

بررسی فراوانی عوامل خطر بیماری‌های عروق کرونر در بیماران بستری در بخش CCU

علی ملکی^۱، مجید میری^۲، رضا قنواتی^۳، محبوبه بیات^۲، بهجت نباتچی^۴، مهناز آروان^۴

۱. متخصص قلب و عروق، استادیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران (مؤلف مسئول)

۲. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری الیگودرز، لرستان، ایران

۳. متخصص قلب و عروق، بیمارستان امام خمینی، بروجرد، لرستان، ایران

۴. کارشناس پرستاری بیمارستان امام خمینی، بروجرد، لرستان، ایران

مندیش / دوره سوم / شماره ۴ و ۵ / زمستان ۱۳۹۱

چکیده

◇ زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی- عروقی مهم‌ترین عامل مرگ و میر و اولین علت مرگ در کشورهای توسعه یافته و ایران می‌باشند. مطالعات مختلف در زمینه عملکرد بیماران قلبی عروقی بیانگر این مسأله است که برای پیشگیری از عود مجدد این بیماری‌ها، آگاهی از عوامل خطرزا نقش بسزایی در عملکرد درمانی بیماران دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین فراوانی عوامل خطرزای مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی در بیماران بستری در بخش CCU انجام شد.

◇ مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۲۶۰ نفر از بیماران که از ابتدای نیمه دوم سال ۱۳۸۸ تا پایان نیمه اول سال ۱۳۸۹ با تشخیص بیماری‌های عروق کرونر در بخش CCU بیمارستان امام شهرستان بروجرد بستری شده بودند صورت گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری کل بیماران بود و جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای شامل متغیرهای سن، جنس و عوامل خطر (هیپرتانسیون، دیابت، هیپرلیپیدمی، مصرف سیگار و مواد مخدر، سابقه بستری قلبی، سابقه فامیلی و چاقی) استفاده شد.

◇ یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد شایع‌ترین عوامل خطرزای مرتبط با بیماری‌های عروق کرونر به ترتیب شامل: هیپرکلسترولمی با شیوع ۶۰٪ و پس از آن هیپرتانسیون با شیوع ۲۹٪، مصرف سیگار با شیوع ۲۳٪ و سابقه فامیلی با شیوع ۱۷٪ بود.

◇ نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد که عمده‌ترین عامل خطر در جمعیت مورد مطالعه هیپرکلسترولمی است که می‌تواند نشانگر عادات بد غذایی و شیوع بالای کم‌تحرکی باشد. لذا توصیه می‌شود عمده فعالیت گروه‌های بهداشتی درمانی در سطح شهرستان بر روی آموزش‌های مرتبط با تغییر رژیم و عادات غذایی و افزایش فعالیت فیزیکی جهت کنترل هیپرکلسترولمی قرار گیرد.

◇ واژه‌های کلیدی: شیوع، مرگ و میر، بیماری‌های قلبی عروقی

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی مهم‌ترین عامل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته است و سالیانه حدود ۵/۱ میلیون نفر در آمریکا مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌شوند که ۱۵٪ آن‌ها به مرگ ناگهانی می‌انجامد. مطالعات متعدد نشان داده است که ۳۸ تا ۹۵٪ بیماران که دچار مرگ ناگهانی شده‌اند دارای ضایعات حاد کرونری بوده‌اند.^(۱) در طول دهه گذشته بیماری‌های قلبی عروقی تبدیل به مهم‌ترین و شایع‌ترین دلیل مرگ در تمام دنیا شده‌اند. تخمین زده شده است که بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۲۰۰۴ عامل بیش از ۱۷ میلیون مرگ و ۱۵۱ میلیون ناتوانی در طول زندگی بوده‌اند. در سال ۲۰۰۱ نیز ۷۵ درصد مرگ و میر جهانی با بیماری‌های قلبی مرتبط بوده که البته بیشترین میزان آن در کشورهای سطح متوسط و پایین دیده شده است. همچنین طی دهه گذشته کشورهای توسعه نیافته نیز مانند کشورهای ثروتمند دارای یک افزایش اختاردهنده در میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شده‌اند.^(۲)

سازمان بهداشت جهانی اظهار می‌دارد بیش از ۵۰٪ از مرگ‌ها و ناتوانی‌ها ناشی از بیماری‌های قلبی و سکتة مغزی می‌باشد که هر ساله بیش از ۱۲ میلیون نفر را در سرتاسر جهان به کام مرگ می‌کشند.^(۳) در بعضی از کشورها، به علت بهبود شگرف در نحوه تغذیه و بهداشت عمومی، بیماری‌های عفونی جای خود را به بیماری‌های مزمنی نظیر بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان‌ها داده‌اند. بر این اساس، این تغییر حتی در کشورهای در حال توسعه نیز در حال رخ دادن است و بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان مهم‌ترین علل مرگ و میر تا سال ۲۰۲۰ مطرح خواهند شد به طوری که حداقل از مجموع سه مرگ، یک مرگ به علت بیماری‌های قلبی و عروقی است.^(۴) طبق مطالعات انجام شده در سال ۱۹۹۰ میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای پر درآمد اقتصادی ۴۵ درصد گزارش شده است که در سال ۲۰۰۱ این رقم به ۳۹ درصد کاهش یافته است و این در حالی است که در کشورهای پایین و متوسط اقتصادی نرخ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۱۹۹۰ به میزان ۲۶ درصد بوده که در سال ۲۰۰۱ به ۲۶ درصد افزایش یافته است.^(۳) همچنین مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که میزان بروز مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها در ایران نیز در حال افزایش است به طوری که

بیماری‌های قلبی عروقی اولین علت مرگ و میر را در کشور ما تشکیل می‌دهند.^(۵) بر اساس آمار به دست آمده از بهشت زهراي تهران هر ماه بین ۹۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر در شهر تهران به علت بیماری‌های قلبی فوت می‌کنند که ۵۲٪ آن‌ها ناشی از اختلالات عروق کرونر می‌باشد.^(۶) همچنین این بیماری‌ها باعث بروز عوارض، ناتوانی و کاهش عملکرد و ایجاد هزینه‌های بالا و غیر قابل جبران برای سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌شوند.^(۸) یکی از علل مهم بستری شدن‌های مکرر با هزینه‌های بالا، عدم آگاهی بیماران از عوامل خطر مرتبط با ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و چگونگی پیشگیری از این بیماری‌ها می‌باشد در حالی که بیماری‌های عروق کرونر در بسیاری از موارد قابل پیشگیری بوده و رفتارهای مناسب باعث کاهش خطر و بستری مجدد می‌شوند.^(۹)

عامل خطر به هر مورد بالینی یا تغییر آزمایشگاهی گفته می‌شود که با احتمال بروز یک بیماری و پیشرفت آن در خلال دوره متغیری از زمان مرتبط است.^(۱۰) تجزیه و تحلیل اکولوژیک فاکتورهای عمده خطر بیماری‌های قلبی و عروقی و علل مرگ و میر، همبستگی قوی بین میزان مرگ پیش‌بینی شده و مشاهده شده ناشی از سه عامل خطر استعمال دخانیات، کلسترول سرم و هیپرتانسیون را نشان داده است.^(۱۱ و ۱۲)

استعمال دخانیات به عنوان یک علت قابل پیشگیری ولی مهم و سریع در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در جهان مطرح شده است. بیش از یک میلیارد و سیصد میلیون نفر در دنیا سیگار می‌کشند یا از سایر محصولات تنباکو استفاده می‌نمایند.^(۱۳) مصرف سیگار خطر بروز حمله قلبی را در افراد سیگاری ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد.^(۸)

همچنین بین سطح کلسترول سرم و خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. سطح پایین لیپوپروتئین‌های با دانسیته بالا (HDL) و همچنین سطح بالای تری‌گلیسیریدها نیز به طور واضحی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی همراه می‌باشد. به طور کلی پیش‌بینی می‌گردد که سطح بالای کلسترول خون علت بیش از ۵۶٪ بیماری‌های ایسکمیک قلبی و ۱۸٪ سکتة‌های مغزی و توجیه‌کننده وقوع سالانه ۴/۴ میلیون مرگ در جهان باشد.^(۱۴)

افزایش فشار خون یکی دیگر از عوامل شیوع و پیشرفت بیماری قلبی عروقی می‌باشد. هیپرتانسیون به میزان قابل توجهی خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را افزایش می‌دهد و با افزایش

پرسشنامه مربوطه توسط پرسشگران آموزش دیده برای هر بیمار با بررسی مستندات پرونده هر بیمار و آزمایشات و نظر پزشک و از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل گردید. در نهایت اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون‌های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در انجام این مطالعه اصول اخلاقی کاملاً رعایت شد به طوری که جمع‌آوری اطلاعات با کسب اجازه بیماران و اخذ رضایت نامه با توضیح کامل مطالعه و اهداف طرح انجام گردید و ضمناً از مسئولین بیمارستان و پزشکان معالج و مسئولین واحد اسناد پزشکی بیمارستان کسب اجازه صورت گرفت و کلیه اطلاعات فردی بیماران به صورت کاملاً محرمانه محفوظ گردید.

یافته ها

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که میانگین سنی بیماران بستری در بخش CCU بیمارستان امام خمینی شهرستان ۶۰/۷ سال و در محدوده سنی ۹۵-۲۲ سال بود. از میان ۲۶۰ بیمار، ۶۸/۸٪ آنان را مردان و ۳۱/۲٪ را زنان تشکیل داده بودند. همچنین ۲۷/۳ درصد از بیماران با تشخیص انفارکتوس میوکارد در CCU بستری شده بودند. ۲۹٪ از بیماران دارای سابقه فشارخون بالا یعنی دارای فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ و فشار خون دیاستولیک بالای ۹۰ در سه نوبت و یا افراد مصرف‌کننده داروهای ضد فشار خون بودند. ۶۰٪ از بیماران، مبتلا به هیپرکلسترولمی یعنی توتال کلسترول بالای ۲۰۰ یا LDL بالای ۱۶۰ یا در حال مصرف داروهای پایین‌آورنده کلسترول بودند. مصرف سیگار یعنی مصرف ۱۰ نخ سیگار در روز به مدت بیش از ۶ ماه، در ۲۳٪ بیماران یافت شد. ۴۷/۳٪ بیماران سابقه بستری قبلی داشتند. لازم به ذکر است که تعدادی از بیماران دارای چند ریسک فاکتور به طور همزمان بودند. عمده‌ترین ریسک فاکتورها در کل بیماران بستری شده، هیپرکلسترولمی با شیوع ۶۰٪ و پس از آن هیپرتانسیون با شیوع ۲۹٪، مصرف سیگار با شیوع ۲۳٪ و سابقه فامیلی با شیوع ۱۷٪ بود. دیابت تنها در ۱۱٪ بیماران بستری دیده شد. همچنین عمده‌ترین ریسک فاکتورها در بیماران که به علت انفارکتوس میوکارد بستری شده بودند به ترتیب شامل هیپرکلسترولمی (۴۹٪) مصرف سیگار (۲۵٪) و مصرف اپیوم (۱۸٪) بود. سایر ریسک فاکتورها در رتبه‌های بعدی قرار گرفت.

بیشتر فشار خون نیز احتمال خطر افزایش می‌یابد.^(۱۰)

به نظر می‌رسد شیوه زندگی، افزایش مصرف غذاهای آماده‌ی پرچرب و کاهش فعالیت بدنی در کنار افزایش شیوع چاقی و دیابت باعث افزایش بیماری‌های قلبی عروقی می‌شود^(۱۴ و ۱۵). زندگی ماشینی یکی از علل کاهش فعالیت بدنی است. در کشورهای توسعه یافته، شیوع کم تحرکی یک خطر بالا برای بروز عوارض قلبی عروقی است. حدوداً ۲۵٪ جمعیت ایالات متحده در اوقات فراغت خود هیچگونه تحرکی ندارند و فقط ۲۲٪ از جمعیت در فعالیت‌های فیزیکی برای کمتر از ۳۰ دقیقه و بیش از ۵ بار در هفته شرکت می‌کنند^(۱۶ و ۱۷). به طور کلی عواملی چون توسعه زندگی شهری و افزایش مکانیزاسیون و به دنبال آن کاهش میزان فعالیت می‌تواند از مهم‌ترین دلایل مرتبط با افزایش مرگ و میر ناشی از بیمارهای قلبی عروقی باشد. همچنین شیوع مصرف سیگار، هایپرتانسیون، چربی خون بالا، دیابت و چاقی نیز از دیگر عوامل خطر جهت ابتلا به بیماری‌های قلبی و مرگ و میر ناشی از آن می باشد^(۳).

مطالعات مختلف در زمینه ی عملکرد بیماری‌های قلبی عروقی بیانگر این مسأله است که برای پیشگیری از عود مجدد بیماری‌های قلبی عروقی، آگاهی از عوامل خطر، نقش به‌سزایی در عملکرد بیماران دارد^(۱۸ و ۱۹). از آنجا که اکثر بیماران بستری در CCU دارای حداقل دو ریسک فاکتور ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بودند و اکثر آن‌ها از وجود عوامل خطرزا آگاه نمی‌باشند، لذا این مطالعه با هدف تعیین فراوانی عوامل خطرزا در بیماران بستری در بخش CCU بیمارستان امام خمینی(ره) شهرستان بروجرد طی سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه شامل ۲۶۰ بیمار بستری در بخش CCU بیمارستان امام شهرستان بروجرد بود. روش نمونه‌گیری از طریق سرشماری کل بیماران در نیمه دوم سال ۱۳۸۸ و نیمه اول سال ۱۳۸۹ انجام پذیرفته است. جهت گردآوری اطلاعات، از پرسشنامه‌ای خود ساخته مشتمل بر متغیرهای سن، جنس و عوامل خطر (هیپرتانسیون، دیابت، هیپرلیپیدمی، سیگار و مواد مخدر، سابقه بستری، سابقه فامیلی و چاقی) استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به داده‌های به دست آمده، اکثر بیماران بستری در بخش CCU را مردان تشکیل داده بودند که با توجه به درصد بالاتر MI در ایشان به نظر می‌رسد بستری مردان در مقایسه با زنان واقعی‌تر بوده و نهایتاً مردان در ریسک بالاتری از CAD در مقایسه با جنس مخالف قرار دارند. همچنین درصد بالای بستری زنان به علت آئزین ناپایدار در مقایسه با جنس مذکر، حاکی از بروز و شیوع بیشتر دردهایی است که کمتر منجر به حوادث قلبی عروقی خطر ناک یا دردهای ایسکمیک در زنان می‌شود. از طرفی عدم وجود عامل خطرزای فشارخون (۷۵٪) و دیابت (۸۹٪) در بیماران، حاکی از دخالت عوامل خطرزای دیگری نظیر استرس‌های روحی- روانی در ایجاد بیماری‌های قلبی است که نیازمند بررسی بیشتر در این زمینه می‌باشد.

در مطالعه حاضر عمده‌ترین عوامل خطر در کل بیماران بستری شده به ترتیب شامل هیپرکلسترولمی (۶۰٪)، هیپرتانسیون (۲۹٪) و مصرف سیگار (۲۳٪) بود. همچنین عمده‌ترین ریسک‌فاکتورها در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد به ترتیب شامل هیپرکلسترولمی (۴۹٪)، مصرف سیگار (۲۵٪) و مصرف اپیوم (۱۸٪) بود که با مطالعه عسگری و همکاران همسو نبود^(۲۰). گایر و همکاران در سال ۱۹۹۶، ۳۶۱۶۶۲ مرد در محدوده‌ی سنی ۳۵-۷۵ سال را تحت بررسی قرار دادند که نتیجه‌ی آن نشان داد افرادی که دارای کلسترول در سطح ۲۰۰ می‌باشند، احتمال ابتلا به حمله‌ی قلبی در آنان نصف افرادی است که میزان کلسترول آنان در سطح ۲۴۰ می‌باشد^(۲۱).

در مطالعه مورد شاهدهی که عسگری و همکاران در سال ۱۳۸۹ در شهر سمنان بر روی ۶۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد (گروه مورد) و ۶۰ بیمار بستری در بخش ENT انجام دادند شایعترین عوامل خطر را به ترتیب مصرف سیگار (۴۵٪)، هیپرتانسیون (۴۵٪)، دیابت (۳۳٪) و هیپر کلسترولمی (۳۰٪) گزارش کردند^(۲۰).

یکه فلاح در مطالعه‌ی ای که در سال ۱۳۸۴ بر روی ۱۵۰ بیمار بستری در بخش CCU مرکز درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام داد شیوع عوامل خطر را به ترتیب هیپرتانسیون (۴۴٪)، مصرف سیگار (۳۴٪) و دیابت (۲۷٪) گزارش کرد که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی نداشت (۲۲). نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی ای که در سال ۲۰۰۴ توسط وانزا و همکاران انجام گرفت همسو نبود، وانزا و همکاران

شیوع چاقی را بررسی نکردند و عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر را در بالغین به ترتیب شیوع دیابت، هیپرتانسیون و هیپر کلسترولمی گزارش نمودند^(۲۳).

نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه توصیفی تحلیلی که در سال ۱۳۸۵ - ۱۳۸۱ بر روی ۱۲۳۳ بیمار دچار MI در بیرجند صورت گرفت همخوانی نداشت. کاظمی و همکاران شایع‌ترین عوامل خطر در بیماران را به ترتیب هیپرتانسیون (۳۴٪)، سابقه مصرف سیگار (۳۲٪) و دیس لیپیدمی (۲۴٪) گزارش کردند^(۲۴).

حسن‌زاده در مطالعه‌ی ای که در سال ۱۳۸۸ - ۱۳۷۷ بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام داد مهم‌ترین فاکتور خطر را استفاده از دخانیات (۴۸٪) و سپس هیپر لیپیدمی (۳۶٪)، سابقه خانوادگی مثبت (۳۲٪)، هیپرتانسیون (۱۴٪) و دیابت (۱۲٪) گزارش کرد^(۲۶) که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی نداشت^(۲۵).

در مطالعه‌ی ای که در مشهد بر روی ۵۰۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت گرفت، نتایج نشان داد که دیابت قندی مهم‌ترین فاکتور خطر در جنس مؤنث است، به طوری که نیمی از زنان مبتلا به انفارکتوس میوکارد دیابتیک بودند. این میزان، سه برابر نسبت به جنس مذکر بود^(۲۶). اکثر بیماران مبتلا به دیابت به علت بیماری قلبی عروقی و عوارض آن فوت می‌کنند^(۲۷). بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی که دیابت دارند پیش‌آگهی بدتری نسبت به بیماران غیر دیابتی دارند^(۲۸).

با توجه به مطالعات انجام شده اگرچه عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر در جمعیت‌های مختلف مشترک می‌باشد اما یافته‌های این مطالعه مطرح‌کننده‌ی این مطلب است که شیوع عوامل خطر نمی‌تواند یکسان باشد چرا که در مطالعات مختلف ترتیب شیوع عوامل خطرزا به طور متفاوتی گزارش شده بود. در جامعه مورد مطالعه‌ی این پژوهش هیپرکلسترولمی در رأس عوامل خطر قرار گرفت که می‌تواند بیانگر عادات غذایی نامناسب و شیوه‌ی زندگی کم‌تحرک جمعیت باشد. در همین راستا سوق دادن جمعیت به سمت شیوه زندگی سالم تلاش‌های منسجم گروه‌های خدمات بهداشتی درمانی را برای تغییر رژیم و عادات غذایی و افزایش فعالیت فیزیکی جهت کنترل هیپرکلسترولمی می‌طلبد.

از آنجا که بیش از ۴۰٪ بیماران به دنبال بستری مکرر بررسی

تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس و قدردانی خود را از همکاری صمیمانه ریاست محترم بیمارستان امام خمینی (ره) بروجرد و زحمات بی‌شائبه پرسنل محترم بخش CCU بیمارستان مذکور اعلام می‌داریم.

شدند انجام مطالعه‌ای جامع جهت بررسی علل عود مجدد بیماری ضروری است. ضمناً درمان صحیح هیپرتانسیون و آموزش به مردم جهت شناسایی عوامل خطر نظیر مصرف سیگار و اپیوم می‌تواند کمک‌کننده باشد. همچنین جهت شناخت عوامل خطر در شهرستان اجرای طرح بررسی شیوع ریسک‌فاکتورها در جمعیت شهری و روستایی بروجرد کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. توصیه می‌شود که کلیه افراد بالای ۵۰ سال تحت آزمایشات غربالگری اجباری قرار گیرند تا بدین وسیله از بروز مشکلات جدی قلبی عروقی و ناتوانی افراد در جامعه جلوگیری شود. انتظار می‌رود که این مطالعه انگیزه‌ای برای مطالعات مشابه جهت شناخت بیشتر ریسک‌فاکتورها در استان لرستان و آموزش بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی جهت آگاهی از عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی را فراهم آورد تا بدین وسیله از بروز مجدد این بیماری جلوگیری گردد.

Reference

1. Black JM, Jacobs EM. *Clinical Management for Continuity of care. Medical – Surgical of Nursinng. Philadelphia: WB Saunders; 1997 pp : 1378*
2. Bonow R, Mann D, Zipes D, Libby P. *Braunwald's Heart Diseases. A Text Book of Caediovascular Medicine., 9th Edition, International Edition, Elsevier, Sunders. 2012;2-10, 18-20.*
3. Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., *Approach To The Patient With Cardiovascular Disease: Disorders Of The Cardiovascular System: Harrison's Principles Of Internal Medicine 2005; 208: 1301.*
4. Gharooni M. *Heart Ischemic Diseases. 4th edition. Tehran. Safa Pub. 1382 :178. [In Persian]*
5. Sarafzadegan N, Boshtan M, Malekafzali H. *Seulatrends of mortality from cardiovascular disease in Iran: With special reference to Isfahan. Acta cardio. 1999; 54(6):327-3 [In Persian]*
6. Zali M, Kazem M, Masjedi MR. *Health and disease in Iran. Tehran: Ministry of Health; 1993. [In Persian]*
7. Mahdiniya M. *New findings in prevention and identification of risk factors of cardiovascular attacks. Proceedings of Cardiovascular Nursing Continuing Education. Tehran. 2006; p:172 [In Persian]*
8. Anderoli TE, Carpenter CJ, Griggs RC, Loscalzo J. *Cecil essentials of medicine. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004; pp: 87-88.*
9. Nikravanmard M, Shiri H. *Intensive Care in ICU. 4th edition. Tehran: Nooredanesh pub. 2000; p28 [In Persian]*
10. Reddy KS, Yusuf S. *Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation ;1998. 97(6): 596-601*
11. Keil U, Kuulasmaa K. *WHO Monica Project: Risk factors. Int J Epidemiol 1989; 18(3 Suppl 1):S46-S55.*
12. Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A, Fortmann S, Sans S, Tolonen H, et al. *Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO Monica Project populations. Lancet 2000; 355(9205):675-687.*
13. Shafey O. *Tobacco control; country profiles. 2nd edition. Atlanta, American Cancer society. 2003: RefType: Generic*
14. *The World Health report 2002. Midwifery 2003; 19(1):72-73*
15. Popkin BM, Gordon Larsen P. *The nutrition transition: Worldwide obesity dynamics and their determinants. Int J Obes Relat Metab Disord. 2004;28(3):52-9*
16. Prentice AM. *The emerging epidermis of obesity in developing countries. Int J Epidemiol. 2006;35:93-9*
17. *Physical activity trends--United States, 1990-1998. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001; 50(9):166-169.*
18. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laako M. *Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. Nejm Med; 1998;339(4): 229-234.*
19. Park K, Park JE. *Textbook of medicine and social prevention. Vol 4. Chronic non-communicable diseases and common diseases. Translated to Persian by Shojaee Tehrani H, Malekafzali H. Tehran: Semat Pub; 1997; pp:23-24*
20. Asgari M, Alhani F, Anoosheh M. *Risk Factors in Patients with Myocardial Infraction Hospitalized in Fatemeh Hospital in Semnan. Iran Journal of Nursing .2010; 23(63): 69-78*
21. Garber AM, Browner ws, Hulley SB. *Cholesterol screening in asymptomatic adult, revisited . Ann Intern Med 1996;124:518-531.*
22. Yeke Falah L. *Prevalence of cardiovascular risk factors and patients' Awareness of these factors in patients admitted in CCU's medical centers affiliated to Iran University of Medical Sciences. Journal of Nursing and Midwifery of Gorgan. Buye. 2007;4(1 suppl):31-35 [In Persian]*
23. Vanessa A, Diaz MD, Arch G. *Undiagnosed Obesity implications for undiagnosd Hypertension, Diabetes and Hypercholesterolemia. Fam med. 2004 ; 36(9) : 639-44*
24. Kazemi T, Sharifzade GH, Hoseynayi F. *Epidemiologic changes in MI during 2002 to 2006 in Birjand. Iranian Journal of Epidemiology Community. 2008;4(3 suppl):35-41 [In Persian]*
25. Hasanzade H, Ghane L. *Predisposing factors and angiographic coronary artery disease in 50 patients aged less than 40 years in medical centers of Ghaem and Imam Reza . [Ph.D. thesis] Mashhad University of Medical Sciences. 1998-1999 [In Persian]*
26. Niyazi F, Bahramiyan H, Dadgar A. *Risk factor for myocardial infarction and comparison of diabetes in both males and females. [Ph.D. thesis] University of Mashhad. 1996. [In Persian]*
27. *Healthy people 2010: understanding and improving health. Washington DC, U.S. government Printing Office. 2001; RefType: Generic*
28. Braunwald V, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Lango DL, Jameson L. *Harrison Principles of internal medicine. 15th edition. New York: Mcgrow-hill; 2001; pp: 1382-1387.*

The Prevalence of Risk Factors of Coronary Artery Diseases In CCU Ward

Maleki.A Miri.M Ghanavati.R Bayat.M montazeri.M Rashidi.N Nabatchi.B Ashjaarvan.M

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the most important factors related to mortality and cause of death in developed countries and Iran. Several studies in the field of cardiovascular diseases indicate that prevention of cardiovascular diseases and their recurrence need to upgrade of awareness of patients about risk factors. Aim of this study was to determine the frequency of risk factors in hospitalized patients in CCU ward of Imam Khomeini Hospital in Borujerd during 1388 and 1389.

Material & Methods: This sectional descriptive study performed on 260 patients admitted in CCU ward of Imam Khomeini Hospital in Borujerd during 1388 and 1389. Sampling was done by a census of all patients in the second half of 1388 and first half of 1389. Data collection tool was a questionnaire that examines the age, sex and risk factors (hypertension, diabetes, hyperlipidemia, smoking and opium use, drugs, previous admission history, family history and obesity).

Results: The results showed the major risk factors were hypercholesterolemia (%60), Hypertension (%29), smoking (%23) and the family history (%17).

Conclusion: The findings showed that the most important risk factor in the under study population was hypercholesterolemia that could indicate high prevalence of bad food habits and sedentary activities. Therefore, it's recommended that the most activities of health care teams should be focused on the change of dietary habits and increase physical activity to control hypercholesterolemia.

Keywords: Coronary Artery Disease, Risk Factor, Diabetes, Hypercholesterolemia. Hypertension