

## بررسی یک ساله بیماران مبتلا به آنژین صدری نا پایدار

دکتر محمد حسین سلطانی<sup>۱</sup> - دکتر غلامرضا سلطانی<sup>۲</sup> - دکتر مجید مسعودی<sup>۳</sup>

### چکیده

آنژین صدری ناپایدار در جامعه ما شایع است، ولی مشخصات دموگرافیک و خصوصیات بیماران و به خصوص پیش آگهی دراز مدت بیماران نا معلوم بوده و لذا مطالعه تحلیلی فوق به شکل Survival Analysis در سال ۱۳۷۹-۱۳۷۸ در شهر یزد انجام شد. یکصد بیمار با تشخیص آنژین صدری نا پایدار که در بیمارستانهای شهید رهنمون و افشار یزد بستری شده بودند به صورت سر شماری، انتخاب و خصوصیات بیماران، عوامل خطر آنان، سیر داخل بیمارستان، در آنها معلوم شد و پس از ترخیص نیز تا یک سال با معاینات مکرر، پیگیری شدند و وضعیت یک ساله آنان از جهت مرگ، انفارکتوس جدید، بستری مجدد و یا اعمال جراحی قلب پی گیری شد، بیماران ۴۷٪ زن و ۵۳٪ مرد بودند که متوسط سنی آنان  $11/85 \pm 62/84$  بود. فشار خون بالا، دیابت شیرین، سیگار، هیپرلیپیدی و سابقه فامیلی مثبت به ترتیب ۴۸٪، ۲۹٪، ۱۸٪، ۴۱٪، ۴۰٪ بود. تغییرات الکتروکاردیوگرام به شکل  $ST \downarrow \geq 1mm$  در ۴۸٪،  $ST \uparrow \geq 1mm$  در ۱۷/۵٪، موج آمنفی در ۲۰٪ و ECG نرمال در ۱۰٪ بیماران دیده شد. انفارکتوس میوکارد جدید در ۶٪ بیماران، به خصوص در هفته اول آنژین ناپایدار اتفاق افتاد. مرگ کلی یک ساله بیماران، ۱۳٪ و بیشتر مرگها ناگهانی بوده است. مرگ در سن بالا (بالای ۷۰ سال) و مردان (۹٪ در مقابل ۴٪) و بیماران با  $ST \downarrow \geq 1mm$ ، بیشتر بوده است. آنژین صدری ناپایدار مجدد در ۲۰٪ بیماران اتفاق افتاد. بای پاس کرونر و آنژیوپلاستی در ۱۹٪ بیماران انجام شد. در پیگیری یک ساله از بیماران با آنژین صدری ناپایدار، در ۶٪ بیماران انفارکتوس جدید و مرگ در ۱۳٪ بیماران مشاهده شد.

### واژه های کلیدی: آنژین صدری ناپایدار، پیگیری یک ساله (OUT COME)

#### مقدمه

هستند که با روشهای داروئی و یا غیر داروئی (آنژیوپلاستی) سریعاً مورد درمان قرار می گیرند تا از عوارض این بیماری کاسته شود<sup>(۱)</sup>. عده ای از بیماران با آنژین صدری نا پایدار احتمال خطر بیشتری برای انفارکتوس و مرگ دارند و شناختن این افراد نیز حائز اهمیت است لذا آگاهی به خصوصیات دموگرافیک، تغییرات ECG، وضعیت داخل بیمارستانی، شناختن عوامل خطر، وضعیت بعد از ترخیص بیماران، می تواند ما را در درمان بهتر و به موقع این بیماران یاری کند. صدر و همکاران طی مطالعه ای در یزد، خصوصیات بیماران و سیر داخل بیمارستانی آنان را معلوم کردند<sup>(۲)</sup>. ولی وضعیت بعد از ترخیص بیماران مشخص نشده بود.

آنژین صدری ناپایدار یکی از صورتهای تظاهر بیماری عروق کرونر است که درمان به موقع آن ممکن است از انفارکتوس قلبی و مرگ ناشی از آن جلوگیری کند<sup>(۱)</sup>. این نوع آنژین معمولاً به دلیل تشکیل لخته در عروق کرونر قلب ایجاد

#### ۱- استاد یار گروه بیماریهای قلب و عروق

۳ و ۲- پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می شود و باعث کاهش گردش خون عروق قلب، درد قلبی و اختلال عمل قلب می شود<sup>(۱)</sup>. تعداد زیادی از بیماران بستری در بخش ویژه مراقبت های قلبی، بیماران با آنژین صدری ناپایدار

تشخیص فشار خون براساس شرح حال مصرف داروی ضد فشارخون و یا بالا بودن فشارخون از ۱۴۰/۹۰ در طول بستری بود. تشخیص دیابت براساس سابقه مصرف داروی ضد دیابت، دو بار  $FBS \geq 140$  از قبل از بستری و یا دو بار  $FBS \geq 140$  در زمان بستری، تشخیص هیپرلیپیدمی براساس کلسترول بیشتر از ۲۴۰ و تری گلیسرید بیشتر از ۲۰۰ در نمونه ناشتا صبحگاهی بود.

بیماری که بیشتر از ده سیگار در روز می کشید سیگاری تلقی می شد. سابقه فامیلی مثبت براساس شرح حال مرگ ناگهانی و یا انفارکتوس در برادر و یا پدر زیر ۵۵ سال و یا خواهر و یا مادر زیر ۶۵ سال بوده است

سابقه انفارکتوس براساس موج Q در لید های ECG در منطقه تحتانی لترال و یا قدامی و یا مدارک بیمارستانی قبلی انفارکتوس بوده است.

در صورتیکه مرگ بیماران در عرض ۱ ساعت پس از شروع علائم درد سینه اتفاق افتاده بوده مرگ ناگهانی و به احتمال زیاد قلبی تلقی شده است.

انفارکتوس جدید بر اساس مدارک بستری مجدد در بیمارستان با تشخیص ECG و آنزیم به نفع انفارکتوس بوده است.

### نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار که ۴۷٪ زن و ۵۳٪ مرد بودند وارد شدند. سن متوسط بیماران  $62/85 \pm 11/85$  بود (زنان ۶۳/۳۸ و مردان ۶۲/۵۶)

شیوع هیپرتنشن، هیپرلیپیدی، سابقه فامیلی مثبت، دیابت، سیگاری فعال، به ترتیب ۴۸٪، ۴۱٪، ۴۰٪، ۲۹٪ و ۱۸٪ بود (جدول ۱).

خصوصیات دموگرافیک، تغییرات ECG و وضعیت یک ساله بیماران در جدول (۱) بیان شده است. در طی پی گیری یک ساله، ۶٪ بیماران دچار انفارکتوس جدید شدند که بیشترین مورد آن در هفته اول آنژین ناپایدار رخ داده است مرگ و میر یک ساله، ۱۳٪ بوده است. (نمودار ۱). مرگ مردان ۱۶/۹۸٪ و زنان ۸/۵٪ بوده است. (نمودار ۲) ۵٪ موارد مرگ داخل بیمارستان و در زمان بستری و ۸٪ موارد مرگ پس از ترخیص و در طول سال اول

مطالعات متعدد در کشورهای دیگر نیز انجام شده و وضعیت ۶ ماهه، یک ساله، دوساله در بیماران مشخص شده است (۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸).

در این مطالعات، مرگ دو ساله بیماران حدود ۱۹٪ بوده است، مرگ در افراد مسن و دیابتی و مردان بیشتر بوده است. با توجه به متفاوت بودن وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بیماران ما با بیماران سایر کشورها و متفاوت بودن امکانات درمانی ما با سایر کشورها، مطالعه زیر به منظور آگاهی یک ساله بیماران با آنژین صدری ناپایدار از وضعیت داخل بیمارستان انجام شد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع تحلیلی و به روش Survival Analysis می باشد. جامعه مورد مطالعه یکصد بیمار با تشخیص آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش مراقبت های قلبی بیمارستان شهید رهنمون و فشار یزد در سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ می باشد. تشخیص آنژین براساس یکی از معیار های زیر بود: ۱) درد سینه در فعالیت که در ۶ هفته اخیر شروع شده و افزایش یابنده بوده است و این دسته از بیماران با توجه به شرح حال درد سینه جدید بدون در نظر گرفتن تغییرات ECG تشخیص آنژین ناپایدار در آنها داده می شد.

۲) - درد رترواسترنال ناگهانی در استراحت که همراه با تغییرات  $ST \uparrow$  و  $ST \downarrow$  و یا تغییرات موج T در ECG همراه باشند و تشخیص انفارکتوس میوکارد با مطالعه آنزیمی رد شده باشد و علل مشخص دیگری نیز برای درد سینه وجود نداشته است بیماران با شرح حال غیر تیپیک و بدون تغییرات ECG در این مطالعه قرار نگرفتند.

بعد از تشخیص آنژین ناپایدار با توجه به معیارهای بالا، با توجه به شرح حال، معاینه بیماران، سابقه بیماران، آزمایشات بیماران، خصوصیات بیماران و سیر داخل بیمارستانی آنها مشخص می شد پس از ترخیص نیز با ویزیت های مکرر در ۳، ۶، ۱۲ ماه بعد، وضعیت بیماران از جهت مرگ، انفارکتوس جدید بستری مجدد به علت آنژین و اعمال جراحی قلب پی گیری شدند.

(P=0.2219) (نمودار ۲). رابطه عوامل خطر با مرگ یک ساله بررسی شد که ارتباط معنی داری بین فراوانی مرگ و عوامل خطر پیدا نشد.

اتفاق افتاده است. مرگ یک ساله در سن بالای ۷۰ سال، بیشتر از سنین زیر ۷۰ سال بوده است (P=0.048) (نمودار ۳). مرگ در مردان بیشتر از زنان بوده است ولی از نظر آماری معنی دار نیست

نمودار ۱: سوریووال یک ساله بیماران با آنژین ناپایدار

نمودار ۲: سوریووال بیماران بر حسب جنس

جدول ۱: خصوصیات بیماران با آنژین صدری ناپایدار

تعداد کل (۱۰۰ نفر) ۶۲/۸۴ ± ۱۱/۸۵		زن (۴۷ نفر) ۶۳/۳۸		مرد (۳ نفر) ۶۲/۵۶		شرح (متوسط سنی (سال))
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۹	۲۹	۳۶/۱	۱۷	۲۲/۶	۱۲	دیابت
۴۸	۴۸	۵۷/۴	۲۷	۳۹/۶	۲۱	فشار خون بالا
۴۱	۴۱	۵۳/۲	۲۵	۳۰/۱	۱۶	هیپر لیپیدمی
۳۲	۳۲	۴۰/۴	۱۹	۴۳/۴	۲۳	هیپر تری گلیسریدمی
۴۰	۴۰	۵۱	۲۴	۳۰/۱	۱۶	هیپر کلسترولمی
۱۸	۱۸	۰	۰	۳۳/۹۶	۱۸	سیگاری فعال
۲۰	۲۰	۱۲/۷۶	۶	۲۶/۴	۱۴	سابقه انفارکتوس قبلی
۶۱	۶۱	۷۰/۲	۳۳	۵۲/۸	۲۸	سابقه آنژین صدری قبلی
۴۰	۴۰	۴۲/۵	۲۰	۳۷/۷	۲۰	سابقه فامیلی مثبت
۶	۶	۶/۳۸	۳	۵/۶۶	۳	موارد انفارکتوس جدید
۲۰	۲۰	۲۱/۲۷	۱۰	۱۸/۸۶	۱۰	موارد بستری مجدد بعلت آنژین
۱۳	۱۳	۸/۵	۴	۱۶/۹۸	۹	مرگ کلی یک ساله
۵	۵	۱/۲	۱	۷/۵	۴	موارد مرگ داخل بیمارستان
۸	۸	۶/۸۳	۳	۹/۴	۵	موارد مرگ خارج از بیمارستان
۲۲	۲۲	۲۳/۴	۱۱	۲۰/۷	۱۱	موارد آنژیوگرافی کرونری
۱۸	۱۸	۱۹/۱	۹	۱۶/۹۸	۹	موارد جراحی بایپاس کرونری
۴۸	۴۸	۵۱	۲۴	۴۵/۲۸	۲۴	ST < ۱ میلیمتر
۱۷	۱۷	۱۷	۸	۱۶/۹۸	۹	ST > ۱ میلیمتر
۳۵	۳۵	۲۳/۴	۱۱	۲۶/۴	۱۴	T منفی و تغییرات ST > ۱ mm
۱۰	۱۰	۱۲/۷۶	۶	۷/۵	۴	ECG نرمال
۱	۱	۰	۰	۱/۸۸	۱	PTCA (آنژیوپلاستی)

متوسط سنی در مطالعه Collinson و همکاران ۶۶/۱۲ سال بوده است (۳). موارد انفارکتوس جدید در ۶٪ بیماران بوده که اکثریت این موارد در هفته اول پس از آنژین ناپایدار بود. این مطلب اهمیت مراقبت بیشتر بخصوص در هفته اول بستری را بیان می کند. در مطالعه Collinson و همکاران (۳)، پیدایش انفارکتوس جدید در طی ۶ ماه، ۱۲/۲٪ بوده است. البته ممکن است پیدایش انفارکتوس جدید از میزان ۶٪ بیشتر باشد زیرا موارد مرگ های ناگهانی پس از آنژین ناپایدار ممکن است به علت انفارکتوس جدید اتفاق افتاده باشد که در مطالعه ما قابل ثبت نبوده است و ما فقط انفارکتوسهای بدون مرگ را توانسته ایم ثبت نمائیم.

مرگ و میر یک ساله بیماران ما ۱۳٪ بود. در مطالعه ای در سوئد (۷) مرگ دوساله ۱۹٪ بوده است. مرگ در مردان بیشتر از زنان بوده که در مطالعه Roger و همکاران (۴) نیز مرگ مردان بیشتر از زنان بوده است. در مطالعه ما سن بالای ۷۰ سال رابطه ای قوی با مرگ و میر بیشتر داشته و در مطالعات دیگران نیز مرگ افراد بالاتر ۷۰ سال، سه برابر افراد کمتر از ۷۰ سال بوده است (۸،۳).

در مطالعه Hasdai و همکاران (۸) هر ۱۰ سال افزایش سن با ۳۳٪ افزایش مرگ و انفارکتوس در طول یک ماه همراه بوده است. در مطالعه ما مرگ در بیماران دیابتی بیشتر بوده ولی رابطه ای معنی دار نبوده است در حالیکه در مطالعه Malemberg و همکاران (۵) دیابت تأثیر مهم بر پیدایش موارد جدید انفارکتوس، مرگ و نیاز به جراحی داشته است که احتمال دارد به علت تعداد کم نمونه در مطالعه ما، این ارتباط به شکل معنی دار میسر نشده باشد.

در مطالعه ما سیگار و فشار خون تأثیر معنی دار بر موارد جدید انفارکتوس و مرگ نداشته همچنین در مطالعه Hasdai و همکاران (۶) نیز سیگار تأثیری روی وضعیت بیماران نداشته است. در آنژین ناپایدار، شدت بیشتر نزول قطعه ST با مرگ بیشتری همراه بوده است. Collinson و همکاران (۳) نشان دادند که مرگ در این بیماران با آنژین ناپایدار و نزول قطعه ST ۵ بار بیشتر از بیماران با آنژین ناپایدار و ECG نرمال بوده است در

### نمودار ۳: سوریووال یک ساله بر حسب سن

#### بحث

آنژین ناپایدار یک ایسکمی شدید عروق کرونر هست که در صورت درمان ناکافی ممکن است باعث انفارکتوس میوکارد و مرگ بیماران شوند. برخورد با بیماران با آنژین ناپایدار، در کشور های پیشرفته با گذشته فرق کرده است و علاوه بر درمانهای دارویی، مداخله های تهاجمی مانند آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و جراحی اورژانس قلب، بیشتر انجام میگردد و پیش آگهی بیماران بهتر شده است (۱) در کشور ما هنوز امکان برخورد های تهاجمی سریع برای همه بیماران میسر نیست و درمان این بیماران عموماً با روش دارویی است و در صورت عدم پاسخ به درمان دارویی از روشهای تهاجمی استفاده می شود.

مطالعه حاضر وضعیت یک ساله بیماران با آنژین ناپایدار را در شهر یزد نشان می دهد که احتمالاً وضعیت در دیگر شهرهای کشور با توجه به یکسانی الگوی درمان مشابه همین باشد هر چند که لازم است در نواحی دیگر نیز مطالعه انجام شود. صدر بافقی و همکاران (۲) در سال ۷۸ در شهر یزد مشخصات بیماران با آنژین ناپایدار را بررسی کرده بودند که این مطالعه علاوه بر مشخصات بیماران بر وضعیت یک ساله آنها تأکید دارد.

در مطالعه ما متوسط سنی ۶۲/۸۴ می باشد و تقریباً جمعیت زنان و مردان مساوی است (۴۷٪ زن و ۵۳٪ مرد) و این مطلب بیانگر این نکته است که هر چند بیماری عروق کرونر در مردان شایعتر از زنان است ولی تظاهر بیماری عروق کرونر به شکل آنژین ناپایدار در زنان شایعتر از مردان می باشد که این مطلب در مطالعات دیگران نیز بیان شده است (۳،۱).

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد که در طی یک سال حدود ۶٪ بیماران با آنژین ناپایدار دچار انفارکتوس جدید قلبی می شوند که به طور عمده در هفته اول اتفاق می افتد و ۱۳٪ بیماران فوت می کنند که این مرگ در افراد مسن و در مردان شایعتر است.

مطالعه حاضر نیز در بیماران با ECG نرمال مرگ یک ساله دیده نشد ۱۹٪ بیماران در مطالعه ما کرونری بای پاس و یا آنژیوپلاستی شده اند که در مقایسه با مطالعه دیگران که ۱۵٪ بوده است یکسان می باشد (۳۵).

References:

1-Christopher P. Cannon and Eugene Braunwald. *Heart disease*, 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia, W.B.Saunders company, 2001: 1232-1241.

۲- صدری با فقی - سید محمود و همکاران - بررسی بالینی و آزمایشگاهی بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار بستری شده

در بخش مراقبتهای قلبی بیمارستانهای شهرستان یزد - پایان نامه - سال تحصیلی ۱۳۷۹-۱۳۷۸.

3-Collinson J, Flather MD, Fox KA, Findlay I, Rodríguez E, Dooley P, Ludman P, Adgey J, Bowker TJ, Mattu R. *Clinical outcomes, risk stratification and practice patterns of unstable angina and myocardial infarction without ST elevation*. Prospective Registry of acute ischaemic syndromes in the UK. *Eur Heart J* 2000 Sep 21(17): 1399-1403.

4- Roger VL, Farkouh ME, Weston SA, Reeder GS, Jacobsen SJ, Zinsmeister AR, Yawn BP, Kopecky SL, Gabriel SE. *Sex differences in evaluation and outcome of unstable angina*. *JAMA* 2000 Feb 2, 283(5) : 659-61.

5- Malmberg K, Yusuf S, Gerstein HC, Brown J, Zhao F, Hunt D, Piegas L, Calvin J, Keltai M, Budaj A. *Non - Q - wave myocardial infarction*. *Circulation* 2000 Aug 29; 102(9) : 1014 - 1019.

6- Hasdai D, Holmes DR Jr, Criger DA, Topol EJ, Califf RM, Wilcox RG, Paolasso E, Simoons M, Deckers J, Harrington RA. *Cigarette smoking status and outcome among patient with acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation; effect of inhibition of platelet glycoprotein IIb/IIIa with eptifibatid*. The PURSUIT Trial investigators. *Am Heart J* 2000 Mar, 139(3) : 454-460.

7- Abrahamsson P, Rosengren A, Dellborg M. *Improved long-term prognosis for patients with unstable coronary syndromes* 1988- 1995.

8- Hasdai D, Holmes DR Jr, Criger DA, Topol EJ, Califf RM, Harrington RA. *Age and outcome after acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation*. *Am Heart J* 2000 May; 139(5) : 858-866.