

## مقایسه میانگین سنی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در سالهای ۱۳۶۸ و ۱۳۷۸

دکتر کامران شمخانی\* دکتر منظر حسین اکبر\*\* دکتر احسان اله صمدی\*\*\* دکتر غفار حبیبی\*\*\*

\*استادیار گروه قلب- دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*\*پزشک قلب- مرکز آموزشی درمانی حشمت رشت

\*\*\*کارورز پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### خلاصه

انفارکتوس حاد میوکارد اولین عامل مرگ در بسیاری از کشورهای دنیا است. طی چند دهه گذشته و بخصوص در دهه ۱۹۶۰ با تاسیس و راه اندازی بخش های مراقبت کرونری (Coronary care Unit : CCU) و در دهه ۱۹۶۰ با اتخاذ درمان ترمبولیتیک (Thrombolytic Therapy) و چند سال اخیر درمان تهاجمی و آنژیوپلاستی (Primary Angioplasty) مرگ و میر ناشی از انفارکتوس حاد میوکارد کاهش چشمگیر یافته است و مهمتر از آن، با توجه و دقت بیشتر در شناسایی و کنترل هر چه بیشتر و بهتر عوامل خطر ابتلا به CAD، طی سالهای گذشته سن ابتلا به AMI افزایش قابل ملاحظه داشته است.

در این مطالعه توزیع سنی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در فاصله یک دهه یعنی سال ۱۳۶۸ با سال ۱۳۷۸ در یک هزار بیمار که با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در بیمارستان دکتر حشمت رشت بستری بوده اند. براساس نتایج این مطالعه سن بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در سال ۱۳۶۸ به طور میانگین ۵۸/۰۸ سال و در سال ۱۳۷۸ ۵۹/۹۸ سال بوده که نشان دهنده ۱/۹ سال افزایش در میانگین سنی بیماران در فاصله یک دهه است ( $P < 0.015$ ). افزایش آگاهی جامعه نسبت به اهمیت بیماری در سلب سلامتی و کاهش طول عمر انسان، امکان دسترسی به خدمات تشخیصی، درمانی در بسیاری نقاط کشور و احتمالاً بهبود رژیم های غذایی در بیماران مبتلا به افزایش چربیهای خون، پرفشاری خون، دیابت قندی، از جمله عوامل موثر در افزایش سن ابتلا به انفارکتوس حاد میوکارد می باشد.

کلید واژه ها: انفارکتوس میوکارد/ سن

### مقدمه

افزایش اطلاعات بهداشتی و پزشکی و بهبود شرایط سلامتی جامعه از لحاظ تشخیص و کنترل هر چه بیشتر و بهتر بیماریهای پرفشاری خون و دیابت قندی و احتمالاً کاهش در مصرف سیگار و روغن های جامد و چربی های حاوی کلسترول زیاد بعلت آگاهی از خطرات آنان از یک سو، و از سوی دیگر افزایش امکانات آزمایشگاهی و تخصصی من جمله افزایش تعداد پزشک و متخصص قلب و داخلی در بسیاری از شهرها و روستاها، انتظار می رود طی سالهای اخیر میانگین سنی ابتلا به بیماری تنگی

طی چند دهه گذشته بیماری سرخرگهای کرونر (Coronary Artery Disease-CAD) و انفارکتوس حاد میوکارد (Acute Myocardial Infarction:AMI) عامل درجه اول مرگ در کشورهای صنعتی بوده است، ولی طی همین مدت با شناخت هر چه بیشتر عوامل خطر (Risk factor) کنترل هر چه بهتر آن ها در افراد مبتلا به این عوامل، سن ابتلا به بیماری تنگی سرخرگ های کرونر و مخصوصاً سکتة حاد قلبی در اینگونه کشورها افزایش یافته است (۱و ۲).

سرخرگهای کرونر قلب (CAD) و انفارکتوس حاد میوکارد (AMI) در کشور ما همچون بسیاری کشورهای جهان افزایش یافته باشد. لذا این مطالعه جهت بررسی توزیع سنی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد و میانگین سن بروز آن در فاصله یک دهه در بیمارستان دکتر حشمت رشت بعمل آمد.

### مواد و روش ها

از هزار بیمار که با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در سال ۱۳۶۸ در بیمارستان دکتر حشمت رشت بستری شده بودند، تعداد پانصد پرونده بیمار که برای اولین بار دچار سکنه حاد قلبی شده بودند بطور تصادفی انتخاب شدند و همچنین از میان هزار و پانصد پرونده بیمارانی که با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد در سال ۱۳۷۸ در بیمارستان بستری شده بودند تعداد پانصد بیمار بصورت تصادفی انتخاب شدند.

در این مطالعه تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد براساس شرح حال بیمار، تغییرات ECG و افزایش سطح آنزیم CPK بوده است. براساس اطلاعات موجود در پرونده های مورد مطالعه، توزیع سنی بیماران مبتلا به AMI با تفکیک جنس و همچنین تعداد بیماران جوان مبتلا به AMI دیواره مبتلا به انفارکتوس حاد، طول مدت بستری بیماران و مورتالیته بیماران مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه بصورت گذشته نگر توصیفی در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۱۳۷۹ انجام گرفت.

### نتایج

فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد بر حسب گروه سنی در سالهای ۱۳۶۸ و ۱۳۷۸ در جدولهای شماره یک و شماره ۲ نشان داده شده است. جدول شماره ۳

فراوانی مطلق میانگین سن، نوع انفارکتوس از لحاظ جدار مبتلا و طول مدت بستری بیماران در بیمارستان را در سال ۱۳۶۸ و جدول شماره چهار اطلاعات فوق الذکر را در سال ۱۳۷۸ نشان می دهند.

براساس نتایج این مطالعه میانگین سن بیماران انفارکتوس حاد میوکارد در سال ۱۳۶۸ ۵۸/۰۸ سال و در سال ۱۳۷۸ این رقم ۵۹/۹۸ سال بوده که این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ( $P < 0.015$ ). انفارکتوس های سال ۱۳۶۸ در جدار تحتانی و ۴۳/۶٪ در جدار قدامی بوده که این نسبت ها در سال ۱۳۷۸ برای انفارکتوس های تحتانی ۳۵٪ و قدامی ۳۵/۲٪ بوده است. مرگ و میر بیمارانی که بعلت AMI در سال ۱۳۶۸ بستری شده اند ۶/۶٪ و در سال ۱۳۷۸ مرگ و میر ۱۰٪ بوده است. در سال ۱۳۶۸ طول مدت بستری ۱۰/۸ روز و در سال ۱۳۷۸ طول مدت بستری ۹/۱ روز بوده است. ۵/۲٪ بیماران AMI در سال ۱۳۶۸ جوان یعنی دارای سن کمتر از ۴۰ سال بوده اند که این رقم در سال ۱۳۷۸ ۵/۴٪ بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

انفارکتوس حاد میوکارد اولین عامل مرگ در بسیاری کشورهای دنیا است. طی چند دهه گذشته و بخصوص در دهه ۱۹۶۰ با تاسیس و راه اندازی بخش های مراقبت کرونری (Coronary care Unit:CCU) و در دهه ۱۹۶۰ با اتخاذ درمان ترمبولیتیک (Therapy Thrombolytic) و چند سال اخیر درمان تهاجمی و آنژیوپلاستی (Primary Angioplasty) مرگ و میر ناشی از انفارکتوس حاد میوکارد کاهش چشمگیر یافته است و مهمتر از آن، با توجه و دقت بیشتر در شناسایی و کنترل هر چه بیشتر و بهتر عوامل خطر ابتلا به

روزمره در انفارکتوس های حاد با وخامت کمتر تابلوی بالینی را پیش بینی میکند و علت آن را بهبود در روش های درمان از یک سو و از سوی دیگر کاهش ریسک فاکتورهای بیماران اعلام نموده است (۴). در مطالعه دیگر که در سالهای ۹۲ - ۱۹۸۲ صورت گرفته، میانگین سن بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد در فاصله یک دهه از ۶۲/۹ در سال ۱۹۸۲ به ۶۶/۶ در سال ۱۹۹۲ افزایش یافته است (۵). در یک بررسی مطالعه دیگر میانگین سن بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در سالهای ۶۳ - ۱۳۶۰

CAD، طی سالهای گذشته سن ابتلا به AMI افزایش قابل ملاحظه داشته است. نتایج یک مطالعه که اخیراً منتشر شده نشان دهنده کاهش سالیانه در شدت وخامت تابلوی بالینی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد طی چند سال اخیر است که می تواند بعلت کاهش وسعت (Diffuseness) و شدت ابتلا آتروسکلروتیکی سرخرگ های کرونر بعلت کنترل زودرس و بهتر در ریسک فاکتورهای بیماری باشد (۳). نتایج یک مطالعه که در سال ۱۹۹۷ منتشر شد احتمال افزایش

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به AMI برحسب گروه سنی در سال ۱۳۶۸ به تفکیک جنس

جنس	مرد		زن		تعداد کل	درصد کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سن (سال)						
۲۹-۲۰	۳	٪۰/۸۸	-	-	۳	٪۰/۶
۳۰-۳۹	۱۰	٪۲/۹۴	۵	٪۳/۱۲	۱۵	٪۳
۴۰-۴۹	۵۶	٪۱۶/۴۷	۱۹	٪۱۱/۸۷	۷۵	٪۱۵
۵۰-۵۹	۹۱	٪۲۶/۷۶	۴۳	٪۲۶/۸۷	۱۳۴	٪۲۶/۸
۶۰-۶۹	۱۴۴	٪۴۲/۳۵	۶۹	٪۴۳/۱۲	۲۱۳	٪۴۲/۶
۷۰-۷۹	۳۰	٪۸/۸۲	۲۲	٪۱۳/۷۵	۵۲	٪۱۰/۴
۸۰-۸۹	۵	٪۱/۴۷	۲	٪۱/۲۵	۷	٪۱/۴
۹۰-۹۹	۱	٪۰/۲۵	-	-	۱	٪۰/۲
≥۱۰۰	-	-	-	-	-	-
جمع کل	۳۴۰	٪۱۰۰	۱۶۰	٪۱۰۰	۵۰۰	٪۱۰۰

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به AMI برحسب گروه سنی در سال ۱۳۷۸ به تفکیک جنس

جنس	مرد		زن		تعداد کل	درصد کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
سن (سال)						
۲۰-۲۹	-	-	۱	٪۰/۵۴	۱	٪۰/۲
۳۰-۳۹	۱۷	٪۵/۴۱	۲	٪۱/۰۷	۱۹	٪۳/۸
۴۰-۴۹	۵۸	٪۱۸/۴۷	۲۷	٪۱۴/۵۲	۸۴	٪۱۶/۸
۵۰-۵۹	۸۴	٪۲۶/۷۵	۴۰	٪۲۱/۵	۱۲۵	٪۲۵
۶۰-۶۹	۹۸	٪۳۱/۲۱	۶۵	٪۳۴/۹۵	۱۶۴	٪۳۲/۸
۷۰-۷۹	۴۹	٪۱۵/۶۱	۴۳	٪۲۳/۱۲	۹۳	٪۱۸/۶
۸۰-۸۹	۸	٪۲/۵۵	۸	٪۴/۴	۱۴	٪۲/۸
۹۰-۹۹	-	-	-	-	-	-
≥۱۰۰	-	-	-	-	-	-
جمع کل	۳۱۴	٪۱۰۰	۱۸۶	٪۱۰۰	۵۰۰	٪۱۰۰

جدول ۳: فراوانی مطلق، میانگین سن و مدت بستری برحسب محل AMI در سال ۱۳۶۸

محل MI	Inf.M.I			Ant.M.I			Non Q wave.M.I		
	تعداد	میانگین سن	مدت بستری	تعداد	میانگین سن	مدت بستری	تعداد	میانگین سن	روزهای بستری
مردان	۱۳۸	۵۶/۶۵	۱۰/۱۰	۱۵۴	۵۸/۸۳	۱۱/۳۲	۴۱	۵۶/۶۶	۱۰/۸۵
زنان	۶۳	۵۸/۷۵	۱۱/۲۵	۶۴	۶۱/۵۵	۱۱/۹۷	۳۱	۵۶/۸۷	۹/۲۳
کل	۲۰۱	۵۷/۳۱	۱۰/۴۵	۲۱۸	۵۹/۶۳	۱۱/۵	۷۲	۵۶/۷۵	۱۰/۱۴

معنی دار می باشد ( $P < 0/015$ ).

در سال ۱۳۶۸ بیشترین تعداد بیماران ( $۴۲/۶ = ۲۱۳$  بیمار) در گروه سنی ۶۹ - ۶۰ سال بوده است ولی در سال ۱۳۷۸ تنها  $۳۲/۸$ ٪ بیماران در این گروه سنی قرار داشته اند. یعنی در طی ۱۰ سال اخیر انفارکتوس حاد میوکارد در محدوده سنی ۶۹ - ۶۰ سال کاهش پیدا کرده است ( $P < 0/001$ ) که به نظر می رسد این تغییر در توزیع سنی ناشی از افزایش بیماران در دهه سنی هشتم است. در سال ۱۳۶۸ تنها  $۱۰/۴$ ٪ بیماران در دهه سنی ۷۹ - ۷۰ سال بوده اند

در شهر رشت  $۹/۳ \pm ۵۷/۶$  سال بوده و در سال ۷۵ - ۱۳۷۴ این میانگین  $۱۰/۹۶ \pm ۶۱$  سال بوده است (۶). در پژوهشی که توسط نویسنده در سال ۱۳۶۲ در ۳۲۰ بیمار مبتلا به CAD با یا بدون سابقه AMI انجام شد، میانگین سن بیماران  $۵۷/۵$  سال بوده است (۷). در مطالعه ما میانگین سن انفارکتوس حاد میوکارد در سال ۱۳۶۸ در ۵۰۰ بیمار مورد مطالعه  $۵۸/۰۸$  سال بوده است و در سال ۱۳۷۸ میانگین سن به  $۵۹/۹۸$  سال رسیده که نشان می دهد میانگین سن  $۱/۹$  سال افزایش یافته است، این افزایش از لحاظ آماری

حال آنکه در سال ۱۳۷۸، ۱۸/۶٪ بیماران در این دهه سنی قرار داشته اند.

هر چند در این بررسی افزایش میانگین سن بطور کلی ناشی از افزایش تعداد بیماران در دهه های سنی هشتم و نهم عمر است ولی هیچگونه افزایش در تعداد بیماران کمتر از ۶۰ سال دیده نمی شود. تعداد و درصد بیماران جوان نیز که دچار انفارکتوس حاد میوکارد شده اند طی دهه مورد مطالعه افزایش نشان نمی دهد. با در نظر گرفتن توزیع سنی جمعیت ایران که طی بیست سال گذشته درصد جمعیت جوان و میانسال رو به رشد بوده است، میتوان احتمال داد که میزان بروز سکتته های حاد قلبی در جوانان و میانسالان کاهش یافته است.

افزایش میانگین سن بروز انفارکتوس حاد میوکارد مطالعه ما میتواند بعلت موارد زیر باشد:

۱- افزایش آگاهی جامعه نسبت به اهمیت فوق العاده زیاد بیماری تنگی سرخرگ های کرونر و سکتته

#### منابع

1. Antman EM, Braunwald E. Acute Myocardial Infarction. In: Braunwald E (ed). Heart Diseases. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 1184 - 1288.
2. McMechan SR, Jennifer Adgey AA. Age Related Outcome of Acute Myocardial Infarction. BMJ 1998: 317: 1334 - 1335.
3. Goff DC, et al. Trends in Severity of Hospitalized Myocardial Infarction: The Atherosclerosis Risk in communities (ARIC) Study 1987-1994. Am Heart J 2000;139:874-80.
4. Salomaa V, et al. Mild Myocardial Infarction: A Classification Problem for Epidemiological Studies (WHO Monica Project). J Clin Epidemiol 1997: 50: 3-13.
5. Brown Nigel et al. Inpatient Death from Acute Myocardial Infarction: 1982-92 Analysis of Data in the Nottingham Heart Attack Register. BMJ 1997: 315: 159-64.
6. Afraz MR, Abbasi N, et al. Decreased Inhospital Mortality, Increased Age of Occurance and Female/male Ratio of Acute Myocardial Infarction. Iranian Heart J 1998 (Suppl1): Vol:1:191.
- ۷- شمعخانی، کامران: بررسی ریسک فاکتورهای ۳۲۰ بیمار مبتلا به تنگی سرخرگهای کرونر. پایان نامه چاپ نشده دکترای تخصصی قلب دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان شهید رجایی تهران، ۱۳۶۲.

حاد قلبی در سلب سلامتی و کاهش طول عمر انسان و حتی ضایعات اقتصادی که این به بیماری بر جامعه تحمیل می کند. رسانه های جمعی طی سالهای گذشته نقش قابل ملاحظه در آشنایی جامعه با عوامل خطر بیماری و اهمیت کنترل هر چه بیشتر داشته اند. CAD و بهترین عوامل خطر در پیشگیری از ۲- امکان دسترسی به خدمات بهداشتی، تشخیصی و درمانی در بسیاری نقاط کشور که قبلاً از این لحاظ محروم بوده اند باعث تشخیص و درمان و کنترل زودرس و موثر تر ریسک فاکتورهای CAD شده است.

۳- بهبود رژیم غذایی جمعیت بخصوص از لحاظ کاهش مصرف روغن های جامد و چربی های حاوی کلسترول زیاد، رعایت دقیق تر رژیم های غذایی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و دیابت قندی و احتمالاً کاهش یا قطع مصرف سیگار در اینگونه بیماران نیز میتواند از جمله عوامل موثر در افزایش سن ابتلا به انفارکتوس حاد میوکارد باشد.

## Comparing the Mean Age of Acute Myocardial Infarction Occurance in 1989 and 1999

Shamkhani K, Manzar , samadi E, Habibi Gh

### Abstract

Acute myocardial infarction (AMI) is the leading cause of death in most countries. With the advent of modern coronary care units CCU during the last decades particularly since 1960, the thrombolytic therapy and interventional techniques including angioplasty; the mortality of AMI has decreased significantly. Moreover the vigilant approach towards diagnosis and control of risk factors have resulted increase in mean age of AMI cases.

To evaluate the mean age of AMI occurrence in recent years (1999) and to compare it with the mean age of AMI ten years ago (1989) in Dr. Heshmat cardiovascular center of Rasht, we carried out this study on 1000 cases.

Mean age of AMI in 1989 at our center was 58.08 years, while in 1999 this appeared as 59.98 years. An increase of 1.9years in mean age of AMI occurrence within 10 years period was statistically significant ( $P < 0.0005$ ).

Results of this study suggest that, during one decade mean age of AMI incidence in Rasht (north of Iran) has increased.

Finally, the results are suggestive of overall positive effects of health knowledge and practice in disease control. The probable improvement in dietary regimen of patients suffering from hyperlipidemia, hypertension and diabetes mellitus may include the factors increasing the age at the time of AMI occurrence.

**Keywords:** Age/ Myocardial Infarction