

## بررسی نشانه‌ها و عوامل خطرزا در مبتلایان به سندروم‌های حاد کرونر بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

نویسندگان: رضا نوروززاده<sup>۱</sup>، محمدرضا حیدری<sup>۱</sup>، دکتر فرامرز فلاحي<sup>۲</sup> و دکتر سقراط فقیه‌زاده<sup>۳</sup>

۱. مربی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه شاهد
۲. استادیار دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه شاهد
۳. استاد آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس

Email: reza\_214@yahoo.com

\* نویسنده مسئول:

### چکیده

هدف: شناخت نشانه‌های بیماری و عوامل خطرزا برای اتخاذ تصمیمات صحیح تریاژ و آغاز هرچه سریع‌تر درمان.

مواد و روش کار: در این مطالعه ۴۴۶ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس حاد میوکارد از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند

نتایج: تحقیق نشان داد که از بین عوامل خطرزا، یائسگی و دیابت، تنها متغیرهای تأثیرگذار بر بروز نشانه‌های اصلی سندروم‌های حاد کرونر هستند. بیش‌ترین نشانه گزارش شده در بیماران دیابتی، تعریق منتشر و در بیماران غیردیابتی مربوط به نشانه‌های قفسه سینه بود. همچنین مشخص گردید که در سن یائسگی، نشانه‌های قفسه سینه بیش‌تر گزارش می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد که بین نشانه‌های اصلی و فرعی سندروم‌های حاد کرونر با جنسیت بیماران ارتباط معنادار وجود ندارد. در خصوص شیوع نشانه‌ها در بین مردان و زنان، نشانه‌های قفسه سینه نسبت به سایر نشانه‌ها از شیوع بالاتری (۲۴/۴ درصد) برخوردار بود. نتایج نشان داد که بین

نشانه‌های اصلی و گروه سنی پایین‌تر و بالاتر از ۶۵ سال تفاوت معنادار آماری وجود دارد ( $p=0/0001$ ). در گروه سنی بالای ۶۵ سال سنکوپ با ۲۴/۴ درصد و در گروه سنی پایین ۶۵ سال نشانه‌های قفسه سینه با ۱۰/۳ درصد به ترتیب بیش‌ترین موارد را به خود اختصاص می‌دادند. نتایج آمار تحلیل رگرسیون نشان داد که می‌توان احتمال وقوع بیماری را با توجه به نشانه‌های موجود در بیمار پیشگویی کرد. در گروه سنی زیر ۶۵ سال، در صورت مشاهده تمام نشانه‌های اصلی، احتمال وقوع ۴۵ درصد و در بیماران بالای ۶۵ سال این احتمال ۲۷ درصد بود. همچنین احتمال وقوع برای بیماران مرد ۶۴ درصد و در بیماران زن ۲۷ درصد محاسبه گردید.

بحث: نشانه‌های اصلی، شاخص‌های قوی‌تری برای پیشگویی سندروم‌های حاد کرونر در بیماران جوان هستند، اما نمی‌توان نتیجه گرفت که نشانه‌های اصلی پیشگویی کننده‌های قوی برای سندروم‌های حاد کرونر در زنان باشند.

واژه‌های کلیدی: سندروم‌های حاد کرونر، نشانه‌های پیشگویی‌کننده، عوامل خطرزا

دوماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال سیزدهم - شماره ۶۲  
اردیبهشت ۱۳۸۵

تاریخ وصول: ۸۳/۱۰/۲۰  
تاریخ پذیرش: ۸۴/۹/۲۹

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی است که در شورای پژوهشی دانشگاه شاهد به تصویب رسیده و به مرحله اجرا درآمده است.

## مقدمه

پیشرفته برای مداخله بیماران مراجعه‌کننده با شکایت درد سینه یا سایر نشانه‌های مربوط به بیماری‌های ایسکمیک حاد قلبی است. آمار مربوط به ایالات متحده نشان می‌دهد که سالانه ۸-۵ میلیون نفر با درد قفسه سینه و نشانه‌های ایسکمی قلبی در اورژانس ویزیت می‌شوند که چیزی در حدود ۱۰-۵ درصد تمام ویزیت‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. اکثر این بیماران برای ارزیابی از نظر احتمال سندروم حاد کرونر بستری می‌شوند که این خود باعث هزینه‌ای افزون بر ۳-۶ هزار دلار برای هر بیمار می‌گردد. در این فرایند ارزیابی، ۱/۲ میلیون نفر با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد و همان تعداد با تشخیص آنژین صدری ناپایدار هستند. بنابراین، حدود یک دو سوم بیماران دارای شکایت درد سینه، علت یا مشکل قلبی ندارند [۳].

یکی از دلایل رایج اشتباهات در تشخیص سندروم‌های حاد کرونر، عدم شناخت نشانه‌های بیماری است. به‌طور مثال ممکن است یک پرستار اورژانس در ضمن فرایند بررسی از یک بیمار سالمند تظاهراتی همچون تهوع، استفراغ یا درد اپی‌گاستر را در قالب بیماری گوارشی تفسیر کند که این خود از انجام بررسی‌های دقیق بالینی و انجام تست‌های تشخیصی دقیق ممانعت می‌کند. عکس این موضوع نیز صادق است. به‌عنوان مثال ممکن است احساس گرفتگی و سوزش در ناحیه سینه بدون اخذ تاریخچه دقیق به یک بیماری ایسکمیک قلبی نسبت داده شود و لذا بیمار در جریان انجام تست‌های تشخیصی روتین و تخصصی قرار گیرد که این خود جدا از اتلاف نیرو و زمان صرف شده جهت مراقبت، افزایش هزینه‌های درمانی را به همراه خواهد داشت. بنابراین، گام نخست برای افتراق نشانه‌های بیماری‌های حاد کرونر از طیف وسیع تشخیص‌های افتراقی آن، شناخت دقیق نشانه‌های

دلایل مرگ و میر بالا در مبتلایان به سندروم‌های حاد کرونر به خوبی روشن نیست. جدا از تغییرات قلبی عروقی وابسته به سن و افزایش عوامل خطرزای مستعدکننده، بسیاری از بیماران دارای شرایط مزمنی هستند که ممکن است باعث ناتوانی در تشخیص نشانه‌های مربوط به بیماری آن‌ها گردد. عدم تشخیص نشانه‌های قلبی می‌تواند پیگیری درمان را با تأخیر مواجه سازد. به‌علاوه، به علت فقدان نشانه‌های بیماری، اعضای گروه درمان ممکن است به سادگی در تشخیص و شروع درمان مناسب دچار اشتباه گردند. مجموع این عوامل می‌توانند منجر به افزایش آسیب عضله قلب، کاهش کیفیت زندگی و یا حتی مرگ شود [۱].

سندروم‌های حاد کرونری، شامل آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس حاد کرونری، در مرحله سالمندی با شیوع بیش‌تر، عامل مرگ بیش از ۶۰ درصد مبتلایان بالای ۷۵ سال هستند [۲].

به‌طور کلی، بررسی صحیح نشانه‌های سندروم‌های حاد کرونری برای ارزیابی و مداخله در سه مورد حائز اهمیت است. اول این‌که بروز نشانه‌های بیماری به‌عنوان یک عنصر کلیدی در تصمیم‌گیری بیمار برای جستجوی توجهات پزشکی مطرح است. دوم این‌که بررسی نشانه‌ها برای اتخاذ تصمیمات صحیح تریاژ که در اکثر مراکز درمانی توسط پرستاران اعمال می‌شود ضروری است و سوم این‌که آشنایی با نشانه‌های بالینی، عامل مؤثری برای ادامه ارزیابی بوده و یک عامل مهم در مداخله فوری است. دانستن این‌که بیماران چگونه نشانه‌های سندروم‌های کرونر را نمایان می‌سازند می‌تواند ضمن تسریع در تشخیص مشکلات قلبی، باعث کاهش میزان موارد مرگ و بهبود کیفیت زندگی در آن‌ها گردد [۱].

یکی از مسئولیت‌های مهم کادر درمان، به‌ویژه پرستاران تریاژ در بخش اورژانس، ارائه یک روش

## نتایج

اکثر افراد مورد مطالعه (۵۸/۴ درصد) را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی افراد ۶۰/۷۹ سال و میانگین ایندکس توده بدن بیماران ۲۵/۵۵ بود. از این تعداد ۲۸/۷ درصد سابقه دیابت و ۴۴/۴ درصد سابقه بیماری فشار خون بالا داشتند. ۴۴/۲ درصد از نمونه های مورد مطالعه دارای کلسترول بالاتر از ۲۰۰ mg/dl بودند. بررسی متغیرهای زمینه ای نشان داد که ۷۹/۹ درصد بیماران فاقد سابقه نارسایی احتقانی قلب، ۳۴/۳ درصد دارای سابقه انفارکتوس میوکارد و ۵۹/۳ درصد دارای سابقه آنژین صدری بودند. همچنین اطلاعات نشان داد که ۵/۸ درصد دارای سابقه انجام آنژیوپلاستی و ۸/۲ درصد دارای سابقه جراحی بای پاس عروق کرونر بودند. نتایج پژوهش نشان داد که بین سیگار کشیدن و گروه های سنی ارتباط معنادار وجود دارد ( $p=0/002$ ). همچنین بین عامل خطرهای هیپرکلسترولمی و گروه های سنی رابطه معنادار مشاهده گردید ( $p=0/036$ ). بین سایر عوامل خطرهای سندروم های حاد کرونر (دیابت، فشار خون بالا، یائسگی و چاقی) و گروه های سنی رابطه معنادار مشاهده نشد.

بین متغیرهای زمینه ای و نشانه های سندروم های حاد کرونر در بیماران دارای تاریخچه آنژین صدری تفاوت معنادار وجود داشت ( $p=0/001$ )، اما بین سایر متغیرهای زمینه ای و نشانه های سندروم های حاد کرونر ارتباطی مشاهده نشد. بیشترین نشانه اصلی گزارش شده در مبتلایان به سندروم های حاد کرونر مربوط به نشانه های قفسه سینه (درد زیر جناغ یا سمت سینه به صورت احساس فشار، سنگینی، سفتی یا احساس له شدن) (۲۴/۴ درصد) و بیشترین نشانه فرعی گزارش شده مربوط به ضعف یا خستگی (۳۵/۹ درصد) بود (جدول ۱ و ۲).

در قسمت آمار تحلیلی مشخص گردید که بین نشانه های اصلی و فرعی سندروم های حاد کرونر با

بیماری و همین طور آگاهی از متغیرهای اختصاصی تأثیرگذار بر نشانه های بالینی است.

## مواد و روش کار

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور تعیین نشانه ها و عوامل خطرزا در مبتلایان به سندروم های حاد کرونر به صورت مقطعی انجام گرفته است. جامعه پژوهش، شامل بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه قلب بود. نمونه پژوهش، بیماران با تشخیص انفارکتوس حاد میوکارد و یا آنژین صدری ناپایدار بودند. تعداد ۴۴۶ نمونه به طور تصادفی از بخش های مراقبت ویژه قلب ۸ بیمارستان آموزشی شهر تهران انتخاب گردیدند. برای انتخاب بیماران، محدودیت جنس و سن اعمال نگردید. بیماران دارای سابقه سکتة مغزی، بیماری دژنراتیو مفصلی، تروما، آسم، عفونت ریوی و نارسایی کلیه در نمونه گیری وارد نشدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه و چک لیست استفاده شد. محتوای پرسشنامه شامل اطلاعات فردی اجتماعی، عوامل خطرزا (چاقی، دیابت، فشار خون بالا، سیگار، هیپرکلسترولمی)، متغیرهای زمینه ای (سابقه نارسایی قلبی، انفارکتوس میوکارد قلبی، سابقه بیماری آنژین صدری، سابقه انجام آنژیوپلاستی و جراحی بای پاس) بود. چک لیست نشانه های سندروم های حاد کرونر، متشکل از دو بخش نشانه های اصلی (تیپیک) و فرعی (آتیپیک) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. برای تعیین این که آیا نشانه های اصلی (تیپیک) شاخص های قوی تری برای پیشگویی سندروم های حاد کرونر در گروه سنی جوان تر و در زنان هستند، از آزمون آماری رگرسیون چندگانه استفاده گردید.

### بحث

همان‌طور که در نتایج پژوهش ملاحظه گردید بین نشانه‌های اصلی و سندروم‌های حاد کرونر با جنسیت بیماران ارتباط معنادار وجود ندارد؛ یعنی عامل جنس نمی‌تواند در تعیین بروز یا گزارش نشانه‌های بیماری تأثیر داشته باشد. اما در مطالعه میلنر مشخص گردید که زنان بیش‌تر نشانه‌های اصلی را گزارش می‌کنند [۱۱].

در خصوص شیوع نشانه‌های اصلی در بین مردان و زنان، نشانه‌های قفسه سینه (درد زیر جناغ یا سمت چپ قفسه سینه، احساس فشار، سنگینی یا سفتی یا احساس له شدن) نسبت به سایر نشانه‌های اصلی از شیوع بالاتری (۲۴/۴ درصد) برخوردار بود. تفاوت در شیوع درد قفسه سینه بین مطالعات وجود دارد؛ به طوری که در تحقیق کارلسون مشخص گردید تقریباً ۹۰ درصد مردان و زنان بیمار دچار درد قفسه سینه می‌شوند [۱۰] و یا در مطالعه میلنر این شیوع ۸۰-۷۰ درصد گزارش گردید [۱۱].

از بین ۱۲۵ بیمار دیابتی، بیش‌ترین نشانه گزارش شده مربوط به تعریق منتشر (۷/۸ درصد و  $n=34$ ) و در بیماران غیردیابتی بیش‌ترین مورد مربوط به نشانه‌های قفسه سینه (۱۸/۴ درصد و  $n=80$ ) بود. مطالعه لانگر و همکاران او نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به نوروپاتی دیابتی در ادراک درد ایسکمیک قلبی دچار اختلال هستند [۶].

گروه سنی بالای ۶۵ سال، سنکوپ (۲۴/۴ درصد) و گروه سنی پایین ۶۵ سال (۱۰/۳ درصد) نشانه‌های قفسه سینه را به ترتیب گزارش کردند. وجود ارتباط معنادار بین نشانه‌های اصلی و گروه‌های سنی در مطالعه بایر و پاول نیز گزارش شده است. یافته‌های مطالعه آن‌ها در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد نشان داد که نشانه‌های اصلی (درد با کیفیت فشاردهنده در قفسه سینه، درد زیر جناغ یا انتشار به فک، گردن، بازوی چپ و کتف چپ) در بیماران بالای ۶۵ سال

جنس، تفاوت معناداری وجود ندارد. بین نشانه‌های اصلی و گروه‌های سنی (جوان و سالمند) ارتباط معنادار مشاهده شد ( $p=0/0001$ ).

جدول ۱ فراوانی و درصد نشانه‌های اصلی (اصلی) در مبتلایان به سندروم‌های حاد کرونر

ردیف	نشانه‌های اصلی	تعداد	درصد %
۱	نشانه‌های قفسه سینه*	۱۰۹	۲۴/۴
۲	تعریق منتشر	۹۱	۲۰/۴
۳	تنگی نفس	۹۰	۲۰/۲
۴	درد بازو	۸۷	۱۹/۵
۵	درد در فک یا گردن	۳۶	۸/۱
۶	گیجی یا سنکوپ	۳۳	۷/۴
کل بیماران		۴۴۶	

\* منظور از نشانه‌های قفسه سینه، درد زیر جناغ یا سمت چپ سینه با احساس فشار، سنگینی، سفتی یا احساس له شدن است.

جدول ۲ فراوانی و درصد نشانه‌های فرعی (اصلی) در مبتلایان به سندروم‌های حاد کرونر

ردیف	نشانه‌های فرعی	تعداد	درصد %
۱	ضعف یا خستگی	۱۶۰	۳۵/۹
۲	تپش قلب	۱۵۳	۳۴/۳
۳	تهوع یا استفراغ	۱۴۴	۳۲/۱
۴	درد بین دو کتف	۱۴۳	۳۲
۵	نشانه‌های سمت راست*	۱۰۰	۲۲/۴
۶	سوء هاضمه**	۸۶	۱۹/۳
کل بیماران		۴۴۶	

\* منظور از نشانه‌های سمت راست، احساس سنگینی، سوزش، درد خنجری یا درد در سمت راست قفسه سینه است.

\*\* منظور از سوء هاضمه، درد یا ناراحتی در ناحیه اپی گاستر و یا درد و ناراحتی شبیه نفخ شکم است. بعضی از بیماران بیش از یک نشانه فرعی و اصلی دارند.

کنترل از نظر سن، دیابت و سطح عملکرد، زنان کماکان در مقایسه با مردان، ضعف، تهوع، کاهش اشتها و تنگی نفس را بیش تر گزارش می کنند ( $p < 0.05$ ) [۷]. مطالعه راجر نیز گویای این مطلب است که زنان علائم اصلی مربوط به آنژین را کم تر از مردان ( $p = 0.0001$ ) گزارش کرده اند [۸].

در هر حال باید توجه داشت موارد محاسبه شده را نباید همواره با قوانین طبیعت انطباق داد؛ چرا که عوامل مخدوش کننده دیگری هستند که می توانند معادلات ما را دستخوش تغییر کنند. هدف از ارائه چنین نتایجی برای کاربرد بالینی صرفاً در دسترس قرار دادن یک راهنما برای اعضای گروه مراقبت، از جمله پرستاران به منظور شناسایی گروه های پرخطر بیماری است.

#### منابع

1. Milner KA. Symptom predictors of acute coronary syndromes in younger and older patients. *Nursing research* 2001; 5(4):234.
2. Paul SD, Ogara PT, Mahjoub Za & et al. Geriatric patients with acute myocardial infarction. Cardiac factor profiles, presentation, thrombolysis, coronary interventions, and prognosis. *American Heart Journal* 1996; 131:10-715.
3. Bassan R. Chest pain units. A modern way of managing patients with chest pain in the emergency department. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79:203-9.
4. Bayer AJ, Chada JS, Farag RR & et al. Changing presentation of myocardial infarction with increasing old age. *Journal of american geriatric society*. 1986; 34:260-3.
5. Underhill SL, Woods S. *Cardiac nursing* 4<sup>th</sup> ed. Lippincott, 2000.
6. Langer A, Freeman J, Josse RG & et al. Detection of silent myocardial ischemia in diabetes mellitus. *American Journal of Cardiology* 1991; 67(13):1073-8.
7. Devon, Holli A, Zerwicke J, Johnson J. The Symptoms of unstable angina: Do women and men differ? *Nurs Res* 2003; 52(2):108-18.
8. Roger VL, Farkouh ME, Weston SA. Sex differences in evaluation and outcome of unstable angina. *Clinical cardiology* 2000; 23(5):1.

کم تر پیشگویی کننده انفارکتوس حاد میوکارد (AMI) است. همچنین مشخص گردید تعداد بیماران با شکایت درد قفسه سینه با افزایش سن کاهش می یابد [۴ و ۲].

بین علائم فرعی سندروم های حاد کرونر و گروه های سنی تفاوت معنادار آماری یافت نشد، گرچه بسیاری از منابع گزارش می کنند که سالمندان مبتلا، نشانه های فرعی را بیش تر گزارش می کنند [۱۱ و ۱]. در بیماران سالمند فرض بر این است که بیماری های مزمن و تغییرات فیزیولوژیک مربوط به سن، ارتباط بین نشانه ها و تشخیص سندروم های حاد کرونر را تحت تأثیر قرار می دهند [۱].

نتایج آمار تحلیل رگرسیون نشان داد که می توان احتمال وقوع بیماری را با توجه به نشانه های موجود در بیمار تخمین زد، به طوری که در گروه سنی جوان در صورت مشاهده تمام نشانه های اصلی، احتمال وقوع ۴۵ درصد و در بیماران بالای ۶۵ سال ۲۷ درصد است.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که نشانه های اصلی در گروه سنی جوان نسبت به گروه سنی سالمند از درجه اعتبار بیش تری برای پیشگویی سندروم های حاد کرونر برخوردار است.

مطالعه میلنر نیز نشان داد که نشانه های اصلی، پیشگویی کننده های مستقلی در بیماران جوان هستند و نسبت خطر سندروم های حاد کرونر در بیماران جوان دارای نشانه های اصلی، ۳۶ درصد بیش تر از سالمندان است [۱].

همچنین احتمال وقوع بیماری برای بیماران مرد و زن با احتساب وجود تمام نشانه های اصلی به ترتیب ۶۴ و ۲۷ درصد است. به این ترتیب نمی توان نتیجه گرفت که نشانه های اصلی شاخص های قوی تری برای پیشگویی سندروم های حاد کرونر در زنان باشند.

همچنین نتایج تحقیق جانسون و دیون نشان داد که زنان در مقایسه با مردان، نشانه های اصلی را کم تر گزارش می کنند. آن ها مشاهده کردند که حتی بعد از

10. Karlson, BW, Herlitz J, Hartford M. Prognosis in myocardial infarction in relation to gender. American Heart Journal 1994; 128:477-85.
11. Milner KA, Funk M, Richards S. Sex differences in evaluation and outcome of unstable angina. Clinical cardiology 1999; 283(5):1.
9. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW & etal. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non ST- segment elevation myocardial infarction. A report of american college of cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2000; 36: 970-1062.

Archive of SID