

بررسی فاصله زمانی شروع درد حادسینه تا بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی در بیماران مبتلا به سکته قلبی

دکتر عباس افراسیابی راد^۱ سوسن حسن زاده سلماسی^۲

خلاصه

زمینه و اهداف: در حال حاضر در کشور ایران اولین عامل مرگ و میر، بیماریهای قلبی عروقی و در راس آنها بیماریهای عروق کرونر می باشد. بیشترین خطری که بیماران با ضایعات عروق کرونر را تهدید می کند سکته قلبی و عوارض ناشی از آن می باشد. حساسترین زمان برای بیمار دچار سکته قلبی، ۲۴ ساعت اول و بویژه چند ساعت اولیه پس از بروز درد حاد سینه می باشد. با توجه به فرهنگ، سنتها و میزان آگاهی جامعه از بروز درد حاد سینه، به نظر می رسد تعدادی از افراد براساس تصورشان از درد سینه، درمانهای سنتی را قبل از مراجعه به پزشک انجام می دهند و در صورت تشدید درد به مرکز درمانی مراجعه می نمایند. هدف از این تحقیق بررسی فاصله زمانی از شروع درد حاد سینه تا بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی (CCU) در بیماران مبتلا به سکته قلبی می باشد.

روش بررسی: این بررسی یک بررسی توصیفی مقطعی می باشد که بر روی یک صد بیمار ساکن شهرستان تبریز که با تشخیص قطعی سکته قلبی برای اولین بار به بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز مراجعه کرده و در CCU بستری شده بودند انجام شده است. در این تحقیق بیماران از هر دو جنس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه ای مشتمل بر ۲۷ سؤال در مورد محل درد، زمان شروع درد سینه، اولین تصور بیمار از درد، اقدام اولیه بیماران، ساعت مراجعه به اولین مرکز درمانی، زمان مراجعه به اورژانس بیمارستان، مدت زمان تاخیر از اورژانس تا انتقال به CCU و... مورد سؤال قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج بررسی نشان می دهد که مدت زمان صرف شده از زمان شروع درد سینه تا بستری شدن در CCU، ۴۰۷ دقیقه معادل (۶ ساعت و ۴۷ دقیقه) بوده است. از زمان شروع درد و مراجعه به مرکز درمانی اولیه ۱۶۲ دقیقه، از مرکز درمانی اولیه تا اورژانس بیمارستان ۱۵۴ دقیقه و از اورژانس تا بستری در CCU، ۹۱ دقیقه بوده است.

نتیجه گیری: به نظر می رسد در این مطالعه بیماران ما در هر سه مرحله تاخیر داشته اند که با مطالعه چند مرکزی و فراهم آوردن اطلاعات نسبتاً وسیع و شناخت نسبی مشکلات هر سه مرحله، می توان در هر مرحله تاخیر تاثیر گذاشته و مدت زمان تاخیر، مرگ و میر، عوارض و هزینه های سنگین درمان را کاهش داد.

کلید واژه ها: زمان تاخیر، شروع درد حاد سینه، انفارکتوس میوکارد

۱- دانشیار جراحی قلب و عروق - دانشگاه علوم پزشکی تبریز - نویسنده رابط

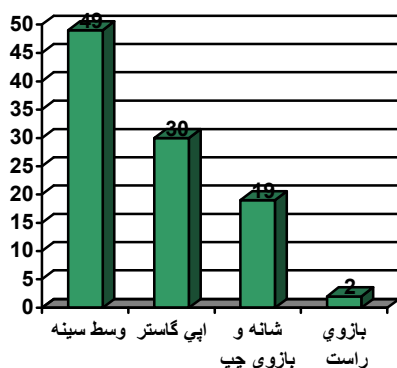
۲- مربی بیهوشی - دانشکده پیراپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

۲۷ سؤال مورد پرسش قرار گرفتند. نکته جالب توجه این است که اغلب بیماران تقریباً وقایع را به یاد داشتند. پرسشنامه شامل بر محل، زمان و مکان شروع درد حاد سینه، اولین تصور بیمار از درد حاد سینه، اولین اقدام بیماران در جهت تسکین درد و علایم همراه، تصور فامیل و همراهان از درد سینه، علایم بیماری، چگونگی و انتشار درد سینه، فاصله زمانی بین شروع درد حاد سینه و مراجعه به اولین مرکز درمانی، علت مراجعه به مرکز درمانی اولیه، تشخیص و اقدامات انجام یافته در مرکز درمانی، فرم یا وسیله انتقال بیمار به بیمارستان، زمان مراجعه به مرکز درمانی بعدی یا بیمارستان، وسیله انتقال بیمار به CCU و توضیحات احتمالی پزشک در مورد بیماری به بیمار بوده است. داده های جمع آوری شده با استفاده از روشهای آمار توصیفی (نسبتها، درصدها و نمودارها) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

یافته ها

این بررسی یک بررسی توصیفی مقطعی می باشد که بر روی یک صد بیمار، که ۶۲٪ افراد مذکر و ۳۸٪ مونث بودند، انجام شده است. میانگین سنی در مردان 57 ± 13 سال و در زنان 65 ± 10 سال بود. ۶۴٪ بیماران بیسواد، ۲۶٪ دارای سواد زیر دیپلم، ۱۰٪ دارای سواد دیپلم و بالاتر بودند. در مورد محل شروع درد سینه ۴۹٪ بیماران اظهار کردند که شروع و محل درد در قسمت وسط سینه روی جناغ یا قسمت چپ سینه بود. ۳۰٪ افراد از درد در ناحیه اپی گاستر، ۱۹٪ از درد شانه و بازوی چپ، ۲٪ از درد بازوی راست شکایت داشتند (نمودار ۱)



نمودار ۱ - محل شروع درد سینه

در حال حاضر در اغلب کشورهای دنیا از جمله ایران، بیماریهای قلبی عروقی و در راس آنها بیماریهای عروق کرونر اولین عامل مرگ و میر می باشند. عارضه خطرناک بیماریهای عروق کرونر، انفارکتوس میوکارد و حوادث بعد از آن می باشد که منجر به موریبیدیته (حالت مرضی) و مورتالیتی (مرگ و میر) می گردد. شایعترین علامت هشدار دهنده انفارکتوس میوکارد، درد حاد سینه می باشد که این درد می تواند در وسط سینه، اپی گاستر و... به صورت فشارنده، احساس سنگینی و... باشد و در بعضی موارد به بازوها، شکم، پشت، آرواره پایین و گردن انتشاریابد(۱). بیشترین موارد اشتباه تشخیصی موقعی است که درد در زیر زائده گزیفونید و با علایم گوارشی همراه باشد. شناسایی صحیح درد فوق در ۲۴ ساعت اول بویژه در چند ساعت اول پس از شروع درد حاد، اقدامات درمانی و مراقبت دقیق بیمار، وسعت ضایعه انفارکت و عوارض آن را کاهش می دهد(۲). برای کاهش این عوارض اطلاع به مرکز اورژانس از مهمترین اقداماتی است که باید توسط خانواده بیمار فوراً انجام شود و از همه مهمتر آماده بودن تیم اورژانس و رسیدن بموقع آنها می باشد (۳ و ۴ و ۵). شناخت صحیح درد از یک طرف مرتبط با اطلاعات و فرهنگ بیمار و از طرف دیگر مربوط به تشخیص پزشکی می باشد. احتمالاً شناسایی تصورات بیماران از درد سینه و اقدامات بعدی توسط آنها و همراهان و تشخیصهای افتراقی پزشکان می توانند گویای اطلاعات هر دو طرف باشند. بالا بودن اطلاعات فوق می تواند در کوتاه کردن فاصله زمانی شروع درد تا بستری موثر باشد. بنابراین به نظر می رسد با بررسی فاصله زمانی از شروع درد حاد سینه تا بستری در CCU، در بیماران با سکتة قلبی بتوانیم با تاثیرگذاری در تصمیم گیری بیماران در مورد زمان مراجعه به پزشک در صورت احساس درد حاد سینه، برای پیشگیری از عوارض و مرگ و میر کمکی کرده باشیم.

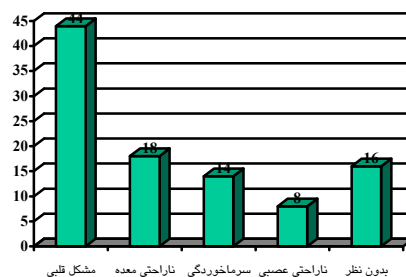
مواد و روش تحقیق

همه بیماران انتخاب شده، ساکن شهرستان تبریز بوده و بیماران شهرهای دیگر استان از مطالعه حذف گردیدند. بیماران در روز سوم بستری در CCU زمانی که عاری از درد سینه بودند و از لحاظ همودینامیکی در وضعیت پایداری قرار داشتند، از هر دو جنس و به طور تصادفی توسط دو نفر پرستار CCU انتخاب شدند و از طریق یک پرسشنامه شامل

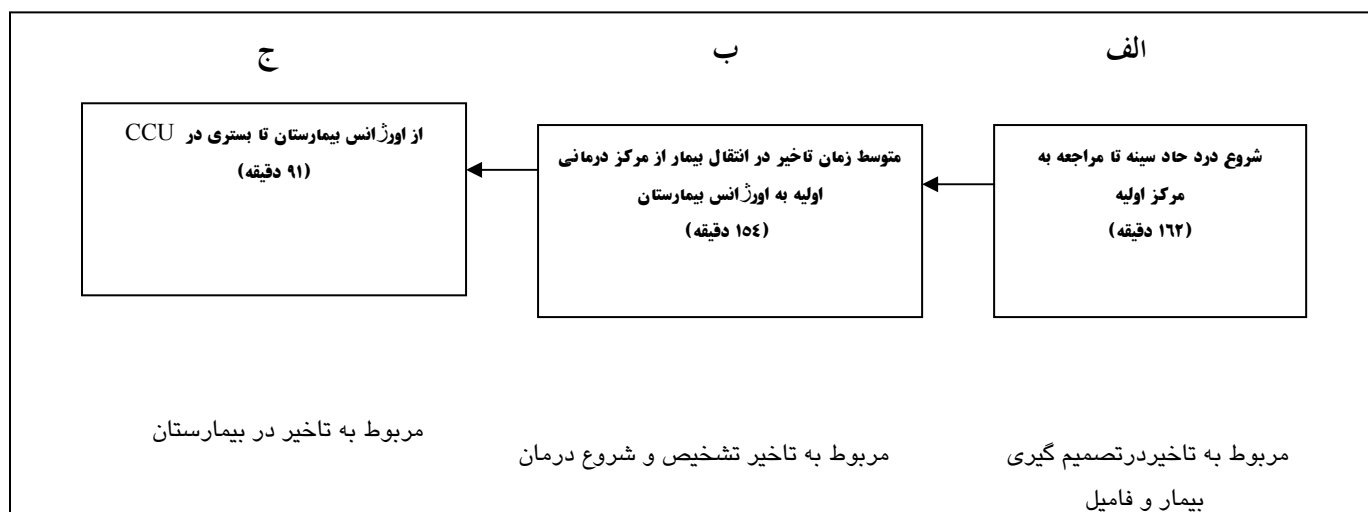
اولین اقدام بیماران این بود که ۳۳٪ فقط استراحت کردند، ۲۸٪ از داروهایی نظیر کپسول آمپی سیلین، قرص سرماخوردگی، مسکن، داروهای گیاهی و اقدامات سنتی و ۱۶٪ بیماران از قرص زیر زبانی استفاده کردند. ۲۱٪ به درمانگاه یا بیمارستان مراجعه کردند و ۲٪ خود را با تحریک وادار به استفراغ نمودند. در مورد تصور فامیل از درد سینه بیماران ۴۵٪ به مشکل قلبی، ۱۱٪ به سرماخوردگی، ۹٪ به ناراحتی معده، ۷٪ به ناراحتی عصبی فکر کردند و ۲۷٪ نظر خاصی نداشتند. در مورد انتشار درد سینه، انتشار به نیم سینه راست ۳۲٪ و به شکم ۴٪ بوده است. فرم درد سینه در ۶۴٪ فشارنده، ۲۵٪ خنجری و ۱۱٪ تیرکشنده بوده است. علت مراجعه به مرکز درمانی در ۸۴٪ تاووم درد سینه و اپی گاستر همراه با ۳۷٪ بیحالی، ۲۴٪ استفراغ و تهوع، ۲۰٪ سرگیجه، ۱۵٪ اختلال هوشیاری بود. اقدامات انجام یافته در مرکز درمانی اولیه در ۶۶٪ کنترل فشار خون، ۶۵٪ گرفتن نوار قلبی، ۴۸٪ استراحت، ۴۶٪ تجویز دارو و اکسیژن بود. از مرکز درمانی اولیه ۶۰٪ به بیمارستان، ۱۹٪ به منزل و ۲۱٪ چون مرکز درمانی اولیه بیماران، بیمارستان بود مستقیماً به CCU منتقل شدند. ۴۸٪ پزشکان در مورد تشخیص بیماری به بیماران چیزی نگفته بودند، ۳۴٪ به بیماری قلبی اشاره کرده بودند و ۱۸٪ بیماران چیزی به یاد نمی آوردند. در این مطالعه هدف اصلی بررسی فاصله زمانی شروع درد سینه تا بستری در CCU در بیماران مبتلا به سکته قلبی بود که در شکل ۱ نشان داده می شود.

نمودار ۱، محل شروع درد سینه

زمان شروع درد سینه در ۴۹٪ بیماران اول صبح (نیمه شب تا ۸ صبح)، ۲۸٪ صبح و ظهر (از ۸ صبح تا ۴ بعد از ظهر) و ۲۳٪ عصر و شب (از ۴ بعد از ظهر تا نیمه شب) بود. مکان شروع درد در ۷۸٪ بیماران در منزل، ۱۲٪ در محل کار و ۱۰٪ در سایر مکانها بود. اولین فکر یا تصویری که به ذهن بیماران در مورد درد حاد سینه رسیده بود، ۴۴٪ مشکل قلبی، ۱۸٪ ناراحتی معده، ۱۴٪ سرماخوردگی، ۸٪ ناراحتی عصبی و ۱۶٪ نظری نداشتند (نمودار ۲).



نمودار ۲، اولین تصور بیماران در مورد درد



متوسط زمان صرف شده از زمان شروع درد حاد سینه تا بستری در CCU ۴۰۷ دقیقه، معادل با (شش ساعت و چهار و هفت دقیقه) بوده است.

درخواست کمک نیز مهم می باشد. این مرحله را می توان تاخیر بیمار یا تاخیر تصمیم گیری بیمار و اطرافیان نیز نامید. در این مطالعه با شروع درد حاد سینه ۵۶ درصد بیماران فکر ناراحتی غیرقلبی و فقط ۴۴ درصد آنها تصور ناراحتی قلبی داشتند و علی رغم تشابه اولین تصورات بیماران و اطرافیان در مورد بیماری قلبی، فقط ۲۱ درصد آنها به مرکز درمانی مراجعه و ۷۹ درصد در همان مکان شروع درد، خودشان را با روشها و داروهای مختلف درمان کرده و بعد در اثر تشدید درد یا آرام نشدن آن و یا بروز علائم همراه به مرکز درمانی انتقال یافته و چه بسا در این فاصله عده ای جان خود را از دست داده اند. در یک بررسی چند مرکزی در ایتالیا در سال ۱۹۹۵ که در CCU انجام گرفته است زمان تاخیر از شروع درد حاد سینه تا بستری در CCU را به سه مرحله، تصمیم گیری بیمار، مدت زمان انتقال بیمار از خانه به بیمارستان و زمان تاخیر در بیمارستان تا CCU تقسیم کرده بودند. در این بررسی مشخص شده است که بیشترین تاخیر مربوط به تصمیم گیری بیمار در درخواست کمک بوده و مراحل دیگر در اتلاف وقت از اهمیت کمی برخوردار بودند (۶). در مطالعه حاضر در بررسی مرحله اول تاخیر یعنی انتقال بیمار از محل شروع درد تا مرکز درمانی اولیه مشخص است که ۷۹ درصد بیماران ابتدا ترجیح داده اند که به مرکز درمانی اولیه یا کلینیک مراجعه و فقط ۲۱ درصد آنها به اورژانس بیمارستان مجهز به CCU انتقال یافته اند. در حالیکه تمام بیماران درد حاد سینه داشتند، در مرکز درمانی اولیه فقط از ۶۵ درصد بیماران نوار قلبی گرفته شده است و ۱۹ درصد از این ۶۵ درصد با رد بیماری قلبی به خانه بازگردانده شده اند که جای تامل و تاسف دارد. بعد از تشخیص انفارکتوس حاد قلبی وسیله انتقال بیماران به اورژانس بیمارستان در ۶۴ درصد وسیله شخصی معمولی و در ۳۶ درصد آمبولانس بوده است. در یک بررسی در ایرلند به سال ۱۹۹۳ در ۱۴۹ بیمار که مراحل تاخیر را به دو مرحله: (۱) تاخیر بیمار در درخواست کمک، (۲) تماس با پزشک خانواده و انتقال به بیمارستان تقسیم کرده اند، نتایج زیر به دست آمده است: متوسط زمان تاخیر درخواست کمک از طرف بیمار ۱۰۵ دقیقه، متوسط زمان تماس بیمار با پزشک، انتقال و بستری شدن در بیمارستان نیز ۱۰۵ دقیقه و متوسط زمان کلی تاخیر از شروع

به طوری که ملاحظه می شود زمان تاخیر از شروع درد حاد سینه تا مراجعه به مرکز اولیه درمانی (تاخیر در تصمیم گیری بیمار) ۱۶۲ دقیقه، متوسط زمان تاخیر در انتقال بیمار از مرکز اولیه درمانی به اورژانس بیمارستان ۱۵۴ دقیقه و از اورژانس بیمارستان به CCU، ۹۱ دقیقه بوده است. متوسط زمان صرف شده از زمان شروع درد حاد سینه تا بستری در CCU، ۴۰۷ دقیقه، معادل با (شش ساعت و چهل و هفت دقیقه) بوده است.

بحث

مهمترین خطر فیزیولوژیک برای بیماران دچار سکته قلبی حاد، تاخیر یعنی طولانی بودن فاصله زمانی بین شروع علائم تا رسیدن به امکانات درمانی می باشد. اهمیت این مساله وقتی آشکار می شود که مشخص شده است ۸۰-۵۵ درصد از مرگهای ناشی از انفارکتوس میوکارد در طی چند ساعت اول بعد از شروع علائم به وقوع می پیوندد. زندگی تعدادی از این قربانیان را به شرطی که به موقع به بیمارستان رسانده شوند می توان نجات داد (۲). به علاوه میزان تاثیر درمانهای لازم برای برقراری پرفوزیون مجدد (توسط داروهای ترومبولیزان، آنژیوپلاستی یا هر دو) قویاً بستگی به فاصله زمانی شروع انسداد عروق کرونر و برقراری پرفوزیون مجدد دارد (۶ و ۷) بنابراین در افرادی که بعد از انفارکتوس میوکارد زنده می مانند اندازه و وسعت ناحیه انفارکته و در نتیجه شدت عوارض می تواند به مدت تاخیر بستگی داشته باشد. چه عللی باعث این تاخیر می شوند؟ به نظر می رسد زمان تاخیر از شروع حمله تا بستری در CCU را می توان به سه مرحله (۱) مدت زمان تصمیم گیری بیمار برای مطرح کردن ناراحتی و درخواست کمک (۲) انتقال بیمار از محل شروع درد تا اورژانس یا مرکز درمانی اولیه (۳) مدت زمان تاخیر از اورژانس بیمارستان تا بستری در CCU تقسیم کرد. البته در خود این مراحل هم عوامل مختلفی مداخله گر هستند. در زمان تاخیر مرحله اول، بیمار و شخصیت روحی، فکری، فرهنگی و... در تصمیم گیری برای مطرح کردن ناراحتی و درخواست کمک و یاری نقش مهمی دارد. قطعاً تحمل درد و آشکار نکردن آن برای اطرافیان منجر به اتلاف وقت بیشتری خواهد شد. به علاوه سطح فرهنگی و... اطرافیان در پاسخ صحیح به

درمان را کاهش داد. طبق مطالعه انجام یافته در سال ۲۰۰۰ در مورد یافتن علت تاخیر بیماران و مراجعه آنها به بیمارستان تاکید بر این شده است که برای پیشگیری از این حوادث، می شود به عموم مردم در مورد علائم بیماری عروق کرونر و سکتة قلبی آموزش همگانی داده شود (۱۱).

تقدیر نامه

لازم می دانیم از همکاری سرکار خانم هاشمی و نجفی سرپرستاران CCU برای تکمیل پرسشنامه ها و آقای مجید مشارکش مسؤول محترم بخش کامپیوتر مرکز تحقیقات قلب و عروق بیمارستان شهید مدنی تیریز به خاطر همکاری صمیمانه و مستمرشان با گروه تحقیق قدردانی نمایم.

این بررسی همه بیماران با آمبولیس اورترانس منس سده اند. در این مطالعه نیز تصور بیمار از درد سینه و تصمیم گیری او برای اقدام نقش مهمی در تاخیر داشته است، (۷ و ۸ و ۹). در یک مطالعه دیگر که در دانمارک انجام شده است مدت زمان تاخیر ۹/۱ ساعت بوده است که ارتباط مستقیم با جنس، دیابت و نارسایی دیواره بطن چپ داشته است (۱۰). مقایسه سه مطالعه مذکور و مطالعات دیگر با بررسی ما مشخص می سازد که بیماران ما در هر سه مرحله تاخیر داشته اند. مدت زمان تاخیر بیماران ما معادل مدت زمان تاخیر مراکز درمانی اولیه بوده و زمان تاخیر در اورژانس بیمارستان نیز قابل توجه می باشد. به نظر می رسد با مطالعه Multi center و فراهم آوردن اطلاعات نسبتاً وسیع و شناخت نسبی مشکلات هر سه مرحله، می توان در هر مرحله تاخیر تاثیر گذاشته و

References:

1. Antman M, Braunwald E. Acute myocardial infarction In: Harison's Principles of internal medicine. MC Grawhill, 14 th edition, NewYork, 1998; P:1352
2. Braunwald E. Acute myocardial infarction In: Heart disease, Saunders, Chapter 37, 5 th edition, London, 1997; P:1184
3. Mumford AD, Warr KV, Owen SJ, Fraster AG. Delays by patients in seeking treatment for acute chest pain: implications for achieving earlier thrombolysis. Postgrad Med J 1999; 75 : 90 – 94
4. Kereiakes DJ, Giber WB, Martin LH, Pier KS, Anderson LC. Relative importance of emergency medical system transport and the prehospital electrocardiogram on reducing hospital time delay to therapy for acute myocardial infarction : A primary report from the cincinnati heart projection. Am Heart J 1992; 123: 835-839
5. Dell ACH, Miller HC, Robertson CE, Fox KAA. Effects of "Fast track" admission for acute myocardial infarction on delay to thrombolysis. BMJ 1992; 304: 83-87
6. Ahmad RA, Bond S, Burke J. Patients with suspected myocardial infarction: Effect of mode of referral on admission time to a coronary care unit. Br J Gen Pract 1992; 42: 145-7
7. Ottesen MM, Kober L. Determinants of delay between symptoms and hospital admission in 5972 patients with AMI. Euro Heart J 1996; 17(3): 429-37
8. Epidemiology of avoidable delay in the care of patients with acute myocardial infarction in Italy. AGISSI generated study (Multi Center Study), Ardh Intern Med 1995; 155: 1481-8 (Medline)
9. O'Hare JA, Prasanna HK. Delay and hospitalization with acute myocardial infarction. Ir J Med Sci 1993; 162(2): 379
10. Ottesen MM, Kober L, Jorgen Sen S, Trop-Pedersen S, Torp Pedersen CT. Delay from start of symptoms to hospital admission among 5,978 patients with acute myocardial infarction. Ugeskr Laeger 1998 ; 160:1645-61
11. Leslie WS, Urie A, Hooper J, Morrison CE. Delay in calling for help during myocardial infarction: Reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. Heart 2000; 84(2) : 137-41