

Timeliness of Stroke Code Activation in Pre-Hospital and Hospital Settings at Mazandaran University of Medical Sciences in 2024: A Descriptive-Analytical Cross-Sectional Study

Zoya Hadinejad¹,
Farzad Gohardehi²,
Mehdi Rostami³,
Hassan Talebi³,
Zakaria Ashkpour⁴,
Masomeh Hashemi Amrei⁴,
Kobra Gholami⁴,
Afsaneh Fenderski⁵,
Leila Meskini³

1. Assistant Professor, Health in Disasters and Emergencies, Department of Anesthesiology, Operating Room and Emergencies, Faculty of Allied Medical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. MD, Head of Mazandaran EMS and Disaster Management Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3. MSc in Nursing, Prehospital Emergency and Incident Management Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4. BSc in Nursing, Prehospital Emergency and Incident Management Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
5. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 25, 2025; Accepted May 12, 2026)

Abstract

Background and purpose: Stroke, after ischaemic heart disease, is the fourth leading cause of death in Iran as of 2021. The present study was conducted to evaluate the timeliness of pre-hospital emergency services and medical centers of Mazandaran University of Medical Sciences in activating the Stroke Code in 2024 (1403 in the Iranian calendar).

Materials and methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, demographic information and stroke-related clinical characteristics of all patients hospitalized in medical centers affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences in 2024 were reviewed using the Ministry of Health and Medical Education checklist available through the provincial Medical Care Monitoring Center (MCMC) database. The extracted data were analyzed using SPSS statistical software and descriptive statistical methods.

Results: A total of 582 patients were included, of whom 328 (57%) were male and the remainder were female. More than half of the cases were suspected stroke, and 18.7% were due to reduced level of consciousness. Less than 6% of calls were attributed to other causes, including seizures, electric shock, headache, back pain, abdominal pain, psychological distress, diabetes, and other conditions. In the first six months of the year, the frequencies of stroke, transient ischaemic attack (TIA), and suspected stroke were significantly higher. In addition, the highest proportion of inter-hospital transfers occurred during the night shift (42%).

Conclusion: The findings of this study indicate that pre-hospital and inter-facility transfer times for patients with stroke were generally acceptable. However, it is recommended that current protocols be reviewed and healthcare staff be trained further to optimise these time intervals.

Keywords: Stroke, Emergency Medical Center, Pre-hospital Care

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (257): 120-132 (Persian).

Corresponding Author: Leila Meskini - Prehospital Emergency and Incident Management Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: mes136259@yahoo.com)

ارزیابی زمان سنجی خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در فعالسازی کد استروک در سال ۱۴۰۳، مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی

زویا هادی نژاد^۱

فرزاد گوهردهی^۲

مهدی رستمی^۳

حسن طالبی^۳

ذکریا اشکپور^۴

سیده معصومه هاشمی امره ای^۴

کبری غلامی^۴

افسانه فندرسکی^۵

لیلا مسکینی^۳

چکیده

سابقه و هدف: سکته مغزی، پس از بیماری‌های ایسکمیک قلبی، چهارمین علت مرگ در ایران تا سال ۲۰۲۱ است. مطالعه حاضر جهت ارزیابی زمان سنجی خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در فعالسازی کد استروک در سال ۱۴۰۳، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی، اطلاعات جمعیت شناختی، با علائم سکته مغزی تمامی بیماران بستری شده در مراکز درمانی زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۴۰۳ از طریق چک لیست وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی موجود در سامانه پایش داده‌های مراقبت درمانی (MCMC) (Medical Care Monitoring Center) استان بررسی شد. اطلاعات استخراج شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی تحلیل شد.

یافته‌ها: تعداد کل مراجعین در سال ۱۴۰۳، ۵۸۲ نفر بودند، که از این تعداد ۳۲۸ نفر مرد (۵۷ درصد) و مابقی زن بودند. بیش از نیمی از درخواست‌ها احتمال سکته مغزی و ۱۸/۷ درصد به دلیل کاهش سطح هوشیاری بود. کم‌تر از ۶ درصد تماس‌ها به دلیل سایر علل شامل تشنج، برق گرفتگی، سر درد، کمر درد، درد شکمی، فشار عصبی، دیابت و ... بود. در شش ماهه اول سال تشخیص سکته مغزی، سکته مغزی گذرا و احتمال سکته مغزی به طور معنی‌داری بیش‌تر بود، همچنین بیش‌ترین اعزام بین بیمارستانی در شیفت شب (۴۲ درصد) انجام شد.

استنتاج: زمان انتقال بیماران با تشخیص سکته مغزی توسط اورژانس پیش بیمارستانی و بین مراکز درمانی وضعیت قابل قبول دارد، ولی توجه به بازنگری در پروتکل‌های موجود و آموزش کارکنان جهت بهینه‌سازی این فاصله زمانی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: سکته مغزی، مرکز اورژانس پیش بیمارستانی، مراقبت پیش بیمارستانی

مؤلف مسئول: لیلا مسکینی - ساری: مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان مازندران، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
Email: mes136259@yahoo.com

۱. استادیار سلامت در بلايا و فوریت‌ها، گروه هوشبری، اتاق عمل و فوریت‌های پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دکتری عمومی، رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری ایران

۴. کارشناس پرستاری، مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری ایران

۵. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۱۰/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۴۰۵/۲/۲۲

مقدمه

سکته مغزی، پس از بیماری های ایسکمیک قلبی، چهارمین علت مرگ در ایران تا سال ۲۰۲۱، است و در بین بیماری های غیرواگیر، دومین علت مرگ در ایران تا سال ۲۰۲۱ است (۱، ۲). تخمین زده می شود ۹/۱ میلیون نفر در هر دقیقه پس از انسداد عروق بزرگ داخل مجموعه ای از بین می روند. بنابراین بررسی و درمان سکته حاد مغزی باید به صورت اورژانسی و بدون اتلاف وقت باشد (۳، ۴). اکثر بیماران دچار سکته مغزی (۸۹ درصد) در بیمارستان بستری می شوند، که تقریباً ۵۰ درصد موارد فوت و یا دچار ناتوانی می شوند (۵، ۶). بخش عمده ای از بار سکته مغزی همچنان در کشورهای در حال توسعه است که شامل ۷۵/۲ درصد مرگ و میر و ۸۱/۰ درصد بروز ناتوانی و زندگی همراه با معلولیت به دنبال سکته مغزی است (۷). طبق بررسی های انجام شده در ایران، سن بروز سکته حاد مغزی نسبت به میانگین سنی در سایر نقاط جهان پایین تر می باشد و با مرگ و میر و ناخوشی بیش تری در مقایسه با کشورهای پیشرفته همراه است. میانگین سنی مبتلایان در ایران، تقریباً یک دهه کم تر از میانگین سنی جهانی است (۷، ۸).

عوارض ناشی از سکته حاد مغزی شامل هزینه های درمانی، باز توانی و از کار افتادگی قسمتی از نیروی کار مفید جامعه است، که سالیانه هزینه های هنگفتی را بر نظام سلامت کشور و خانواده ها تحمیل می کند. بار سکته مغزی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط که تقریباً ۸۷ درصد از مرگ و میرهای ناشی از سکته مغزی را تشکیل می دهند، به سرعت افزایش یافته است و تعداد موارد جدید و مرگ و میر ناشی از سکته مغزی بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۱ به ترتیب ۷۰ و ۴۴ درصد افزایش یافته است (۹، ۱۰). از این رو راه اندازی اقدامات مداخله ای که قادر باشد ناتوانی های ناشی از سکته حاد مغزی و هزینه ها را کاهش داده و از نظر اقتصادی نیز دارای اهمیت ویژه ای باشد، ضروری است (۱۱-۱۴). شناسایی زودرس و زمان کوتاه آغاز درمان از لحظه شروع علائم

سکته مغزی در مدت ۴/۵ ساعت، احتمال بازگشت به عملکرد مطلوب (مثل مستقل بودن و ناتوانی جزئی یا کم تر) را افزایش می دهد (۱۷-۱۵). ارزیابی و درمان زودرس سکته مغزی موجب کاهش نقائص حرکتی، شناختی و مرگ و میر شده و نتایج موفقیت آمیز تشخیص زودرس سکته مغزی به انتقال سریع به بخش اورژانس بیمارستان بلافاصله پس از وقوع، تصویربرداری به موقع، تشخیص مناسب و شروع ترومبولیز در عرض ۴/۵ ساعت وابسته است (۱۸). امروزه اورژانس پیش بیمارستانی یک جز اساسی و سرنوشت ساز در درمان بیماران بوده، به طوری که در سیستم مراقبت سلامت شهری عموماً اولین برخورد با بیماران اورژانسی توسط همین سیستم می باشد. سیستم اورژانس پیش بیمارستانی باید ساده، مداوم و کارآمد باشد (۱۷). در ایران، بر اساس شناسنامه استاندارد مدیریت درمان سکته حاد مغزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از سال ۱۳۹۱ کد سکته مغزی حاد (کد سما) جهت مدیریت زمان و درمان این بیماران در حال اجرا است (۱۸). به دنبال فعال شدن کد سما، این بیماران به نزدیک ترین بیمارستان دارای امکانات مورد نظر منتقل می شوند که نیازمند صرف نیرو و زمان زیادی است. مطالعات محدودی در زمینه بررسی کارایی آن و مقایسه پیش آگهی بیماران قبل و پس از اجرایی شدن آن در مازندران، انجام شده است. در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی بابل انجام شد، نتایج نشان داد، اجرای پروتکل به روزرسانی شده و کاهش فواصل زمانی بحرانی، تقریباً منجر به سه برابر شدن میزان تجویز آلتپلاز داخل وریدی خواهد شد (۷). لذا، پژوهش فوق با هدف ارزیابی زمان سنجی خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در فعال سازی کد استروک، انجام شد تا به هنگامی خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، سرعت تشخیص به موقع و نیازهای بیماران را سنجیده و از عوارض بیماری و مرگ و میر این بیماران کاست.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) است و در بازه زمانی اول فروردین الی پایان اسفند ماه سال ۱۴۰۳ انجام شد. در این مطالعه، از اطلاعات مندرج در فرم استاندارد کشوری مربوط به ارسال مأموریت‌های مراکز حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور، برای استخراج داده‌ها استفاده شد. این مطالعه پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1403.486) انجام شد. ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد و داده‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی تحلیل گردید.

تمامی بیمارانی که با تشخیص سکته مغزی، در سامانه پایش مراقبت‌های درمانی بیمارستان (MCMC) بیمارستان‌های بلوک کد ۷۲۴ تابعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۴۰۳، پذیرفته شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. مراکز درمانی که دارای امکانات، تجهیزات و متخصص مغز و اعصاب (نورولوژی) جهت پذیرش بیماران با احتمال سکته مغزی می‌باشند تحت عنوان مراکز بلوک پذیرش دهنده کد سما (۷۲۴) تعریف و براساس مناطق شرق-مرکز و غرب استان تقسیم بندی شدند، به ترتیب در شرق استان بیمارستان خاتم الانبیاء بهشهر، مرکز استان بیمارستان بوعلی سینا ساری، بیمارستان تامین اجتماعی ولیعصر قائمشهر و غرب استان مرکز امام خمینی (ره) آمل و شهید رجایی تنکابن بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه بیماران پذیرفته شده به بیمارستان‌های بلوک کد ۷۲۴ با تشخیص سکته مغزی در سال ۱۴۰۳، سن بالای ۱۸ سال و معیار خروج از مطالعه پذیرش در خارج از بازه زمانی مورد بررسی شده بود. طبق اطلاعات موجود در سامانه، مشخصات دموگرافیک بیماران، علائم بالینی بیمار، نتیجه بستری بیمار با تشخیص سکته مغزی در مرکز ۷۲۴ بیمارستان، نوع انتقال بیمار به بیمارستان (وسیله شخصی، آمبولانس

اورژانس ۱۱۵، انتقال بین مراکز درمانی و ...)، میزان قند خون و فشار خون بدو ورود بیمار به بیمارستان، درمان با ترومبولیتیک (TPA) و علائم اولیه سکته مغزی از فرم مشخصات ثبت شده بیماران دچار سکته مغزی در سامانه سکته حاد مغزی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، استخراج و مورد بررسی قرار گرفت.

توصیف اطلاعات با استفاده از تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی و میانگین، انحراف معیار، میانه و دامنه بین چارکی برای متغیرهای کمی انجام شد. مقایسه متغیرهای کیفی در گروه‌ها با استفاده از آزمون کای دو و برای متغیرهای کمی با استفاده از آزمون‌های من-ویتنی و کروسکال والیس انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها و رسم نمودارها با استفاده از spss نسخه ۲۶ و نرم‌افزار R نسخه ۱-۴-۵ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

تعداد کل موارد ثبت شده به دنبال شکایت اولیه سکته مغزی، در حوزه اورژانس پیش بیمارستانی در سال ۱۴۰۳، ۵۸۲ نفر بودند، که از این تعداد ۳۲۸ نفر مرد (۵۷ درصد) و مابقی زن بودند. در بررسی ماموریت‌ها بر اساس سن افراد، کم‌ترین سن ۲۲ سال و بیش‌ترین سن ۱۰۰ سال گزارش شده بود. میانگین سن افراد $67/13 \pm 70/21$ سال و میانه سن برابر $62/80$ سال بود. بیش‌ترین تماس‌ها برای افراد در سنین ۷۰ تا ۸۰ سال بود. بر اساس اطلاعات استخراج شده از سامانه بیش از نیمی از درخواست‌ها احتمال سکته مغزی، ۱۸/۷ درصد به دلیل کاهش سطح هوشیاری و ۱۵/۳ درصد با سابقه فشارخون بالا بود. کم‌تر از ۶ درصد تماس‌ها به دلیل سایر علل شامل تشنج، برق‌گرفتگی، سردرد، کمر درد، درد شکمی، فشار عصبی، دیابت و ... بود. در تشخیص اولیه بیماری، ۶۸ درصد افراد سکته مغزی و ۲۶ درصد احتمال سکته مغزی تشخیص داده بودند و باقی افراد تشخیص احتمال سکته مغزی گذرا، کد سما، ضعف و بی‌حالی یا سایر علل داشتند.

ماموریت‌ها در کم‌تر از ۱۵ دقیقه و در ۷۵ درصد ماموریت‌ها در مدت زمان کم‌تر از ۲۰ دقیقه در محل حاضر بودند. کم‌ترین زمان رسیدن به محل ماموریت یک و نیم دقیقه و بیش‌ترین زمان ۸۶ دقیقه گزارش شد. مدت زمان تا پایان ماموریت به طور متوسط $45/99 \pm 85/91$ دقیقه محاسبه شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین مدت زمان تا رسیدن محل ماموریت در سال ۱۴۰۳

انحراف معیار ± میانگین	میانه [دامنه بین چارگی]	کم‌ترین زمان	بیش‌ترین زمان
مدت زمان تا رسیدن	$11/54 \pm 17/13$	۱/۴۷	۸۶/۶۸
مدت زمان تا پایان ماموریت	$45/99 \pm 85/91$	۲۴/۹۷	۴۲۸/۳۵

جدول شماره ۳: مدت زمان رسیدن و مدت زمان تا پایان ماموریت را به تفکیک زمان دریافت ماموریت و عنوان تشخیص نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: مدت زمان رسیدن و مدت زمان تا پایان ماموریت به تفکیک روزهای هفته در سال ۱۴۰۳

متغیر	گروه	مدت زمان تا رسیدن		مدت زمان تا پایان ماموریت			
		انحراف معیار ± میانگین	میانه [دامنه بین چارگی]	سطح معنی داری	انحراف معیار ± میانگین	میانه [دامنه بین چارگی]	
روزهای هفته	شنبه	$10/02 \pm 17/24$	(۱۱/۲۵ ± ۲۰/۷۱) ۱۴/۶۸	۰/۰۷۱	$39/96 \pm 82/84$	(۵۳/۶۱ ± ۹۸/۲) ۱۱/۱۷	
	یکشنبه	$8/69 \pm 15/58$	(۱۰/۶۸ ± ۱۷/۷۲) ۱۳/۵۳		$77/82 \pm 31/73$	(۵۶/۸۸ ± ۹۱/۱۵) ۶۸/۵	
	دوشنبه	$7/9 \pm 16/83$	(۱۲/۱۱ ± ۲۰/۲۵) ۱۵/۵۷		$57/95 \pm 95/71$	(۶۶/۷۸ ± ۱۰۲/۴) ۸۱/۸۳	
	سه شنبه	$7/8 \pm 15/07$	(۱۰/۱۵ ± ۱۷/۳۳) ۱۲/۹۷		$56/46 \pm 83/86$	(۵۴/۴۹ ± ۸۸/۰۷) ۷۲/۶۷	
	چهارشنبه	$12/17 \pm 14/74$	(۱۱/۱۸ ± ۱۹/۹۶) ۱۴/۸۲		$39/98 \pm 84/27$	(۶۰/۲۳ ± ۹۱/۸۷) ۷۴/۷۷	
	پنجشنبه	$19/22 \pm 21/98$	(۱۰/۹۸ ± ۲۲/۰۵) ۱۶/۰۶		$36/47 \pm 89/73$	(۶۴/۴۵ ± ۴۵/۱۰۹) ۷۷/۸۸	
	جمعه	$9/32 \pm 15/47$	(۱۰/۰۸ ± ۱۸/۰۵) ۱۲/۹۳		$48/07 \pm 85/48$	(۵۸/۰۲ ± ۱۰۰/۶۳) ۷۰/۳۵	
فصل	بهار	$15/06 \pm 18/41$	(۱۰/۵۴ ± ۱۸/۱۵) ۱۳/۸	۰/۸۸۴	$41/31 \pm 84/2$	(۵۷/۷۷ ± ۹۶/۳۴) ۷۳/۸۲	
	تابستان	$8/88 \pm 16/47$	(۱۱/۲۸ ± ۱۹/۵۸) ۱۴/۷۱		$51/17 \pm 6/57$	(۵۶/۹۸ ± ۹۸/۸۲) ۷۳/۵	
	پاییز	$6/73 \pm 15/49$	(۱۰/۲۸ ± ۱۸/۷۵) ۱۳/۸۷		$31/5 \pm 84/71$	(۶۲/۸۸ ± ۹۷/۴۸) ۷۸/۱۲	
	زمستان	$8/24 \pm 16/45$	(۱۱/۴۲ ± ۱۹/۱۳) ۱۴/۳۳		$52/76 \pm 9/45$	(۶۰/۵۶ ± ۱۰۶/۶۷) ۷۶/۰۳	
	سکه مغزی	$11/66 \pm 17/35$	(۱۰/۸۵ ± ۱۹/۰۸) ۱۴/۵۵		$44/18 \pm 84/96$	(۵۸/۹۱ ± ۹۷/۲۲) ۷۳/۸۳	
	عنوان تشخیص اولیه بیماری	احتمال سکه مغزی	$10/62 \pm 16/46$	(۱۰/۸۸ ± ۱۹/۱۸) ۱۳/۹۹	۰/۹۳	$51/82 \pm 88/54$	(۶۰/۲ ± ۱۰۱/۳۳) ۷۴/۶۶
	احتمال سکه مغزی گذرا	$24/45 \pm 23/18$	(۱۱/۵۲ ± ۱۹/۰۵) ۱۵/۳۲		$42/25 \pm 71/57$	(۴۲/۹۵ ± ۷۰/۴) ۶۲/۲۳	
سایر	$9/89 \pm 16/1$	(۱۱/۴۹ ± ۱۶/۵) ۱۳/۲۱		$37/34 \pm 88/2$	(۵۷/۲۹ ± ۱۲۴/۷۸) ۷۸/۱۲		
زمان دریافت ماموریت	نیمه شب	$14/29 \pm 18/55$	(۱۱/۶۳ ± ۱۸/۱۴) ۱۴/۷۱	۰/۰۹۷	$42/43 \pm 74/38$	(۵۳/۸۷ ± ۷۹/۱) ۶۴/۲۳	
	صبح	$10/74 \pm 15/73$	(۱۰/۱۸ ± ۱۷/۹۷) ۱۳/۱۸		$49/33 \pm 86/6$	(۵۹/۴۵ ± ۹۸/۰۷) ۷۳/۷۳	
	بعدازظهر	$11/41 \pm 17/99$	(۱۱/۲۴ ± ۱۹/۵۵) ۱۵/۰۵		$47/49 \pm 88/1$	(۶۲/۹ ± ۱۰۰/۴۵) ۷۷/۳	
	شب	$11/48 \pm 17/43$	(۱۰/۷۷ ± ۲۰/۹۸) ۱۴/۷۷		$41/22 \pm 88/16$	(۶۱/۵۳ ± ۱۰۴/۴۲) ۶۶/۵۸	
جنسیت	مرد	$10/3 \pm 16/5$	(۱۰ ± ۱۹) ۱۳/۵	۰/۰۶۷	$47 \pm 83/3$	(۵۶/۴ ± ۹۳/۶) ۷۲/۶	
	زن	$13/1 \pm 18/1$	(۱۱ ± ۱۹) ۱۵		$44/3 \pm 89/7$	(۶۲/۵ ± ۱۰۵/۷) ۶۴	

جدول شماره ۴: توصیف متغیرهای تحت بررسی به تفکیک نیمه اول و دوم سال ۱۴۰۳

متغیر	گروه	شش ماهه اول سال		شش ماهه دوم سال		آماره آزمون	سطح معنی داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
روزهای هفته	شنبه	۱۳۷/۶۲	۱۷/۶/۱۳	۳/۹۵ ^a	۰/۶۸۳		
	یکشنبه	۱۱/۸/۵۳	۱۳/۷/۱۸				
	دوشنبه	۱۴/۶/۶۶	۱۳/۱/۱۷				
	سه شنبه	۱۷/۳/۷۸	۱۶/۲/۲۱				
	چهارشنبه	۱۲/۶/۵۷	۱۵/۳/۲۰				
	پنجشنبه	۱۵/۷/۷۱	۱۰/۷/۱۴				
	جمعه	۱۴/۲/۶۴	۱۳/۷/۱۸				
عنوان تشخیص اولیه بیماری	سکته مغزی	۶۹/۸/۳۱۵	۶۲/۶/۸۲	۷۳/۶۱	<۰/۰۰۱		
	احتمال سکته مغزی	۲۸/۴/۱۲۸	۱۹/۱/۲۵				
	احتمال سکته مغزی گذرا	۱/۳/۶	۰/۸/۱				
	سایر	۰/۴/۲	۱۷/۶/۱۳				
زمان دریافت ماموریت	نیمه شب	۱۲/۶/۵۴	۱۱/۴/۱۴	۰/۹۶۱ ^b	۰/۸۱۱		
	صبح	۳۳/۲/۱۴۲	۳۷/۴/۱۶۶				
	بعدازظهر	۲۶/۶/۱۱۴	۲۳/۶/۱۲۹				
جنسیت	مرد	۵۷/۶/۲۶۰	۶۳/۴/۳۳	۱/۳۳ ^c	۰/۲۴۲		
	زن	۴۲/۴/۱۹۱	۳۶/۶/۱۶۸				
سن (میانگین [دامنه بین چارکی])		۶۲/۸۱/۷۲	۶۱/۷۸/۷۰	۱/۵۴ ^b	۰/۱۲۳		
مدت زمان تا رسیدن (میانگین [دامنه بین چارکی])		۱۰/۸۹ ± ۱۹/۰۱۲/۱۴/۲۹	۱۱/۱۷ ± ۱۹/۱۵/۱۴/۲۳	۰/۱۸	۰/۹۸۵		
مدت زمان تا پایان ماموریت (میانگین [دامنه بین چارکی])		۵۷/۶۷ ± ۹۸/۱۷/۳۳/۷۰	۶۲/۴۷ ± ۱۰/۲۷/۱۸	۱/۲۹ ^b	۰/۱۶۴		

a:Chi-square test; b:U Mann-Whitney test

ساری (۳۳ درصد)، امام خمینی (ره) آمل (۲۷ درصد)، رازی قائمشهر (۱۳ درصد)، طالقانی چالوس (۱۲ درصد)، خاتم الانبیاء بهشهر (۱۰ درصد)، امام سجاد رامسر (۸ درصد) بود. بیشترین اعزام بین بیمارستانی در شیفت شب (۴۲ درصد) بود. بیشترین اعزام‌های بین بیمارستانی بیماران نورولوژی از بیمارستان‌های تحت تابعه بلوک استان به ترتیب فراوانی از بیمارستان حاج عزیزی جویبار به بیمارستان بوعلی سینا ساری ۴۰ درصد، از بیمارستان شهدا محمودآباد به امام خمینی (ره) آمل ۵۶ درصد، از بیمارستان قائم کلاردشت به طالقانی چالوس ۵۴ درصد، از بیمارستان شهدا زیراب به رازی قائمشهر ۵۹ درصد، از بیمارستان امام خامنه‌ای عباس‌آباد به شهید رجایی تنکابن ۴۹ درصد و از بیمارستان امام حسین نکا به خاتم بهشهر ۳۶ درصد بود (نمودار شماره ۳).

در مقایسه نیمه اول و دوم سال، عنوان تشخیص ارتباط معنی داری با زمان ماموریت نشان داد. در شش ماهه اول سال تشخیص سکته مغزی، سکته مغزی گذرا و احتمال سکته مغزی به طور معنی داری بیش تر بود و کم تر از نیم درصد از ماموریت‌ها مربوط به سایر موارد بود، در حالی که در نیمه دوم سال بیش از ۱۷/۵ درصد از تشخیص‌ها مربوط به عواملی غیر از سکته مغزی بود. در بررسی اعزام بین مراکز درمانی از طریق سامانه مرکز پایش و مراقبت‌های درمانی (MCMC) (Medical Care Monitoring Conduction) بیمارستان‌های بلوک کد ۷۲۴ تابعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران، کل ارجاع بین مراکز درمانی نیازمند به سرویس نورولوژی در سال ۱۴۰۳، ۵۰۳ نفر بود. فراوانی پذیرش اعزام به بیمارستان منطقه بلوک شرق تا غرب استان، به ترتیب به بیمارستان‌های بوعلی سینا

سال ۲۰۰۳ این عدد ۶۸ سال گزارش شده بود (۲۰) که نشان دهنده کاهش میانگین سنی بیماران دچار سکته مغزی است (۸). ۳۲ درصد از بیماران سکته‌ای در مطالعه حاضر غیر سالمند (کم‌تر از ۶۵ سال) بودند. اگر چه سکته عمدتاً در سالمندان رخ می‌دهد، اما در کشورهای با درآمد کم و متوسط، سکته در جوانان نیز یک معضل است (۴). در مطالعه مظلوم و همکاران ذکر شده است که دلیل شیوع بالای سکته در سنین پایین‌تر در مشهد نامشخص است (۲۳). مشابه یافته‌های سایر مطالعات، میانگین سنی در مطالعه دانش‌فرد ۶۸ سال بود (۳، ۱۰، ۲۴). میزان بالای سکته در افراد غیر سالمند ممکن است به دلیل پیشگیری ناکافی از عوامل خطر سکته در جوانان و میانسالان در منطقه مورد مطالعه باشد. با این حال، در این مطالعه داده‌ای در مورد عوامل خطر سکته در بیماران جوان وجود نداشت، اما در مطالعه ابراهیمی راد مورد بیماران جوان سکته‌ای در مناطق شمال کشور، فشار خون بالا، سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی، اعتیاد (سیگار) و سوء مصرف مواد مهم‌ترین عوامل خطر سکته در جوانان بودند (۲۶). تشخیص زود هنگام و کنترل مداوم فشار خون بالا از طریق دارو درمانی با افرادی که سابقه فشار خون بالا دارند و کنترل آن، برای جلوگیری از بروز سکته مغزی ایسکمیک و خونریزی داخل مغزی حیاتی باشد. بیش‌تر بیماران سکته‌ای (۸۴ درصد) دچار سکته ایسکمیک (IS) بودند که زیر گروه ترومبوتیک (۵۲ درصد) شایع‌ترین نوع بود و این یافته با سایر مطالعات همخوانی داشت. در ایالات متحده، سالانه حدود ۷۸۰/۰۰۰ مورد سکته رخ می‌دهد که ۸۷ درصد آن‌ها ایسکمیک و ۱۳ درصد هموراژیک هستند (۲۸-۲۶). در حالی که در مطالعه امیری در ایران مراجعین سکته هموراژیک از مطالعه خارج شدند و مورد بررسی قرار نگرفتند (۵). در مطالعه دانش‌فرد در ایران نیز ۸۹ درصد موارد سکته، ایسکمیک بود (۳). این نتایج با مطالعه مبتنی بر جمعیت در مشهد و یافته‌های آذرپژوه قابل مقایسه است (۲۳). شیوع سکته هموراژیک (HS) در این مطالعه نسبت به مطالعه قلبی

کاهش یافته بود (۱۶ درصد در مقابل ۳۳ درصد) که ممکن است به دلیل درمان بهتر فشار خون بالا در جمعیت عمومی ایران در سال‌های اخیر باشد (۸). هم‌چنین می‌تواند ناشی از تشخیص بهتر این بیماری خاموش با بهبود سیاست‌های بهداشتی دولت و آموزش برای کنترل منظم فشار خون باشد. تفاوت در فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی، دیابت، سیگار و اعتیاد به مواد افیونی از نظر آماری معنی‌دار بود و در بیماران هموراژیک داخل مغزی (ICH) بیش‌تر مشاهده شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میزان بالایی از بیماری‌های زمینه‌ای در این بیماران وجود دارد و این ارتباط در بیماران ICH قوی‌تر بود. نتایج مطالعه نشان داد که فشار خون بالا (۷۳ درصد موارد) مهم‌ترین عامل خطر برای تمام زیر گروه‌های سکته بود. با این حال، نتایج مطالعه حاضر افزایش نرخ فشار خون و تغییر توزیع جنسیتی برخی عوامل خطر سکته در مقایسه با دهه گذشته را نشان داد (۸). در سکته هموراژیک، فشار خون بالا از نظر آماری معنادار بود و در بیماران ICH بیش‌تر دیده شد. فشار خون بالا و بیماری ایسکمیک قلبی در مردان شایع‌تر بود. در مطالعه وو، ۷۳ درصد بیماران فشار خون داشتند و این عامل به عنوان اولین علت سکته شناسایی شد (۴). هم‌چنین در مطالعه بداجی و خانی زاده نیز فشار خون بالا اولین عامل خطر سکته بود که با این مطالعه همخوانی دارد (۹، ۱۹، ۲۰). شیوع فشار خون بالا در این مطالعه نسبت به مطالعه قلبی افزایش یافته بود (۷۳ درصد در مقابل ۵۴ درصد) که ممکن است به دلیل شیوع چاقی و مصرف زیاد نمک در رژیم غذایی باشد (۸). بسیاری از بیماران، به ویژه افراد غیر سالمند، ممکن است از فشار خون بالای خود بی‌اطلاع باشند، بنابراین غربالگری فشار خون در مراکز بهداشتی ضروری است. دیابت و بیماری‌های قلبی به ترتیب دومین و سومین عوامل خطر سکته در این مطالعه بودند که مشابه مطالعه دانش‌فرد و مطالعه مرادیان است که دیابت را به عنوان دومین عامل خطر معرفی کرده بودند (۳، ۸). یکی دیگر از عوامل خطر ابتلا بروز سکته مغزی در مصرف

نتایج این مطالعه نشان داد که زمان انتقال بیماران با تشخیص سکتة مغزی توسط اورژانس پیش بیمارستانی و بین مراکز درمانی وضعیت قابل قبولی داشت. ولی توجه به بازنگری در پروتکل های موجود و آموزش کارکنان جهت بهینه سازی این فاصله زمانی به پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی توصیه می گردد. تقویت برنامه های آموزش همگانی چون ارائه آموزش های لازم در خصوص علائم سکتة مغزی و آگاه سازی آن، بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی چون افزایش تعداد مراکز درمانی مجهز و ارائه خدمات درمانی مناسب برای بیماران، توسعه برنامه های پیشگیری از سکتة مغزی چون توجه ویژه به گروه های پر خطر شامل افراد با سابقه دیابت، فشارخون مزمن به ویژه در گروه سالمندان و ارائه خدمات مقتضی به این گروه سنی و در نهایت، بهبود همکاری بین بخشی چون ایجاد همکاری بین بخش های مختلف مانند بهداشت، آموزش، سازمان های مردم نهاد برای آگاه سازی عموم ضروری است.

از محدودیت های مطالعه می توان گفت که مطالعه در یک منطقه واحد از شمال ایران انجام شد و تعمیم پذیری یافته ها را به سایر جمعیت ها محدود می کند. هم چنین عدم اطلاع از عوامل خطر مهم مانند، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سابقه بیماری های روانی و مصرف همزمان سایر موارد بر نتایج مطالعه تاثیر گذارند. از دیگر محدودیت های این مطالعه، بررسی در یک بازه زمانی خاص است، که ممکن است در یک بازه زمانی دیگر، یافته ها متفاوت باشد. هم چنین عدم تعیین شاخص های کمی ناشی از سکتة مغزی از قبیل میزان ناتوانی، سال های زندگی از دست رفته و هزینه سکتة از محدودیت های مطالعه فوق بود. از دیگر محدودیت های این مطالعه عدم تفکیک سکتة مغزی ایسکمیک یا هموراژیک توسط اورژانس پیش بیمارستانی بود. از نقاط قوت این مطالعه می توان به اندازه نمونه مناسب، استفاده از داده های دقیق ثبت شده در سیستم های اطلاعاتی بیمارستان ها و هم چنین شناسایی بیماران اعزام شده توسط اورژانس پیش بیمارستانی و اعزام بین مراکز درمانی اشاره

کنندگان دخیانیت و مواد مخدر به طور قابل توجهی بالاتر می باشد، به نحوی که خطر سکتة مغزی در میان این افراد ۴۲ درصد است. در مطالعه حاضر، اعتیاد به مواد افیونی نیز در بیماران ICH شایع تر بود، ۲۰ درصد موارد و ۸۲٫۸ درصد بیماران ICH میزان استعمال سیگار در بیماران سکتة ای ۲۵٫۲ درصد بود و ۸۶ درصد بیماران ICH سابقه سیگار کشیدن داشتند که مشابه مطالعه حسینی و مطالعه آهنگر در این منطقه است (۸، ۱۰). استعمال سیگار در ایران، آرژانتین و آمریکای لاتین شایع است (۱۰، ۲۱، ۲۷) اگر چه سیگار یک عامل خطر ثابت شده برای سکتة است، اما ارتباط آن با سکتة هموراژیک داخل مغزی (ICH) تأیید نشده است (۲۲). بدلیل تصورات غلطی که در مورد مواد اعتیاد آور وجود دارد، این است که با مصرف کردن آن ها اتفاق خاصی رخ نمی دهد. در حالی که با اعتیاد به این مواد آسیب های جدی به سیستم عصبی و مغزی وارد می شود (۲۷-۲۱). با این حال، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سیگار در بیماران ICH شایع تر از سایر انواع سکتة است. تا پایان هفته اول بستری، ۱۰ درصد از بیماران سکتة ای بابل (۷ درصد سالمندان و ۳ درصد غیر سالمندان) فوت کردند. پیش آگهی سکتة در این مطالعه بهتر از مطالعه علیجان آهنگر بود (۱۰ درصد در مقابل ۱۹/۲ درصد) (۸). اگر چه در این مرکز در طول مطالعه هیچ درمان ترومبولیتیک یا مداخله ای انجام نشد، میزان مرگ و میر انواع سکتة در هفته اول بستری مشابه سایر مطالعات بود (۱۰، ۲۵-۲۳، ۲۸). مطالعه حاضر نشان داد که در بیماران زیر ۴۰ سال هیچ مورد مرگی رخ نداد. نرخ ناتوانی در بازماندگان انواع سکتة در زمان ترخیص (به طور متوسط یک هفته پس از بستری) در ۴۸ مورد (۲۳ درصد) در حد متوسط بود. در مطالعه لوئنگو-فرناندز در بریتانیا نیز نرخ ناتوانی زودرس در ۲۳ درصد موارد متوسط گزارش شد (۲۶-۲۵). امیدواریم با اجرای درمان ترومبولیتیک در مراکز بلوک تحت پوشش پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران از سال ۲۰۱۶، میزان ناتوانی بیماران در سال های آینده کاهش یابد.

پزشکی که در گردآوری و جمع‌آوری اطلاعات، همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر و قدردانی نمایند. این مقاله با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است. تمامی نویسندگان در مراحل مختلف انجام مطالعه و تدوین مقاله، مشارکت فعال داشتند و نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

نمود. پیشنهاد می‌شود یک مطالعه اپیدمیولوژیک در سطح ملی برای بررسی بیماران با تشخیص کد سما در بازه زمانی طولانی‌تر، همراه با ارائه راهکارهای پیشگیری و درمانی توسط خبرگان انجام شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از همه همکاران مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، مرکز هدایت عملیات

References

- 1 Brunton L, Boaden R, Knowles S, Ashton C, Parry-Jones AR. Pre-hospital stroke recognition in a UK centralised stroke system: a qualitative evaluation of current practice. *Br Paramed J* 2019;4(1):31-39
- 2 Foroghi Ghomi Y, Hashemi Madani SS, Sharifipour E, Vahedian M, Zaheri MM. Effectiveness of the Attendance of Special Stroke Team on Time Interval between Admission of Patients with Acute Stroke to the Emergency Department and Start of Thrombolytic Therapy. *Journal of Iranian Society of Anesthesiology and Special Care*. 2021; 44(2 (114)): 24-32.
- 3 Daneshfard B, Izadi S, Shariat A, Toudaji MA, Beyzavi Z, Niknam L. Epidemiology of stroke in Shiraz, Iran. *Iran J Neurol* 2015;14(3):158-63.
- 4 Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019; 50(12): e344-e418 PMID: 31662037.
- 5- Asna Ashari Amiri M, Rezai M, Mohammadi F, Vaziri S, Tabibzadeh Dezfooli A. Accuracy of Prehospital Emergency Service in Activating Acute Stroke Code. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2023; 33(224): 163-169 (Persian).
- 6- Paul CL, Ryan A, Rose S, Attia JR, Kerr E, Koller C, et al. How can we improve stroke thrombolysis rates? A review of health system factors and approaches associated with thrombolysis administration rates in acute stroke care. *Implement Sci* 2015; 11(1): 51 PMID: 27059183.
- 7- Alijanpour S, Bahramnezhad F, Dehghan Nayeri N, & Aghamolki, S. F. H. (2025). An Iranian Comprehensive Code Stroke Management Program (ICSM); A Mixed-Methods Study Protocol: International Journal of Qualitative Methods.
- 8- Saadat P, Ahmadi Ahangar A, Khafri S, Kalantar M, Dariaie A. Rural-Urban Differences in Stroke Types, Risk Factors, Severity and Prognosis in Babol, Northern Iran. *Elderly Health Journal* 2018; 4(2): 68- 74.
- 9- Khanizade A, Khorasani-Zavareh D, Khodakarim S and et al. Survey and Comparison of Prehospital Time Intervals of Emergency Services for Stroke Patients in

- Arak City in 2017. *J Saf Promot Inj Prev.* 2020;8(2):65-74.
<http://journals.sbmu.ac.ir/spip>
- 10- GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol* 2024;23(10):973-1003 PMID: 39304265.
- 11- Borhani Haghighi A, Safari R, Heydari ST, Soleimani F, Sharifian M, Yektaparast Kashkuli S, et al, Hospital mortality associated with stroke in southern Iran. *Iranian journal of medical sciences* 2013; 38(4):314-320.
- 12- Hosseini AA, Sobhani-Rad D, Ghandehari K, Benamer HT. et al. Frequency and clinical patterns of stroke in Iran-Systematic and critical review. *BMC Neurol* 2010; 10(1): 72 PMID: 20731823.
- 13- Araújo DV, Teich V, Passos RB, Martins SC. Analysis of the cost-effectiveness of thrombolysis with alteplase in stroke. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1): 12-20 PMID: 20563521.
- 14- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (9): CD000197 PMID: 24026639.
- 15- Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brodt TG, Toni D, Grotta JC, et al, Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ecass, atlantis, ninds, and epithet trials. *Lancet* 2010; 375(9727): 1695-1703.
- 16- Pashapour A, Atalu A, Farhoudi M, Taheraghdam AA, Sadeghi Hokmabadi E, Sharifipour E, et al. Early and intermediate prognosis of intravenous thrombolytic therapy in acute ischemic stroke subtypes according to the causative classification of stroke system. *Pak J Med Sci* 2013; 29(1): 181-186 PMID: 24353536.
- 17- Badachi S, Mathew T, Prabhu A, Nadig R, Sarma GR. Hurdles in stroke thrombolysis: Experience from 100 consecutive ischemic stroke patients. *Ann Indian Acad Neurol* 2015; 18(4): 415-418 PMID: 26713013.
- 18- Kouchek M, Miri MM, Zahedi A, Nassiri A. Evaluation of the Knowledge of Prehospital Emergency Medical Services (EMS) Personnel in the Diagnosis of Stroke Patients. *Journal of Marine Medicine Spring* 2023; 5(1): Pages: 40-46.
- 19- Ashari Amiri A, Rezai A, Mohammadi F, Vaziri S, Tabibzadeh Dezfooli SA. Accuracy of prehospital emergency service in activating acute stroke code. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2023; 33 (224) :163-169.(persian)
- 20- Ahangar AA, Ashraf Vaghefi SB, Ramazani M. Epidemiological evaluation of stroke in Babol, northern Iran (2001–2003). *European Neurology*. 2005; 54(2): 93-7.
- 21- Patel MD, Brice JH, Moss C, Suchindran CM, Evenson KR, Rose KM, et al. An evaluation of emergency medical services stroke protocols and scene times. *Prehosp Emerg Care* 2014;18(1):15-21 PMID: 24028711.
- 22- Ghorbanpour Z, Hosseini SA, Osqueizadeh R, Jamali Sh, Pishyareh E, Fallah S. [Development and Validation of a single-item Scale to Screen Fear of Falling in Patients Experiencing Chronic Stroke (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2025;
- 23- Mazlom SR, Bahrami M, Hasanzadeh F, Ghandehari K. Effect of mirror therapy on walking ability in patients with stroke. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2015;22(2): 134-44. [In Persian]

- 24- Nagata I, Abe T, Nakata Y, Tamiya N. Factors related to prolonged on-scene time during ambulance transportation for critical emergency patients in a big city in Japan: a populationbased observational study. *BMJ Open* 2016;6(1):e009599 PMID: 26729386.
- 25- Ramon Luengo-Fernandez, Linxin Li, Louise Silve, Sergei Gutnikov, D, and Peter M, Long-Term Impact of Urgent Secondary Prevention After Transient Ischemic Attack and Minor Stroke: Ten-Year Follow-Up of the EXPRESS Study. 2021: 53(2).
- 26- Ebrahimi-Rad R, Jannat Alipoor Z, Saburi Amlashi M, Panjmini F, Fotokian Z, Nasiri M. Study the risk factors of ischemic and hemorrhagic stroke in patients hospitalized with diagnosis of stroke. *Quarterly Journal of Caspian Health and Aging* 2017; 2(1): 29-37.(Persian)
- 27- Moradian M J, Rastegarfar B, Fooladband F. Time Indicators of Pre-hospital Emergency Services in Stroke Patients of Fars/Iran. *Journal of Health Based Research* 2019; 5(2): 165-174.(persian).
- 28- Nepal G, Yadav JK, Basnet B, Shrestha TM, Kharel G, Ojha R. Status of prehospital delay and intravenous thrombolysis in the management of acute ischemic stroke in Nepal. *BMC Neurol* 2019; 19(1): 155 PMID: 31288770.