در مقایسه با ساب آندوکاردیال در مردان شایع تر از زنان بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشت ( $P=0/004$   $X^2=4/16$ ).

2. Abbud A Ziad , Shindler M , Daniel Kotis B John. Effect of diabetes mellitus on short and long - term mortality rates of patients with acute myocardial infarction. *Am Heart J* 1995 ; 130 : 51-8
3. Betman W Frank. Treating hypertension the evidence from clinical trial. *BMJ* 1996 ; 34 ; 276-80
4. Braunwald. The heart disease. Philadelphia , WB Saunders , 1996 , 1126-55
5. Eagle A Kim. The practise of cardiology. Little brown company , 1989 , 563-83
6. Gotto M Antonio. Triglyceride as a risk factor for coronary artery disease. *Am J cardiol* 1998 ; 82 : 222-52
7. Kannel B William , Wilson W F Peter. Risk factor that attenuate female coronary disease advantage. *Arch intern Med* 1995 ; 155 : 61-77
8. Kottke E Thomse. Managing nicotinic dependency. *J Am Coll Cardiol* 1997 ; 30 : 131-2
9. Kwiterovich Peter O. Clinical trial of lipid lowering agents. *Am J Cardiol* 1998 December ; 82 : 3-15
10. Kwiterovich Peter O. The antiatherogenic role of HDL. *Am J Cardiol* 1998 ; 82 : 13-21
11. Larosa John C. Triglycerides and coronary risk in women and the elderly. *Arch intern Med* 1997 ; 157 : 961-8

یکدیگر را تشدید می‌کنند. (۳) یکی از عوامل خطر ساز اثبات شده و مستمر جهت بروز بیماری عروق کرونر جنس مذکر است. (۱۵) در مطالعه حاضر نیز شیوع بیماری عروق کرونر در مردان بیشتر از زنان بود.

در این مطالعه شایع ترین عامل خطر ساز کرونری مصرف سیگار بود. مصرف سیگار بزرگ ترین عامل در ایالات متحده است. سالیانه حدود ۳۵۰/۰۰۰ مرگ زودرس ناشی از سیگار و اغلب به علت آترواسکلروز عروق کرونر گزارش می‌شود. (۱۶) پرفشاری خون بدون تردید یک عامل عمده خطر ساز قلبی است که مستقل از سایر عوامل خطر عمل می‌کند و باعث تسریع آترواسکلروز می‌شود. در یک مطالعه در شهر قزوین شیوع کلی فشارخون ۲۲/۴ درصد (۱) و در مطالعه اخیر ۲۵/۸ درصد به دست آمد.

خطر نسبی ابتلا به دیابت به طور پیوسته در زنان بیشتر از مردان است. بیماری عروق کرونر مهم ترین عارضه دیابت (وابسته و غیروابسته به انسولین) در مطالعه ۱۴ ساله رانکو و برناردو بوده است. (۱۱ و ۱۳) در مطالعه حاضر نیز شیوع نسبی دیابت در زنان با سکنه قلبی بیشتر از مردان بود. اما نکته مهم تفاوت قابل توجه مرگ و میر بیماران دیابتی در مقایسه با بیماران غیردیابتی بود. در مطالعه آبود و همکاران مرگ و میر بیمارستانی در بیماران دیابتی با سکنه قلبی ۳۰ درصد گزارش شده است. (۲)

#### مراجع :

- ۱- جوادی حمیدرضا. شیوع پرفشاری خون در افراد بالای ۲۰ سال شهر قزوین. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین ، بهار ۷۸ ، شماره ۹ : ۲۳-۹

12. Nathun M David. *The epidemiology of coronary artery disease in type 2 diabetes mellitus. Lancet* 1997 ; 350 (supply 1) : 4-9

13. Schalant Alexander. *The heart. USA , MC Grow hill Company , 1998 , 883-8*

14. Smulyan Harold. *Systolic blood pressure*

*revisited. J Am Coll Cardiol* 1997 ; 29 : 1407-13

15. Specher Dennis L. *Triglycerid as a Risk factor for coronary artery disease. Am J Cardiol* 1998 ; 82 : 49-56

16. Superko H Robert. *Did grandoma give you heart disease ? . Am J Cardiol* 1998 ; 82 : 34-46