تبعین میزان بروز سکته های قلبی دربند بوشهر براساس پروژه مونیکا

سازمان جهانی بهداشت

دکتر ابراهیم شفیعی، دکتر ارج نی پور، دکتر مجید اسدی، دکتر محمد جواد حانی نژاد، دکتر عبدالعظیم ویس زاده،

دکتر ایباق اسم کریمی، علی‌عصر سلطانیان، دکترسردار امامی

انتشار جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

استادان بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

۲ پژوهشگر مرکز پژوهش‌های سلامت خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده:
پروژه مونیکا سازمان جهانی بهداشت یک پروژه مشترکی بین ۱۷ کشور اروپایی - نروژ و ارتباط آنها با تغییرات عوامل خطر ساز عروق کرونر و افزایش سطح مراقبت‌های پزشکی دارد. بر اساس این پروژه، ۲۳ مزارک در ۲۱ کشور اروپایی با آزمایش شفیعی و حوزه آزمایش آزمایش‌های در مورد افراد از ۶۴ تا ۶۵ سال، به خصوص ۳۷ مزارک از ۱۹ کشور آماده آزمایش شدند. در نهایت، این پروژه با توجه به اینکه ۲۳ مزارک در ۲۱ کشور اروپایی با آزمایش شفیعی و حوزه آزمایش آزمایش‌های در مورد افراد از ۶۴ تا ۶۵ سال، به خصوص ۳۷ مزارک از ۱۹ کشور آماده آزمایش شدند، به‌منظور برآوری رخداد سکته‌های قلبی دربند بوشهر، منابع شاخص‌های مونیکا سازمان جهانی بهداشت شامل مطالعه منابع در آغز حمله قلبی و بررسی سطح مراقبت‌های آزمایش آزمایش‌های در مورد افراد از ۶۴ تا ۶۵ سال، به خصوص ۳۷ مزارک از ۱۹ کشور آماده آزمایش شدند. در نهایت، این پروژه با توجه به اینکه ۲۳ مزارک در ۲۱ کشور اروپایی با آزمایش شفیعی و حوزه آزمایش آزمایش‌های در مورد افراد از ۶۴ تا ۶۵ سال، به خصوص ۳۷ مزارک از ۱۹ کشور آماده آزمایش شدند.
مقدمه:

بروزه موتیکای سازمان جهانی بهداشت یک طرح WHO بین دنیای بشری است که هر کشور در آن اشاره گری روند مکرر و می‌باید تغییرات سطحی را فاکتوری و یا میزان‌های پزشکی مربوط به آن را بررسی کند. در این مورد، هم‌اکنون سازمان جهانی بهداشت، مراکز و موسسات مربوط به آن‌ها در سطح بالینی هم‌اکنون به دنبال بررسی می‌باشند.

مواد و روش کار:

برونده‌ی های بیماری‌ای که با کد 10-ICD-10 (مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی و سکته‌های مغزی) از تاریخ اول مهر 1381 تا اول مهر 1386 در بیمارستان‌های فاطمه زهرا (س) و ابزاریه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سلما فارسی و استان بوشهر در تأیید اجتماعی‌ای پذیرش و بیمارستان‌های دریایی ارتش جمهوری اسلامی ایران در منطقه دوم دیبای (بوشهر) ثبت شده بودند، به صورت یک روز به هفته جستجو، مزارع و Core-data Transfer اطلاعات مندرج در پرونده مربوط به حواشی عروقی مغزی و سکته‌های قلبی ثبت می‌گردید.

MONICA

در اینجا، شاخه‌ای تشخیص سکته قلبی بر اساس پرونده یکی به عمل می‌کند. گروه‌های تشخیصی بر اساس جمعیت قلبی اطلاعات استاندارد استوار بوده و مباشرة سیستم سکته قلبی و بیماری‌های بافتی کلیه، علل شروع در اگزأس حمله‌های قلبی، بررسی سطح مراکزی‌بیماری آزمایش سر می‌کرده و سکته قلبی می‌شود. کد گزارش بر اساس یک پرونده سیستم تشخیصی می‌باشد.

الف‌/ یافته‌های نوار قلب

یک‌طرفه می‌باشد (۱۲۰).
تمامی نوار قلب های تبیپ شده در بیماران مورد بایزینی قرار گرفته، نوارهای قلب به صورت تکمیلی از (Monica protocolal) روش های پرورکلاسیکا و سیستم کد کناری دانشگاه مینوسوتا (Minnesota code 1982)

(Definite ECG) کد 1: نوار قلب قطعی 
الف: رخ نمایی موج Q 
و یا: رخ نمایی جریان ازدحام میکروکاردیک که پیش از یک روز بطول انجام نمی‌دهد.

(Probable ECG) کد 2: نوار قلب محتمل 
رخ نمایی تغییرات رایلیزاسیونهایی

(Probable ECG) کد 3: نوار قلب احتمالی 
نوار قلب در یک یا بیشتری موارد، از شاخه‌های فوق بی‌روی نمی‌بیند. ولی مواردی که ابتدا نمایی

301: کدهای مینوسوتا 11011 تا 11006 

برای کدهای Q و سایر Q و Q 

برای کدهای Q و سایر Q و Q 

T با انتقال قطعه ST 

303: کدهای مینوسوتا 501 تا 503 

T با انتقال قطعه ST 

304: کدهای مینوسوتا 902 تا 904 

برای انتقال قطعه ST 

کد 4: موارد دیگر 

ECG غیر قابل کدگذاری 

کد 5: وجود ندارد ECG 

(Probable ECG) طبیعی تختی 

در اینجا این مولفه ها به چند قسمت تقسیم شده اند: 

1- ایسکسپمیک 

2- کلی 

3- ایسکسپمیک 

4- ایسکسپمیک 

5- ایسکسپمیک 

6- ایسکسپمیک 

7- ایسکسپمیک 

8- ایسکسپمیک 

9- ایسکسپمیک 

10- ایسکسپمیک 

11- ایسکسپمیک 

12- ایسکسپمیک 

13- ایسکسپمیک 

14- ایسکسپمیک 

15- ایسکسپمیک 

16- ایسکسپمیک 

17- ایسکسپمیک 

18- ایسکسپمیک 

19- ایسکسپمیک 

20- ایسکسپمیک 

21- ایسکسپمیک 

22- ایسکسپمیک 

23- ایسکسپمیک 

24- ایسکسپمیک 

25- ایسکسپمیک 

26- ایسکسپمیک 

27- ایسکسپمیک 

28- ایسکسپمیک 

29- ایسکسپمیک 

30- ایسکسپمیک 

31- ایسکسپمیک 

32- ایسکسپمیک 

33- ایسکسپمیک 

34- ایسکسپمیک 

35- ایسکسپمیک 

36- ایسکسپمیک 

37- ایسکسپمیک 

38- ایسکسپمیک 

39- ایسکسپمیک 

40- ایسکسپمیک 

41- ایسکسپمیک 

42- ایسکسپمیک 

43- ایسکسپمیک 

44- ایسکسپمیک 

45- ایسکسپمیک 

46- ایسکسپمیک 

47- ایسکسپمیک 

48- ایسکسپمیک 

49- ایسکسپمیک 

50- ایسکسپمیک 

51- ایسکسپمیک 

52- ایسکسپمیک 

53- ایسکسپمیک 

54- ایسکسپمیک 

55- ایسکسپمیک 

56- ایسکسپمیک 

57- ایسکسپمیک 

58- ایسکسپمیک 

59- ایسکسپمیک 

60- ایسکسپمیک 

61- ایسکسپمیک 

62- ایسکسپمیک 

63- ایسکسپمیک 

64- ایسکسپمیک 

65- ایسکسپمیک 

66- ایسکسپمیک 

67- ایسکسپمیک 

68- ایسکسپمیک 

69- ایسکسپمیک 

70- ایسکسپمیک 

71- ایسکسپمیک 

72- ایسکسپمیک 

73- ایسکسپمیک 

74- ایسکسپمیک 

75- ایسکسپمیک 

76- ایسکسپمیک 

77- ایسکسپمیک 

78- ایسکسپمیک 

79- ایسکسپمیک 

80- ایسکسپمیک 

81- ایسکسپمیک 

82- ایسکسپمیک 

83- ایسکسپمیک 

84- ایسکسپمیک 

85- ایسکسپمیک 

86- ایسکسپمیک 

87- ایسکسپمیک 

88- ایسکسپمیک 

89- ایسکسپمیک 

90- ایسکسپمیک 

91- ایسکسپمیک 

92- ایسکسپمیک 

93- ایسکسپمیک 

94- ایسکسپمیک 

95- ایسکسپمیک 

96- ایسکسپمیک 

97- ایسکسپمیک 

98- ایسکسپمیک 

99- ایسکسپمیک 

00- ایسکسپمیک
بدون عالیم، ۸۱ مورد سمتی هایی با توضیح ناکافی و ۴ مورد با اطلاعات ناکافی ثبت شد.

۴- نوار قلب از مجموع یافته‌های ECG با تناسب طبیعی (Definite) ۳۸ مورد یافته محتمل (Ischaemic) ۲۸۰ مورد یافته احتمالی (Probable) ۲ مورد یافته نرمال (Other) ۲۸ مورد یافته غیر قابل کد گذاری و ۴ مورد اطلاعات ناکافی داشتند.

۵- سطح آزمیز های سرم در رابطه با آزمیز‌های سرمی از مجموع ۶۱۳ مورد ثبت شده، ۱۴۴ مورد سطح سرمی آزمیز از نوع غیر نرمال. ۱۷۹ مورد مشکوک، ۱۹۱ مورد سطح آزمیز سرم نرمال، ۲۵ مورد با اطلاعات ناکافی و ۶۲ مورد با اطلاعات ناکافی ثبت شد.

۶- گروه بلند تشخیصی از احاطه طبیعی بندی تشخیصی برای ۶۱۳ مورد ثبت (Definite) شده، ۲۳۲ مورد با تشخیص طبیعی محتمل [۱۴۴ مورد سرم و ۶۶ مورد زن] ۱۶۱ مورد محتمل [۱۴۴ مورد مرد و ۲۲ مورد زن] ۹۰ مورد در گروه تشخیصی هیپودراژ [۷۱ مورد مرد و ۳۷ مورد زن] و ۶۴ مورد با اطلاعات ناکافی [هرو دو مورد زن] تیت. گرید (۲۰۵/۶۷)

۷- درمان با ترمولینک ۴۲۰ مورد تشخیص قطعی استفاده شده بود.

۸- ساکنگی به سکته قلبی

۹- ساکنگی به سکته قلبی از مجموع ۶۱۳ مورد ثبت، ۱۱۲ مورد دارای سابقه قلبی از سکته قلبی، ۷۱ مورد بدون سابقه قلبی از ۱۰۰ مورد و ۶۰ مورد با سابقه قلبی ست. ۲۱ مورد با سابقه قلبی، مجدد با تشخیص قطعی سکته قلبی بسته شده بود.

بعنوان درک همانند و همکاران

پ/ درک‌کنند در عواملی که اگر به‌ندرد حاصل می‌شود، مدل

۱- آنزیم‌کشی II: آنزیم‌کشی III

۲- اقدامات فوق در کمتر از ۳ روزو ۲- اگر اقدامات فوق

۳- در پیشی به ۳ روز یا در ۳ روز ایجاد شده بدان

۴- اطلاعات ناکافی

بیماران از ایشانی بستره‌ای تأکید ترخیص و سپس نا ۲۸ روز بعد از ترخیص از بیمارستانها تحت بی‌پیش قرار

گرفتن و ۲ام کسانی که مدت دسترسی به آنها به

دلالت مختلف امکان پذیری نبود، در سیستم دیگر

موردهای مارد (Amir مدیری) پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

پژوهش به مرکز تاماقین شهر بوشهر را به صورت فعال

ثبت می‌نماید جستجو می‌شد.

نتایج:

رخادمانه سکته قلبی (سکته قلبی قطعی) بر اساس

پروتکل پروزه مونیکا در هر ۱۰۰۰۰ نفر مردم شهر بوشهر

در زنان و مردان به ترتیب ۱۱۱ و ۳۷۵ نفر بود.

۱- جنس

در طول پیک سال مجموعاً ۶۱۳ مورد بیماری ایسکمی قلبی

در سطح شهر بوشهر تا کنون ۳۲۸ و مرد آنها سرم

(۶۳۹ درصد) و ۳۸۲ مورد آنها (۴۷ درصد)

بودند.

۲- سن

از مجموع ۶۱۳ نفر با بیماری ایسکمی قلبی، ۱۷ مورد بین

سنین ۷۵ تا ۳۳ سال، ۸۸ مورد بین سنین ۷۵ تا ۴۴ سال،

۱۵۵ مورد بین سنین ۴۴ تا ۵۵ سال، ۱۱۹ مورد بین سنین

۵۵ تا ۶۴ سال، ۱۹۶ مورد بین سنین ۶۴ تا ۷۴ سال و ۸۲ مورد

بالاتر از ۷۵ سال بودند.

۳- بیماری‌های قلبی

از مجموع ۶۱۳ مورد، ۷۰۸ مورد سیمپتو‌تیبوک، ۹۳ مورد

سیمپتو‌آتیک، ۳۰ مورد سیمپتو‌های دیگر، ۱۷ مورد

در طی اعتیاد تاماقین شهر بوشهر.

* Death Registration System
برای اینکه تحقیق ادامه یابد، نیاز به دانلود مقالات و تحقیقات دیگر دارد.

شکستن یک کوشش هایی گرای شده و ۱۰۰ مورد نیز
اطلاعات تکانی داشته‌اند.

جدول (۱) مقایسه میزان رخداد (نفر در هر یکصد هزار نفر)

<table>
<thead>
<tr>
<th>مقدار سکته قلبی</th>
<th>هدن</th>
<th>ایتالیا</th>
<th>آمریکا</th>
<th>ایسلند</th>
<th>هلند</th>
<th>آلمان</th>
<th>بلژیک</th>
<th>سوئد</th>
<th>پوگوسلوادی</th>
<th>یوگوسلاوی</th>
<th>کانادا</th>
<th>چین</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>۱۳۹</td>
<td>۱۵۱</td>
<td>۱۷۳</td>
<td>۱۸۶</td>
<td>۲۰۸</td>
<td>۲۲۰</td>
<td>۲۴۷</td>
<td>۲۵۱</td>
<td>۲۶۶</td>
<td>۲۷۴</td>
<td>۲۵۳</td>
<td>۸۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(۱) نیامده (Definite)

بحث

ثبت موارد سکته قلبی مغزی و کرونا در پروژه موتیوکای سازمان جهانی بهداشت بر اساس منابع مختلف در سطح جمعیت...
که کاوش عمده بیماری های قلبی در میزان بالانسیون است در مصرف دخانیات و دلیل کاهش در میزان فشارخون بالا می باشد. این تغییر در روند رخداد سکته های قلبی به نسبت ریسک فاکتورها در میزان در مقایسه با نیاز به سبب چندگانه بوده است (6).

کشورهایی که کاوش بیشتری در ریسک فاکتورهای خود وجود آورده اند، به دنبال آن کاهش قابل توجهی در میزان حملات قلبی داشته اند. مثالا در میزان فلاغن و نیوزیلند کاهش 7% در سال آمریکا 6% در سال اسپانیا 7% در سال داشتند. در عرض جمعیت های عمده ای از آروپای شرقی و چین افزایش قلب در ریسک فاکتورهای خود شاهد بودند. بیماری قلبی رشد فاکتورهای ای داشت (8% و 9%). در هر صورت تابع نشان می دهد که تعداد زیادی از روند بیماری های قلبی در طول دوره 10 سال نمی تواند کاملاً ناشی از تغییرات ریسک فاکتورهای اتفاق افتاده در همان زمان باشد. بنابراین کارهای پیشبردی برای بهبود تغییرات ریسک فاکتورها در طول زمان در کل کشورهای ماز است.

است.

با توجه به مانع بسیاری برای رماریات های سلامتی جهانی، راهبرد پیشگیری کننده نهای را برای موفقیت کردن ایده رفتاهی و برخورداری با مشکلات در نسل های ایامه است. مطالعات فوق و چهارده در کشورهایی حاصل توسه است که بیماری های قلبی بیماری در مرگ و میر در توده 1860 در حال کاهش می باشد (6).

که این تغییر در روند در دو سوم موارد حاصل تغییر در مواد رخداد سکته های قلبی و پیک سوم موارد دیگر نیز به دلیل کاهش در کشورهای قلبی به دلیل انتقال مراقبت و درمانی است. بنابراین علت عمده تغییر روند در ریسک بیماری های قلبی در کشورهای قلبی و پیک سوم موارد دیگر نیز به دلیل تغییر در رخداد سکته های قلبی در تئوری کاوش ریسک فاکتورهای عروق کرونی می باشد. به طور می رسید
References:


References:

10. سلما ی، هایکویلی، لوی ی. مدل‌های جی‌ان‌اس، دیابت ملیتوس، کاربرد بهبود و احتمال سیستمی گلوکز در جمعیت یک کشور. سالن بین‌المللی بیماری‌های قلبی‌ی، طب جنوب، سال اول (شماره 1)، 1378، 1-216.
11. مادرکی، نیکی، ایرانی، نیک. فشار خون در جمعیت بالای 19 سال بین‌المللی بیماری‌های قلبی‌ی، طب جنوب، سال اول (شماره 1)، 1379، 1-242.
12. کریمی، فرد، ایرانی، نیک. سلما ی، هایکویلی، لوی ی. کاربرد بهبود و احتمال سیستمی گلوکز در جمعیت بالای 19 سال بین‌المللی بیماری‌های قلبی‌ی، طب جنوب، سال اول (شماره 1)، 1379، 1-234.