

مقایسه علایم و نشانه های انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در زنان و مردان

سکینه محمدعلیزاده (M.Sc.)*

سکینه سبزواری (M.Sc.)*

فاطمه میرزایی (M.D.)***

بهناز باقریان (M.Sc.)**

چکیده

سابقه و هدف: بیماری های عروق کرونر قلب از علل مهم مرگ و میر و ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می شوند. نتایج برخی از مطالعات و مشاهدات مختلف نشان داده است که احتمالاً علایم بیماری های عروق کرونر در دو جنس متفاوت است. از این رو مطالعه حاضر به منظور مقایسه علایم انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در زنان و مردان صورت گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه ای از نوع Case series است که بر روی ۶۰۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد بستری در بخش های ویژه قلب بیمارستان های دانشگاه کرمان انجام شد. اطلاعات به صورت مصاحبه ساختار یافته با استفاده از پرسشنامه که در پنج بخش ویژگی های فردی، ویژگی های مربوط به بیماری، تصویر محل درد و مقیاس ده درجه ای دیداری جهت تعیین شدت درد و اقدامات انجام شده بعد از شروع علایم تنظیم شده بود، توسط دو پرستار در نوبت های مختلف کاری جمع آوری شد. جهت آنالیز داده ها از آزمون های آماری t مستقل، مربع کای، فیشر و یومان وایت نی استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد در مجموع زنان مسن تر از مردان بوده ($p < 0.001$) و شیوع آنژین صدری ناپایدار در زنان بیش تر و انفارکتوس میوکارد در مردان بیش تر بود ($p < 0.001$). در مورد درد قسمت های مختلف قفسه سینه، اختلاف معنی داری بین دو جنس مشاهده نشد، هر چند زنان بیش تر از مردان دچار درد گردن، درد وسط پشت، درد تمام پشت شده بودند ($p < 0.05$). همچنین زنان به طور معنی داری بیش تر از مردان دچار علایم تحریک واگ از قبیل ضعف، کاهش اشتها، برافروختگی، سرگیجه، خستگی زیاد، سستی، سردرد، اختلال بینایی، احساس خفگی، تپش قلب و خستگی می شدند ($p < 0.01$). شیوع تنگی نفس در هنگام حمله نیز در زنان بیش تر از مردان بود ($44/7$ درصد در برابر $29/4$ درصد). شدت درد در هنگام بروز علایم در زنان و مردان تفاوتی نداشت.

استنتاج: این مطالعه نشان داد زنان بیش تر از مردان دچار علایم غیر خاص (Atypical) آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد می شوند که این مسأله می تواند منجر به اشکال در شناسایی علایم و تاخیر در جست و جوی کمک شود. در داخل بیمارستان نیز چون درصد زنانی که تغییر در نوار قلبی (ECG) ندارند بیش تر از مردان و علایم غیر خاص نیز در آنها بیش تر است، می تواند باعث شود که زنان کم تر از مردان درمان مناسبی دریافت کنند.

واژه های کلیدی: انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری ناپایدار، سندرم کرونری حاد، درد قفسه سینه، تفاوت های

وابسته به جنس

* عضو هیات علمی (مربی) دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان

✉ مؤلف مسئول: کرمان- ابتدای جاده هفت باغ، دانشکده پرستاری و مامایی رازی

E-mail: Sabzevariz@yahoo.com

** کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان افضل پور کرمان

*** متخصص قلب و عروق، عضو هیات علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی کرمان

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۱/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۵/۵/۲۱ تاریخ تصویب: ۸۵/۱۰/۶

مقدمه

یک مشکل مهم سلامتی برای زنان محسوب نمی‌شود. در سال‌های اخیر بعد از ۱۹۹۲ این نشانه‌ها بیش‌تر مورد توجه قرار گرفت (۷۸،۹). میلنر (Milner) و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کردند که زنان به طور معنی‌داری بیش‌تر از مردان، علایم غیر از درد قفسه سینه نظیر تهوع یا استفراغ، درد شکمی، تنگی نفس، درد پشت، گردن و فک را علاوه بر درد قفسه سینه نشان می‌دهند (۱۰). تشخیص به موقع، زمان مراجعه را کاهش داده و منجر به درمان طبی سریع می‌شود، به علاوه تشخیص سریع و به موقع بیماری‌های کرونر گام مهمی در پیش‌بینی اثرات درمان و بهبود پی‌آمدهای بیماری است (۱۱). اگر چه زنان عموماً از خدمات بهداشتی به مقدار بیش‌تری نسبت به مردان استفاده می‌کنند، دسترسی کم‌تری به روش‌های با ارزش تشخیصی و درمانی دارند. یک دلیل این مسأله ممکن است این نکته باشد که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و خود زنان، در تشخیص علایم اولیه سندرم‌های کرونری حاد دچار اشتباه می‌شوند و در نتیجه احتمال کم‌تری وجود دارد که زنان مورد بررسی دقیق و صحیح در مورد علائمی که نشان می‌دهند، قرار گیرند (۱۲). در سال ۱۹۹۹ آشتون (Ashton) تحقیقی در زمینه تفاوت علایم قلبی در زنان و مردان انجام داد. هیچ تفاوتی در درد قفسه سینه در زنان و مردان وجود نداشت (۱۳). در تحقیق انجام شده به وسیله گلدبرگ (Goldberg) و همکاران در سال ۲۰۰۰، در مورد تفاوت‌های وابسته به جنس در علائم در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب، نتایج نشان داد که زنان بیش‌تر از مردان از درد گردن، پشت، فک، تهوع و تنگی نفس شکایت دارند (۱۴). بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های ناگهانی به دنبال انفارکتوس میوکارد در طی یک ساعت بعد از شروع علایم و قبل از رسیدن به بیمارستان اتفاق می‌افتد (۱۵). و انجام اقدامات سریع و انتقال فوری آنها به

در حال حاضر بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب می‌شود و تعداد این بیماران در دهه‌های اخیر رو به افزایش است (۱). با توجه به تصورات و دانسته‌های نادرست بعضی مردم از بیماری‌های قلب و عروق، اکثر مردم با دست‌های خویش زمینه را برای پیدایش بیماری‌های قلبی فراهم می‌سازند. از این رو شناخت و آگاهی بیمار از جنبه‌های بیماری خود مانند علل ایجاد علایم و نشانه‌های بیماری و روش‌های درمانی و پیشگیری‌کننده از بیماری موجب بهبود کیفیت درمان می‌شود (۲). بیماری‌های کرونر قلب علی‌رغم این که از علل مهم مرگ و میر در زنان و مردان محسوب می‌شود، به طور سنتی بیماری مردان تلقی می‌شود. از این رو انجام تحقیقات، اقدام بازتوانی یا پیشگیری نیز بیش‌تر در مردان صورت گرفته است (۳). در طول ۲۰ سال گذشته، اگر چه میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در زنان و مردان کاهش یافته است، این کاهش در زنان کم‌تر از مردان بوده است (۴). به طور سنتی نشانه‌های سندرم کرونری‌ها (ACS: Acute coronary syndrome) را در هر دو جنس یکسان می‌دانند، ولی شواهد موجود حاکی از این است که ممکن است بین جنس و علایم ACS ارتباط وجود داشته باشد (۵). چنانچه بر اساس نتایج برخی تحقیقات ۶۴ درصد از زنانی که دچار مرگ قلبی شده بودند، علامت تشخیص داده شده قلبی نداشتند. بسیاری از آنها علایم متنوعی را ذکر می‌کردند که با علایم کلاسیک قلبی تفاوت داشت. از این رو افراد تیم بهداشتی در تشخیص این علایم دچار اشتباه شدند (۶). در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۸۰ محققین شروع به بررسی در مورد سایر علایم نظیر احساس ضعف و تنگی نفس و تغییر در درد قفسه سینه به عنوان علایم پیش‌درآمد در MI کردند. متأسفانه در اغلب مطالعات زنان شرکت نداشتند و معتقد بودند که بیماری‌های عروق کرونر قلب

بیمارستان دارای اهمیت بسیار زیادی است (۱۶). مک سوینی (۲۰۰۱) توصیه می‌کند که تحقیقات متعددی در این زمینه انجام شود تا مشخص شود زنان چه علائمی از بیماری‌های عروق کرونری قلب را تجربه می‌کنند (۲). از آن‌جا که درد قفسه سینه علامت کلیدی بیماری‌های عروق کرونری قلب شناخته شده و کم‌تر به علائمی نظیر ضعف یا درد ناحیه پشت و شانه توجه می‌شود، افزایش آگاهی در این زمینه و علائم همراه با درد قفسه سینه به افراد تیم بهداشتی توصیه می‌شود (۲). بدیهی است شناخت علائم و تفاوت‌های آنها در زمان و مردان علاوه بر این که به افراد تیم بهداشتی - درمانی در تشخیص بهتر کمک می‌کند، در آموزش به جمعیت عمومی و افراد با عوامل خطر آفرین بالا در شناخت علائم نیز موثر خواهد بود. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه علائم آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد در زنان و مردان بستری در بخش‌های CCU دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای از نوع Case series است که در آن ضمن تعیین ویژگی‌های فردی، تاریخچه بیماری و عکس‌العمل بیمار بعد از بروز علائم (اقدامات انجام شده) بالینی بیماری در بیماران مذکر و مونث مبتلا به آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد مورد مقایسه قرار گرفت. بیمارانی که تشخیص انفارکتوس میوکارد در آن‌ها داده شده بود، وارد مطالعه شدند. روش گردآوری داده‌ها با استفاده از پرونده پزشکی و تکمیل پرسشنامه مخصوص بررسی درد از طریق مصاحبه حضوری در بیمارستان و در بالین بیمار انجام شد و زمان جمع‌آوری اطلاعات بعد از تثبیت وضعیت طبی و حداکثر روز دوم یا سوم پس از پذیرش بود. کلیه بیماران با

تشخیص آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد که هوشیار و قادر به برقراری ارتباط بوده و در بخش‌های CCU بیمارستان‌های شفا و افضل پور کرمان بستری بودند، وارد مطالعه شدند و تعداد نمونه ۶۰۰ نفر بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست ثبت اطلاعات از پرونده که نهایتاً صحت تکمیل آن به تأیید پزشک متخصص می‌رسید و پرسشنامه شامل بخش‌های ویژگی‌های فردی، تاریخچه بیماری، علائم بالینی، عکس‌العمل بعد از بروز علائم و اقدامات انجام شده و تصویر مربوط به تعیین ویژگی‌های درد (محل، انتشار، شدت، زمان) بود. جهت تعیین روایی از روایی محتوی از (تعدادی از متخصصان قلب و مریان کارشناس ارشد پرستاری که دوره CCU را گذرانده بودند) مجموعاً ده نفر استفاده شد. ضریب به دست آمده از هر عبارت بین ۰/۸-۱ و نمره کلی ۰/۹۶ جهت روایی به دست آمد. برای تعیین پایایی از روش پایایی بین دو ناظر استفاده شد که توافق کامل در همه عبارات پرسشنامه وجود داشت و نمره کلی یک جهت پایایی به دست آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی ساده و درصد) و آزمون t مستقل جهت متغیرهای کمی، آزمون مربع کای، فیشر و یومان وایت نی جهت متغیرهای کیفی استفاده شد. در انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی معمول نظیر اجازه از مسئولین بیمارستان‌ها و بیماران و اطمینان به واحد اصلی مورد پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات، عدم ذکر نام و نام خانوادگی و آزاد بودن واحدهای پژوهش در قبول یا رد شرکت در تحقیق مد نظر قرار گرفت.

یافته‌ها

در مورد ویژگی‌های فردی نتایج نشان داد درصد

در مورد ویژگی‌های فردی نتایج نشان داد درصد مردان ۲۴-۴۴ ساله بیش‌تر از زنان و درصد زنان ۶۵ تا ۸۴ ساله بیش‌تر از مردان بود. همچنین درصد زنان بی‌سواد خانه‌دار بیش‌تر از مردان بوده و درصد بالاتری از زنان بیمه شده بودند. مقایسه تغییر الکتروکاردیوگرام «تشخیص و نوع MI بین زنان و مردان نشان داد درصد زنانی که دچار آنژین صدری ناپایدار شده بودند بیش‌تر از مردان و درصد مردانی که دچار انفارکتوس میوکارد شده بودند بیش‌تر از زنان بود (جدول شماره ۱).

افزایش کلسترول خون، تجمع غیرعادی مایع در پریکارد) را داشتند، بیش‌تر از مردان و در مقابل درصد مردانی که تحت آنژیوگرافی یا آنژیوپلاستی زیر جلدی قرار گرفته بودند، بیش‌تر از زنان بود. در مقایسه ویژگی‌های مختلف درد بین زنان و مردان مبتلا به آنفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در زنان و مردان تنها در مورد نوع درد، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد؛ به طوری که درصد زنانی که درد ناگهانی و منتشر را گزارش کرده بودند، بیش‌تر بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: مقایسه تغییر الکتروکاردیوگرام، تشخیص و نوع MI در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش‌های CCU بیمارستان‌های شفا، افضل‌ی پور کرمان در سال ۸۴-۸۳

جدول شماره ۲: مقایسه ویژگی‌های درد بین زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش‌های CCU بیمارستان‌های شفا، افضل‌ی پور کرمان در سال ۸۴-۸۳

متغیر	جنس	
	مذکر (درصد) تعداد	مؤنث (درصد) تعداد
۱- ناگهانی، ناگهانی و موضعی	۶۸ (۱۸/۳)	۳۳ (۱۴/۶)
۲- ناگهانی و منتشر	۱۳۷ (۳۶/۸)	۱۰۶ (۴۶/۹)
۳- تدریجی، تدریجی و موضعی	۵۲ (۱۴)	۲۰ (۸/۸)
۴- تدریجی و منتشر	۱۱۰ (۲۹/۶)	۶۷ (۲۹/۶)
۵- بدون توصیف	۵ (۱/۳)	۰ (۰)
۱- با احساس سوزش	۴۴ (۱۱/۸)	۳۲ (۱۴/۲)
۲- با احساس فشار	۱۷۳ (۴۶/۵)	۱۲۰ (۵۳/۱)
۳- سوزش و فشار	۹۵ (۲۵/۵)	۴۶ (۲۰/۴)
۴- بدون توصیف	۶۰ (۱۶/۱)	۲۸ (۱۲/۴)
۱- درد در استراحت شب	۱۸۶ (۵۰)	۱۰۳ (۴۵/۶)
۲- درد در استرس ناگهانی	۲۳ (۶/۲)	۲۰ (۸/۸)
۳- درد در فعالیت	۵۴ (۱۴/۵)	۳۳ (۱۴/۶)
۴- درد دائمی	۸۱ (۲۱/۸)	۵۱ (۲۲/۶)
۵- ترکیبی از دو یا سه حالت	۲۸ (۷/۵)	۱۹ (۸/۴)

متغیر	جنس	
	مذکر (درصد) تعداد	مؤنث (درصد) تعداد
۱- بدون تغییر	۱۵۳ (۱۴/۲)	۴۴ (۱۹/۵)
۲- بالا رفتن قطعه ST	۵۶ (۱۵)	۲۶ (۱۱/۵)
۳- پایین آمدن قطعه ST	۲۳ (۶/۱)	۱۶ (۷/۱)
۴- معکوس شدن موج T	۶۰ (۱۶)	۴۵ (۱۹/۹)
۵- موج Q	۳۹ (۱۰/۴)	۱۵ (۶/۶)
۶- صاف شدن موج T	۷ (۱/۹)	۹ (۴)
۷- بلوک شاخه راست یا چپ برادیکاردی سینوسی	۶ (۱/۶)	۳ (۱/۳)
۸- ترکیبی از پنج حالت دوم	۱۳۰ (۳۴/۸)	۶۸ (۳۰/۱)
۱- آنژین صدری ناپایدار	۱۸۵ (۴۹/۵)	۱۵۹ (۷۰/۴)
۲- انفارکتوس میوکارد	۱۵۲ (۴۰/۶)	۵۰ (۲۲/۱)
۳- سایر موارد	۳۷ (۹/۹)	۱۷ (۷/۵)
۱- انفارکتوس دیواره تحتانی	۸۳ (۴۶/۹)	۲۱ (۳۶/۸)
۲- قدامی	۱۹ (۱۰/۷)	۱۱ (۱۹/۳)
۳- قدامی- طرفی	۱۰ (۵/۶)	۴ (۷)
۴- قدامی- دیواره ای	۲۳ (۱۳)	۹ (۱۵/۸)
۵- انفارکتوس وسیع	۲۴ (۱۳/۶)	۸ (۱۴)
۶- انفارکتوس حاد، دیواره ای، تحت اندوکاردی	۷ (۴)	۳ (۵/۳)
۷- ترکیبی از حالات فوق	۱۱ (۶/۲)	۱ (۱/۸)

در مقایسه علائم همراه در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در مورد تعریق، استفراغ، درد پای گاستر، سوزش سردل، سوء هاضمه، درد شکم و سنکوپ، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. ولی در سایر موارد درصد زنانی که علائم تهوع، کاهش اشتها، ضعف، برافروختگی، سرگیجه، خستگی زیاد، سستی، سردرد، اختلال بینایی، احساس خفگی، تپش قلب، خستگی و گیجی را گزارش کرده بودند، بیش‌تر از مردان بود.

در مقایسه سابقه ابتلا به بیماری‌های مختلف، درصد زنانی که سابقه ابتلا به آنژین صدری ناپایدار، دیابت شیرین، پرفشاری خون، اختلالات روانی و سایر بیماری‌ها

شماره ۱). بسیاری از محققان از جمله کلاتسکی و همکاران (۲۰۰۰) الوباخ^۲ و همکاران (۱۹۸۶) و براون والدر^۳ (۱۹۹۷) و سایرین نیز ذکر می کنند که شیوع آئزین صدی ناپایدار در زنان بیش تر و شیوع انفارکتوس میوکارد در مردان بیش تر است. کلاتسکی (۲۰۰۰) ذکر می کند که تاثیرات هورمون های استروژنیک، واضح ترین توجیه برای تفاوت های زیست شناختی وابسته به جنس در تظاهرات بیماری های عروق کرونر قلب (CHD) است (۱۷، ۱۸، ۱۹). در مقایسه سابقه ابتلا به انفارکتوس میوکارد، نارسایی احتقانی قلب و انجام عمل جراحی قلب باز اختلاف معنی دار آماری بین دو جنس مشاهده نشد ($p > 0.05$) ولی در صد زنانی که سابقه ابتلا به آئزین صدی ناپایدار، دیابت، پرفشاری خون و اختلالات روانی داشتند به طور معنی داری بیش تر از مردان بود ($p < 0.01$). وگنر^۴ (۲۰۰۳) در مورد بیماری های کرونری در زنان می نویسد که زنان مبتلا به CHD بیش تر از مردان به دیابت و پرفشاری خون مبتلا هستند و بیش تر سابقه نارسایی قلبی را دارند (۲۰). دوون و زرویک^۵ (۲۰۰۲) در مقاله خود ذکر می کنند که شیوع افسردگی در زنان سه برابر مردان است (۵). همچنین این مطالعه نشان داد که درصد مردانی که تحت عمل آئزیوگرافی عروق کرونر و آئزیو پلاستی زیر جلدی قرار می گیرند به طور معنی داری بالاتر از زنان است ($p < 0.05$). وگنر^۲ نیز در مقاله ای مروری در سال ۲۰۰۳ بیان کرد که مردان دو برابر زنان جهت عمل آئزیوگرافی کرونر ارجاع می شوند. وی همچنین بیان می کند که وجود علائم غیر خاص در زنان و عدم شناسایی به موقع این بیماران منجر به تاخیر در دریافت درمان های مناسب می شود (۲۰). در مورد ویژگی های درد و نوع درد در زنان و مردان اختلاف معنی داری وجود داشت؛ به طوری که زنان به

از نظر تنگی نفس، درصد زنانی که دچار تنگی نفس شده بودند، بیش تر از مردان بود (جدول شماره ۳). در مقایسه درد قسمت های مختلف بین زنان و مردان تنها در مورد درد گردن، درد وسط پشت و درد در تمام پشت اختلاف معنی داری مشاهده شد که در هر سه مورد درصد زنانی که علائم ذکر شده را گزارش کرده بودند، بیش تر از مردان بود. در مقایسه شدت درد بین زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آئزین صدی ناپایدار هیچ اختلاف معنی داری بین دو جنس مشاهده نشد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: مقایسه تنگی نفس ایجاد شده در حین حمله در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آئزین صدی ناپایدار بستری در بخش های CCU بیمارستان های شفا افضلی پور کرمان در سال ۸۳-۸۴

متغیر	جنس	
	مذکر (درصد) تعداد	مؤنث (درصد) تعداد
تنگی نفس	۱۱۰ (۲۹/۴)	۱۰۱ (۴۴/۷)
۱- با تنگی نفس	۱۶۴ (۷۰/۶)	۱۲۵ (۵۵/۳)
۲- بدون تنگی نفس		

جدول شماره ۴: مقایسه شدت درد بر اساس مقیاس ده درجه ای دیداری، بین زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آئزین صدی ناپایدار بستری در بخش های CCU بیمارستان های شفا افضلی پور کرمان در سال ۸۳-۸۴

متغیر	مذکر		مؤنث	
	تعداد	mean	تعداد	mean
مقیاس دیداری درد	۳۶۷	۷/۳۷۱	۷/۳۹۶	۱/۹۳۶۳
مقیاس دیداری درد	۲۲۵	۲/۱۲۹	۲۲۵	۰/۸۸۶

بحث

نتایج نشان داد تعداد زنانی که با آئزین صدی ناپایدار بستری شده بودند به طور معنی داری بیش تر از مردان و مردانی که با انفارکتوس میوکارد بستری شده بودند، بیش تر از زنان بود (۴۰/۶ و ۲۲/۱ درصد) (جدول

1. Klatsky
2. Elveback
3. Braunwald
4. Wegner
5. Devon and Zerwic

میزان بیش‌تری از مردان درد را به صورت ناگهانی و منتشر گزارش کرده بودند (۳۶/۸ و ۴۶/۹ درصد) (جدول شماره ۲). نتایج این مطالعه نشان داد که زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان دچار تهوع، کاهش اشتها، ضعف، برافروختگی، سرگیجه، خستگی زیاد، سستی، سردرد، اختلال بینایی، احساس خفگی، تپش قلب، خستگی و گیجی می‌شوند ($p < 0.05$). در مورد سایر علائم از قبیل تعریق، استفراغ، سوزش سردل، سوءهاضمه، درد شکم، کاهش اشتها و سنکوپ اگرچه اختلاف معنی‌دار آماری بین دو جنس مشاهده نشد، درصد زنانی که این علائم را گزارش کرده بودند، بیش‌تر از مردان بود گریس و همکاران (۲۰۰۳) نیز در تحقیق خود در مورد تفاوت‌های وابسته به جنس در تظاهرات بالینی به این نتیجه رسیدند که زنان بیش‌تر از مردان دچار تعریق، ضعف، تهوع، استفراغ، اضطراب، خستگی، گیجی، احساس بیماری، سوءهاضمه، بی‌حسی یا گزگز، درد شکم و سنکوپ می‌شوند (۲۱). یافته‌های این مطالعه با مطالعات سایر محققین از قبیل زوکر^۲ و همکاران (۱۹۹۷) مشابه است (۲۲). در این مطالعه زنان بیش‌تر از مردان در هنگام حمله قلبی خود دچار تنگی نفس شده بودند (۴۴/۷ در برابر ۲۹/۴ درصد) (جدول شماره ۳). کودنچاک^۳ و همکاران (۱۹۹۶)، میشک^۴ و همکاران (۱۹۹۸) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که زنان بیش از مردان در هنگام حمله قلبی دچار تنگی نفس می‌شوند (۲۴، ۲۳). در این مطالعه شایع‌ترین محل درد گزارش شده به وسیله هر دو جنس، درد تمام قفسه سینه (۵۰/۵ درصد) و کم‌ترین علامت، درد هر دو بازو بود (۰/۵ درصد) و زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان دچار درد گردن، وسط و تمام پشت شده بودند

($P < 0.01$). که با نتایج ایورتس^۵ (۱۹۹۶) مشابهت دارد (۲۵). در این مطالعه در مورد شدت درد که با استفاده از مقیاس دیداری ده درجه‌ای (Visual Analogue Scale) سنجیده شده بود، هیچ اختلاف معنی‌داری بین دو جنس از نظر شدت مشاهده نشد (جدول شماره ۴). در پژوهش حاضر تقریباً تمام علائم انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار که در اکثر مطالعات به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته بود، یک جا بررسی شد. نکته‌ای که در این جا مطرح می‌شود این است که با توجه به این که برخی از علائم که بین دو جنس تفاوت داشت، علائمی بود که درصد کمی از جمعیت مورد مطالعه آن را گزارش کرده بودند، آیا این تفاوت حایز اهمیت است؟ دوون و زرویک^۶ (۲۰۰۲) در پاسخ به این سؤال می‌گویند: در پرتو عوارضی که عدم تشخیص CHD می‌تواند به دنبال داشته باشد، حتی اگر درصد کمی از بیماران علامتی را گزارش کنند، چنانچه در تشخیص صحیح کمک‌کننده باشد، علامت مهمی است. تشخیص اشتباه به خصوص برای زنان فاجعه‌آمیز است زیرا وجود عوامل زمینه‌ای و پیش‌آگهی بدتر بیماری‌های قلبی در زنان، یک امر اثبات شده است (۵).

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که درد قفسه سینه در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار تفاوتی ندارد، اگرچه در مورد علائم غیر از درد قفسه سینه، زنان بیش‌تر از مردان علائم تحریک واگ را تجربه می‌کنند. همچنین زنان عملاً با تأخیر بیش‌تری جهت مداخلات طبی مراجعه می‌کنند که به نظر می‌رسد یکی از دلایل آن غیرخاص بودن علائم در زنان و اشکال شناسایی این علائم به عنوان علائم قلبی باشد. با توجه به این که به‌طور سنتی بیماری‌های

میزان بیش‌تری از مردان درد را به صورت ناگهانی و منتشر گزارش کرده بودند (۳۶/۸ و ۴۶/۹ درصد) (جدول شماره ۲). نتایج این مطالعه نشان داد که زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان دچار تهوع، کاهش اشتها، ضعف، برافروختگی، سرگیجه، خستگی زیاد، سستی، سردرد، اختلال بینایی، احساس خفگی، تپش قلب، خستگی و گیجی می‌شوند ($p < 0.05$). در مورد سایر علائم از قبیل تعریق، استفراغ، سوزش سردل، سوءهاضمه، درد شکم، کاهش اشتها و سنکوپ اگرچه اختلاف معنی‌دار آماری بین دو جنس مشاهده نشد، درصد زنانی که این علائم را گزارش کرده بودند، بیش‌تر از مردان بود گریس و همکاران (۲۰۰۳) نیز در تحقیق خود در مورد تفاوت‌های وابسته به جنس در تظاهرات بالینی به این نتیجه رسیدند که زنان بیش‌تر از مردان دچار تعریق، ضعف، تهوع، استفراغ، اضطراب، خستگی، گیجی، احساس بیماری، سوءهاضمه، بی‌حسی یا گزگز، درد شکم و سنکوپ می‌شوند (۲۱). یافته‌های این مطالعه با مطالعات سایر محققین از قبیل زوکر^۲ و همکاران (۱۹۹۷) مشابه است (۲۲). در این مطالعه زنان بیش‌تر از مردان در هنگام حمله قلبی خود دچار تنگی نفس شده بودند (۴۴/۷ در برابر ۲۹/۴ درصد) (جدول شماره ۳). کودنچاک^۳ و همکاران (۱۹۹۶)، میشک^۴ و همکاران (۱۹۹۸) نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که زنان بیش از مردان در هنگام حمله قلبی دچار تنگی نفس می‌شوند (۲۴، ۲۳). در این مطالعه شایع‌ترین محل درد گزارش شده به وسیله هر دو جنس، درد تمام قفسه سینه (۵۰/۵ درصد) و کم‌ترین علامت، درد هر دو بازو بود (۰/۵ درصد) و زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان دچار درد گردن، وسط و تمام پشت شده بودند

5. Everts
6. Devon and Zerwic

1. Grace
2. Zuker
3. Kudenechuck
4. Mischke

علایم مردان تجربه کنند. بخشی از این آموزش از طریق پرستار که در تماس مستقیم با بیماران و خانواده‌های آنها است و بخش دیگر از طریق رسانه‌های عمومی (راديو، تلویزیون و ...) امکان‌پذیر است.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان جهت تامین بخشی از هزینه انجام تحقیق و کارکنان و بیماران بخش‌های قلب که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

قلبی بیماری مردان تلقی می‌شده و بیش‌تر تحقیقات بر روی مردان انجام شده، بهتر است تحقیقات بیش‌تری بر روی زنان انجام شود و نتایج حاصل از این تحقیقات به اطلاع جمعیت عمومی و تیم بهداشتی رسانده شود. بدیهی است آگاهی تیم بهداشتی بخصوص پزشکان و پرستاران از تفاوت علایم بیماری‌های قلبی در دو جنس می‌تواند در شناسایی زودتر، اقدام به موقع و کاهش مرگ و میر اثر زیادی داشته باشد. به زنان نیز باید آموزش داده شود که علایم بیماری‌های قلبی در آنها با آنچه که به عنوان علایم خاص بیماری‌های قلبی شناخته شده، متفاوت است و ممکن است علایمی متفاوت با

فهرست منابع

1. Goldberg R, et al. Age and sex differences in presentations of symptoms among patients with acute coronary syndromes. The REACT trial. *Coron. Arkt. Dis.* 2000; 11: 399-407.
2. Mc Sweany J, et al. Do you know them when you see them? Women's prodromal and actue symptoms of myocardial infraction. *J. Card. Nurs.* 2001; 15(3): 26-38.
3. Bengestone A, et al. Differences between men and women on waiting list for coronary revascularization. *J. Adv Nurs.* 2000; 3(6): 1361-1367.
4. Hayes SN. *Heart disease in women. In myoclinic cardiology review.* Edited by Morphy JG. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkinson, 2000: 1109-1128.
5. Devon H, Zerwic J. Symptoms of acute coronary syndromes. Are there gender differences. *Heart and lung.* 2002; 31(4): 235-250.
6. Topal E, et al. *Cardiovascular thrombo cardiology and thrombo neurology*; 2^d ed; Philadelphia: W B Saunders co. 1998.
7. Bahr R.D Access to early cardiac care. Chest pain as risk factor for heart attack and emergence of early cardiac care centers. *Md. Med. J.* 1996; 41(2): 133-137.
8. Kannel WB, et al. Prognosis after myocardial infraction: the Framingham study. *Am. J. Cardial.* 1979; 30: 141-148.
9. Lerner D, Kannel W. Patterns of coronary heart disease. Morbidity and mortality in sexes: a 26 year follow up of the Framingham population. *Am. Heart. J.* 1986; 111(2): 383-390.

10. Milner KA, et al. Typical symptoms are predictive of acute coronary syndromes in women. *Am Heart J*; 2002; 143: 283-8.
11. Fodor G, Tzerouska R. Coronary heart disease. Is gender important? *J. Ment. Health. Gender*. 2004; 1(1): 32-37.
12. Patel H, et al. Symptoms of acute coronary syndromes Dose sex make a difference? *Am Heart J*. 2004; 148: 27-33.
13. Ashton K.C. How men and women with heart disease seek care: The delay experience. *Prog. Cardiovascular Nurs*. Spring; 1999; 14(2): 53-60.
14. Goldberg RJ, et al. Sex differences in symptom presentation with acute myocardial infarction: a population based perspective. *Am. Heart J*. 1998; 136: 189-95.
15. Kathely J. Hand book of Medical surgical Nursing. London: Springhouse. 1996.
16. دلاورخان، مرتضی. *انفارکتوس میوکارد*. چاپ سوم، تهران: انتشارات دانش پژوه، ۱۳۷۸. ص ۲۲۳.
17. Braunwald E. Heart Disease. *A text book of cardiovascular Medicine*. 7th ed; Philadelphia: W.B Saunders co. 2005.
18. Elveback LR, et al. Coronary heart disease in residents of Rochester, Minnestotta VII. Incidence, 1950 through 1982. *Mayo. Clinic. Proc*. 1986; 61: 896-900.
19. Klatsky A, Armstrong M.A. Sex based differences in cases of hospitalization for coronary heart disease. *Perman. J*. 2000; 4(4): 15-20.
20. Wegner N.K. Coronary heart disease: The femal heart is vulnerable. Progress in cardiovascular health and disease in women. *N. Engl. J. Med*. 2003; 329: 247-256.
21. Grace Sh, et al. Presentation, Delay and contrandications to thrombolytic treatment in females and males with myocardial infarction. *Wom. Health Issu*. 2003; 3: 214-22.
22. Zucker DR, et al. Presentation of acute myocardial infarction in men and women. *J. Gen. Intern. Med*. 1997; 12: 79-87.
23. Kudenchuk PJ. Comparison of presentation, treatment and outcome of acute myocardial infarction in men versus women (The Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry). *Am. J. Cardiol*. 1996; 78: 9-14.
24. Meischke H, et al. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *Am. J. Cardiol*. 1998; 24(4): 396-399.
25. Everts B, et al. Localization of pain in suspected acute myocardial infarction related to final Diagnosis, age, sex and site and type of infarction. *Heart lung*. 1996; 25(6): 430-7.