

نقش عوامل خطر ساز در سکته مغزی

سیدعابدین حسینی* ، دکتر حمیدرضا بذرافشان**

چکیده

مطابق تعریف ، حوادث عروق مغزی همان تغییرات نورولوژیکی ناشی از کاهش خون‌رسانی مغزی می‌باشد. این بیماری شایع‌ترین بیماری سیستم عصبی و سومین عامل مرگ و میر در کشورهای غربی است اما متأسفانه آمار دقیقی از عوامل خطر ساز مسبب این بیماری در ایران در دسترس نیست. پژوهش حاضر به منظور شناسایی این عوامل قبل از ایجاد عارضه ، انجام شده است. این یک پژوهش توصیفی می‌باشد و ۱۵۰ نفر از مبتلایان به حوادث عروق مغزی در مدت یک سال در مرکز آموزشی - درمانی پنجم آذر گرگان مورد بررسی قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه تهیه شده که حاوی ۱۷ سوال بود انجام گرفت. پرسشنامه بر بالین بیمار و با استفاده از منابع اطلاعات (پرونده ، همراه و خود بیمار) تکمیل شده است. اطلاعات استخراج شده از پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد که بر اساس نتایج حاصله ، میانگین سنی مبتلایان ۶۶ سال و بیشترین درصد آنان (۸۶ درصد) از قوم فارس بود. ۶۴ درصد بیماران سابقه ابتلا به پرفشاری خون داشته‌اند. میانگین قند خون آنان ۱۵۲ میلی‌گرم در دسی لیتر و بیشترین درصد بروز اختلالات بعد از حادثه عروق مغزی ۷/۷۴ درصد از نوع حسی و حرکتی بوده است. نتیجه آن که برای افراد در معرض خطر ، پیش‌بینی و ارائه برنامه آموزشی می‌تواند در کاهش و تعدیل عوامل مسبب حادثه عروق مغزی موثر باشد و از بروز سکته مغزی و عوارض نامطلوب آن جلوگیری کرده و در این باره لزوماً باید ، برنامه توانبخشی بیماران بر حسب نیاز آنها تدوین و به اجرا گذاشته شود.

واژه‌های کلیدی: سکته مغزی (CVA)، عوامل خطر ساز

* - کارشناس ارشد پرستاری ، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان ، نشانی : دانشگاه پرستاری و مامایی بویه گرگان ، تلفن : ۰۷۱-۳۳۲۶۹۰۰

** - فوق تخصص قدر درون ریز و متابولیسم ، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه

سکنه مغزی نقص کانونی مغزی است که به طور ناگهانی و در اثر ضایعه پدید می آید (۱). این بیماری عمدتاً تحت عنوان سکنه مغزی^۱ شناخته می شود که در تعریف و توصیف تغییرات نورولوژیکی ناشی از کاهش خون رسانی مغزی به کار برده می شود. خون ریزی و انسداد، دو علت اصلی سکنه مغزی می باشند. علل انسدادی ناشی از ترومبوز است به طوری که ۷۵ درصد از سکنه های مغزی ناشی از انفارکتوس مغزی، ۱۵ درصد ناشی از خون ریزی داخل مغزی و ۱۰ درصد دیگر ناشی از سایر عوامل هستند (۲).

سکنه مغزی شایع ترین بیماری سیستم عصبی است که سومین عامل مرگ و میر در کشور انگلستان می باشد، به طوری که در سال ۱۹۸۹ حدود ۶۳/۴۰۰ نفر، ناشی از آن در انگلستان از دنیا رفته اند (۳). میزان بروز سکنه مغزی در کشورهای غربی ۲-۱ در هر هزار نفر و شیوع آن ۵-۶ نفر در هر هزار نفر است. همچنین سالانه ۵۰۰-۶۰۰ هزار مورد سکنه مغزی در آمریکا اتفاق می افتد (۱). در ایالات متحده آمریکا سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری قلب و سرطان، اختلال عروق مغزی می باشد (۲ و ۴) و حدود سه میلیون نفر از آمریکایی ها با درجات مختلف ناتوانی حسی و حرکتی ناشی از سکنه مغزی مشغول زندگی هستند (۳).

مردان بیشتر از زنان درگیر این بیماری می شوند و براساس آمار به دست آمده مرگ و میر ناشی از آن در مردان ۳۵۰ نفر و در زنان ۲۷۰ نفر درصد هزار بوده است. گروه مستعد ابتلا بیشتر افراد مسن می باشند و اغلب در سنین بالای ۷۵ سال دیده می شود (۳).

عوامل متعدد دیگر از قبیل ترومبو آمبولی و خون ریزی در بروز سکنه مغزی موثر هستند. همچنین سایر عوامل مستعد کننده از قبیل بیماری قلبی، پرفشاری خون، چاقی، سیگار، قرص های ضد بارداری (OCP)^۲ و دیابت خطر بروز آن را افزایش می دهند (۳ و ۵).

با در نظر گرفتن مشکلات متعدد ناشی از بروز بیماری برای قشر آسیب پذیر جامعه بررسی میزان رابطه عوامل خطر ساز در بروز سکنه مغزی، شناسایی و کنترل این عوامل، قبل از ایجاد

عارضه، برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه ضروری به نظر می رسد به منظور نیل به این هدف، طرح تحقیقاتی فوق انجام شده است.

وسایل و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی می باشد که به مدت یک سال (۱۳۷۸) تمامی بیماران مبتلا به حادثه عروق مغزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان پس از تشخیص قطعی ابتلا به بیماری به وسیله متخصصین مربوطه، به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز به وسیله پرسشنامه تهیه شده که اعتبار و دقت آن با مطالعه و همکاری اعضاء محترم هیأت علمی دانشگاه مورد ارزیابی قرار گرفته و حاوی ۱۷ سوال بود، جمع آوری شد. هفت سوال پرسشنامه مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و ۱۰ سوال دیگر حاوی سوالات تخصصی در خصوص بیماری نظیر وجود سابقه سکنه مغزی، علت حادثه، محل ضایعه، عوامل خطر ساز (مسبب)، تظاهرات بالینی و توانایی در انجام فعالیت روزمره بوده است. پرسشنامه به وسیله همکاران طرح بر بالین بیمار تکمیل شد و منابع کسب اطلاعات شامل پرونده، همراهان و خود بیمار بودند که در زمان بستری و هنگام ترخیص، اطلاعات لازم جمع آوری و پرسشنامه تکمیل شده است.

پس از تکمیل پرسشنامه و ثبت اطلاعات در جدول مادر و وارد کردن آن در رایانه، تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS، آزمون های آماری تی و کای اسکور در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0.05$) صورت گرفت.

یافته ها

از تعداد ۱۵۰ نمونه، ۴۸ نفر (۳۲ درصد) زن و ۱۰۲ نفر (۶۸ درصد) مرد بودند. میانگین سنی مبتلایان ۶۶ سال بود که بیشترین درصد ابتلا در محدوده سنی ۶۹-۶۰ سال و کمترین در محدوده سنی ۴۹-۴۰ سال بوده است. ۱۱۹ نفر (۷۹ درصد) از مبتلایان از میان قوم فارس بومی و ۷ نفر (۴/۶ درصد) از قوم سیستانی بوده اند (جدول ۱). میانگین سنی دو جنس مرد و زن به

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق جنس زن و مرد برحسب قومیت‌ها در مبتلایان به حوادث عروق مغزی

قومیت	جنس		زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فارس بومی	۸۱	۵۴	۳۸	۲۵/۳	۱۱۹	۷۹/۳		
ترکمن	۱۶	۱۰/۶	۸	۵/۳	۲۴	۱۵/۹		
سیستانی	۵	۳/۴	۲	۱/۴	۷	۴/۸		
جمع	۱۰۲	۶۸	۴۸	۳۲	۱۵۰	۱۰۰		

جدول ۲: فراوانی نسبی و مطلق سابقه عوامل خطر ساز در مبتلایان به حوادث عروق مغزی

سابقه	عوامل خطر ساز		فقد خون بالا		پرفشاری خون		بیماری قلبی		مصرف سیگار	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دارد	۴۴	۲۹/۳	۹۶	۶۴	۳۳	۲۲	۳۴	۲۲/۷		
ندارد	۱۰۶	۷۰/۷	۵۴	۳۶	۱۱۷	۷۸	۱۱۶	۷۷/۳		
جمع	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰		

نوع حسی حرکتی معادل ۸۴/۷ درصد و کمترین نوع اختلال از نوع اختلال درک معادل ۵۱/۳ درصد بوده است و در هنگام ترخیص در انجام ADL^۱ خود، ۵۷/۱ درصد کاملاً وابسته، ۳۵/۲ درصد تا حدودی مستقل و ۷/۶۱ درصد کاملاً مستقل بوده‌اند.

بحث

نتایج حاصله از این پژوهش نشان می‌دهد عواملی مانند میزان قند خون، سابقه بیماری قلبی، پرفشاری خون، سیستولیک و دیاستولیک، سن، جنسیت و قومیت در بروز سکته مغزی مؤثر هستند. به طوری که بر اساس این یافته میزان قند خون مبتلایان به سکته مغزی ۱۵۲ میلی‌گرم در دسی لیتر بوده است و ۴۴ درصد از مبتلایان دارای سابقه افزایش قند خون بوده‌اند. در پژوهش انجام شده در آمریکا، بروز سکته مغزی در افراد با قند خون بالا به طور متوسط ۳ برابر بیشتر از سایر افراد بوده است (۶). در بررسی‌های انجام شده مشخص شد که اثر دیابت در سکته مغزی بیشتر به عروق قلبی اعمال می‌شود و ابتلای عروق مغزی و عواقب ناشی از آن عامل خطر مهم برای عروق مغزی است (۷).

ترتیب ۶۸/۷۹ و ۶۲ سال بوده است که نتایج آماری نشان می‌دهد که در بروز حوادث عروق مغزی و میانگین سنی بین جنس مرد و زن با $P < ۰۰۰۰۴$ اختلاف معنی دار وجود دارد.

از نظر شغل نمونه‌های مورد پژوهش، ۴۶ نفر (۳۰ درصد) کشاورز و خانه دار و ۴ نفر (۲/۷) کارمند حرف پزشکی بوده‌اند. از این تعداد نمونه‌ها ۷۹ نفر (۵۲/۷ درصد) به بخش اورژانس و ۷۱ نفر (۴۷/۳ درصد) به بخش داخلی و سایر بخش‌ها مراجعه کرده‌اند و از لحاظ محل ضایعه بیشترین تعداد ۷۱ نفر (۴۷/۳ درصد) به صورت زیر سخت‌شامه‌ای بوده است.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد ۶۴ درصد مبتلایان سابقه پرفشاری خون، ۲۲ درصد سابقه بیماری قلبی، ۲۲/۶ درصد سابقه مصرف سیگار و ۴۴ درصد سابقه افزایش قند خون داشته‌اند (جدول ۲). همچنین ۶۷/۳ درصد نمونه‌های مورد پژوهش فشار سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و ۳۵/۳ درصد آنان فشار دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه داشتند. میانگین قند خون مبتلایان ۱۵۲ میلی‌گرم در دسی لیتر بوده است.

با توجه به نتایج به دست آمده بیشترین نوع اختلال موجود از

بر اساس این پژوهش ۲۲ درصد مبتلایان به سکته مغزی دارای بیماری قلبی بوده‌اند که نشان‌دهنده اهمیت موضوع می‌باشد. همچنین در بررسی سابقه پرفشاری خون و رابطه آن با بروز سکته مغزی این مطالعه نشان می‌دهد ۶۴ درصد مبتلایان دارای سابقه پرفشاری خون هستند (۳ و ۹)، به طوری که براساس مطالعات انجام شده به وسیله باتاچاریا و همکار وی نیز شانس ابتلا به حوادث عروق مغزی در سالخوردگان دارای پرفشاری خون بالا می‌باشد (۱۰).

در بررسی میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در مبتلایان، میانگین این فشارها به ترتیب ۱۴۲ و ۸۵ میلی‌متر جیوه بوده است به طوری که براساس این یافته‌ها ۶۷/۳ درصد بیماران دارای فشار سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و ۳۵/۳ درصد آنان دارای فشار دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه بودند. در بررسی هنری و بارنت نیز تأیید شده است که افزایش فشارخون سیستولیک ایزوله خطر ابتلا به سکته مغزی را افزایش می‌دهد (۱۱). همچنین با بررسی انجام شده در یافته‌های پژوهش ۲۲/۶ درصد سابقه استعمال دخانیات داشته‌اند که پژوهش سررشته‌دار و نیکخواه نیز بیانگر این موضوع است (۱۲).

بر اساس این یافته‌ها و تجزیه و تحلیل انجام شده بین قومیت (بومی فارس و ترکمن) و بروز سکته مغزی با $P < ۰/۰۳۹$ اختلاف معنی‌دار وجود دارد اما براساس مطالعات انجام شده میزان مرگ و میر جهانی ناشی از حوادث عروق مغزی متفاوت می‌باشد به طوری که بالاترین میزان در کشور ژاپن و بعد از آن در رنگین‌پوستان ایالات متحده آمریکا است (۱۳). همچنین بین جنس مرد و زن در بروز سکته مغزی با $P < ۰/۰۰۱$ و بین سن و بروز سکته مغزی با $P < ۰/۰۰۱$ اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. در پژوهش‌های انجام شده دیگر نیز نتایج مشابه به دست آمده است بنابراین، با توجه به نتایج به دست آمده و با توجه به وجود رابطه معنی‌دار بین عوامل خطر آفرین بروز سکته مغزی، پیشنهاد می‌شود آموزش همگانی به منظور کنترل عوامل مرتبط صورت پذیرد تا از عوارض و پی‌آمدهای حاصله که سبب خسارت جانی و مالی فراوان می‌شود، پیشگیری شود. این موضوع نیازمند تدوین روش مقابله با آن براساس تحقیقات جامعه‌نگر است (۱۶). در صورتی که سیاستی مدون برای پیشگیری اتخاذ نشود، نتیجه حاصله معادل مرگ یا ناتوانی روحی و جسمی خواهد بود که باعث افزایش بار اقتصادی و افزایش میانگین مرگ و میر خواهد شد (۱۲).

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود فرض می‌دانند از معاونت و مدیریت محترم پژوهشی و سایر همکاریاتی که در تمام مراحل پژوهش، برای حسن اجرای آن دخیل بودند، تشکر و قدردانی کنند.

در بررسی میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در مبتلایان، میانگین این فشارها به ترتیب ۱۴۲ و ۸۵ میلی‌متر جیوه بوده است به طوری که براساس این یافته‌ها ۶۷/۳ درصد بیماران دارای فشار سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و ۳۵/۳ درصد آنان دارای فشار دیاستولیک بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه بودند. در بررسی هنری و بارنت نیز تأیید شده است که افزایش فشارخون سیستولیک ایزوله خطر ابتلا به سکته مغزی را افزایش می‌دهد (۱۱). همچنین با بررسی انجام شده در یافته‌های پژوهش ۲۲/۶ درصد سابقه استعمال دخانیات داشته‌اند که پژوهش سررشته‌دار و نیکخواه نیز بیانگر این موضوع است (۱۲).

بر اساس این یافته‌ها و تجزیه و تحلیل انجام شده بین قومیت (بومی فارس و ترکمن) و بروز سکته مغزی با $P < ۰/۰۳۹$ اختلاف معنی‌دار وجود دارد اما براساس مطالعات انجام شده میزان مرگ و میر جهانی ناشی از حوادث عروق مغزی متفاوت می‌باشد به طوری که بالاترین میزان در کشور ژاپن و بعد از آن در رنگین‌پوستان ایالات متحده آمریکا است (۱۳). همچنین بین جنس مرد و زن در بروز سکته مغزی با $P < ۰/۰۰۱$ و بین سن و بروز سکته مغزی با $P < ۰/۰۰۱$ اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. در پژوهش‌های انجام شده دیگر نیز نتایج مشابه به دست آمده است

منابع

- 1 - Robinson MK. Ischemic cerebrovascular disease in Joynt. Clinical Neurology Rj. ed; 1992: 1-64.
- 2 - Joyce MB. Esther-Matassarini-JAb. 6thEd. Medical surgical nursing Pennsylvania. Sunders 1997; p: 1953-1956.
- 3 - Barbara C-long.Wilma J-Phippis. Adult nursing. UKEdi, Loneon, Mosby. 1995 p : 884-885.
- 4 - Maurice V, Ropper AH. Principle of neurology. 7th Ed. vol 2.MC Graw Hill, Companies Inc. 2001 p. 821-823.
- 5 - Kihner SQ, Whitelr Losomczy KG, Hebel JR. Black - white differences in strok incidence in national sample. JAMA. 1990 p: 364-1270.
- 6 - Hachinski V. Decrease incidence and mortality of stroke. Strike 1984, 376-379.
- 7 - Henry JH Barnet. strok pathophysiology diagnosis and managment. chap 6. vol 2. 1987.
- ۸ - نیک سرشت علیرضا. آیا نقش پرفشاری خون به عنوان یک عامل خطررا در بروز سکته مغزی در مردان و زنان یکسان است؟ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز. ۱۳۷۸
- ۹ - مسعود سیدعلی. بررسی پیش‌آگهی کوتاه مدت و میان مدت در چهارصد مورد بیمار مبتلا به CVA. دانشگاه علوم پزشکی کاشان.
- 10 - Bhattacharyya A, Das P. Hypertension in elderly: an overview. J Indian Med Assoc. 1999; 97(3): 96-101.
- 11 - Henry JM, Barnett OC. Stroke pathophysiology diagnosis and management. vol 2. 1986; p: 993.
- ۱۲ - سررشته دار احمد. نیکخواه کریم. مطالعه عوامل زمینه‌ساز حوادث عروق مغزی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۷۱)، ۱۳۸۰. صص ۹۶-۱۰۲.
- 13 - Dauoff RB, Fenicbel GM, Bradley WG. Neurology clinical practice of diagnosis and managment. vol 1, 2th Ed. Butter worth Heinemen. (Newton). 1996; p: 674-675.
- ۱۴ - پناهی محمدسعید. گزارش ارزیابی سکته مغزی در بیماران داناتی بستری در بیمارستان سینای همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان (۳)، ۱۳۷۸. صص ۴۸-۵۰.
- 15 - Dyken ML, Wolf PA, Barnet HJM, et al. Risk factors instrok, a statment of physicians by the sub committe on risk factors and stroke of the stroke council. strok 1994, p: 1105-1109.
- 16 - Kahn K, Tollman SM. strok in rural south Africa - contributing to the little known about a big problem. S Afr Med J. 1999; p: 63-65.