

بررسی مقایسه ای شیوع اعتیاد به تریاک در انفارکتوس میوکارد خاموش

(Silent) با غیر خاموش (Non-Silent)

دکتر محمدرضا افراز*

*دانشیار گروه قلب-دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

مقدمه: انفارکتوس میوکارد خاموش نوعی انفارکتوس قلبی است که در زمان بروز تشخیص داده نمی شود و تنها بطور تصادفی مشخص می گردد.

هدف: این بررسی برای تعیین شیوع اعتیاد به تریاک در انفارکتوس میوکارد خاموش و مقایسه آن با انفارکتوس میوکارد غیر خاموش انجام گردید

مواد و روش ها: ۶۷۶ بیمار (۴۹۵ نفر مذکر، ۱۸۱ نفر مؤنث) که بر مبنای الکتروکاردیوگرام با تشخیص انفارکتوس میوکارد تمام دیواره ای به یکی از کلینیک های سرپائی خصوصی شهرستان رشت مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. موارد انفارکتوس میوکارد زیر دیواره ای و کاذب حذف شد.

نتایج: ۲۳۱ نفر (۳۴/۲ درصد) از بیماران، هیچگونه سابقه و شرح حال ویژه انفارکتوس میوکارد را نداشتند (انفارکتوس خاموش). شیوع کشیدن تریاک در انفارکتوس میوکارد غیر خاموش بطور بارزی از انفارکتوس میوکارد خاموش بیشتر بود (۱۷/۵ در برابر ۶/۵ درصد، P کمتر از ۰/۰۰۱). شیوع خوردن تریاک در انفارکتوس میوکارد خاموش (۴/۳ درصد) تفاوت بارزی از نظر آماری با انفارکتوس غیر خاموش (۲/۹ درصد) نداشت. شیوع مصرف تریاک (کشیدن و خوردن) در انفارکتوس غیر خاموش بطور بارزی از نوع خاموش بیشتر بود (۲۰/۴ در برابر ۱۰/۸ درصد، P کمتر از ۰/۰۰۵).

میانگین سنی (P کمتر از ۰/۰۰۱)، جنس مؤنث (P کمتر از ۰/۰۰۱)، افزایش فشارخون شریانی در مردان (P کمتر از ۰/۰۰۱)، دیابت قندی (P کمتر از ۰/۰۰۵)، و سکنه مغزی در مردان (P کمتر از ۰/۰۰۵) بطور بارزی در انفارکتوس خاموش بیشتر و شایعتر از نوع غیر خاموش بود.

نتیجه گیری: این بررسی نشان می دهد که: ۱ - اعتیاد به تریاک از عوامل همراه انفارکتوس میوکارد خاموش نمی باشد. ۲ - عواملی چون سن بالا، جنس مؤنث، دیابت قندی، و افزایش فشارخون شریانی و سکنه مغزی (در مردان)، از عوامل همراه انفارکتوس میوکارد خاموش می باشند.

کلید واژه ها: اعتیاد به مواد/ انفارکتوس میوکارد/ پرفشاری خون/ دیابت شیرین/ سکنه مغزی/ سن

مقدمه

بررسی فرامینگام (Framingham) شیوع انفارکتوس میوکارد خاموش را که بر مبنای شواهد الکتروکاردیوگرافی انفارکتوس میوکارد بین دو امتحان الکتروکاردیوگرافی به فاصله دوسال بررسی شده است، ۳۰ درصد گزارش کرده است (۹) اما این میزان احتمالاً تخمین کمتری از شیوع واقعی آن است، زیرا انفارکتوس های بدون موج Q، و آنهایی که آثار انفارکتوس میوکارد در

انفارکتوس میوکارد خاموش نوعی انفارکتوس قلبی است که نمی توان آن را در زمان بروزش مشاهده کرد، مگر بطور تصادفی، با انجام الکتروکاردیوگرافی، در مراجعه به علت بروز عوارض بیماری، و بالاخره در کالبد شکافی بعد از مرگ (۱۰، ۱۹ و ۲۱). بدین ترتیب تشخیص بالینی آن بر مبنای الکتروکاردیوگرافی بوده و انفارکتوس میوکارد الکتروکاردیوگرافیک نیز خوانده می شود.

از کلینیک‌های سرپائی قلب و عروق در شهر رشت، که پس از گرفتن شرح حال، معاینات قلب و عروق و الکتروکاردیوگرافی، تشخیص انفارکتوس میوکارد تمام دیواره‌ای، بر مبنای وجود موج Q مرضی (مدت زمان موج Q مساوی یا بیشتر از ۰/۰۴ ثانیه و عمق آن مساوی یا بیشتر از ۱/۴ موج R در صورت همراه بودن) در اشتقاق‌های مربوطه، بجز نوع خلفی، داده می‌شد، مصرف تریاک (خوردن یا کشیدن) سوال می‌شد. از بیماران در مورد اعتیاد به تریاک به نحوی پرسش می‌شد که بیمار احساس کند، پاسخ درست می‌تواند به تشخیص و درمان بیماری او کمک کند. مواردی که احساس می‌شد پاسخ مبهم و مشکوک است از بررسی حذف می‌شد.

بیمارانی که حداقل به مدت ۳ سال بطور پیوسته تا قبل از وقوع انفارکتوس میوکارد غیرخاموش (در مورد نوع خاموش تا قبل از تشخیص)، حداقل هفته‌ای سه‌روز تریاک می‌کشیدند و یا هر روز می‌خوردند در این بررسی منظور شدند. بیماران با تشخیص انفارکتوس میوکارد زیر دیواره‌ای و کاذب (سندرم ولف - پارکینسون - وایت، بلوک شاخه چپ، هیپرتروفی بطن راست، هیپرتروفی بطن چپ - قلب ورزشکار، برونشیت مزمن، آسم ریوی، آمفییزم ریوی، آمبولی ریه و ...) از این بررسی حذف شدند.

اکثر بیماران تحت بررسیهای آزمایشگاهی، اکوکاردیوگرافی، و مواردی نیز تست ورزش و آنژیوگرافی قرار گرفته و یا می‌گرفتند. سابقه انفارکتوس میوکارد، حمله قلبی، و بستری در بیمارستان بویژه بخش‌های CCU، قلب، داخلی و مغز و اعصاب، وجود نشانه‌های درد سینه و تنگی نفس در گذشته و حال، سابقه افزایش فشار خون شریانی، دیابت قندی، سابقه و نشانه‌های سکت

الکتروکاردیوگرافی طی دوره دو ساله از بین می‌رود در این بررسی به حساب نیامده است.

بررسی‌های مختلف نشان می‌دهند که عواملی چون افزایش سن (۸ و ۱۴) جنس مونث (۱۳ و ۹) افزایش فشارخون شریانی (۱۱ و ۱۲) دیابت قندی (۱۱ و ۱۶) و سکنه مغزی (۹ و ۱) سبب افزایش شیوع و بروز انفارکتوس میوکارد خاموش می‌گردند.

علت انفارکتوس میوکارد خاموش نامشخص است (۲ و ۳) بعضی از بررسی‌ها نشان می‌دهند که میزان پلاسمائی مخدرهای داخلی بدن (Opioids) در بیماران با ایسکمی بدون درد بطور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از بیماران ایسکمی با درداست (۴، ۵ و ۱۷). در حالیکه بعضی بررسی‌های دیگر نشان داده‌اند که میزان پلاسمائی این مواد در بیماران با ایسکمی بدون درد (خاموش) و با درد، مشابه است (۶، ۷ و ۲۰).

تریاک یکی از قدیمی‌ترین ماده‌ای است که بشر برای رفع دردهای خود بدان متوسل می‌شد، و در حال حاضر در بسیاری از موارد به عنوان یک ماده مخدر مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد، و در کشور ما به دو صورت کشیدن و خوردن مصرف غیرقانونی دارد. با توجه به خاصیت ضد درد آن، بدون این که پژوهشی در این مورد انجام شود، چنین مطرح می‌شود که این ماده می‌تواند یکی از عوامل انفارکتوس میوکارد خاموش باشد. به همین دلیل جهت بررسی نقش احتمالی مصرف تریاک در بروز انفارکتوس میوکارد خاموش این پژوهش در بیماران سرپائی مراجعه‌کننده به یکی از کلینیک‌های سرپائی قلب و عروق در شهر رشت انجام شد.

مواد و روش‌ها

در طی چهار سال، از بیماران مراجعه‌کننده به یکی

نتایج

کل بیماران مورد بررسی ۶۷۶ نفر با میانگین سنی ۵۶ سال بودند. ۲۳۱ نفر (۳۴/۲ درصد) از بیماران فاقد سابقه و شرح حال ویژه انفارکتوس میوکارد بودند (انفارکتوس میوکارد خاموش). میزان شیوع انفارکتوس میوکارد خاموش در بیماران مونث از نظر آماری بطور بارزی بیشتر از بیماران مذکر بود (۵۲/۴ در برابر ۲۷/۴ درصد، P کمتر از ۰/۰۰۰۱). میانگین سنی بیماران با انفارکتوس میوکارد خاموش در هر دو جنس و در کل از بیماران با انفارکتوس میوکارد غیر خاموش بطور بارزی بیشتر بود (جدول شماره ۱).

مغزی سوال می‌شد. تشخیص سکنه مغزی با مشاوره نورولوژیست و اکثر موارد همراه با توموگرافی کامپیوتری مغز داده می‌شد. معیار تشخیصی افزایش فشارخون شریانی ضوابط JNC (۱۸) و معیار تشخیص دیابت قندی، وجود حداقل دوبار آزمایش قندخون ناشتای مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و یا سابقه دیابت همراه با مصرف داروی ویژه دیابت بود (۱۵).

برای بررسی و تحلیل آماری یافته‌ها از آزمون‌های Chi-Square و t - test استفاده شد.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین سنی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد خاموش با انفارکتوس

میوکارد غیر خاموش در کل و به تفکیک جنس

P Value	انفارکتوس میوکارد		میانگین سنی (سال)
	غیر خاموش	خاموش	
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۵۳/۶۴ ± ۹/۰۷	۵۸/۳۵ ± ۱۰/۱۲	مذکر
کمتر از ۰/۰۱	۵۷/۲ ± ۸/۱۶	۶۰/۴۵ ± ۸/۴۷	مونث
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۵۴/۳۳ ± ۹/۰۱	۵۹/۲۱ ± ۹/۵۳	کل

حداقل به مدت ۳ سال و یا بیشتر، بطور مداوم تریاک مصرف می‌کردند (خوردن یا کشیدن) (جدول شماره ۸). میانگین طول مدت کشیدن تریاک در مبتلایان با انفارکتوس میوکارد خاموش ۱۵/۴ سال و در نوع غیر خاموش ۱۶/۶ سال بود. این مقادیر برای خوردن تریاک به ترتیب ۱۱/۵ و ۱۱/۷ سال بود.

جدول‌های شماره ۲ تا ۷ شیوع و مقایسه افزایش فشارخون شریانی، دیابت قندی، همراهی افزایش فشارخون شریانی با دیابت قندی، مصرف سیگار، سکنه مغزی، و بیماری انسدادی شریان‌های محیطی را در انفارکتوس میوکارد خاموش با غیر خاموش در کل و به تفکیک جنس نشان می‌دهد. ۱۱۶ نفر (۱۷/۲ درصد) از کل بیماران

جدول شماره ۲: شیوع و مقایسه افزایش فشارخون شریانی در انفارکتوس میوکارد خاموش با

غیر خاموش در کل و به تفکیک جنس

P Value	غیر خاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد	جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۳۹/۳	۱۴۱	۵۷/۴	۷۸		مذکر
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۷۵/۶	۶۵	۲۳/۲	۲۲		مونث
بیشتر از ۰/۵	۴۶/۳	۲۰۶	۱۰۰	۱۰۰		کل

جدول شماره ۳: شیوع و مقایسه دیابت قندی در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
بیشتر از ۰/۶	۱۸/۴	۶۶	۲۰/۶	۲۸	مذکر
بیشتر از ۰/۳	۳۱/۴	۲۷	۳۸/۹	۳۷	مونث
کمتر از ۰/۰۵	۲۰/۹	۹۳	۲۸/۱	۶۵	کل

جدول شماره ۴: شیوع و مقایسه افزایش فشارخون شریانی همراه با دیابت قندی در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
بیشتر از ۰/۴	۱۰	۳۶	۱۱	۱۵	مذکر
بیشتر از ۰/۴	۲۶/۷	۲۳	۲۳/۷	۳۲	مونث
کمتر از ۰/۰۲۵	۱۳/۳	۵۹	۲۰/۳	۴۷	کل

جدول شماره ۵: شیوع و مقایسه مصرف سیگار در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمتر از ۰/۰۰۱	۷۴/۹	۲۶۹	۵۹/۶	۸۱	مذکر
بیشتر از ۰/۴	۱۵/۱	۱۳	۲۰	۱۹	مونث
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۶۳/۴	۲۸۲	۴۳/۳	۱۰۰	کل

جدول شماره ۶: شیوع و مقایسه سکتة مغزی در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمتر از ۰/۰۰۵	۰/۸	۳	۵/۱	۷	مذکر
بیشتر از ۰/۹	۵/۸	۵	۶/۳	۶	مونث
کمتر از ۰/۰۱	۱/۸	۸	۵/۶	۱۳	کل

جدول شماره ۷: شیوع و مقایسه بیماریهای انسدادی شریانیهای محیطی (لنگیدن متناوب) در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
بیشتر از ۰/۳	۳/۶	۱۳	۵/۹	۸	مذکر
بیشتر از ۰/۷	۱/۲	۱	۲/۱	۲	مونث
بیشتر از ۰/۵	۳/۱	۱۴	۴/۳	۱۰	کل

جدول شماره ۸: شیوع مصرف تریاک (خوردن یا کشیدن در کل بیماران و به تفکیک جنس)

کل	مونث		مذکر		جنس	نحوه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۳/۸	۹۳	۰/۶	۱	۱۸/۶	۹۲	کشیدن
۳/۴	۲۳	۷/۲	۱۳	۲	۱۰	خوردن
۱۷/۲	۱۱۶	۷/۸	۱۴	۲۰/۶	۱۰۲	کل

شیوع و مقایسه مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد، درکل بیماران و به تفکیک راه مصرف (خوردن یا کشیدن) و جنس در جدولهای شماره ۹ تا ۱۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۹: مقایسه شیوع مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد در کل و به تفکیک راه مصرف

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد	راه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
کمتر از ۰/۰۰۱	۱۷/۵	۷۸	۶/۵	۱۵		کشیدن
بیشتر از ۰/۴	۲/۹	۱۳	۴/۳	۱۰		خوردن
کمتر از ۰/۰۰۵	۲۰/۴	۹۱	۱۰/۸	۲۵		کل

جدول شماره ۱۰: مقایسه شیوع مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد در کل و به تفکیک راه مصرف در بیماران مذکر

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد	راه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
کمتر از ۰/۰۱	۲۱/۴	۷۷	۱۱	۱۵		کشیدن
بیشتر از ۰/۲	۱/۷	۶	۲/۹	۴		خوردن
کمتر از ۰/۰۲۵	۲۳/۱	۸۳	۱۴	۱۹		کل

جدول شماره ۱۱: مقایسه شیوع مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد در کل و به تفکیک راه مصرف در بیماران مؤنث

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد	راه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
بارز نیست	۱/۲	۱	۰	۰		کشیدن
بارز نیست	۸/۱	۷	۶/۳	۶		خوردن
بارز نیست	۹/۳	۸	۶/۳	۶		کل

بحث و نتیجه گیری

دیابت قندی در کل بیماران، جنس مونث، و سن بالا در افراد مذکر و مونث، در انفارکتوس میوکارد خاموش بطور بارزی بیشتر از غیرخاموش می باشد، اما کشیدن سیگار و کشیدن تریاک شیوع کمتری در بیماران مبتلابه انفارکتوس میوکارد خاموش داشت، به عبارت دیگر کشیدن تریاک نمی تواند نقشی در بروز بی درد (کم علامت) بودن انفارکتوس میوکارد داشته باشد. در این بررسی هیچگونه تفاوتی در میزان شیوع خوردن تریاک در دو گروه خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد وجود نداشت. با توجه به نبود تفاوت در شیوع خوردن تریاک در انفارکتوس میوکارد خاموش با غیرخاموش، و وجود فراوانی میزان شیوع کشیدن تریاک در انفارکتوس میوکارد غیرخاموش لازم است بررسیهای بیشتری برای تعیین نقش تدخین تریاک در تسریع تصلب شرائین و بروز حوادث کرونری انجام شود.

به علت شیوع قابل ملاحظه انفارکتوس میوکارد خاموش (۹)، بررسی عوامل موثر در بروز آن می تواند نقش مهمی در پیشگیری از این بیماری بی علامت (کم علامت) داشته باشد. ظاهراً بنظر می رسد که افراد معتاد به تریاک باید در هنگام بروز انفارکتوس میوکارد درد نداشته و یا کم درد باشند. در این مورد هر چند بررسی هائی در مورد اپیوئیدهای داخلی بدن بعمل آمده و نتایج متناقضی بدست آمده است (۴، ۵، ۶ و ۲۰). اما در مورد نقش تریاک در انفارکتوس میوکارد خاموش تاکنون هیچگونه بررسی بعمل نیامده است.

در بررسی حاضر نیز همانند بررسیهای قبلی (۸، ۹، ۱۱ و ۱۳) مشخص شد که افزایش فشارخون شریانی و سکتة مغزی (در این بررسی فقط در افراد مذکر)، دیابت قندی و افزایش فشارخون شریانی همراه با

منابع

1. Badui E, et al. Concidence of Cerebrovascular Accident and Silent Myocardial Infarction. *Angiology* 1982; 33: 702.
2. Cohn PF. Silent Myocardial Ischemia in Patients with a Defective Anginal Warning System. *Am J Cardiol* 1980; 45 : 697.
3. Cohn PF. Silent Myocardial Ischemia and Infarction. 2nd ed. New York: Marcel Dekker Inc, 1989: 81.
4. Droste C, et al. Effect of Physical Exercise on Pain Thresholds And plasma Beta-Endorphins in Patients with Silent and Symptomatic myocardial Ischemia. *Eur Heart J* 1988; 9: 25.
5. Falcone C, et al. Correlation Between Beta- Endorphin Plasma levels and Anginal Symptoms in Patients with Coronary Artery Disease. *J Am Coll Cardiol* 1988; 11 : 719.

6. Glazier JJ, et al. Importance of Generalized Defective Perception of Painful Stimuli as a Cause of Silent Myocardial Ischemia in Chronic Stable Angina Pectoris. *Am J Cardiol* 1986; 58 : 667.
7. Heller GV, et al. Plasma Beta - Endorphin Levels in Silent Myocardial Ischemia Induced by Exercise. *Am J Cardiol* 1987; 59: 735.
8. Kannel WB, Abbott RD. A Prognostic Comparison of Asymptomatic Left Ventricular Hypertrophy and Unrecognized Myocardial Infarction: The Framingham Study. *Am Heart J* 1986; 111: 391.
9. Kannel WB, Abbott RD. Incidence and Prognosis of Unrecognized Myocardial Infarction: an Update on the Framingham Study. *N Engl J Med* 1984; 311: 1144.

10. Kannel WB, et al. Sudden Risk in Overt Coronary Heart Disease: The Framingham Study. *Am Heart J* 1987; 113: 799.
11. Kannel WB, et al. The Epidemiology of Impaired Glucose Tolerance and Hypertension. *Am Heart J* 1991; 121: 1268.
12. Kannel WB. Contribution of the Framingham Study to Preventive Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 1990; 15 : 206.
13. Kannel WB. Silent Myocardial Ischemia and Infarction: Insights from the Framingham Study. *Cardiol Clin* 1986;4: 583.
14. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of Coronary Heart Disease morbidity and Mortality in the Sexes: a 26- years Follow - up of the Framingham population. *Am Heart J* 1986; 111 : 383.
15. National Diabetes Data Group : Classification of Diabetes Mellitus and other Categories of Glucose Intolerance. *Diabetes* 1979; 28: 1039.
16. Niakan E, Harati Y, et al. Silent Myocardial Infarction and Diabetic Cardiovascular Autonomic Neuropathy. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2229.
17. Perna G, et al. Basal Plasma Beta-Endorphin and Beta-Lipoprotein in Patients with Symptomatic and Asymptomatic Myocardial Ischemia. *Cardiologia* 1988; 33: 765.
18. The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1989; 148: 1023.
19. Uretsky BF, et al. Symptomatic Myocardial Infarction Without Chest Pain: Prevalence and Clinical Course. *Am J Cardiol* 1977; 40 : 499.
20. Weidenger F, et al. Role of Beta-Endorphins in Silent Myocardial Ischemia. *Am J Cardiol* 1986; 58 : 428.
21. Yano K, Maclean CJ. The Incidence and Prognosis of Unrecognized myocardial Infarction in Honolulu, Hawaii, Heart Program. *Arch Intern Med* 1989; 149 : 1528.

Comparison of Opium Addiction in Silent With Non-Silent Myocardial Infarction

Afraz M.R.

Abstract

Introduction: Silent myocardial infarction is a kind of infarction that could not be diagnose at onset except casually.

Objective: The aim of this study was comparing the prevalence of opium addiction in silent with non-silent myocardial infarction.

Materials and Methods: A consecutive series of 676 patients (male 495, female 181) with diagnosis of Q-wave myocardial infarction (MI) by resting ECG (with or without previous history of MI) in a cardiovascular private clinic in Rasht were selected.

Results: Silent MI (SMI) was observed in 231 (34.2%) of patients. The prevalence of opium smoking in non-silent MI (NSMI) was higher than SMI (17.5% vs. 6.5%, $P < 0.001$).

The prevalence of opium users (smoking and oral) in NSMI was higher than SMI (20.4% vs. 10.8%, $P < 0.005$). The prevalence of oral users in SMI (4.3%) was not significantly (NS) higher than NSMI (2.9%), $P = NS$.

Mean age ($P < 0.0001$), sex (female) ($P < 0.0001$), Hypertension (just in males) ($P < 0.0001$) diabetes mellitus ($P < 0.05$), and stroke (Just in male) ($P < 0.005$) were higher in SMI than NSMI.

Conclusion: The results of this study suggest that: 1-Opium addiction is not an associated factor with SMI. 2-the associated factors of SMI are: Older age, sex (female), Diabetes Mellitus, hypertension, and stroke (in male patients).

Key words: Age/ Cerebral Infarction/ Diabetes Mellitus/ Hypertension/ Myocardial Infarction/ Substance Dependence

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین سنی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد خاموش با انفارکتوس میوکارد غیر خاموش در کل و به تفکیک جنس

P Value	انفارکتوس میوکارد	
	غیر خاموش	خاموش
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۵۳/۶۴ ± ۹/۰۷	۵۸/۳۵ ± ۱۰/۱۲
کمتر از ۰/۰۱	۵۷/۲ ± ۸/۱۶	۶۰/۴۵ ± ۸/۴۷
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۵۴/۳۳ ± ۹/۰۱	۵۹/۲۱ ± ۹/۵۳

جدول شماره ۲: شیوع و مقایسه افزایش فشارخون شریانی در انفارکتوس میوکارد خاموش با غیر خاموش در کل و به تفکیک جنس

P Value	انفارکتوس میوکارد			
	غیر خاموش		خاموش	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۳۹/۳	۱۴۱	۵۷/۴	۷۸
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۷۵/۶	۶۵	۲۳/۲	۲۲
بیشتر از ۰/۵	۴۶/۳	۲۰۶	۱۰۰	۱۰۰

جدول شماره ۳: شیوع و مقایسه دیابت قندی در انفارکتوس میوکارد خاموش با غیر خاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	انفارکتوس میوکارد			
	غیر خاموش		خاموش	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
بیشتر از ۰/۶	۱۸/۴	۶۶	۲۰/۶	۲۸
بیشتر از ۰/۳	۳۱/۴	۲۷	۳۸/۹	۳۷
کمتر از ۰/۰۵	۲۰/۹	۹۳	۲۸/۱	۶۵

جدول شماره ۴: شیوع و مقایسه افزایش فشارخون شریانی همراه با دیابت قندی در انفارکتوس میوکارد خاموش با غیر خاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	انفارکتوس میوکارد			
	غیر خاموش		خاموش	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد
بیشتر از ۰/۴	۱۰	۳۶	۱۱	۱۵
بیشتر از ۰/۴	۲۶/۷	۲۳	۲۳/۷	۳۲
کمتر از ۰/۰۲۵	۱۳/۳	۵۹	۲۰/۳	۴۷

جدول شماره ۵: شیوع و مقایسه مصرف سیگار در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمتر از ۰/۰۰۱	۷۴/۹	۲۶۹	۵۹/۶	۸۱	مذکر
بیشتر از ۰/۴	۱۵/۱	۱۳	۲۰	۱۹	مونث
کمتر از ۰/۰۰۰۱	۶۳/۴	۲۸۲	۴۳/۳	۱۰۰	کل

جدول شماره ۶: شیوع و مقایسه سکنه مغزی در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمتر از ۰/۰۰۵	۰/۸	۳	۵/۱	۷	مذکر
بیشتر از ۰/۹	۵/۸	۵	۶/۳	۶	مونث
کمتر از ۰/۰۱	۱/۸	۸	۵/۶	۱۳	کل

جدول شماره ۷: شیوع و مقایسه بیماریهای انسدادی شریانه‌های محیطی (لنگیدن متناوب) در انفارکتوس میوکار خاموش با غیرخاموش در کل بیماران و به تفکیک جنس

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکار جنس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
بیشتر از ۰/۳	۳/۶	۱۳	۵/۹	۸	مذکر
بیشتر از ۰/۷	۱/۲	۱	۲/۱	۲	مونث
بیشتر از ۰/۵	۳/۱	۱۴	۴/۳	۱۰	کل

جدول شماره ۸: شیوع مصرف تریاک (خوردن یا کشیدن در کل بیماران و به تفکیک جنس)

کل	مونث		مذکر		جنس نحوه مصرف	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۳/۸	۹۳	۰/۶	۱	۱۸/۶	۹۲	کشیدن
۳/۴	۲۳	۷/۲	۱۳	۲	۱۰	خوردن
۱۷/۲	۱۱۶	۷/۸	۱۴	۲۰/۶	۱۰۲	کل

جدول شماره ۹: مقایسه شیوع مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد در کل و به تفکیک راه مصرف

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد راه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمتر از ۰/۰۰۱	۱۷/۵	۷۸	۶/۵	۱۵	کشیدن
بیشتر از ۰/۴	۲/۹	۱۳	۴/۳	۱۰	خوردن
کمتر از ۰/۰۰۵	۲۰/۴	۹۱	۱۰/۸	۲۵	کل

جدول شماره ۱۰: مقایسه شیوع مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد در کل و به تفکیک راه مصرف در بیماران مذکر

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد راه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمتر از ۰/۰۱	۲۱/۴	۷۷	۱۱	۱۵	کشیدن
بیشتر از ۰/۲	۱/۷	۶	۲/۹	۴	خوردن
کمتر از ۰/۰۲۵	۲۳/۱	۸۳	۱۴	۱۹	کل

جدول شماره ۱۱: مقایسه شیوع مصرف تریاک در انواع خاموش و غیرخاموش انفارکتوس میوکارد در کل و به تفکیک راه مصرف در بیماران مؤنث

P Value	غیرخاموش		خاموش		انفارکتوس میوکارد راه مصرف
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
بارز نیست	۱/۲	۱	۰	۰	کشیدن
بارز نیست	۸/۱	۷	۶/۳	۶	خوردن
بارز نیست	۹/۳	۸	۶/۳	۶	کل