

مقایسه الگوی درد و نوع انفارکتوس در بیماران مبتلا به سکته قلبی با و بدون دیابت

طاهره توفیقیان*؛ سعید فقیه**؛ حمیدرضا بهنام***؛ دکتر علی همدانچی****

چکیده

سابقه و هدف: انفارکتوس میوکارد یکی از علل شایع مرگ و میر در دنیا می‌باشد. در این بیماران شایع‌ترین شکایت درد است، اما این درد همیشه وجود ندارد. وقوع سکته قلبی بدون درد در بیماران مبتلا به دیابت مشاهده شده است. عقیده بر این است که به علت نروپاتی اتونوم، بروز انفارکتوس میوکارد بدون درد یا با درد کم در دیابتی‌ها احتمال بیشتری دارد. در نتیجه این بیماران بیشتر در بیمارستان بستری می‌شوند و تحت انجام آزمایش‌های تشخیصی بیشتری قرار می‌گیرند، اما آیا اینکه بیماران دیابتی در مقایسه با بیماران غیردیابتی مبتلا به سکته قلبی، دارای علائم مشابهی هستند یا خیر، هنوز به صورت مبهم باقی مانده است؛ لذا این پژوهش به منظور بررسی و تعیین الگوی درد قلبی و نوع انفارکتوس در بیماران مبتلا به سکته قلبی با و بدون دیابت انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی تحلیلی که در بخش‌های اورژانس قلب بیمارستان امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد انجام گردید، ۴۰ بیمار دیابتی و ۷۰ بیمار غیردیابتی مبتلا به سکته قلبی به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله برگه انتخاب نمونه، برگه مشخصات فردی، برگه ثبت مشخصات درد، برگه ثبت یافته‌های الکتروکاردیوگرام و آزمایشگاهی، مقیاس عددی درد، پرسشنامه منتخب مک‌گیل ملزاک و دستگاه الکتروکاردیوگرام جمع‌آوری شد و مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که دو گروه از نظر سن ($P = ۰/۲۶$) و سابقه فامیلی مثبت ($P = ۰/۶۳$) اختلاف آماری معناداری نداشتند. بیشتر بیماران دیابتی را زنان تشکیل می‌دادند (۵۵٪ زنان در مقابل ۴۵٪ مردان، $P < ۰/۰۰۰۱$). شدت درد ($۷/۷۳ \pm ۲/۷۱$ در مقابل $۶/۵۰ \pm ۰/۳۷$) و مدت درد ($۲۵۰/۸۹ \pm ۱۴۸/۹۸$ در مقابل $۲۳۸/۵۰ \pm ۹۷/۳۵$) ($P = ۰/۹۹$) در افراد دیابتی کمتر از افراد غیردیابتی بود، اما این اختلاف معنادار نبود. دو گروه از نظر محل و انتشار درد، علائم همراه، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده درد و نوع انفارکتوس تفاوت آماری معناداری نداشتند. در هر دو گروه انفارکتوس نوع تحتانی شیوع بیشتری داشت.

بحث: بر مبنای یافته‌های این تحقیق، احتمالاً تظاهرات بالینی و الگوی درد قلبی بیماران دیابتی مبتلا به سکته قلبی مشابه بیماران غیردیابتی مبتلا به سکته قلبی می‌باشد؛ بنابراین به نظر می‌رسد این بیماران نیاز به بستری شدن و انجام آزمایش‌های تشخیصی بیشتر و ارزیابی‌های متفاوت ندارند. انجام مطالعات بعدی در این خصوص پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: انفارکتوس میوکارد، بیماری دیابت، درد قلبی «دریافت: ۸۴/۱۱/۱۶ پذیرش: ۸۵/۱۱/۳»

*کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی سبزوار **کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامائی مشهد

***متخصص قلب و عروق، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*عهده‌دار مکاتبات: سبزوار، دانشکده علوم پزشکی سبزوار، تلفن: ۰۵۷۱-۲۶۵۱۳۰۱-۹ Email: tofighiyan260@yahoo.com

مقدمه

خطر بروز این بیماری‌ها ۲ تا ۴ برابر در دیابتی‌ها بیشتر و ۷۵ تا ۸۰ درصد علت مرگ را در آنان تشکیل می‌دهد که ۲۰٪ علت مرگ‌ها ناشی از سکته قلبی می‌باشد (۵ و ۸). Zaliunas در مطالعه خود به این نتیجه رسید که تقریباً نیمی از بیماران دیابتی در معرض خطر سکته قلبی هستند (۹). از دیگر عوارض دیابت، نوروپاتی‌ها یا احتمال درگیری دستگاه عصبی می‌باشد. نوروپاتی اتونوم سبب مختل شدن حس درد احشایی و کاهش حساسیت نسبت به دردهایی می‌شود که به دنبال کاهش خون‌رسانی (ایسکمیک) ایجاد می‌شوند (۱۰ و ۱۱). این مفهوم سبب‌شده پزشکان در پذیرش و معاینه این بیماران حساسیت و دقت بیشتری داشته باشند، اما آیا اینکه این بیماران در مقایسه با افراد غیردیابتی مبتلا به سکته قلبی دارای علائم مشابهی هستند یا خیر، هنوز به صورت مبهم باقی مانده است، لذا بر پایه همین فرض مطالعات متعددی توسط محققین در مورد الگوی درد قلبی در این بیماران انجام شده تا مشخص کند آیا خصوصیات و علائم انفارکتوس حاد میوکارد در بیماران دیابتی و غیردیابتی متفاوت است یا خیر که تحقیقات نیز نتایج متفاوتی را نشان داده است (۱۲-۱۵).

با عنایت به مطالب ذکر شده این پژوهش با هدف "مقایسه الگوی درد در بیماران مبتلا به سکته قلبی با و بدون دیابت" انجام گرفته است. از آنجا که یکی از عوامل مؤثر بر شدت درد قلبی، نوع سکته قلبی است؛ لذا پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی دو گروه بیماران از لحاظ نوع سکته قلبی نیز بپردازند.

انفارکتوس میوکارد^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که اغلب مردم کشورهای دنیا به آن مبتلا هستند. در آمریکا سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر دچار انفارکتوس قلبی می‌شوند (۱). بررسی‌ها نشان‌داد نسبت مرگ و میرهای قلبی عروقی در کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه از جمله کشور ما ۲۵-۴۵ درصد می‌باشد (۲). براساس اطلاعات گرفته شده از مرکز آمار و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۳۳/۲ درصد از کل مرگ و میرها در خراسان در سال ۱۳۸۲ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی بوده است (۳). در این بیماران درد شایع‌ترین شکایت می‌باشد (۴) که شناسایی کامل آن براساس کمیت، کیفیت، دفعات، محل، مدت، انتشار، عوامل تشدیدکننده و عوامل تسکین‌دهنده می‌باشد (۵). اگرچه درد شایع‌ترین شکایت است، ۱۵-۲۵ درصد از انفارکتوس‌های قلبی بدون درد می‌باشند (۶). همچنین سکته قلبی با درد مختصر و قابل تحمل به فراوانی دیده می‌شود. در بیماران دیابتی این موارد مشاهده شده است (۷).

دیابت بیماری مزمنی است که ۱۰۰-۱۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند (۸). طبق آخرین آمار منتشر شده در کتاب سیمای سلامت، میزان شیوع دیابت در ایران در سال، ۲/۹/۸۱ درصد در شهر و ۱/۲ درصد در روستا و در استان خراسان ۹/۶ درصد در شهر و ۰/۵ درصد در روستا بوده است (۳). دیابت ملیتوس سبب بروز عوارض عمده‌ای در بیماران می‌شود. یکی از عوارض عمده دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در روی ۴۰ بیمار دیابتی و ۷۰ بیمار غیردیابتی مبتلا به سکنه قلبی که از تیر تا بهمن ۱۳۸۲ در بخش اورژانس قلب بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) شهر مشهد با تشخیص انفارکتوس میوکارد بستری شده بودند، انجام گردید. روش نمونه‌گیری به صورت غیراحتمالی در دسترس و مبتنی بر هدف بوده است. افرادی که در آن‌ها تشخیص انفارکتوس میوکارد با توجه به علائم بالینی و تغییرات الکتروکاردیوگرام و میزان آنزیم‌های قلبی و طبق نظر پزشک مسجل می‌گردید، جزو واحدهای پژوهش قرار می‌گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل برگه انتخاب نمونه، برگه ثبت مشخصات فردی، برگه ثبت مشخصات درد (شدت، مدت، محل، انتشار، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده درد)، مقیاس عددی درد^۱، پرسشنامه منتخب مک-ملزاک^۲، برگه ثبت یافته‌های الکتروکاردیوگرام، یافته‌های آزمایشگاهی و علائم حیاتی و دستگاه الکتروکاردیوگرام بود. برای تعیین روایی برگه‌های پژوهشگر ساخته از روایی محتوا و برای تایید اعتبار علمی آن‌ها از پایایی هم‌ارز استفاده گردید. مقیاس عددی درد و پرسشنامه منتخب مک - ملزاک ابزاری استاندارد بوده و اعتماد و اعتبار آن مورد قبول است (۱۶). به منظور تعیین نوع انفارکتوس، از دستگاه الکتروکاردیوگرام با مارک BTL-08NT ساخت انگلستان و SCHILLER ساخت سوئیس استفاده گردید که دستگاه‌های مورد استفاده همگی در دوره‌های ضمانت

بودند. این دستگاه ابزاری مناسب برای ثبت تغییرات الکتروکاردیوگرام می‌باشد. همچنین هر روز صبح قبل از استفاده دستگاه کنترل می‌شد. پژوهشگران با مراجعه به محیط پژوهش، ابتدا برای بیمارانی که با تشخیص احتمالی سکنه قلبی به بخش مراجعه می‌کردند، برگه مصاحبه شماره یک را تکمیل می‌نمودند. در صورتی که بیمار واجد شرایط انتخاب در پژوهش بود، برگه مصاحبه شماره ۳ برای وی تکمیل می‌گردید که شدت درد بیمار با مقیاس عددی درد قبل از هر گونه اقدام درمانی و در عرض چند ثانیه اندازه‌گیری می‌گردید؛ بدین صورت که ابتدا برای بیمار توضیح داده می‌شد که عدد صفر به معنای عدم وجود درد و عدد ده به معنای درد غیرقابل تحمل می‌باشد. سپس از وی خواسته می‌شد که نمره‌ای را به درد خود بدهد. برای تعیین محل درد از بیمار خواسته می‌شد، محل درد را روی آدمک ترسیم شده علامت بزند یا آن را در روی بدن خود نشان دهد. سپس توسط پژوهشگر در روی شکل علامت زده می‌شد. برای تعیین مدت، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده سؤالات مرتبط از بیمار پرسیده و در برگه مورد نظر علامت زده می‌شد. برای تعیین نوع سکنه قلبی در ابتدای ورود، روز دوم و سوم از بیمار ECG گرفته می‌شد و نتیجه تفسیری که پزشک در مورد نوع سکنه از روی نوار قلبی داشت و همچنین مقادیر آزمایشگاهی آنزیم‌های قلبی و قند خون ناشتا و علائم حیاتی بدو ورود در برگه مشاهده شماره ۲ ثبت می‌گردید. بعد از انجام مداخلات تسکینی و بهبود وضعیت بحرانی بیمار، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

تأثیر جنس در الگوی درد در دو گروه معنادار نشد. یافته‌ها نشان داد که بر اساس آزمون مجذور کای، دو گروه از نظر وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه بستری در بیمارستان، علت بستری، سابقه بستری در بخش‌های قلب و سابقه فامیلی مثبت بیماری‌های قلبی همگن می‌باشند.

یافته‌های پژوهش در ارتباط با شدت درد نشان داد که ۲۵ درصد افراد دیابتی و ۴/۳ درصد افراد غیردیابتی در هنگام مراجعه هیچ دردی نداشتند (نمره صفر) که با علایمی نظیر تنگی نفس و سوزش سر دل مراجعه کرده بودند. همچنین ۳۷/۵ درصد افراد دیابتی و ۳۷/۱ درصد افراد غیردیابتی درد غیرقابل تحمل داشتند. میانگین شدت درد در افراد دیابتی کمتر از غیردیابتی‌ها بود، اما نتایج آزمون من ویتنی‌یو نشان داد که این تفاوت معنادار نیست ($P = ۰/۳۷$) (جدول ۱).

یافته‌های پژوهش در خصوص مدت درد نشان داد طول مدت درد در افراد دیابتی با بیشترین فراوانی (۳۰ درصد) ۱۸۰ - ۱۲۱ دقیقه و در افراد غیردیابتی با بیشترین فراوانی (۲۸/۴٪) بیش از ۳۰۰ دقیقه بود. میانگین مدت درد در افراد دیابتی کمتر از غیردیابتی بود، اما آزمون من ویتنی‌یو نشان داد که تفاوت مشاهده شده معنادار نمی‌باشد ($P = ۰/۹۹۱$) (جدول ۲).

نتایج آزمون مجذور کای نشان داد بین دو گروه از لحاظ محل درد تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. در ۹۰ درصد افراد دیابتی و ۹۷ درصد افراد غیردیابتی با بیشترین فراوانی محل درد در پشت جناق سینه بود ($P = ۰/۱۵$) و در ۹۳/۳ درصد افراد دیابتی و ۸۹/۶ درصد افراد غیردیابتی درد انتشار داشت ($P = ۰/۴۳$).

و برگه مصاحبه شماره ۲ توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، آزمون تی، من ویتنی‌یو، کروسکال والیس، ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج نشان داد ۵۵ درصد افراد دیابتی و ۴۴/۳ درصد افراد غیردیابتی با بیشترین فراوانی، سن بالاتر از ۶۰ سال داشتند. نتایج آزمون آماری تی نشان داد دو گروه از نظر میانگین سنی همگن هستند ($P = ۰/۰۷۳$). حداقل سن در افراد دیابتی بین ۴۹-۴۰ و حداکثر ۷۰ سال و بیشتر بود.

۵۵ درصد افراد دیابتی و ۲۰ درصد افراد غیردیابتی را زنان تشکیل می‌دادند، در حالی که ۴۵ درصد افراد دیابتی و ۸۰ درصد افراد غیردیابتی را مردان تشکیل می‌دادند. نتیجه آزمون آماری مجذور کای حاکی از معنادار بودن این ارتباط بود ($P < ۰/۰۰۰۱$). در بررسی تأثیر جنس در الگوی درد، نتایج نشان داد که ۲۲ درصد زنان و ۶/۸ درصد مردان در ابتدای ورود دردی نداشته‌اند و در ۳۹ درصد زنان و ۱۶ درصد مردان دردشان کمتر از ۲۰ دقیقه طول کشیده است. نتایج آزمون من ویتنی‌یو نشان داد که اختلاف‌های مشاهده شده معنادار نمی‌باشد ($P = ۰/۴۳$).

همچنین نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه زنان و مردان از نظر محل، انتشار، عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده درد همگن هستند. به منظور مشخص شدن اثر متغیر جنس بر الگوی درد در دو گروه دیابتی و غیردیابتی از مدل رگرسیون لجستیک و رتبه‌ای استفاده گردید که

۲۷/۵ درصد افراد دیابتی و ۱۵/۷ درصد افراد غیردیابتی به دنبال خوردن غذای سنگین، ۱۰ درصد افراد دیابتی و ۱۴/۳ درصد افراد غیردیابتی به دنبال عصبانیت، ۵ درصد افراد دیابتی به دنبال کشیدن سیگار و ۲/۹ درصد افراد غیردیابتی به دنبال قرار گرفتن در معرض هوای سرد دچار درد قلبی شده‌اند. آزمون مجذور کای اختلاف آماری

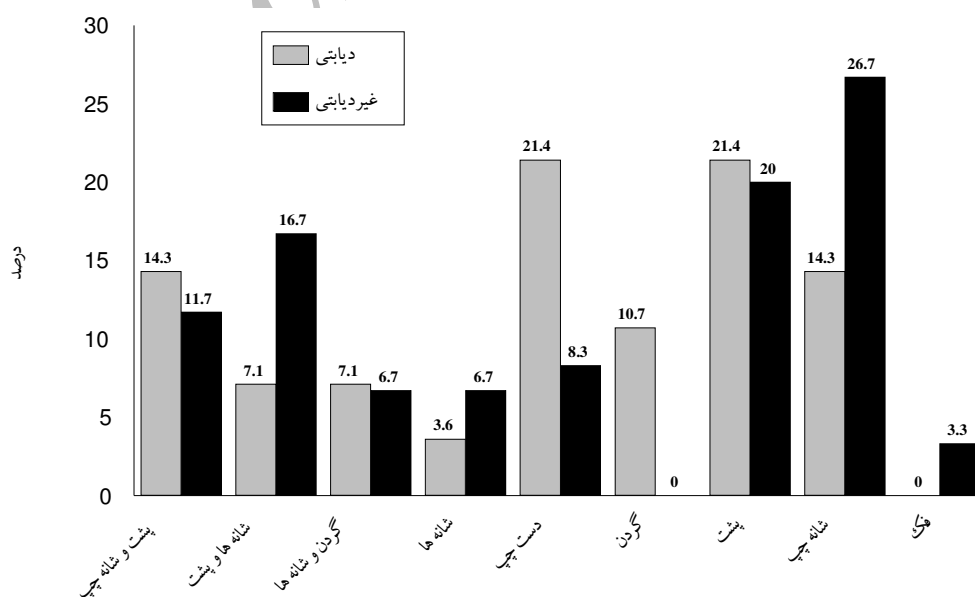
نتایج آزمون مجذور کای نشان‌داد بین دو گروه از لحاظ محل انتشار درد تفاوت آماری معناداری وجود ندارد (NS) (نمودار ۱) نتایج پژوهش نشان‌داد که در ارتباط با عوامل تشدیدکننده و تسکین دهنده درد قلبی، ۳۰ درصد افراد دیابتی و ۲۸/۶ درصد افراد غیردیابتی به دنبال فعالیت،

جدول ۱- مقایسه میانگین و میانگین رتبه‌ای شدت درد در دو گروه مورد پژوهش

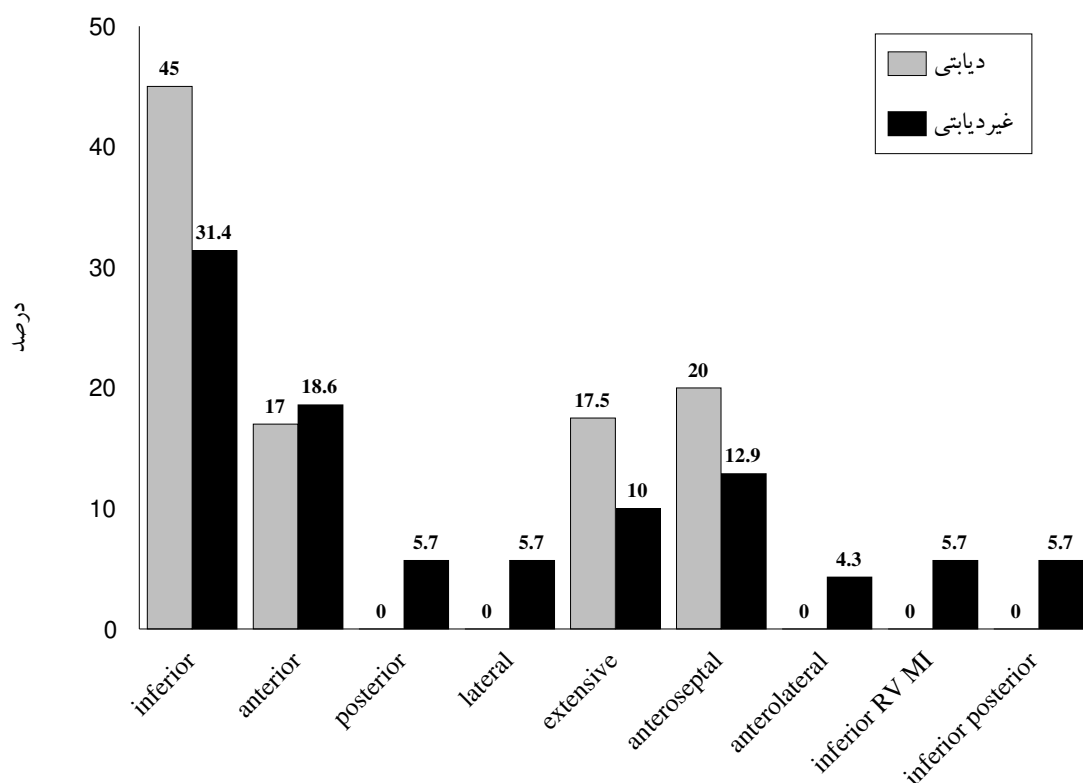
متغیر	دیابتی	غیردیابتی	نتیجه آزمون من ویتنی
تعداد	۴۰	۷۰	
شدت درد	$6/50 \pm 4/11$	$7/73 \pm 2/71$	۰/۳۷
میانگین رتبه‌ای	۵۲/۰۱	۵۷/۴۹	

جدول ۲- مقایسه میانگین و میانگین رتبه‌ای مدت درد در دو گروه مورد پژوهش

متغیر	دیابتی	غیردیابتی	نتیجه آزمون من ویتنی
تعداد	۳۰	۶۷	
شدت درد	$238/50 \pm 97/35$	$250/89 \pm 148/98$	۰/۹۹۱
میانگین رتبه‌ای	۴۹/۰۵	۴۸/۹۸	



نمودار ۱- توزیع فراوانی نسبی بیماران مبتلا به سکته قلبی برحسب محل انتشار درد در دو گروه دیابتی و غیردیابتی



نمودار ۲- توزیع فراوانی نسبی بیماران مبتلا به سکته قلبی بر حسب نوع انفارکتوس در دو گروه دیابتی و غیردیابتی

معناداری نداشتند و همگن بودند ($P=0/07$) (نمودار ۲).

بحث

نتایج پژوهش نشان داد بیشتر بیماران دیابتی را زنان تشکیل می دهند. Beers و Berkow می نویسند: شیوع اختلالات عروق کرونر در زنان دیابتی نسبت به زنان غیردیابتی بیشتر و امید به زندگی کمتر است (۱۷). Elsa Giardinal می گوید: حملات قلبی ۱۵۰ درصد در زنان دیابتی نسبت به زنان غیردیابتی بیشتر و شدیدتر است و زنان دیابتی نسبت به مردان دیابتی در معرض خطر بیشتری برای بیماری های قلبی عروقی هستند (۱۸). نتایج نشان داد که شدت درد در افراد دیابتی کمتر از افراد دیابتی بوده است، اما دو گروه از نظر میانگین شدت

معناداری را بین دو گروه از نظر عوامل تشدیدکننده نشان نداد (NS). در ۷۶/۷ درصد افراد دیابتی و ۷۴/۶ درصد افراد غیردیابتی، استراحت در روی درد اثری نداشت و در ۴۰/۶ درصد افراد دیابتی و ۵۳/۷ درصد افراد غیردیابتی به رغم مصرف پرل TNG، درد آنها تسکین نیافته بود و به بیمارستان مراجعه کرده بودند. نتایج آزمون مجذورکای تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه از لحاظ تأثیر استراحت و مصرف پرل TNG نشان نداد.

یافته های پژوهش نشان داد ۴۵ درصد افراد دیابتی و ۳۱/۴ درصد افراد غیردیابتی با بیشترین فراوانی مبتلا به انفارکتوس تحتانی بودند. نتیجه آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه از نظر نوع انفارکتوس اختلاف

که انتشار درد در بیش از نیمی از بیماران دو گروه دیابتی و غیردیابتی مبتلا به سکتة قلبی اتفاق می‌افتد و تفاوتی در انتشار و محل انتشار درد در دو گروه وجود ندارد (۱۹ و ۲۰). Richman و همکاران بیان کردند که محل درد در دو گروه بیماران دیابتی و غیردیابتی مبتلا به سکتة قلبی تفاوت آماری معناداری ندارد ($P = ۰/۶۵$) (۱۵). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مذکور هم‌خوانی دارد.

نتایج پژوهش اختلاف آماری معناداری را بین دو گروه از نظر عوامل تشدیدکننده و تسکین‌دهنده درد نشان‌نداد. در ارتباط با نتایج مربوط به این ویژگی نتایج مشابهی در پژوهش‌های در دسترس موجود نبود. درد ناشی از انفارکتوس میوکارد در هر زمان و مکانی می‌تواند اتفاق بیفتد. زمان‌ها یا حالات خاصی وجود دارند که بیشتر سبب پیدایش درد می‌شوند که این موارد شامل: فعالیت، عصبانیت، قرارگرفتن در معرض سرما. صرف غذای سنگین، دویدن، بالارفتن از پله، اضطراب حین کار، بحث و دعوا، کشیدن سیگار، بلندکردن اجسام سنگین و مقاربت جنسی می‌شود. این درد معمولاً با مصرف نیتروگلیسرین و استراحت برطرف نمی‌شود (۱).

دو گروه بیماران مورد مطالعه از نظر نوع انفارکتوس اختلاف معناداری نداشتند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش Nilsen، Lopez و Raman هم‌خوانی دارد. Raman در مطالعه خود با عنوان "بررسی انفارکتوس میوکارد در بیماران دیابتی" به این نتیجه رسید که دو گروه بیماران دیابتی و غیردیابتی از نظر محل انفارکتوس با هم تفاوت ندارند. وی دلیل آن را یکسان‌بودن روند

درد اختلاف آماری معناداری نداشتند. Kentsch نیز در مطالعه خود نشان‌داد میانگین شدت درد در دو گروه بیماران دیابتی و غیردیابتی تفاوت آماری معناداری ندارد (۱۹) که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. Richman و همکاران نیز در مطالعه خود نشان‌دادند که دو گروه از نظر شدت درد تفاوتی ندارند و عدم وجود درد در ۸ درصد دیابتی‌ها و ۴ درصد غیردیابتی‌ها نیز مشاهده گردید ($P = ۰/۳۰$) (۱۵). Nilsen در مقایسه مصرف آنالژزیک‌ها در بیماران دیابتی مبتلا به سکتة قلبی حاد نشان داد که شدت درد در افراد دیابتی کمتر از افراد غیردیابتی مبتلا به سکتة قلبی است (۱۴). اختلاف نتیجه دو پژوهش ممکن است به دلیل تفاوت در روش پژوهش و روش سنجش شدت درد باشد. در مطالعه Nilsen شدت درد به‌طور غیرمستقیم از طریق میانگین تعداد تزریق اپیوردها تعیین گردید، درحالی‌که در مطالعه حاضر شدت درد به‌وسیله مقیاس عددی درد اندازه‌گیری می‌شد.

دو گروه دیابتی و غیردیابتی از نظر میانگین مدت درد تفاوت معناداری نداشتند. Lopez و همکاران نیز در مطالعه خود نشان‌دادند که طول مدت هر حمله درد در دو گروه بیماران دیابتی و غیردیابتی اختلاف آماری معناداری ندارد ($P = ۰/۳۶$) (۲۰). همچنین Nilsen در مطالعه خود نشان‌داد که میانگین طول درد در بیماران دیابتی مبتلا به سکتة قلبی در مقایسه با گروه غیردیابتی اختلاف آماری معناداری ندارد (۱۴).

نتایج حاصل از پژوهش نشان‌داد که بین دو گروه از لحاظ محل و انتشار درد تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. Lopez و Kentsch در مطالعات خود نشان دادند

است و نیز با توجه به اهمیت ارزیابی صحیح در درمان درد قلبی و پیشگیری از عوارض بالقوه آن، پرستاران با اطلاع و شناخت الگوهای درد و چگونگی بررسی آن در ارائه مراقبت‌های پرستاری به بیماران دردمند مؤثرتر خواهند بود. امید است نتایج این پژوهش، زمینه‌ای برای بررسی‌های وسیع‌تر و همه‌جانبه‌تر در ارتباط با متغیرهای ذکر شده و ارتقای کیفیت بررسی درد باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با استفاده از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردیده است که بدین‌وسیله از آن معاونت محترم تقدیر و تشکر می‌گردد.

آتروسکلروز در دو گروه می‌داند (۲۱). Nilsen در مطالعه خود نشان داد که نوع انفارکتوس در دو گروه بیماران دیابتی و غیردیابتی، تفاوت آماری معناداری ندارد (۱۴).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده از این تحقیق و سایر پژوهش‌های مشابه می‌توان بیان نمود که احتمالاً بیماران دیابتی مبتلا به انفارکتوس حاد در مقایسه با بیماران غیردیابتی تظاهرات بالینی و الگوی درد مشابهی دارند و این بیماران نیاز به انجام آزمایش‌های تشخیصی بیشتر و ارزیابی‌های متفاوت در بیمارستان ندارند و از آن‌جا که بررسی درد از جمله فعالیت‌های مهم پرستار می‌باشد و نقش پرستار در مراقبت از بیمار دردمند منحصر به فرد

Archive

Abstract:***Comparison between Chest Discomfort and Type of Acute Myocardial Infarction in Patients with or without Diabetes Mellitus***

Tofighian, T.; Faghih, S.; Behnam Vashani, H.R.; Hamedanchee, A.

1. MSc in Nursing, of Sabzevar University of Medical Sciences

2. MSc in Nursing, Mashad University of Medical Sciences

3. MSc in Nursing, Mashad University of Medical Sciences

4. Assistant Professor in Cardiology, Mashad University of Medical Sciences

Introduction: Myocardial infarction (MI) is the most prevalent disorder causing a high mortality rate. In patients, chest pain is a common complaint, but sometimes it occurs without pain. Painless infarction may occur in diabetic patients. It is believed that infarction without and with slight pain, is more possible in diabetic patients due to autonomic neuropathy. Consequently, these patients are hospitalized and undergo diagnostic procedures more than non-diabetic patients. But it remains unclear whether diabetic patients with MI have similar symptoms compared to non-diabetic ones. Therefore, this study was conducted to compare the chest pain pattern and type of infarction in diabetic and non-diabetic patients with myocardial infarction.

Materials & Methods: This analytic-descriptive study was conducted in the emergency wards of Imam Reza and Ghaem Hospitals. 40 diabetics and 70 non-diabetics with MI were selected by convenience methods. The needed data was collected through using interview, samples, demographic, pain characteristics, and observation forms for selecting the samples, and also recording the electrocardiogram and laboratory results, pain numerical rating scale, Mc-Melzac questionnaire and electrocardiogram device were used, then the data was analyzed.

Results: The results of this research revealed that there was no significant difference in age ($P = 0.26$) and family history ($P=0.63$). Most of the diabetic patients were significantly female (55% VS 45%; $P<0.0001$). Intensity of infarction angina in diabetic patients was lower (6.50 ± 4.11 VS 7.73 ± 2.71 ; $P=0.37$) and duration of pain was shorter ($238/50\pm 97.35$ VS $250/89\pm 148/98$; $P=0.99$) than those of non-diabetic patients, but these differences were not statistically significant. There was also no statistically substantial difference between the two groups in location, radiation, associated symptoms, alleviating and aggravating factors of pain and infarction type. Inferior infarction was more common in the two groups.

Conclusion: According to the results of this research, clinical characteristics and chest pain pattern possibility are similar in diabetic and non-diabetic patients with MI. Therefore, it seems that these patients do not need more hospitalization and diagnostic tests and other evaluations. Further studies about chest pain pattern in diabetic patients are particularly recommended.

Key words: Chest Discomfort, Diabetes, Myocardial Infarction

منابع

۱. هاریسون تنسلی راندولف. اصول طب داخلی هاریسون (۲۰۰۵): بیماری‌های قلب و عروق. ترجمه: علیرضا ناصری فتح‌اللهی و همکاران. تهران: نشر ارجمند، سال ۱۳۸۴، صفحات: ۳۰۱-۳۰۰
۲. عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جان‌قربانی محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. چاپ دوم. تهران: نشر اشتیاق؛ سال ۱۳۸۰، صفحه: ۱۲
۳. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. سیمای سلامت. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان (خراسان). معاونت سلامت، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی. تهران: نشر فکور؛ سال ۱۳۸۱
4. Underhill S, Wood SL, Siraragan ES. Cardiac nursing. 4th ed. New York: Lippincott; 2000, PP.189-91
۵. آندرولی تامس. مبانی طب داخلی سسیل (۲۰۰۴): بیماری‌های قلب و عروق. ترجمه: مسعود بروجردی و همکاران. چاپ اول. تهران: انتشارات گلبان؛ سال ۱۳۸۳، صفحات: ۴۳-۱۳
6. Harst Wills J, et al. The Heart. 7th ed. Philadelphia: McGraw Hill; 1999, P.1508
۷. عسکری محمدرضا. مراقبت‌های ویژه در بخش ICU، CCU و دیالیز. چاپ اول. تهران: چاپ بشری؛ سال ۱۳۸۲، صفحه: ۱۴۳
8. Jairath, Nalini. Coronary heart disease & risk factor management. 1st ed. Philadelphia: WB. Saunders; 1999, P.221
9. Zaliunas R, Babarsicilenc MR, Luksiene D, Slapinkiene B, Milvidatite T, Veneloviene J. Ischemic heart disease: mortality risk in patient with diabetes mellitus. Medicina 2003; 39(7):640-50
۱۰. برونر سودارث. پرستاری داخلی- جراحی، بیماری‌های قلب و عروق. ترجمه: دلاورخان و بیشه‌بان. تهران، انتشارات بشری؛ سال ۱۳۸۵
11. Braun Wald E. Heart disease. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001, PP. 1128-29
12. Akyro D, Pati C, Baltopoulous G, Anthopoulos L. Pain assessment in acute myocardial infarction patients: Intensive Crite Care Nurs 1995; 11(5):252-5
13. Nakagawa S, Mitamura M, Kimura M. characteristics of acute myocardial infarction, preinfarc tangina and postinfarct angina in patients with diabetes mellitus. J Cardial 1992; 22:11-20

14. Nielsen FE, Gram-Hansen P, Cheristensen GH, Sorenson HT, Klausen C, Ravn L. Reduce consumption of analgesics in patient with diabetes mellitus admitted to hospital for acute myocardial infarction. *Pain* 1991; 43(3):325-8
15. Richman PB, Brogan GX, Nashed AN, Thode HC. Clinical characteristics of diabetic VS non-diabetic patients who rule in for acute myocardial infarction. *Academic Emerg Med* 1999; 6(7):719-23
16. Caffery Margo MC & Beebe Alexandra. *Painl: clinical manual for nursing practice*. 1st ed. UK: Mosby; 1994, PP. 31-33
17. Beers MH, Berkow R. *The Merck manual of diagnosis and therapy*. 7th ed. USA: Merck co; 1999, P.328
18. Giardinal E. Cardiovascular disease: women with diabetes at higher risk for CVD, but they receive inadequate care. *Heart Disease Weekly* 2004; 6:33
19. Kentsch M, Rodmerk G, Gitt K, Schiele R, Wienbergen H, Schubert J. Angina intensity is not different in diabetic and non-diabetic patients with acute myocardial infarction. *Zcardiol* 2003; 92:817-24
20. Lopez Jimenez F, Goldman L, Johnson PA, Polanczyk CA, Cook EF, Fleischmann KE, et al. Effective of diabetes Mellitus on the presentation and triage of patients with acute chest pain with out know coronary artery disease. *Am J Med* 1998; 105:501-5
21. Raman PG. *Diabetes Mellitus*. 2nd ed. India: AITBS publisher; 2001, PP. 103-4

Archive of SID