

بررسی ویژگی‌های سندروم متابولیک در بین بیماران آنفارکتوس حاد میوکارد

کمال خادم وطنی^۱، میرحسین سید محمدزاد^۲، وحید علی‌نژاد^۳، حجت صیادی^۴، نادر آقاخانی^{۵*}

تاریخ دریافت 1392/05/21 تاریخ پذیرش 1392/07/01

چکیده

پیش زمینه و هدف: با توجه به اینکه بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین عامل مرگ‌ومیر در سراسر جهان و انفارکتوس میوکارد از کشنده‌ترین فرم از بیماری‌های قلبی و عروقی محسوب می‌شود، لذا شناخت عوامل زمینه ساز برای این بیماری در فهم درمان و پیشگیری کمک زیادی می‌کند. در همین راستا سندرم متابولیک به عنوان تجمعی از عوامل خطرزا نقش بسزایی دارد و با توجه به اینکه شیوع این سندرم متابولیک به عوامل مختلف ژنتیکی، جغرافیایی، فرهنگی و تغذیه‌ای ارتباط دارد بر همین اساس تصمیم گرفتیم که شیوع این سندرم را در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی قلب سید الشهداء ارومیه مورد مطالعه قرار دهیم.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد - شاهدهی تمام بیمارانی که در مقطع زمانی یک ساله از ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۲ با معیارهای سه‌گانه انفارکتوس میوکارد در تنها مرکز فوق تخصصی قلب سید الشهداء ارومیه بستری شده بودند وارد مطالعه شده و برای همه آن‌ها فرم مخصوص کسب اطلاعات بالینی و پاراکلینیکی آن‌ها در فرم مخصوص درج شد و بر اساس معیارهای ATP III به دو گروه دارای سندرم متابولیک یا بدون آن تقسیم شدند و به کمک آزمون log linear مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها: در مجموع ۱۷۲ بیمار دچار MI وارد مطالعه شدند که حدود ۴/۶۷ درصد بیماران دارای سندرم متابولیک ۶/۳۲ درصد بیماران فاقد این سندرم بودند. در گروه سندرم متابولیک شیوع زنان بیشتر از مردان بوده در حالی که در گروه مقابل مردان شایع‌تر از زنان بودند. بر اساس نتایج به دست آمده محل MI، نوع MI، سابقه اقدامات تهاجمی، میزان LVEF، میزان سواد، محل سکونت بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای سندرم متابولیک در بیماران MI اقدامات مؤثر در جهت غربالگری سندرم متابولیک در منطقه و کشور لازم است و با تعدیل عوامل از وقوع MI می‌توان کاست.

کلمات کلیدی: سندرم متابولیک، انفارکتوس میوکارد حاد، ویژگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره هشتم، ص ۵۸۲-۵۷۷، آبان ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۴۹۱۶

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

مقدمه

جهان و ۸۲ درصد از کل سال‌های زندگی انسان‌ها که به هدر رفته زندگی انسان‌ها در اثر ناتوانی ناشی از CAD در کل جهان مربوط به کشورهای با درآمد متوسط و پایین بوده است (۲). در کشور ایالات متحده آمریکا، سالانه حدود ۷ میلیون نفر به علت سندرم حاد درد سینه به اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند.

طی دهه گذشته بیماری‌های قلب و عروق (CVD^۶) به تنهایی از نخستین عوامل مرگ و میر در سراسر جهان به شمار می‌رود (۱). افزایش شیوع CVD هشدار جدی به تمامی کشورهای توسعه یافته، متعادل و کشورهای توسعه نیافته می‌باشد، به طوری که در سال ۲۰۰۱ حدود ۷۵ درصد از کل مرگ‌های ناشی از CAD^۷ در

^۱ متخصص قلب و عروق، فلوشیپ اکوکاردیوگرافی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، بیمارستان فوق تخصصی قلب سیدالشهداء ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ متخصص قلب و عروق، فلوشیپ ایترنشنال کاردیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، بیمارستان فوق تخصصی قلب سیدالشهداء ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۶ Cardiovascular Disease

^۷ Coronary Artery Disease

بر پایه مطالعات صورت گرفته، آمار فاکتورهای خطرزا و سندرم متابولیک در ایران بالاتر از آمار متوسط جهانی می‌باشد، در یکی از این مطالعات، میزان شیوع سندرم متابولیک براساس سن تعدیل شده در حدود ۴۹ درصد می‌باشد (۶).

بر اساس مطالعه دیگری که بر روی ۳۰۰۰ نفر از ایرانیان انجام شده است، شیوع دیابت ۶/۳ درصد، مصرف سیگار ۲۱/۶ درصد و فشار خون بالا ۱۳/۷ درصد گزارش شده است (۷).

مطالعات متعددی رابطه سندرم متابولیک در بروز آترواسکلوئوزیس و CVD و افزایش مقاومت بر انسولین حتی در سال‌های قبل از آشکار شدن یک دیابت واضح را نشان می‌دهد (۸).

با توجه به اینکه ژنتیک، عوامل جغرافیایی و شرایط اجتماعی و فرهنگی و شیوه‌های زندگی در میزان بروز سندرم متابولیک مؤثر هستند. با این وجود، بر آن شدیم که مطالعه‌ای در بررسی میزان شیوع سندرم متابولیک در بیماران مبتلا به آنفارکتوس قلبی شهرستان ارومیه در مرکز فوق تخصصی قلب سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به مرحله اجرا در آوریم تا با شناخت عمق مشکل راهکارهای مناسبی برای مداخله زندگی افراد و تعدیل عوامل خطرزای آترواسکلوئوزیس و بیماری‌های عروق کورناری قلبی طراحی و مورد اجرا در آوریم.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مورد شاهدهی با برش زمانی می‌باشد که در ارزیابی حاضر، تمامی بیماران دچار آنفارکتوس حاد میوکارد قلبی که در «مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی سیدالشهدا ارومیه» بستری شده بودند، به صورت برش زمانی یک ساله وارد مطالعه گردید. اطلاعات کامل در مورد هر بیمار بر اساس یک پرسشنامه اعم از مشخصات فردی، وزن، قد، دور کمر، سطح قند خون ناشتا، کلسترول توتال، تری گلیسیرید، LDL^4 ، HDL^5 ، خون جمع‌آوری گردید که در مجموع ۱۷۲ بیمار وارد مطالعه شدند و براساس معیارهای NCEP-ATP-III بیماران دچار MI به دو گروه دارای سندرم متابولیک و بدون سندرم متابولیک تقسیم شدند.

مطابق با این تعریف بیمارانی که حداقل ۳ معیار از ۵ معیار زیر را داشته باشند جز گروه سندرم متابولیک طبقه بندی می‌شوند:

۱- دور کمر بزرگتر از ۱۰۲cm در مردان و ۸۸cm در

زنان

پس از بررسی‌های صورت گرفته ۲۵ الی ۱۵ درصد از آن‌ها سندرم حاد کورناری واقعی تشخیص داده می‌شوند (۳). آنفارکتوس میوکارد (MI) کشنده‌ترین و شدیدترین فرم سندرم حاد کورناری (ACS^۱) به شمار می‌رود. بیماری MI در نتیجه قطع کامل جریان خون به بخش‌هایی از عضله قلب در اثر انسداد رگ‌های کورناری به وجود می‌آید که در اثر آن درجاتی از مرگ سلول‌های میو کارد یا همان پدیده نکروزیس بروز می‌کند. سازمان بهداشت جهانی و انجمن قلب آمریکا معتقدند که برای مطرح کردن تشخیص MI حداقل ۲ تا ۳ مورد زیر ضروری می‌باشد:

۱- علائم بالینی مشخص و ویژه MI

۲- تغییرات الکتروکاردیوگرافیک

۳- افزایش و سپس کاهش تیپ یک مارک‌های بیوشیمیایی (۴).

اصلی‌ترین عامل تنگی عروق کورناری، بیماری «آترواسکلوئوزیس» یا همان بیماری «تصلب شرائین قلبی» بوده که برای ایجاد و توسعه آن تا کنون عوامل خطرزای متعددی کشف شده است که به دو دسته از عوامل قابل تغییر و اصلاح عوامل غیر قابل تغییر و اصلاح تقسیم بندی می‌شوند. در برخی موارد تجمع چند عامل از آن عوامل مهم در یک بیمار می‌تواند نقش به سزایی در پیشرفت بیماری آترواسکلوئوزیس و در نهایت افزایش احتمال بروز بیماری MI گردد. این تجمع عوامل خطرزا را اصطلاحاً سندرم متابولیک می‌نامند. تعاریف مختلفی برای این بیماری ارائه شده است.

از جمله معتبرترین آن‌ها تعریف برنامه ملی آموزش کلسترول (NCEP-ATP-III^۲) می‌باشد. بر اساس تعریف فوق وجود حداقل ۳ عدد از معیارهای پنج‌گانه زیر برای قرار گرفتن بیمار جز گروه سندرم متابولیک کافی می‌باشد. این معیارها عبارتند از:

۱- دور کمر بزرگتر از ۱۰۲ سانتی متر در مردان و بزرگتر از ۸۸ سانتی متر در زنان

۲- تری گلیسیرید سرم حداقل ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر

۳- کلسترول HDL کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر در مردان و کمتر از ۵۰ میلی گرم در زنان

۴- فشار خون حداقل ۱۳۰/۸۵ میلی متر جیوه

۵- گلوکز سرم حداقل ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر

بر اساس آمارها، شیوع سندرم متابولیک در بین مردم عادی کشور ایالات متحده آمریکا حدود ۲۵ درصد گزارش شده است (۵).

¹ Myocardial Infarction

² Acute Coronary Syndrome

³ National Cholesterol Education Program Adult treatment panel-III

⁴ Low density lipoprotein

⁵ High density lipoprotein

«گروه مورد» و گروهی که این ویژگی را ندارند، «گروه شاهد» در نظر گرفته شده‌اند. منظور از واژه گروه در این مقاله گروه مورد و شاهد می‌باشد. جهت تحلیل داده‌های مطالعه فوق از نرم افزارهای spss 16 و sas 9.2 استفاده شده است.

یافته‌ها

از بین ۱۷۲ بیمار قلبی شرکت کننده در این مطالعه ۶۷/۴ درصد دارای ویژگی سندرم متابولیک بوده و ۳۲/۶ درصد بیماران افرادی هستند که در گروه کنترل واقع شده و فاقد این ویژگی می‌باشند. از بین بیماران مورد مطالعه ۵۶ نفر زن و ۱۱۲ نفر مرد بودند. ۶۱/۶ درصد از مردها و ۸۲/۱ درصد از زن‌ها دارای ویژگی سندرم متابولیک می‌باشد. با استفاده از مقدار p-value آزمون chi-pearson که برابر ۰/۰۰۸ بوده بین جنسیت و group ارتباط معنی‌داری وجود دارد شیوع سندرم متابولیک در زنان نسبت به مردان بیشتر است.

۸۰ درصد از بیماران مورد مطالعه سابقه فامیلی بیماری قلبی داشته و ۶۲/۱ درصد افرادی که این بیماری در بستگانشان روی نداده در گروه سندرم متابولیک قرار داشته‌اند. با توجه به مقدار p-value که برابر ۰/۰۲۲ حاصل از آزمون Fishers ارتباط معنی‌داری بین group و سابقه بیماری قلبی بستگان بیمار وجود دارد افرادی که بستگانشان دارای سابقه قلبی می‌باشند بیشتر از گروهی که بستگانشان این بیماری را ندارند، دارای ویژگی سندرم متابولیک می‌باشند. یعنی در ایجاد متغیرهای ۵ گانه سندرم متابولیک، پدیده ژنتیک و زمینه وراثتی نقش به سزایی دارد.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه از نظر نمایه شاخص توده بدن (BMI) به تفکیک گروه

BMI	کل بیماران MI	سندرم متابولیک	سندرم متابولیک ندارند
< ۱۸/۵	۲ (۱/۲٪)	۰ (۰٪)	۲ (۱۰۰٪)
۱۸/۵ - ۲۴/۹	۴۷ (۲۷/۳٪)	۲۴ (۵۱/۱٪)	۲۳ (۴۸/۹٪)
۲۵ - ۲۹/۹	۷۹ (۴۵/۹٪)	۵۵ (۶۹/۶٪)	۲۴ (۳۰/۴٪)
> ۳۰	۴۳ (۲۵٪)	۳۷ (۸۶٪)	۶ (۱۴٪)

۱). بیماران مجرد ۵۰ درصد، متأهل ۶۹ درصد، مطلقه ۱۰۰ درصد و بیوه ۶۰/۹ درصد دارای ویژگی سندرم متابولیک می‌باشند. ۷۰/۶ درصد افراد بیکار، ۷۱/۴ درصد افراد کارمند، ۶۰ درصد افراد بازاری، ۶۹/۲ درصد نیز افراد با سایر مشاغل دارای ویژگی سندرم متابولیک بودند. ۶۹/۷ درصد افراد بی‌سواد، ۶۱ درصد افراد زیر دیپلم، ۵۴/۵ درصد افراد دیپلم، ۱۰۰ درصد افراد فوق دیپلم و ۶۰ درصد افراد با مدرک لیسانس در گروه سندرم متابولیک قرار گرفته بودند. ۶۸/۱ درصد از بیمارانی که دارای منزل شخصی بوده و ۶۸/۴ درصد که مستأجر هستند در گروهی که سندرم متابولیک

۲- سطح تری‌گلیسرید سرم حداقل ۱۵۰ mg/dl

۳- کلسترول از ۴۰ mg/dl در مردان و کمتر از ۵۰ mg/dl

در زنان

۴- فشار خون حداقل $\frac{130}{80}$ mmHg

۵- غلظت گلوکز سرم حداقل ۱۱۰ mg/dl

افزون بر این انفارکتوس‌ها براساس محل جغرافیایی به ۳ دسته MI قدامی، MI های تحتانی و MI در سایر مناطق تقسیم شد و رابطه آن‌ها با عوامل دموگرافیک و فاکتورهای خطرزا و سندرم متابولیک مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفت. درضمن قابل ذکر است MI ها براساس MI با بالا رفتن سطح ST و بدون بالا رفتن سطح ST تقسیم شدند و این ارزیابی با وجود یا عدم وجود سندرم متابولیک صورت پذیرفت. در ضمن بیماران در طول بستری با دستگاه اکو کاردیوگرافی vivid-3 تحت بررسی اکوکاردیوگرافیک قرار گرفته و میزان کسر جهش بطن چپ ($LVEF^1$) آن‌ها براساس وجود یا عدم وجود سندرم متابولیک مورد ارزیابی قرار گرفت. از این مطالعه عملکرد سیستولیک بطن چپ بیماران براساس LVEF به قرار زیر به ۴ گروه تقسیم شدند:

۱- $LVEF \geq 55\%$: نرمال

۲- $LVEF \geq 45\%$ تا $LVEF < 55\%$:

نارسایی خفیف بطن چپ

۳- $LVEF \geq 30\%$ تا $LVEF < 45\%$:

نارسایی متوسط بطن چپ

۴- $LVEF < 30\%$: نارسایی شدید بطن چپ

در این تحقیق آن گروهی که ویژگی سندرم متابولیک دارند

با توجه به جدول ۱ هیچ‌کدام از بیماران که شاخص توده بدن (BMI^2) کمتر از ۱۸/۵ دارند ۵۱/۱ درصد بیماران با BMI بین ۲۴/۹ - ۱۸/۵، ۶۹/۶ درصد بیماران با BMI بین ۲۵ - ۲۹/۹ و ۳۱/۹ درصد با BMI بالاتر از ۳۰ دارای ویژگی سندرم متابولیک می‌باشند با توجه به مقدار p-value در آزمون Chi-pearson که برابر ۰/۰۰۱ می‌باشد ارتباط معنی‌داری بین group و BMI وجود دارد. بیمارانی که چاق و اضافه وزن دارند بیشتر در گروه سندرم متابولیک قرار دارند (جدول

¹ Left ventricular ejection fraction

² Body Mass Index

بیماران STEMI^۳ و ۶۲/۵ درصد بیماران NSTEMI^۴ در گروه سندرم متابولیک قرار دارند. ۶۷/۳ درصد بیماران با کاهش شدید LVEF^۵، ۶۳/۲ درصد بیماران با کاهش متوسط LVEF، ۷۳/۲ درصد با کاهش خفیف LVEF دارای ویژگی گروه سندرم متابولیک بوده‌اند. از بین بیماران STEMI، ۵۶/۳ درصد بیماران در محل آنفارکتوس میوکارد دیواری قدامی (ANT-MI) و ۷۳/۸ درصد در محل آنفارکتوس میوکارد دیواری تحتانی (INFOMI) و ۵۸/۸ درصد در دیگر محل‌ها در گروه سندرم متابولیک قرار داشته‌اند. با توجه به نتایج حاصل از آزمون‌های Chi-pearson و Fishers هیچ ارتباط معنی‌داری بین group با وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، وضعیت سکونت، میزان درآمد، سابقه قلبی بیماری قلبی بیمار، LDL، PCI، سابقه مصرف دارو قلبی، نوع آنفارکتوس میوکارد، میزان LVEF و محل آنفارکتوس میوکارد بیماران مورد مطالعه وجود ندارد.

مقایسه زنان و مردان مورد مطالعه از نظر نمایه سن، BMI، HDL، LDL، قند خون ناشتا و سابقه سیگار کشیدن به سال، تعداد سیگارهای مصرف در روز، تعداد دفعات بستری، میزان تری گلیسیرید، فشار خون پایین، فشار خون بالا، وزن، قد، دور کمر در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار نمایه سن، BMI، HDL، LDL، قند خون ناشتا و سابقه سیگار کشیدن به سال، تعداد سیگارهای مصرف شده در روز، تعداد دفعات بستری، میزان تری گلیسیرید، فشار خون پایین، فشار خون بالا، وزن، قد، دور کمر افراد مورد بررسی به تفکیک جنس

متغیر	مردان	زنان	کل
تعداد	۱۱۲	۵۶	۱۶۸
سن	۵۷/۹۱ ± ۱۳/۵۴	۶۵/۷۱ ± ۱۱/۴۶	۶۰/۷۳ ± ۱۳/۳۰۷
قند خون ناشتا	۱۲۰/۳۱ ± ۴۵/۶۸	۱۵۵/۹۵ ± ۸۲/۰۳	۱۳۳/۱۲ ± ۶۴/۰۶
HDL	۳۸/۹۴ ± ۱۲/۶۵	۴۴/۵۵ ± ۱۱/۴	۴۰/۷۸ ± ۱۲/۳۸
LDL	۹۲/۷۵ ± ۲۵/۷۹	۱۰۳/۴۲ ± ۳۲/۶۱	۹۶/۳ ± ۲۸/۵۲
BMI	۲۶/۷۹ ± ۳/۹۸	۲۹/۸۷ ± ۱۰/۴	۲۴/۷۴ ± ۶/۸۹
سابقه سیگار کشیدن	۳/۳۳ ± ۲/۳۶	۱/۵۵ ± ۱/۵	۲/۷۶ ± ۲/۲۸
تعداد سیگارهای مصرف	۱۱/۶۲ ± ۱۵/۲۱	۲/۶۱ ± ۷/۷	۸/۶۵ ± ۱۳/۷۶
تعداد دفعات بستری	۱/۷۴ ± ۰/۹۵	۲/۰ ± ۱/۱۱	۱/۸۳ ± ۱/۰۱
میزان تری گلیسیرید	۱۳۹/۰۴ ± ۹۳/۲۸	۱۸۰/۸۸ ± ۱۳۴/۸۱	۱۵۱/۶ ± ۱۰۹/۴۷
فشار خون بالا	۱۲۷/۲۸ ± ۲۲/۶۲	۱۲۸/۱۴ ± ۲۸/۸۷	۱۲۷/۵۸ ± ۲۴/۷
فشار خون پایین	۸۱/۹۸ ± ۱۵/۷	۸۰/۶۱ ± ۱۶/۷۲	۸۱/۴۴ ± ۱۵/۹۱
وزن	۷۶/۴۴ ± ۱۲/۸۴	۷۰/۴۱ ± ۱۳/۹۲	۷۴/۲۹ ± ۱۳/۴۱
قد	۱۶۸/۸۲ ± ۶/۸	۱۵۵/۲۹ ± ۱۲/۵۸	۱۶۴/۳۶ ± ۱۱/۰۶
دور کمر	۹۵/۶۴ ± ۱۲/۰۸	۱۰۲/۶۸ ± ۱۷/۹۱	۹۷/۷۹ ± ۱۴/۵۴

P<0.001 در مقایسه با مردان * اختلاف معنی دار می‌باشد.

³ ST- Elevation MI

⁴ Non- ST Elevation MI

⁵ Left Ventricular Ejection Fraction

¹ Percutaneous coronary intervention

² Coronary arterial bypass graft

تفاوت قابل توجه از نظر آماری بین دو گروه دارای سندرم متابولیک و یا بدون سندرم متابولیک ندارد. حتی میزان LVEF نیز بین دو گروه مشابه بوده است، که نتیجه آن هم سو با مطالعه گروه ما و برخلاف نتیجه Islam. MS و همکارانش بود (۱۲).

پاندی^۴ و همکارانش در یک مطالعه مشابه که در نیال انجام دادند شیوع سندرم متابولیک در بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد را ۲۶/۱۹ درصد گزارش کردند که بسیار با نتیجه حاصل از مطالعه پیش رو که ۷۶/۴ درصد می باشد متفاوت است که شاید ارتباط ساختار ژنتیکی مردان نیال و کم رنگ تر بودن نقش وراثت در ایجاد بیماری کوروناری و MI در آن سرزمین باشد برخلاف آن چیزی که در مطالعه ما، نقش وراثت تاثیر مهم و قابل توجهی را نشان می دهد (۱۳).

استوارت^۵ و همکارانش در مطالعه ای که روی بیماران آنفارکتوس میوکارد حاد زیر ۴۵ سال انجام دادند نشان دادند که در میان ۱۶۵ بیمار جوان دچار MI حدود ۲/۳ داری سندرم متابولیک بودند (۱۴). که بیانگر نقش این سندرم در ایجاد آترواسکلووزیس و آنفارکتوس زودرس می باشد و با شیوع سندرم متابولیک در مطالعه ما که ۶۷/۴ درصد بوده کاملاً شباهت داشته و شاید بتوان نتیجه گرفت که وقوع MI در بیماران ما در سنین پایین تری اتفاق می افتد.

کی باون^۶ و همکارانش در مطالعه ای نشان دادند که سندرم متابولیک تأثیری در اثرات مفید آنژیوپلاستی شریان های کورناری با استنت های دارویی در بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد ندارد آن ها روی ۹۶۳ بیمار مبتلا به AMI که تحت آنژیوپلاستی با استنت های دارویی قرار گرفتند نشان دادند که ۵۱ درصد بیماران دارای سندرم متابولیک و ۴۹ درصد بدون سندرم متابولیک بودند که در مقایسه با مطالعه ما که شیوع سندرم متابولیک را ۶۷/۴ درصد نشان داده است رقم پایین تری را نشان می دهد (۱۵).

تشکر و قدردانی

با تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همکاران پرستار شاغل در بیمارستان سیدالشهداء سرکار خانم الهام فطرت و سکینه عیسی زادگان که ما را در این تحقیق یاری دادند.

با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین HDL، LDL، BMI، قند خون ناشتا، سن، میزان تری گلیسرید و اندازه دور کمر در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. ولی متوسط سابقه سیگار کشیدن، تعداد نخ های سیگار استفاده شده در روز، قد و وزن در مردان در مقایسه با زنان بیشتر است که این اختلاف موجود در موارد فوق بین زنان و مردان تفاوت معنی داری را نشان می دهد (جدول ۲).

بحث

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه زن ها بیشتر از مرد ها سندرم متابولیک داشته و افرادی که بستگان آن ها دارای سابقه بیماری قلبی بوده و همچنین افرادی که چاقی و اضافه وزن دارند بیشتر دارای ویژگی سندرم متابولیک می باشند. میانگین نمایه های HDL، LDL، BMI، قند خون ناشتا، میزان تری گلیسرید و دور کمر در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. ولی سابقه مصرف سیگار، میانگین تعداد نخ های سیگار استفاده شده در روز، قد و وزن در مردان در مقایسه با زنان بیشتر است. عزیزی، ف و همکارانش در مطالعه ای که بر روی جمعیت شهری ایران انجام دادند شیوع سندرم متابولیک را در زنان بیشتر از مردان گزارش کرده اند، که این موضوع توسط مطالعه ما نیز مورد تأیید قرار گرفت (۹).

منت^۱ و همکارانش در یک مطالعه مورد شاهدهی گسترده که همزمان در ۵۲ کشور انجام شد، رابطه سندرم متابولیک با MI هم وزن دیابت ملیتوس و هیپرتانسیون بوده و به طور قابل توجهی از سایر عوامل خطرزا قوی تر عمل می کند (۱۰).

اسلام^۲ و همکارانش در یک مطالعه مشابه که در بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد در مرحله بستری داخل بیمارستان انجام دادند میزان LVEF در گروه دارای سندرم متابولیک پایین تر بود که این مسئله برخلاف نتایج حاصل از مطالعه ما بود، که تفاوت قابل ملاحظه ای بین دو گروه از MI ها که دارای سندرم متابولیک و یا بدون سندرم متابولیک بودند از نظر LVEF مشاهده نشد (۱۱).

زدراوکو^۳ و همکارانش در یک مطالعه مشابه در کشور کروواسی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که پیامدهای MI

⁴ Pandey. S

⁵ Stuart. Z

⁶ Ki-BumW

¹ Ment. A

² Islam. MS

³ Zdravko. B

References:

1. World Health Organization(WHO). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M. Global Burden of Disease and Risk factors. New York: world bank group;2006. P.552.
3. Lindsell CJ, Anantharaman V, Diercks D, Han JH, Hoekstra JW, Hollander JE, et al. The Internet Tracking Registry of Acute Coronary Syndromes (i*trACS): a multicenter registry of patients with suspicion of acute coronary syndromes reported using the standardized reporting guidelines for emergency department chest pain studies. *Ann Emerg Med* 2006;48(6):666–77.
4. Braunwald E, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Heart disease. 9th ed. Philadelphia: Elsevier, Saunders; 2012 P.1087.
5. William TC, Christopher PC, Atlas of cardiometabolic Risk. 1st ed. New York: Informa health care USA, Inc;2007, P.13-24.
6. Nabipour I, Amiri M, Imami SR, Jahfari SM, Shafeiaie E, Nosrati A, et al. The metabolic syndrome and nonfatal ischemic heart disease; a population-based study. *Int J Cardiol* 2007;118(1):48–53.
7. Hatmi ZN, Tahvildari S, Gafarzadeh Motlag A, Sabouri Kashani A. Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: a population based survey. *BMC Cardiovasc Disord* 2007;7:32.
8. Cefalu WT. The Medical Management of Diabetes Mellitus. New York: Marcel Dekker, 2000;57-75.
9. Azizi F, Salehi P, Etemadi A, Zahedi-Asl H. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population, Tehran Lipid and Glucose study. *Diabetes Res Clin Prac* 2003, 61(1): 29-37.
10. Mente A, Yusuf S, Islam S, McQueen MJ, Tanomsup S, Onen CL, Rangarajan S, Gerstein HC, An, Metabolic syndrome and risk of acute myocardial infarction a case-control study of 26, 903 subjects from 52 countries. *J AM Coll Cardiol* 2010;55(21): 2390-8.
11. Islam MS, Bari MA, Paul GK, Islam MZ, Rahman MZ, Hoshnara M, et al. Impact of metabolic syndrome in acute myocardial infarction at hospital. *Mymensigh Med J* 2013;22(2): 261-6.
12. Zdravko B, Pavlov M, BuljN, Heitzler VN, Mitrović V, Hamm C, et al. Metabolic syndrome and outcome in patients with acute myocardial infarction. *ActaClin Croat* 2011; 50: 193-9.
13. Pandya S, Baral N, Majhi S, Acharya P, Karki P, Shrestha S, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in acute myocardial infarction and its impact on hospital outcomes. *Int J Diabetes Dev Ctries* 2009;29(2): 52-5.
14. Zarich S, Luciano C, Hulford J, Abdullah A. Prevalence of metabolic syndrome in young patients with acute MI: does the Framingham Risk Score underestimate cardiovascular risk in this population? *Diab Vasc Dis Res* 2006;3(2):103–7.
15. Won K-B, Kim B-K, Chang H-J, Shin D-H, Kim J-S, Ko Y-G, et al. Metabolic syndrome does not impact long-term survival in patients with acute myocardial infarction after successful percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents. *Catheter Cardiovasc Interv* 2013.

SURVEYING THE ATTRIBUTES OF METABOLIC SYNDROME AMONG THE PATIENTS OF ACUTE MYOCARDIAL INFURCTION

Kamal Khadem Vatani¹, Mir Hosein Seyed Mohamadza², Vahid Alinejad³,
Hojjat Sayyadi⁴, Nader Agakhani^{*5}

Received: 12 Aug , 2013; Accepted: 23 Sep , 2013

Abstract

Background & Aims: Since the Cardiac and cardiopathy diseases are the most common factors of mortality around the world and cardiac anfractuosis is considered as the fatalist form of cardiac diseases, being aware of the fundamental factors leading to this disease helps preventing it. In doing so, the metabolic syndrome as the cumulative of detrimental elements plays an important role. Because the appearance of this disease relies heavily on diverse elements of genetics, geography, culture, and nutrition; we decided to study the incidence of this syndrome in anfractuosis induced patients at Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital of Urmia.

Materials & Methods: In this case-control study, all of the patients were taken as the study cases who had been hospitalized in the Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital of Urmia during the years 2012 to 2013 considering the three-dimensional MI and who were given special form to obtain the clinical information to be registered in the forms. They were divided by two groups according to the ATP 3 criteria or without it and were analyzed statistically through using the log linear test.

Results: Totally, 172 MI patients entered the study among which 67.4% were those with metabolic syndrome and 32.6% were those who were not. In the metabolic syndrome, the incidence of female were more than male while in the opposite group it was vice versa. According to the obtained results the position of MI, the sort of MI, the attacking procedures background, the level of LVEF, the level of education, the living place were not significant.

Conclusion: According to the high incidence of metabolic syndrome in MI patients in the region and country, it is essential to decrease the probability of MI incidence through making balance.

Keywords: Metabolic syndrome, Acute Myocardial Infarction, Attribute

Address: Faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran **Tel:** 0441-2754916

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(8): 583 ISSN: 1027-3727

¹ Cardiologist, Echocardiography Fellowship, Assistant Professor of Urmia Faculty of Medicine, Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Cardiology Fellowship, Faculty of Medicine, Seyed-al-Shohada Cardiac Specialized Hospital, Urmia, Iran

³ MSc of Bio-Statistics, Clinical Center of Research of Imam Khomeini Hospital, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ PhD Student, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ PhD Student of Training Nursing, Faculty Member, Faculty of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)