

بررسی علایم هشدار دهنده بیماران مبتلا به سکتة قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان

لیدا سلطانی^۱، سکینه سبزواری^۲، علی راوری^۳

مقاله پژوهشی

۱. کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات علوم و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال دوم، شماره ۳ و ۴، پاییز و زمستان ۱۳۹۲، صفحات ۱۱۴-۱۰۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماران در معرض خطر سکتة قلبی می‌توانند علایم هشدار دهنده‌ای مثل درد قفسه سینه، تنگی نفس، ضعف یا خستگی، تپش قلب، سنکوپ (Syncope) و شماری از شکایات نامشخص داشته باشند. شناسایی افرادی که علایم هشدار دهنده دارند، ضروری می‌باشد اما متأسفانه به ندرت شناخته و گزارش می‌شود. تشخیص سریع و اولویت‌بندی خطرات زودرس برای شناسایی افرادی که مداخله فوری نیاز دارند، مهم است و نتایج درمان را بهبود می‌بخشد. این پژوهش به منظور تعیین علایم هشدار دهنده قلبی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر بر روی ۱۷۵ بیمار مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد انجام گرفت. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری آسان از تیر ماه تا بهمن سال ۱۳۹۰ بررسی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته استفاده گردید که شامل بخش‌های اطلاعات دموگرافیک، عوامل خطرهای بیماری قلبی و علایم هشدار دهنده بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون کای دو و ضریب پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها: بیشتر بیماران مذکر (۷۶/۶ درصد) و میانسال (۵۳/۱ درصد) بودند. از ۱۷۵ بیمار مورد بررسی، ۱۳۲ نفر (۷۵/۴۰ درصد) دو هفته قبل از حادثه قلبی علایم هشدار دهنده داشتند و ۴۳ نفر (۲۴/۶۰ درصد) بدون علامت بودند. بیشترین علایم قلبی درد در ناحیه قفسه سینه، Epigaster (ناحیه فوقانی معده) و دست گزارش شد. از بین علایم گوارشی، تهوع و بی‌اشتهایی؛ از علایم تنفسی، تنگی نفس و از علایم عمومی خستگی، کاهش فعالیت‌های روزانه و تعریق بیشترین علایمی بودند که گزارش شدند. بین ویژگی‌های فردی و علایم هشدار دهنده ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بیشتر بیماران قلبی علایم هشدار دهنده را در روزهای قبل از حمله قلبی داشتند، ولی بیشتر آن‌ها توجهی به علایم نمودند و به مرکز درمانی مراجعه نکردند. از این رو افزایش سطح آگاهی عامه مردم با تأکید بر افراد در معرض خطر و با استفاده از رسانه‌ها مانند صدا و سیما توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: انفارکتوس میوکارد، علایم هشدار دهنده، بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

نویسنده مسؤول:

سکینه سبزواری
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

پست الکترونیک:
s_sabzevari@kmu.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۴/۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۲۵

مقدمه

پیشگیری اولیه و ثانویه توسط اعضای سیستم درمانی در کاهش عوارض و مرگ و میر بیماری‌های قلبی نقش مهمی دارد.^۱ تشخیص سریع و اولویت‌بندی خطرات زودرس بیماران با درد حاد قفسه سینه برای شناسایی افرادی که مداخله فوری نیاز دارند، مهم می‌باشد و نتایج درمان را بهبود می‌بخشد.^۲ افرادی که علایم و نشانه‌های سندرم حاد کرونری را تجربه می‌کنند، اغلب در جستجوی درمان تأخیر دارند.^۳ برخی بیماران مبتلا به سکتة قلبی، به طور تقریبی تا ۲ ساعت به دنبال

بیماری ایسکمیک قلب از جمله بیماری‌های قلبی کشنده است که اولین عامل مرگ در جهان محسوب می‌شود.^۱ طبق آمار انجمن قلب آمریکا (American heart association)، از هر سه نفر مبتلا به بیماری قلبی یک نفر دچار بیماری ایسکمیک می‌باشد.^۲ بر اساس گزارش‌های موجود بیماری قلبی-عروقی با شیوع بالای ۳۵ درصد، اولین عامل مرگ در ایران است.^۳ سندرم حاد کرونری شامل احساس ناراحتی مبهم در قفسه سینه تا بروز سکتة قلبی و شوک کاردیوژنیک می‌باشد.^۴ بررسی‌ها نشان داده‌اند که اقدامات

جدی سکت قلبی پیشگیری نماید.^{۱۲} از این رو ضروری به نظر می‌رسد که در کنار پرداختن به علایم حاد حمله قلبی، به علایم هشدار دهنده نیز توجه گردد. متأسفانه اکثر افراد از علایم هشدار دهنده اطلاعی ندارند و آن‌ها را جدی تلقی نمی‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع و نقش مهم علایم هشدار دهنده در پیشگیری از حملات قلبی و یا وسیع‌تر شدن آن و از طرف دیگر مطالعات محدودی که در این زمینه انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی علایم هشدار دهنده حملات قلبی بیماران مبتلا به سکت قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بود. نمونه پژوهش بر اساس مطالعه‌ای که در نروژ انجام شده است در صورتی که شیوع علایم هشدار دهنده ۸۰ درصد باشد^{۱۵} و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه و با توجه به شرایط حذف و شمول، تعداد ۱۷۵ نفر بود که با روش نمونه‌گیری آسان از تیر ماه تا بهمن سال ۱۳۹۰ از بین بیماران مبتلا به سکت حاد قلبی در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب^(ع) رفسنجان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص انفارکتوس میوکارد (تغییرات نوار قلب، بالا رفتن آنزیم‌های قلبی و علایم بالینی) و قادر بودن بیمار به ارتباط کلامی و معیارهای خروج فوت بیمار و عدم برقراری ارتباط کلامی بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته‌شده مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول خصوصیات دموگرافیک و بخش دوم نیز عوامل خطرزای بیماری قلبی، علایم هشدار دهنده (قلبی، گوارشی و تنفسی) و نحوه پاسخ بیمار به علایم مذکور را بررسی کرد. ابزار پژوهش بر اساس بررسی متون و پژوهش‌های قبلی انجام شده تدوین گردید.^{۸،۱۲،۱۴،۱۵}

روایی پرسش‌نامه با استفاده از روایی محتوا انجام گرفت. پرسش‌نامه به ۱۰ نفر شامل پزشک متخصص قلب و عروق (۳ نفر)، پرستاران بالینی باتجربه (۳ نفر) و اعضای هیأت علمی پرستاری (۴ نفر) داده شد و نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال گردید. پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ تعیین شد که ضریب کل آلفای حاصل شده ۰/۹۲ به دست آمد. به منظور افزایش صحت اطلاعات، پرسش‌نامه از طریق مصاحبه بر بالین بیمار ۷۲ ساعت بعد از پذیرش و زمانی که وضعیت بالینی تثبیت می‌شد توسط نویسنده اول تکمیل می‌گردید. سعی شد در ساعاتی داده‌ها جمع‌آوری شوند که بیمار آمادگی داشته باشد و به طور کامل قادر به همکاری باشد. ملاحظات اخلاقی معمول در پژوهش‌ها مدنظر قرار گرفت؛ بدین صورت که با ارایه معرفی‌نامه به بیمارستان‌های علی بن ابیطالب^(ع) رفسنجان و کسب اجازه از مسؤولین، جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. شرکت در پژوهش برای بیماران آزاد بود و هر زمان که می‌خواستند می‌توانستند پژوهش را ترک کنند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که پرسش‌نامه‌ها بدون اسم می‌باشد و از اطلاعات حاصل شده فقط در راستای اهداف تحقیق استفاده می‌شود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸

درمان نمی‌روند و از دهه‌های گذشته این روند وجود داشته است.^۵ تأخیر در جستجوی درمان بعد از وقوع علایم اولیه بیماران انفارکتوس قلبی، باعث افزایش میزان مرگ و میر می‌شود. مداخله پزشکی سریع، رکن اصلی درمان موفق بیماران سندرم حاد کرونری می‌باشد.^۸ شروع سریع درمان پس از بروز علایم اولیه حاد سکت قلبی (ترومبولیتیک درمانی و آنژیوپلاستی اولیه) باعث محدود شدن وسعت ضایعه میوکارد و کاهش خطر مرگ بیمار می‌گردد.^۹ هدف از کاربرد داروهای حل‌کننده لخته خون در بیماران انفارکتوس، برقراری سریع، کامل و پایدار مجدد جریان خون کرونر در منطقه آسیب‌دیده است.^{۱۱} زمان مؤثر جهت آنژیوپلاستی اولیه در بیماران انفارکتوس حاد، ۹۰ دقیقه اول می‌باشد.^{۱۱}

علایم هشدار دهنده به عنوان آئزین قبل از سکت قلبی و علایم یک فرایند ایسکمیک پیش از حادثه حاد قلبی تعریف می‌شود.^{۱۲} بیماری‌هایی که دارای علامت هشدار دهنده درد قفسه سینه هستند، مرگ و میر کمتری در مدت بستری در بیمارستان دارند.^{۱۳} شناخت نشانه‌های هشدار دهنده قبل از سکت قلبی اهمیت بسیاری دارد. طبق بررسی‌های گوناگون، ۵۰ درصد بیماران به طور متناوب قبل از انفارکتوس تاریخچه‌ای از درد قفسه سینه داشته‌اند.^{۱۲} در مطالعه‌ای که بر روی زنان اسپانیایی انجام شد، بیش از ۹۵ درصد آن‌ها قبل از حمله قلبی علایم هشدار دهنده داشته‌اند.^{۱۴} علایم هشدار دهنده شامل مجموعه‌ای از علایم قلبی [درد قفسه سینه، درد دست‌ها و درد Epigaster (ناحیه فوقانی معده)، درد پشت و...] و علایم عمومی (تعریق، تهوع، استفراغ، خستگی، اختلالات خواب و...) می‌باشند.^{۱۵}

بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد ممکن است علایم هشدار دهنده را هفته‌ها یا ماه‌ها قبل از حادثه قلبی تجربه کنند.^{۱۶} درد قلبی علامت اصلی در بیماران انفارکتوس قلبی است که علاوه بر آن، علایم هشدار دهنده قلبی نیز وجود دارند.^{۱۷} این علایم قبل از بروز انفارکتوس میوکارد ایجاد می‌شوند و بعد از آن ناپدید می‌گردند، همچنین شدت متفاوت دارند و به طور متناوب تکرار می‌گردند.^{۱۴} بیماران در معرض خطر انفارکتوس قلبی می‌توانند علایم هشدار دهنده‌ای مثل درد قفسه سینه، تنگی نفس، ضعف یا خستگی، تپش قلب، سنکوپ (Syncope) و شماری از شکایات نامشخص داشته باشند.^{۱۸} شناسایی افرادی که علایم هشدار دهنده دارند ضروری می‌باشد، اما متأسفانه به ندرت شناخته و گزارش می‌شوند.^{۱۵} مطالعات متفاوتی گزارش کرده‌اند که ۷۸-۹۰ درصد بیماران زن دچار انفارکتوس میوکارد، حداقل یک علامت هشدار دهنده را روزانه یا چند بار در هفته برای مدت یک ماه یا بیشتر قبل از حادثه قلبی تجربه کرده‌اند.^{۱۲} در برخی مطالعات از اختلالات خواب به عنوان علامت شایع نام برده شده است.^{۱۴} نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند که ایسکمی‌های موقت قبل از سکت قلبی باعث به تعویق انداختن پیشرفت این بیماری می‌شوند.^{۱۹}

علایم هشدار دهنده متنوعی در بسیاری از بیماران سکت قلبی گزارش شده است که توجه به این علایم، راهی برای تشخیص و درمان سریع‌تر و در نتیجه پیشگیری یا ممانعت از پیشرفت بیماری می‌باشد^{۱۵} و شناخت زودرس نشانه‌های هشدار دهنده می‌تواند علت مراجعه سریع‌تر بیمار باشد و از عوارض

از ۱۷۵ نفر بیماران مورد بررسی، ۱۳۲ نفر (۷۵/۴۰ درصد) علایم هشدار دهنده را دو هفته قبل از حادثه قلبی داشتند و ۴۳ نفر (۲۴/۶۰ درصد) بدون علایم بودند. ۵۱ نفر (۳۸/۶۰ درصد) برای علایم هشدار دهنده به مطب، کلینیک یا بیمارستان مراجعه نموده بودند و ۸۱ نفر (۶۱/۴۰ درصد) مراجعه نکرده بودند.

زمان وقوع علایم هشدار دهنده ۷ نفر (۴ درصد) در صبح زود (۴-۷ صبح)، ۴۲ نفر (۲۴ درصد) در صبح (۷-۱۲)، ۵ نفر (۲/۹ درصد) در ظهر (ساعت ۱۴-۱۲)، در ۳۴ نفر از بیماران (۱۹/۴ درصد) در بعدازظهر (ساعت ۱۹-۱۴) و ۴۴ نفر (۲۵/۱۰ درصد) در شب (۴-۱۹) بود. از نظر تکرار علایم هشدار دهنده در اکثر بیماران (۷۶/۵۱ درصد) به طور روزانه و بیشترین علایم هشدار دهنده هنگام فعالیت بوده است (۵۵/۳ درصد).

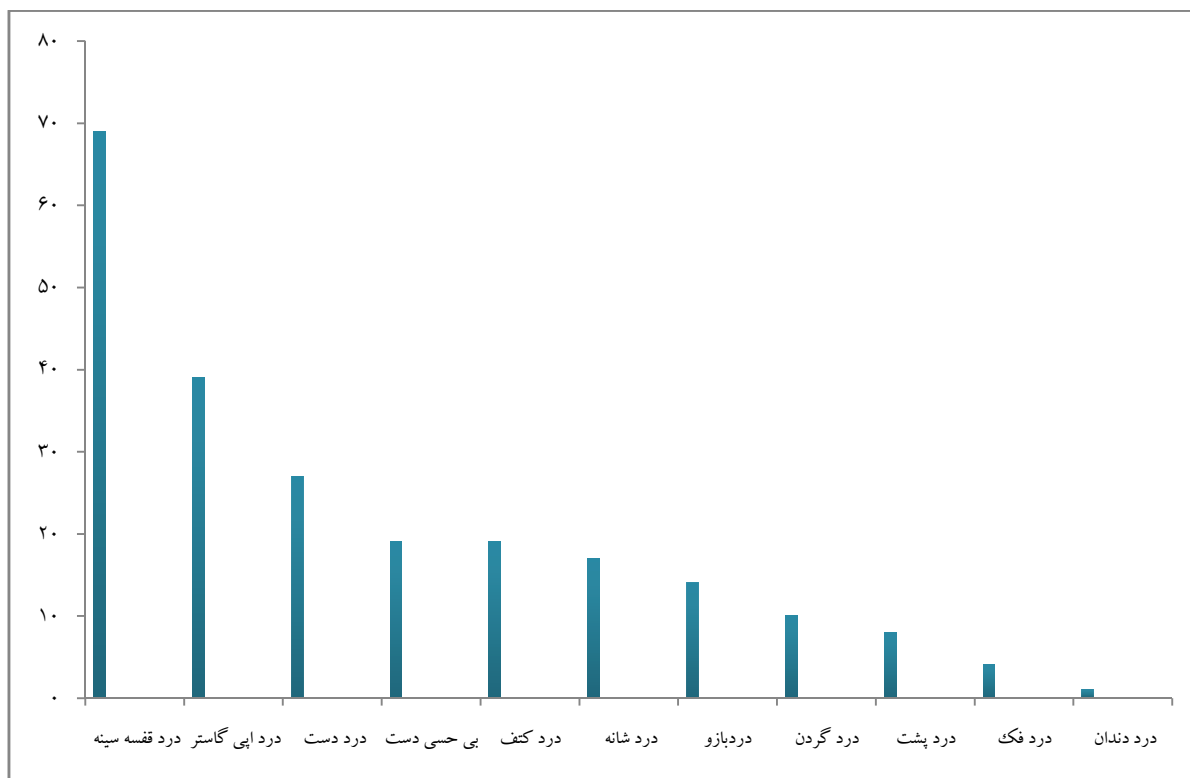
در این مطالعه علایم هشدار دهنده در قالب علایم قلبی، گوارشی، تنفسی و عمومی مورد بررسی قرار گرفت. بیشترین علایم قلبی درد قفسه سینه، قسمت فوقانی معده و دست گزارش شد (نمودار ۱). از بین علایم گوارشی، تهوع و بی‌اشتهایی بیشترین علایم بودند (نمودار ۲). از علایم تنفسی، تنگی نفس و از علایم عمومی خستگی، کاهش فعالیت‌های روزانه و تعریق بیشترین علایمی بودند که گزارش شدند (نمودار ۳ و جدول ۱). آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون بین ویژگی‌های فردی نمونه مورد بررسی و علایم هشدار دهنده هیچ گونه ارتباط آماری معنی‌داری را نشان نداد ($P > 0.05$).

آمار توصیفی (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی ساده و درصد) برای اطلاعات دموگرافیک، عوامل خطرزا و علایم هشدار دهنده مورد استفاده قرار گرفت. همچنین از آمار تحلیلی، آزمون کای دو و ضریب پیرسون جهت سنجش ارتباط بین علایم هشدار دهنده و متغیرهای فردی استفاده شد.

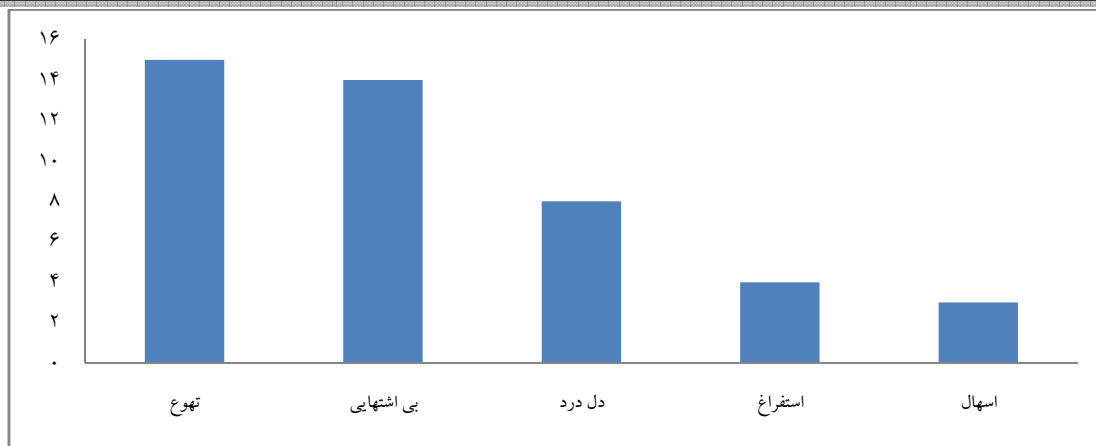
یافته‌ها

نتایج در رابطه با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که اکثر بیماران (۵۳/۱۰ درصد) میانسال و در بازه سنی ۴۶-۶۵ سال بودند و بعد از آن افراد مسن (۳۱/۴۰ درصد) در بازه سنی ۶۶ سال به بالا بیشترین فراوانی را داشتند و کمترین فراوانی مربوط به افراد ۲۹-۴۵ سال بود. میانگین سن بیماران 59.34 ± 12.76 سال و بیشتر آنان مذکر (۷۶/۶۰ درصد) بودند. در رابطه با شاخص توده بدنی، ۵۰/۳۰ درصد بین ۲۰-۲۵ قرار داشتند و ۸۰ درصد نیز ذکر کردند که در شش ماه اخیر فعالیت ورزشی نداشتند.

در مورد عوامل خطرزا، ۵۷ نفر دارای دیابت (۳۲/۶۰ درصد)، ۶۹ نفر دارای فشار خون بالا (۳۹/۴۰ درصد) و ۵۴ نفر دارای چربی خون بالا (۳۰/۹۰ درصد) بودند. ۷۱ نفر مصرف سیگار داشتند (۴۰/۶۰ درصد)، ۶۹ نفر دارای اعتیاد به مواد مخدر بودند (۳۹/۴۰ درصد)، ۵۴ نفر دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی داشتند (۳۰/۹۰ درصد) و ۴۶ نفر دارای سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بودند (۲۶/۳۰ درصد).



نمودار ۱: توزیع فراوانی علایم قلبی هشدار دهنده مملات قلبی در بیماران



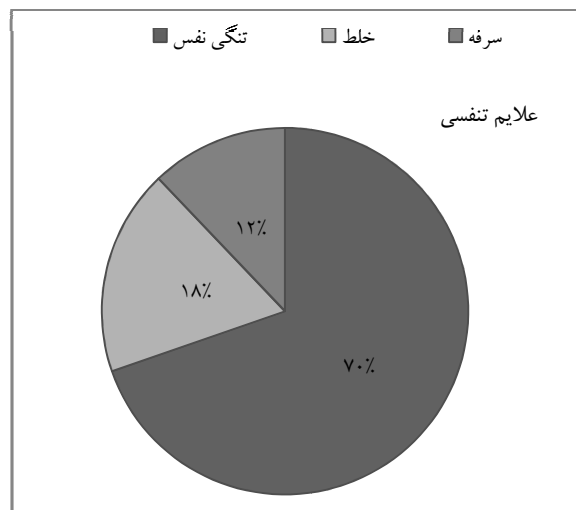
نمودار ۲: توزیع فراوانی علائم هشدار دهنده مملات قلبی در بیماران

علائم بیماری‌های قلبی آگاهی نداشتند. از کل بیماران شرکت کننده در مطالعه، ۷۵/۴ درصد علائم هشدار دهنده را دو هفته قبل از شروع حمله قلبی تجربه کرده بودند. مطالعه‌ای در نروژ توسط Lovlien و همکاران انجام شد که ۸۰ درصد بیماران علائم هشدار دهنده را قبل از شروع نشانه‌های انفارکتوس میوکارد داشته‌اند.^{۱۵}

شایع‌ترین علامت هشدار دهنده در زمینه علائم اختصاصی قلبی، درد قفسه سینه و پس از آن درد ناحیه فوقانی معده بود که مشابه نتایج مطالعه Hwang و همکاران در کره می‌باشد. در این مطالعه ۵۳/۵۰ درصد بیماران علائم هشدار دهنده را ۶۰ روز قبل از حادثه قلبی داشتند و درد قفسه سینه و درد ناحیه فوقانی معده بیشترین فراوانی (۳۴/۵ درصد) را داشته‌اند.^{۱۲} در مطالعه Lovlien و همکاران، علامت هشدار دهنده درد قفسه سینه ۴۵ درصد گزارش شد که بیشترین علامت بود،^{۱۵} اما نتایج تحقیق McSweeney و همکاران نشان داد که ۹۵ بیمار دارای علائم هشدار دهنده بودند و شایع‌ترین علامت خستگی (۷۳ درصد)، بعد از آن اختلالات خواب (۵۰ درصد) و درد قفسه سینه (۳۷/۷ درصد) گزارش شد.^{۱۴}

علائم عمومی هشدار دهنده مهم در مطالعه حاضر، خستگی غیر معمول و کاهش فعالیت‌های روزانه بود. بر اساس نتایج مطالعه Hwang و همکاران، علامت خستگی ۸/۳ درصد و ضعف عمومی ۵/۵ درصد می‌باشد،^{۱۲} ولی در مطالعه Lovlien و همکاران علامت هشدار دهنده خستگی در بیماران ۶۲ درصد گزارش شده است.^{۱۵} علت احتمالی مغایرت نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت ویژگی‌های فردی بین دو جامعه از جمله تحصیلات باشد. در ضمن لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر چون در مورد علائم از دو هفته قبل سؤال می‌شد ممکن است فراموش کرده باشند یا به دلیل سایر مشکلات جسمی این علائم را مربوط به مشکلاتی از قبیل آرتروز و ... بدانند و به آن توجهی نکنند.

نتایج نشان داد که بیش از یک چهارم بیماران علائم هشدار دهنده گوارشی را به صورت «تهوع» داشتند. Hwang و همکاران، در تحقیق خود علائم هشدار دهنده گوارشی را ۲۳/۴ درصد گزارش نمودند^{۱۲} که نزدیک



نمودار ۳: درصد علائم تنفسی هشدار دهنده مملات قلبی در بیماران

جدول ۱: توزیع فراوانی علائم عمومی هشدار دهنده علائم قلبی در بیماران

علائم	فراوانی	درصد
خستگی غیر معمول	۵۲	۱۸/۹۷
کاهش فعالیت‌های روزانه	۴۲	۱۵/۳۲
تعریق	۴۰	۱۴/۵۹
ضعف و بی‌حالی	۳۹	۱۴/۲۴
کج خلقی	۳۲	۱۱/۶۸
اختلالات خواب	۲۷	۹/۸۶
احساس غمگینی	۲۱	۷/۶۷
اضطراب	۲۱	۷/۶۷
جمع	۲۷۴	۱۰۰

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد، بیماران مورد مطالعه قبل از حمله قلبی علائمی را تجربه کردند، ولی به آن‌ها توجهی نداشتند و اکثر آن‌ها در مورد

می‌باشد.^{۱۱} از این رو بالا بودن شاخص توده بدنی در نمونه حاضر با توجه به کم تحرکی که به آن پرداخته شد، دور از انتظار نیست.

بر اساس نتایج به دست آمده، بیشترین عامل خطرزای قلبی در بیماران مورد مطالعه مصرف سیگار و بعد از آن اعتیاد به مواد مخدر بود. Black و Hawke گزارش کردند که سیگار کشیدن خطر سکته قلبی را در مردان ۳ برابر و در زنان ۲ برابر افزایش می‌دهد و از عوامل خطرزای قابل تعدیل محسوب می‌شود.^{۱۲} Cecil (به نقل از Goldman و Schafer) می‌گوید: مصرف سیگار تأثیرات نامطلوبی بر میزان چربی، فاکتورهای انعقاد خون و عملکرد پلاکت دارد و خطر بیماری قلبی - عروقی را ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد. قطع استعمال سیگار خطر وقایع کرونری را در عرض ۲-۱ سال بعد تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهد.^{۱۳}

بیشتر بیماران دارای سابقه فشار خون بالا، دیابت و چربی خون بالا بودند. فشار خون بالا، چربی خون بالا و دیابت از عوامل خطر ساز قابل تعدیل بیماری‌های قلبی - عروقی می‌باشند و باعث تشدید فرایند آترواسکلروزیس (تصلب شرایین) می‌شوند. خطر بیماری قلبی متناسب با افزایش میزان فشار خون افزایش می‌یابد و درمان متناسب فشار خون بالا از خطر بیماری قلبی - عروقی می‌کاهد. بالا بودن درازمدت فشار خون موجب سفت و سخت شدن دیواره عروق گشته، در نتیجه منجر به جراحی عروقی و التهاب لایه داخلی شریان‌ها می‌شود.^{۱۴، ۱۵}

یافته‌ها نشان داد، یک سوم بیماران سابقه خانوادگی بیماری قلبی و یک چهارم سابقه بستری قلبی در بخش مراقبت‌های ویژه به علت بیماری قلبی را داشتند. ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در مردان با سابقه خانوادگی ابتلا در بستگان درجه اول در سن ۵۵ سالگی و برای زنان سن ۶۵ سال یا کمتر، تاریخچه مثبت خانوادگی به حساب می‌آید. سابقه خانوادگی گرفتگی زودرس عروق قلبی، خطر تصلب شرایین را در فرد افزایش می‌دهد که احتمال دارد در نتیجه عوامل محیطی (مانند عادات غذایی و مصرف سیگار) و استعداد ژنتیکی باشد.^{۱۶}

در رابطه با پاسخ‌های بیماران به علایم هشدار دهنده انفارکتوس میوکارد، ۳۸/۶ درصد افرادی که علایم هشدار دهنده داشتند به کلینیک یا بیمارستان مراجعه نموده بودند و ۶۰/۴۰ درصد آن‌ها جهت علایم هشدار دهنده مراجعه نکردند و منتظر بهبودی خود به خودی مانده یا خوددرمانی و یا اقدامات دیگری داشتند. تحقیقی که توسط Hwang و همکاران انجام شد، نشان داد که ۴۰ درصد افرادی که علایم هشدار دهنده داشتند به کلینیک یا بیمارستان مراجعه کرده‌اند و ۶۰ درصد مراجعه نکرده‌اند^{۱۷} که مشابه نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. بیشترین زمان وقوع علایم هشدار دهنده بیماران قلبی، هنگام شب (یک چهارم افراد) و کمترین زمان هنگام ظهر بوده است. تکرار علایم هشدار دهنده بیشتر به صورت روزانه بود و بیشتر علایم هشدار دهنده بیماران در وضعیت فعالیت ایجاد می‌شد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، خستگی بیمار بود که برای کنترل آن سعی شد جمع‌آوری داده‌ها در ساعاتی انجام شود که بیمار قادر به

به نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. ۱۸/۸ درصد بیماران علایم هشدار دهنده تنفسی را تجربه کرده بودند و این نتایج به مطالعه Hwang و همکاران که در آن علایم هشدار دهنده تنفسی بیماران ۲۰ درصد بود، نزدیک است.^{۱۸} در زمینه علایم تنفسی بیشترین علامت مشاهده شده «تنگی نفس» بود. در مطالعه Lovlien و همکاران علامت هشدار دهنده تنگی نفس به میزان ۳۳ درصد گزارش شد؛^{۱۹} در حالی که در مطالعه McSweeney و همکاران بر روی بیماران زن مبتلا به سکته قلبی، علامت تنگی نفس ۴۵ درصد بود.^{۲۰} دلیل احتمالی این مغایرت می‌تواند مربوط به نوع جمع‌آوری داده‌ها و گزارش آن در این زمینه باشد. چرا که در مطالعات نام برده، درصد علایم در کل و در مقایسه با سایر علایم مطرح شده است؛ در حالی که در پژوهش حاضر درصد عنوان شده مربوط به علایم تنفسی تجربه شده در ۳۳ مورد از بیمارانی است که علایم تنفسی را گزارش کرده‌اند.

در این مطالعه میانگین سن بیماران $59/34 \pm 12/76$ سال بود. Brunner (به نقل از O'Connell و همکاران) گزارش کرد که برای مردان سن بیشتر از ۴۵ سال و برای زنان سن بیشتر از ۵۵ سال، عامل خطرزای غیر قابل تعدیل بیماری قلبی است. بالا رفتن سن یک عامل خطر جهت بیماری قلبی - عروقی می‌باشد.^{۲۱} Cecil (به نقل از Goldman و Schafer) اعتقاد دارد که میزان شیوع بیماری شریان کرونر با افزایش سن بیشتر می‌شود. در تمام سنین میزان شیوع در مردان بیشتر از زنان است. به طور متوسط، تظاهرات بالینی بیماری قلبی - عروقی در مردان ۱۰ سال زودتر از زنان بروز می‌کند.^{۲۲} نتایج نشان داد که بیشتر بیماران مذکر بودند. شیوع بیماری قلبی در جنس مذکر بیشتر از مؤنث (قبل از یائسگی) است.^{۲۳} پس از یائسگی، میزان خطر در زنان با سرعت بیشتری افزایش می‌یابد. پیش از یائسگی، نسبت بالاتر HDL (High-density lipoprotein) باعث شیوع کمتر بیماری‌های قلبی - عروقی در زنان می‌شود.^{۲۴} از این رو مشاهده علایم قلبی در گروه سنی مذکور در پژوهش حاضر دور از انتظار نیست.

نزدیک به نیمی از بیماران مورد مطالعه بی‌سواد بودند که علت آن می‌تواند با توجه به محل سکونت آنان ناشی از عدم توجه به سوادآموزی در سال‌های قبل از انقلاب به ویژه در مناطق محروم باشد. اکثریت بیماران بازنشسته بودند که با توجه به سن آن‌ها قابل توجیه است. طبق نتایج حاصل از پژوهش، ۸۰ درصد بیماران سابقه فعالیت ورزشی در شش ماه قبل از بستری را نداشتند. Black و Hawke بر این عقیده‌اند که انجام ورزش‌های هوازی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی بسیار مؤثر است و در افرادی که ورزش می‌کنند، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی کاهش می‌یابد.^{۲۵} از این رو با توجه به کم تحرکی گروه مورد مطالعه، بروز مشکلات و بیماری‌های قلبی دور از انتظار نیست. شاخص توده بدنی در نیمی از بیماران مورد مطالعه بالای ۲۵ بود؛ در حالی که محدوده طبیعی شاخص توده بدنی ۱۸/۵-۲۴/۹ می‌باشد.^{۲۶} چاقی یکی از عوامل خطر ساز قابل اصلاح مستقل بیماری قلبی - عروقی است و توزیع چربی بدن مهم می‌باشد؛ به طوری که در مردان و زنان چاق، چاقی شکمی عامل خطر بسیار مهمی برای بیماری شریان کرونر

زمینه ارسال پیام‌های بهداشتی از طریق صدا و سیما بیشتر صورت بگیرد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

لیدا سلطانی: جمع‌آوری داده‌ها و همکاری در تدوین مقاله
سکینه سبزواری: هماهنگی جهت اجرای طرح و تدوین و تأیید نهایی مقاله
علی راوری: همکاری در اجرای طرح، تجزیه و تحلیل داده‌ها و مشارکت در تدوین مقاله.

سپاسگزاری

نویسندگان از مسؤولین بیمارستان علی‌بن‌ابیطالب^(ع) رفسنجان و پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه قلب و شرکت کنندگان در پژوهش که امکان مطالعه حاضر را فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که با شماره ۱۸۵ در تاریخ ۹۱/۳/۱۰ ثبت شده است.

References

- Vaccarino V, Badimon L, Corti R, De Wit C, Dorobantu M, Hall A, et al. Ischaemic heart disease in women: are there sex differences in pathophysiology and risk factors? *Cardiovasc Res* 2011; 90(1): 9-17.
- Chughtai H, Ratner D, Pozo M, Crouchman JA, Niedz B, Merwin R, et al. Prehospital delay and its impact on time to treatment in ST-elevation myocardial infarction. *Am J Emerg Med* 2011; 29(4): 396-400.
- Jafari H, Shafipour V, Mokhtarpour R, Rhanama N, Esmaeili R, Nasiri E. Study of some risk factors and accelerating factors of heart attack and the delay reasons in referring to the Mazandaran Cardiac Center in 2009. *J Mazand Univ Med Sci* 2009; 19(37): 69-74. [In Persian].
- Scirica BM. Acute coronary syndrome: emerging tools for diagnosis and risk assessment. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55(14): 1403-15.
- Yeh RW, Sidney S, Chandra M, Sorel M, Selby JV, Go AS. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2010; 362(23): 2155-65.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea F, Falk V, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008; 29(23): 2909-45.
- Dracup K, McKinley S, Riegel B, Moser DK, Meischke H, Doering LV, et al. A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2(6): 524-32.
- Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8(1): 26-33.
- Ladwig KH, Meisinger C, Hymer H, Wolf K, Heier M, Von SW, et al. Sex and age specific time patterns and long term time trends of pre-hospital delay of patients presenting with acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2011; 152(3): 350-5.
- Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction: implications when selecting a reperfusion strategy. *Circulation* 2006; 114(19): 2019-25.
- Ellis SG, Tendera M, de Belder MA, van Boven AJ, Widimsky P, Janssens L, et al. Facilitated PCI in patients with ST-elevation myocardial infarction. *N Engl J Med* 2008; 358(21): 2205-17.
- Hwang SY, Zerwic JJ, Jeong MH. Impact of prodromal symptoms on prehospital delay in patients with first-time acute myocardial infarction in Korea. *J Cardiovasc Nurs* 2011; 26(3): 194-201.
- Ishihara M, Inoue I, Kawagoe T, Shimatani Y, Kurisu S, Hata T, et al. Ischaemic preconditioning effect of prodromal angina pectoris is lost in patients with prior myocardial infarction. *Heart* 2006; 92(7): 973-4.
- McSweeney JC, Cleves MA, Zhao W, Lefler LL, Yang S. Cluster analysis of women's prodromal and acute myocardial infarction symptoms by race and other characteristics. *J Cardiovasc Nurs* 2010; 25(4): 311-22.
- Lovlien M, Johansson I, Hole T, Schei B. Early warning signs of an acute myocardial infarction and their influence on symptoms during the acute phase, with comparisons by gender. *Gend Med* 2009; 6(3): 444-53.
- Graham MM, Westerhout CM, Kaul P, Norris CM,

- Armstrong PW. Sex differences in patients seeking medical attention for prodromal symptoms before an acute coronary event. *Am Heart J* 2008; 156(6): 1210-6.
17. Moshrefi Moghadam H, Kazemi T, Besharati Moghadam F. Prodromal symptoms in myocardial infarction. *Iranian Journal of Epidemiology. Iran J Epidemiol* 2008; 4(2): 1-6. [In Persian].
 18. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2011.
 19. Maruhashi T, Ishihara M, Inoue I, Kawagoe T, Shimatani Y, Kurisu S, et al. Effect of prodromal angina pectoris on the infarct progression in patients with first ST-elevation acute myocardial infarction. *Circ J* 2010; 74(8): 1651-7.
 20. O'Connell Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
 21. Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2011.
 22. Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier; 2009.
 23. Longo DDL. Harrison's principles of internal medicine. Philadelphia, PA: McGraw-Hill Medical; 2011.

The prodromal symptoms in patients with myocardial infarction in cardiac care unit of Rafsanjan Alieben Abitaleb Hospital

Lida Soltani¹, Sakineh Sabzevari², Ali Ravari³

1. MSc of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
2. Assistant Professor of Nursing, Neuroscience Research Center of Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2013; 2(3,4): 107-114

ABSTRACT

Background and Objective: Patients with risk of myocardial infarction (MI) has prodromal signs like chest pain, dyspnea, fatigue or restlessness, tachycardia, syncope, and other informal signs. Recognizing the patients with prodromal signs is necessary, but determined rarely. Early diagnosis is important for emergency intervention and treatment results. This study was a descriptive-analytical study to determine the prodromal symptoms in patients with MI in cardiac care unit (CCU) of Imam Ali Ibn Abi Talib hospital in 2012 in Rafsanjan, Iran.

Materials and Method: The subjects included 175 patients with acute myocardial infarction and selected in simple manner. For data collection (from July 2012 to February 2013) questionnaire was used, which included demographic data, risk factors for heart disease, and prodromal symptoms. For data analysis descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency distribution and percentage) and chi-square test and Pearson coefficient were used.

Results: According to the results, the majority of patients were males (76.6%) and middle-aged (53.1). Of 175 study subjects, 132 (75.4%) had warning sign two weeks before the cardiac event and 43 (24.6%) were without symptoms. The most common cardiac signs were chest, epigastria, and hand pain, in gastric signs loss of appetite, vomiting, in respiratory signs, dyspnea and in systemic signs exhaustion, decrease of daily activity and perspiration. There was no significant difference between the demographic variables and prodromal symptoms ($P > 0.05$).

Conclusion: The majority patients in the days before a heart attack have warning symptoms; most of them did not pay attention to the signs and did not refer to medical centers. Those who had warning signs, after acute myocardial infarction symptoms, were admitted to the hospital later. So increasing population knowledge via mass media is recommended.

Keywords: *Myocardial infarction, prodromal symptoms, cardiac care unit*

Correspondence:

Sakineh Sabzevari
Kerman University of
Medical Sciences

Email:

s_sabzevari@kmu.ac.ir

Received: 28/6/2013

Accepted: 16/9/2013

Please cite this article as: Soltani L, Sabzevari S, Ravari A. The prodromal symptoms in patients with myocardial infarction in cardiac care unit of Rafsanjan Alieben Abitaleb Hospital. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2013; 2(3,4): 107-114.