

بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت علایم بالینی در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد

مهدی راعی^۱، اعظم حمیدزاده^۲، اکرم سادات منتظری^۳، زهرا نعیم‌آبادی^۴، امیر الماسی حشینیان^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: شناخت علایم سکته قلبی و تفاوت‌های آن در بین زنان و مردان باعث می‌شود مدت زمان تصمیم‌گیری جهت ارائه اقدامات تشخیصی و درمانی کاهش یابد و کیفیت پاسخ به درمان بهتر شود. هدف از این مطالعه، مقایسه‌ی شدت و نوع علایم بالینی تجربه شده در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد بود.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۱۷۵ بیمار مبتلا به سکته قلبی و آنژین صدری ناپایدار که در بخش‌های CCU و قلب بیمارستان امام حسین (ع) شهر شاهرود بستری بودند، بررسی شدند. اطلاعات که شامل سؤالاتی در رابطه با مشخصات دموگرافیک، علایم بیماری، عوامل خطر بیماری، تاریخچه‌ی بیماری و علایم همراه با بیماری بود، از طریق مصاحبه و با استفاده از یک چک لیست جمع‌آوری گردید. برای بررسی شدت علایم ذهنی، از مقیاس ده درجه‌ای دیداری استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

یافته‌ها: از ۱۷۵ بیمار مبتلا، ۱۰۰ نفر زن و ۷۵ نفر مرد بودند. فراوانی وجود درد در تمام قفسه‌ی سینه در مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود ($P = ۰/۰۰۴$). درد در قسمت مرکز و بالای سینه در اغلب بیماران (۶۹/۷ درصد) وجود داشت، اما در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود ($P = ۰/۰۰۲$). بین دو جنس، اختلاف آماری معنی‌داری از نظر بعضی علایم همراه نیز وجود داشت، اما ویژگی درد قلبی یکسان بود. میانگین نمره‌ی مربوط به شدت علایم درد، تعریق و تپش قلب در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که علایم ایجادشده در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد تا حدودی متفاوت می‌باشد. بنابراین توجه صرف به علایم معمول سندرم کرونری حاد می‌تواند امکان درمان در مراحل اولیه را از بیمار سلب نماید.

واژگان کلیدی: سندرم کرونری حاد، علایم بالینی، سکته قلبی، زنان، مردان

ارجاع: راعی مهدی، حمیدزاده اعظم، منتظری اکرم سادات، نعیم‌آبادی زهرا، الماسی حشینیان امیر. **بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت علایم بالینی**

در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۱؛ ۳۰ (۲۱۵): ۲۰۲۱-۲۰۱۱

مبتلا هستند و یا حداقل یک عامل خطر ابتلا به آن را دارند (۱). بر اساس آمارهای به دست آمده از آمریکا، بر اثر بیماری قلبی در هر ۳۴ ثانیه، یک آمریکایی می‌میرد. همچنین به گفته‌ی کارشناسان، در ایران روزانه

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی یکی از علل مرگ و میر در آمریکا و اکثر کشورهای توسعه‌یافته می‌باشد، به حدی که بیش از ۱۳ میلیون آمریکایی به بیماری عروق کرونر

۱- کارشناس ارشد، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۴- کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، شاهرود، ایران

۵- کارشناس ارشد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

وجودی که زنان نسبت به مردان از خدمات بهداشتی به مقدار بیشتری استفاده می‌کنند، دسترسی کمتری به روش‌های تشخیصی و درمانی بیماری‌های قلبی دارند. یکی از دلایل این مسأله، اشتباه متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و خود زنان در تشخیص علایم اولیه‌ی سندرم‌های کرونری حاد می‌باشد (۸).

عوارض ناشی از سکته‌ی قلبی در زنان، نسبت به مردان بیشتر است و همچنین اقدامات تشخیصی و درمانی حفظ حیات را با تأخیر طولانی‌تری دریافت می‌کنند (۹-۱۰). Vaccarino و همکاران بیان می‌کنند که زنان کمتر از ۵۰ سالی که با سندرم کرونری حاد در بیمارستان بستری می‌شوند، دو برابر بیشتر از مردان فوت می‌کنند (۱۰). بالاتر بودن سن زنان و نداشتن علایم تشخیصی شناخته‌شده، عامل نادیده گرفته شدن علایم بیماری در زنان محسوب می‌شود (۱۱). همچنین برخی از مطالعات نشان می‌دهند که تظاهرات بالینی سکته‌ی قلبی در زنان و مردان متفاوت است (۲).

مطالعه‌ی Culic و همکاران نشان داد که زنان اغلب دردهایی چون درد بازو، گردن، پشت، شانه و سر را تجربه می‌کنند و اکثر آن‌ها علایمی نظیر استفراغ، تنگی نفس و سرفه دارند. در حالی که در مردان بیشتر درد قفسه‌ی سینه، تعریق، نفخ و سسکه دیده می‌شود (۱۲). عدم تشخیص سندرم حاد کرونری در زمان مراجعه به بیمارستان در زنان ۵۴ درصد و در مردان ۳۳ درصد می‌باشد (۱۳-۱۴). نتایج مطالعات Noureddine و همکاران (۱۵) و سبزواری و همکاران (۱۶) نشان داد که زنان، اغلب دچار علایم غیر اختصاصی سکته‌ی قلبی و آنژین صدری می‌شوند و کمتر از مردان در مورد علایم

۳ هزار سال عمر مفید مردم بر اثر بیماری‌های قلبی و عروقی از دست می‌رود. در جدیدترین آمار وزارت بهداشت ایران، ۳۹/۳ درصد مرگ‌ها در کشور ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی است که از این مقدار ۱۹/۵ درصد به علت سکته‌ی قلبی است (۲).

حضور به موقع بیماران سندرم کرونری حاد در بیمارستان، به طور قابل توجهی با کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری ارتباط دارد (۳)؛ اما کمتر از ۱۰ درصد بیماران طی ۱ ساعت اول، یعنی بهترین زمان ممکن برای به حداقل رساندن آسیب، درمان می‌شوند (۴). یکی از اصلی‌ترین عوامل مرتبط با عدم دریافت به موقع درمان‌های اورژانسی، تأخیر زمانی از شروع علایم تا رسیدن بیمار به بیمارستان است. این تأخیر زمانی از ۴ تا ۲۴ ساعت متغیر است و میانگین ۲ تا ۶ ساعت دارد. حدود ۲۰-۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بیش از ۶ ساعت تعلل می‌کنند تا به بیمارستان مراجعه کنند. از علل تأخیر طولانی مدت می‌توان موارد مختلفی چون، سن بالا، جنس مؤنث، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، علایم خفیف و یا غیر اختصاصی و مشورت تلفنی با پزشک را نام برد (۵).

نتیجه‌ی درمان در مردان بهتر از زنان گزارش می‌شود و میزان مرگ و میر مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری در حال کاهش است، ولی این میزان به طور مداوم در زنان روندی افزایشی دارد (۶). با وجود این که بیماری‌های عروق کرونر قلب از علل مهم مرگ و میر در زنان و مردان محسوب می‌شود، اما به طور سنتی، بیماری مردانه‌ای تلقی می‌شود. از این رو در تحقیقات، اقدامات بازتوانی یا پیشگیری نیز بیشتر در مردان صورت می‌گیرد (۷). از طرف دیگر، با

CCU و قلب بیمارستان امام حسین (ع) شهر شاهرود مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت تشخیص بیماری، از الکتروکاردیوگرام بیمار و اندازه‌گیری آنزیم‌های قلبی که در پرونده‌ی وی ثبت شده بود، استفاده گردید. پژوهشگران ۱۷۵ بیمار را وارد مطالعه کردند. شرایط ورود به طرح شامل سلامت حس شنوایی، توانایی تکلم و برقراری ارتباط کلامی، عدم ابتلا به بیماری آلزایمر و عقب‌ماندگی ذهنی، عدم سابقه‌ی درد حاد اسکلتی-عضلانی حداقل یک هفته قبل از شروع علایم و عدم وجود سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های گوارشی (مانند برگشت ترشحات معدی- روده ای)، بیماری روحی- روانی حاد و بیماری احتقانی قلب بود.

اطلاعات با استفاده از یک پرسشنامه جمع‌آوری شد. اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و محل زندگی)، قد، وزن، علایم بیماری (محل درد، ویژگی درد، حالت درد و شدت درد)، عوامل خطر بیماری (سابقه‌ی ابتلا به دیابت، فشار خون بالا، چربی خون بالا، سیگاری بودن، اعتیاد به مواد مخدر، کم تحرکی و سابقه‌ی وجود بیماری قلبی در خانواده)، تاریخچه‌ی بیماری (سابقه‌ی درد قلبی و سابقه‌ی بستری شدن به علت بیماری‌های قلبی) و علایم همراه با بیماری (بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، اضطراب و تنگی نفس)، اطلاعات جمع‌آوری شده توسط پرسشنامه بودند. پژوهشگر اطلاعات را از طریق مصاحبه و با وارد کردن آن‌ها به چک لیست گردآوری کرد. اطلاعات پس از تثبیت وضعیت طبی و حداکثر در روز دوم یا سوم بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان جمع‌آوری شده بود. همچنین از ابزار ۱۰ امتیازی VAS

بیماری آگاهی دارند و این باعث دیرتر رسیدن آنان به بیمارستان می‌شود. در همین ارتباط، نتایج مطالعه‌ی رنجبر و همکاران حاکی از آن بود که کیفیت و شدت درد قلبی در زنان و مردان تفاوتی ندارد، اما علایم دیگر نظیر استفراغ، تنگی نفس، خستگی، سستی، اضطراب، درد بین کتف‌ها و کمر به طور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان بوده است. همچنین در انتشار درد قلبی، بین دو جنس تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (۴).

با وجود این که نتایج مطالعه‌ی مروری Devon و Zerwic نشان دادند که بین علایم در زنان و مردان تفاوتی وجود ندارد، اما آن‌ها لزوم انجام مطالعات مشابه را پیشنهاد کردند (۱۷).

عدم آشنایی اکثر بیماران و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله پرستاران با تفاوت‌های احتمالی علایم سکته‌ی قلبی در زنان و مردان، عدم ارائه‌ی درمان به‌موقع به بیماران و در نتیجه از دست دادن زمان طلایی جهت اقدامات تهاجمی و غیر تهاجمی درمان سکته‌ی قلبی، منجر به افزایش مرگ و میر و عوارض ناشی از سکته‌ی قلبی می‌شود (۴، ۱۸). پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت علایم بالینی در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد به منظور کمک به ارتقای آگاهی بیماران، پرسنل درمان و همچنین به حداقل رساندن زمان مراجعه‌ی بیماران و انجام سریع‌تر اقدامات درمانی، انجام شده است.

روش‌ها

در این مطالعه‌ی مقطعی که از تیر تا پایان آذر ماه سال ۱۳۹۰ انجام گرفت، کلیه‌ی بیماران مبتلا به سکته‌ی قلبی و آنژین ناپایدار بستری شده در بخش‌های

در دقیقه بود.

جدول ۱ فراوانی بروز علایم قلبی و غیر قلبی را در بیماران مورد مطالعه به تفکیک جنس نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، درد تمام قفسه‌ی سینه که یکی از شایع‌ترین علایم سندرم کرونری حاد می‌باشد، در مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود. از بین دیگر علایم اصلی بیماری سندرم کرونری حاد، درد قسمت مرکز و بالای سینه در اغلب بیماران وجود داشت که در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. درد بین کتف‌ها و درد در بازوی چپ نیز در زنان بیشتر از مردان بود. وسعت دردها در ۸۶/۹ درصد بیماران به اندازه‌ی کف دست بود، اما بین زنان و مردان اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج مقایسه‌ی علایم همراه در زنان و مردان نشان داد که فقط سرفه و سسکه در مردان بیشتر از زنان بود، اما اختلاف آماری معنی‌داری بین آن‌ها مشاهده نشد. همچنین بی‌اشتهایی، تعریق غیر معمول، خستگی مفرط، ضعف و سستی، تپش قلب، تهوع و استفراغ، سر درد، نفخ معده، برافروختگی و اختلال خواب در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان ایجاد شده بود.

نتایج در مورد ویژگی درد قلبی میان زنان و مردان نشان داد که درد سوزشی در ۲۱ درصد زنان و ۱۷/۳ درصد مردان، درد با احساس فشار در ۵۱ درصد زنان و ۵۰/۷ درصد مردان، درد سوزشی و فشاری در ۱۵ درصد زنان و ۱۳/۳ درصد مردان و درد مبهم در ۷ درصد زنان و ۸ درصد مردان وجود داشت که در موارد ذکر شده اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان مشاهده نشد (به ترتیب $P = ۰/۵۴$ ، $P = ۰/۹۶$ ، $P = ۰/۷۵$ و $P = ۰/۸۰$).

(Visual analogue scale) برای بررسی شدت علایم ذهنی (درد قلبی، تهوع، تنگی نفس، تپش قلب و تعریق) استفاده شد. رتبه‌بندی ابزار بدین صورت بود که صفر برابر با عدم وجود علایم، عدد ۱ تا ۳ برابر با شدت خفیف، ۴ تا ۶ برابر با شدت متوسط، ۷ تا ۹ برابر با شدت زیاد و ۱۰ برابر با درد خیلی شدید در نظر گرفته شد.

قبل از نمونه‌گیری، جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوی (Content validity) استفاده شد؛ بدین صورت که پیش از اجرای طرح، ۱۰ نفر از استادان و متخصصان مربوط، پرسشنامه را مطالعه و تأیید کردند.

اطلاعات به دست آمده به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد. آمارهای توصیفی توسط میانگین، انحراف معیار و یا فاصله‌ی اطمینان و درصد ارائه شد و به منظور تحلیل اطلاعات از آزمون‌های Student-t، Mann-Whitney و χ^2 استفاده گردید. در تمام تجزیه و تحلیل‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۷۵ بیمار مبتلا به سندرم کرونری حاد وارد شده به پژوهش، ۱۰۰ نفر (۵۷/۱ درصد) زن و ۷۵ نفر (۴۲/۹ درصد) مرد بودند. میانگین سن، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و ضربان نبض به ترتیب در زنان $۱۱/۰۱ \pm ۶۱/۲۳$ سال، $۲۴/۱۶ \pm ۱۳۳/۹۳$ میلی‌متر جیوه، $۱۳/۲۳ \pm ۸۰/۶۳$ میلی‌متر جیوه و در مردان به ترتیب $۱۲/۴۸ \pm ۷۴/۱۹$ تعداد در دقیقه و در مردان به ترتیب $۱۳/۹۷ \pm ۶۰/۸۲$ سال، $۲۶/۲۸ \pm ۱۳۳/۶$ میلی‌متر جیوه، $۱۳/۷۹ \pm ۷۸/۸$ میلی‌متر جیوه و $۹/۴۸ \pm ۷۱/۵۸$ تعداد

جدول ۱. مقایسه‌ی علائم اصلی و همراه بیماری سندرم کرونری حاد بین زنان و مردان

مقدار P	جمع کل تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)	علائم
				علائم قلبی
۰/۰۰۴	۳۴ (۱۹/۴)	۱۲ (۱۲)	۲۲ (۲۹/۳)	درد تمام قفسه‌ی سینه
۰/۲۵۹	۱۰ (۵/۷)	۴ (۴)	۶ (۸/۰)	درد معده (اپی‌گاستر)
۰/۰۱۴	۴۷ (۲۶/۹)	۳۴ (۳۴)	۱۳ (۱۷/۳)	درد بازوی راست
< ۰/۰۰۱	۱۰۲ (۵۸/۳)	۷۴ (۷۴)	۲۸ (۳۷/۳)	درد بین کتف‌ها
۰/۷۷۰	۴ (۲/۳)	۲ (۲)	۲ (۲/۷)	درد چانه
۰/۱۷۴	۴۴ (۲۵/۱)	۲۹ (۲۹)	۱۵ (۲۰/۰)	درد شانه
۰/۰۰۳	۹۷ (۵۵/۴)	۶۵ (۶۵)	۳۲ (۴۲/۷)	درد بازوی چپ
				علائم همراه
۰/۰۳۶	۹۳ (۵۳/۱)	۶۰ (۶۰)	۳۳ (۴۴/۰)	بی‌اشتهایی
۰/۰۶۰	۱۴۸ (۸۴/۶)	۸۹ (۸۹)	۵۹ (۷۸/۷)	تعریق غیر معمول
۰/۱۸۰	۱۳۷ (۷۸/۲)	۸۲ (۸۲)	۵۵ (۷۳/۳)	اضطراب
۰/۰۰۱	۱۲۸ (۷۳/۰)	۸۳ (۸۳)	۴۵ (۵۹/۵)	خستگی مفرط
۰/۰۱۰	۱۱۶ (۶۶/۳)	۷۴ (۷۴)	۴۲ (۵۶/۰)	تپش قلب
۰/۶۵۰	۶۵ (۳۶/۸)	۳۶ (۳۶)	۲۹ (۳۸/۷)	سرفه
۰/۰۴۰	۵۹ (۳۳/۷)	۴۰ (۴۰)	۱۹ (۲۵/۳)	تهوع
۰/۱۳۰	۳۶ (۲۰/۱)	۱۷ (۱۷)	۱۹ (۲۵/۳)	سکسکه
۰/۰۰۸	۱۱۷ (۶۶/۹)	۷۵ (۷۵)	۴۲ (۵۶/۰)	سر درد
۰/۰۰۲	۱۲۲ (۶۹/۷)	۷۹ (۷۹)	۴۳ (۵۷/۳)	درد مرکز و بالای سینه
< ۰/۰۰۱	۵۲ (۲۹/۷)	۴۲ (۴۲)	۱۰ (۱۳/۳)	درد گردن
۰/۰۰۶	۵۷ (۳۲/۶)	۴۱ (۴۱)	۱۶ (۲۱/۳)	درد زیر کتف
۰/۰۵۵	۱۷ (۹/۷)	۶ (۶)	۱۱ (۱۴/۷)	سوزش سر دل
۰/۷۱۹	۶ (۳/۴)	۳ (۳)	۳ (۴/۰)	درد نقطه‌ای
۰/۱۵۵	۱۵۲ (۸۶/۹)	۹۰ (۹۰)	۶۲ (۸۲/۷)	درد به اندازه‌ی کف دست
۰/۰۱۷	۹۱ (۵۱/۷)	۶۰ (۶۰)	۳۱ (۴۱/۳)	نفخ معده
۰/۰۰۲	۱۳۴ (۷۶/۶)	۸۵ (۸۵)	۴۹ (۶۵/۳)	برافروختگی
۰/۰۷۰	۱۳۱ (۷۴/۹)	۸۰ (۸۰)	۵۱ (۶۸/۰)	اختلال خواب
۰/۰۱۰	۱۲۳ (۷۰/۳)	۷۸ (۷۸)	۴۵ (۶۰/۰)	ضعف و سستی
۰/۳۴۰	۱۳۰ (۷۴/۳)	۷۷ (۷۷)	۵۳ (۷۰/۷)	تنگی نفس
۰/۴۴۰	۱۰۶ (۶۰/۶)	۶۳ (۶۳)	۴۳ (۵۷/۳)	احساس خفگی
۰/۰۷۰	۵۶ (۳۱/۶)	۳۷ (۳۷)	۱۹ (۲۴/۳)	استفراغ
۰/۶۷۰	۲۸ (۱۶/۰)	۱۷ (۱۷)	(۱۴/۷)	غش

۱۹ نفر) سیگار مصرف می‌کردند و فقط یک نفر از آنان معتاد به مواد مخدر بود، در حالی که ۸ درصد از زنان (۸ نفر) معتاد به مواد مخدر بودند.

در مورد سابقه‌ی ابتلا به بیماری و عوامل خطر مؤثر بر ایجاد بیماری سندرم کرونری حاد در بین زنان و مردان، نتایج نشان داد که ۲۵/۳ درصد مردان

مربوط به شدت درد ($P = 0/016$)، تعریق ($P = 0/003$) و تپش قلب ($P < 0/001$) در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود، اما اختلاف بین زنان و مردان در مورد میانگین نمره‌ی شدت تهوع و تنگی نفس معنی‌دار نبود.

پس از طبقه‌بندی نمرات مربوط به شدت علائم، نتایج آزمون Mann-Whitney نیز نتایج به دست آمده‌ی قبلی را تأیید نمود.

بحث

چون زمان زیادی از شروع علائم ایسکمی میوکارد تا شروع درمان‌های مناسب به هدر می‌رود، اغلب بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد در معرض آریتمی‌های خطرناک، نارسایی قلب، آسیستول و همچنین سکته‌های قلبی وسیع قرار می‌گیرند. بنابراین

سابقه‌ی درد قلبی در زنان ۷۱ و در مردان ۶۵/۳ درصد، بیماری دریچه‌ای در زنان ۶ و در مردان ۶/۷ درصد، سابقه‌ی آنژیوگرافی در زنان ۲۹ و در مردان ۳۳/۳ درصد، دیابت در زنان ۴۱ و در مردان ۳۳/۳ درصد، کم تحرکی در زنان ۴۴ و در مردان ۳۷/۳ درصد، جراحی بای‌پس عروق کرونر در زنان ۱۱ و در مردان ۴ درصد و سابقه‌ی ابتلا به فشارخون در زنان ۵۴ و در مردان ۴۴ درصد بود که در تمامی موارد ذکر شده اختلاف آماری معنی‌داری بین زنان و مردان مشاهده نشد و فقط سابقه‌ی چربی خون بالا در زنان (۳۸ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مردان (۲۲/۷ درصد) بود ($P = 0/030$).

جدول ۲ شدت علائم را بر اساس معیار VAS در زنان و مردان نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی

جدول ۲. مقایسه‌ی شدت علائم در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد

علائم	جنس	نبود علامت (درصد) تعداد	علامت خفیف (درصد) تعداد	علامت متوسط (درصد) تعداد	علامت شدید (درصد) تعداد	علامت خیلی شدید (درصد) تعداد	مقدار P
درد	زن	۵ (۵)	۴ (۴)	۶ (۶)	۲۱ (۲۱)	۶۴ (۶۴)	۰/۰۲۳
	مرد	۷ (۹/۳)	۳ (۴)	۱۱ (۱۴/۷)	۱۸ (۲۴)	۳۶ (۴۸)	
تعریق	زن	۷ (۷)	۷ (۷)	۷ (۷)	۱۹ (۱۹)	۶۰ (۶۰)	۰/۰۰۴
	مرد	۱۴ (۱۸/۷)	۱۱ (۱۴/۷)	۴ (۵/۳)	۱۵ (۲۰)	۳۱ (۴۱/۳)	
تپش قلب	زن	۲۴ (۲۴)	۱۳ (۱۳)	۹ (۹)	۲۰ (۲۰)	۳۴ (۳۴)	< ۰/۰۰۱
	مرد	۳۴ (۴۵/۳)	۱۵ (۲۰)	۶ (۸)	۶ (۸)	۱۴ (۱۸/۷)	
تهوع	زن	۵۷ (۵۷)	۱۲ (۱۲)	۸ (۸)	۹ (۹)	۱۴ (۱۴)	۰/۱۰۵
	مرد	۵۰ (۶۶/۷)	۹ (۱۲)	۶ (۸)	۷ (۹/۳)	۳ (۴)	
تنگی نفس	زن	۱۹ (۱۹)	۱۲ (۱۲)	۶ (۶)	۱۸ (۱۸)	۴۵ (۴۵)	۰/۳۶۱
	مرد	۱۷ (۲۲/۷)	۶ (۸)	۱۳ (۱۷/۳)	۱۰ (۱۳/۳)	۲۹ (۳۸/۷)	

مهم است که بیماران جهت شروع و جستجوی درمان مناسب، با علایم بیماری آشنا شوند. تریاژ مناسب توسط پرستاران و تشخیص سریع علایم بیماری از سوی پزشک نیز بسیار کمک‌کننده است. نقص در تفسیر علایم با ماهیت قلبی از طرف تیم درمانی ممکن است سبب تأخیر در ارائه‌ی درمان‌های مناسب گردد و خسارت‌های زیادی به بیماران وارد کند.

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که تعداد زنان مبتلا به سندرم کرونری حاد در مقایسه با مردان بیشتر بود. Klatsky و Armstrong ذکر کردند که تأثیرات هورمون‌های استروژنیک، واضح‌ترین توجیه برای تفاوت‌های زیست‌شناختی وابسته به جنس در تظاهرات بیماری‌های عروق کرونر قلب می‌باشد (۱۹).

بر اساس نتایج این پژوهش، علایم ایجاد شده در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد تا حدودی متفاوت بود. درد در تمام قفسه‌ی سینه در مردان بیشتر از زنان ایجاد شده بود و محل و انتشار متفاوتی داشت؛ به طوری که در زنان درد با منشأ قلبی بیشتر در نواحی فک، گردن، دست‌ها، بین کتف‌ها، مرکز و بالای قفسه‌ی سینه ایجاد شده بود، اما در مردان انتشار کمتری داشت. دلایل این اختلاف نامشخص است، ولی Waldecker و همکاران اشاره می‌کنند که این اختلاف ممکن است به علت بهتر بودن احتمالی گردش خون کرونری جانبی (Collateral) در زنان در مقایسه با مردان باشد. بر اساس نتایج به دست‌آمده از مطالعات متعدد در بیان تفاوت‌ها، می‌توان به این نکته نیز اشاره نمود که زنان با احتمال بیشتر نسبت به مردان موج غیر طبیعی Q را در انفارکتوس میوکارد دارند (۲۰).

نتایج مطالعه‌ی شریف‌نیا و همکاران نشان داد که

درد قفسه‌ی سینه در دو جنس تفاوتی ندارد، ولی در مورد محل و انتشار درد بین زنان و مردان اختلافاتی وجود داشت و آن این که محل درد برای زنان در نواحی فک، گردن، گلو، شانه و کتف چپ بود، اما انتشار درد در مردان در نواحی متفاوتی گزارش شد (۲). Arslanian-Engoren و همکاران نیز وجود اختلاف علایم سندرم کرونری حاد را در دو جنس تأیید کردند و بیان نمودند که زنان بیشتر علایم غیر اختصاصی نظیر درد فک، درد گردن، درد پشت، تهوع و استفراغ را تجربه می‌کنند (۹). در توصیف اختلاف علایم بین زنان و مردان، Devon و Zerwic بیان کردند که اختلالات خلقی می‌تواند به عنوان یک عامل فیزیولوژیکی در نظر گرفته شود که البته در این مطالعه اختلالات خلقی بررسی نشد (۱۷).

در این پژوهش علایم همراه و غیر اختصاصی شامل: بی‌اشتهایی، تعریق، خستگی مفرط، ضعف و سستی، تپش قلب، تهوع و استفراغ، سردرد، نفخ معده، برافروختگی و اختلال خواب در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. در مطالعه‌ی شریف‌نیا و همکاران نیز علایم همراه بیماری قلبی، متفاوت ذکر شده است و پژوهشگر شانس بروز علایمی چون ضعف، خستگی، اضطراب و سکسکه را در زنان بیشتر از مردان می‌داند (۲).

رنجبر و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، در مورد علایمی مانند استفراغ، خستگی، سستی و اضطراب به نتایج مشابه رسیدند، اما گزارش نمودند که علایم سکسکه، تعریق زیاد و غش یا سنکوپ در مردان بیشتر است و دیگر علایم همراه، در دو جنس، برابر و بدون اختلاف می‌باشد (۴).

Grace و همکاران نیز در تحقیق خود در مورد

مستعدکننده‌ی بیماری سندرم کرونری حاد در زنان بود (۲۵).

همچنین در مطالعه‌ی Devon و Zerwic نمره‌ی مربوط به علایمی چون سوءهاضمه، تپش قلب، تهوع، بی‌حسی دست‌ها و خستگی غیر معمول به طور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان بود (۱۷). در مطالعه‌ی حاضر، علایم آزاردهنده‌ای نظیر درد، تعریق، تپش قلب، تنگی نفس و تهوع از نظر شدت، در دو جنس مقایسه شدند. در شدت علایم درد، تعریق و تپش قلب بین دو جنس تفاوت وجود داشت؛ به طوری که این علایم در زنان نسبت به مردان شدیدتر بود که علت آن ممکن است مربوط به ذهنی بودن علایم و درک متفاوت دو جنس از علایم ذهنی باشد. اگر چه درد در تمام قفسه‌ی سینه در زنان کمتر بود، اما زنان درد انتشاری را تجربه کرده بودند.

در مطالعه‌ی ما، میانگین سن زنان مبتلا به سندرم کرونری حاد بالاتر از مردان بود، اما بر خلاف مطالعات مشابه با وجود سن بالا و انتظار کاهش شدت درد تجربه‌شده در زنان مسن، زنان در این مطالعه شدت درد بالاتری را تجربه کردند. با این که نتایج مطالعه‌ی Wiesenfeld-Hallin نشان داد که اگرچه تفاوت در حساسیت به درد که یک علامت ذهنی است و در زنان و مردان تا حدی مربوط به عوامل روانی-اجتماعی می‌شود (۲۷)، اما بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که جنسیت، بر چگونگی واکنش و حساسیت به محرک‌های آسیب‌رسان مؤثر است. همچنین در مورد علایمی مثل درد، هورمون‌های جنسی و میزان آزادسازی مواد ضد درد طبیعی که در دو جنس متفاوت می‌باشد، در درک درد تأثیرگذار است (۲۷، ۱۷).

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).

در مطالعه‌ی حاضر، ویژگی یا ماهیت درد قلبی نیز در زنان و مردان تفاوتی نداشت و این نتیجه مطابق با نتیجه‌ی رنجبر و همکاران (۴) بود. آنان نیز به این نتیجه رسیده بودند که کیفیت درد قفسه‌ی سینه در دو جنس یکسان است (۴). از سوی دیگر، نتایج پژوهش سبزواری و همکاران نشان داد که ویژگی‌های مختلف درد بین زنان و مردان مبتلا به آنفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در زنان و مردان فقط در مورد نوع درد، اختلاف معنی‌دار آماری داشت؛ به طوری که درصد زنانی که درد ناگهانی و منتشر در اعضا را گزارش کرده بودند، بیشتر بود (۱۶).

با وجود این که در این پژوهش پس از مقایسه‌ی زنان و مردان از نظر عوامل پیشگویی‌کننده‌ای نظیر سیگاری بودن، سابقه‌ی ابتلا به مشکلات قلبی، اعتیاد به مواد مخدر، کم‌تحركی و سابقه‌ی ابتلا به فشارخون بین دو جنس تفاوتی مشاهده نشد، اما بر اساس نتایج پژوهش‌های متعدد پروفایل عوامل خطر در مردان در مقایسه با زنان متفاوت است (۲۵-۲۲). در این مطالعه، فقط سابقه‌ی چربی خون بالا در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بود. در مطالعه‌ی محمودی و همکاران، بیماران از نظر برخی شاخص‌های متابولیکی مقایسه شدند. در زنان میانگین غلظت کلسترول تام و فشار خون بالاتر از مردان بود (۲۶). در مطالعه‌ی Anand و همکاران نیز ابتلا به فشار خون، کم‌تحركی و همچنین دیابت از عوامل

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که علایم ایجادشده در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد تا حدی متفاوت می‌باشد. بنابراین عموم مردم و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید در مورد تفاوت‌های جنسیتی در تجارب علایم سندرم کرونری آموزش داده شوند. عموم مردم باید بیاموزند که نشانه‌های سندرم کرونری، متعدد و متنوع است و بدانند که تمام حملات عروق کرونر با درد شدید قفسه‌ی سینه خود را نشان نمی‌دهند. به ویژه زنان باید آموزش ببینند که ممکن است آنان با احتمال بیشتری نسبت به مردان، علایم غیر معمول (مانند ناراحتی قفسه‌ی سینه به جای درد قفسه‌ی سینه، درد یا ناراحتی یا دردی که برای اولین بار در بازوها شروع می‌شود و اضطراب با علت ناشناخته) در ارتباط با بیماری عروق کرونر را تجربه کنند.

بالاخره این که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید از علایم غیر معمول بیماری عروق کرونر در

زنان به منظور تشخیص صحیح و درمان سریع آگاه شوند. از طرفی، شناسایی علایم متفاوت در زنان و مردان مبتلا به سندرم کرونری حاد می‌تواند منجر به ترفیع مدیریت علایم پس از ترخیص شود. محققان انجام تحقیقات گسترده و با حجم نمونه‌ی بیشتر را به منظور تأیید وجود این اختلاف‌ها در زنان و مردان پیشنهاد می‌کنند.

محدودیت‌ها: در این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات، به دلایل اخلاقی، پرسشنامه پس از پایدار شدن وضعیت طبی و جسمی بیماران تکمیل شد. این موضوع می‌تواند دقت تجدید و به یادآوری علایم بیمار را تحت تأثیر قرار داده باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل اجرای طرح پژوهشی به شماره‌ی ۸۹۵۰ می‌باشد که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود به تصویب رسید.

References

- DeVon HA, Ryan CJ, Ochs AL, Shapiro M. Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *Am J Crit Care* 2008; 17(1): 14-24.
- Sharif Nia SH, Haghdoost A, Nazari R, Rezaii R, Saatsaz S, Seyyedi Andi SJ. Difference in clinical symptoms of myocardial infarction between men and women. *Iran J Crit Care Nurs* 2011; 4(1): 33-8.
- Walsh JC, Lynch M, Murphy AW, Daly K. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: an evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *J Psychosom Res* 2004; 56(1): 67-73.
- Ranjbar H, Arab M, Torabi Z, Hakami M, Darya Begi M. Comparison of chest pain and clinical presentation of acute coronary syndrome in men and women admission on coronary care unit. *J Army Univ Med Sci I R Iran* 2012; 10(2): 125-32.
- Zapka JG, Oakes JM, Simons-Morton DG, Mann NC, Goldberg R, Sellers DE, et al. Missed opportunities to impact fast response to AMI symptoms. *Patient Educ Couns* 2000; 40(1): 67-82.
- Sinkovic A, Marinsek M, Svenssek F. Women and men with unstable angina and/or non-ST-elevation myocardial infarction. *Wien Klin Wochenschr* 2006; 118(Suppl 2): 52-7.
- Dracup K, McKinley S, Riegel B, Mieschke H, Doering LV, Moser DK. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21(3): 186-93.
- Patel H, Rosengren A, Ekman I. Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? *Am Heart J* 2004; 148(1): 27-33.
- Arslanian-Engoren C, Patel A, Fang J, Armstrong D, Kline-Rogers E, Duvernoy CS, et al. Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2006; 98(9): 1177-81.
- Vaccarino V, Parsons L, Every NR, Barron HV, Krumholz HM. Sex-based differences in early

- mortality after myocardial infarction. National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. *N Engl J Med* 1999; 341(4): 217-25.
11. Zhang Q, Qiu JP, Zhang RY, Li YG, He B, Jin HG, et al. Absence of gender disparity in short-term clinical outcomes in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction undergoing sirolimus-eluting stent based primary coronary intervention: a report from Shanghai Acute Coronary Event (SACE) Registry. *Chin Med J (Engl)* 2010; 123(7): 782-8.
 12. Culic V, Eterovic D, Miric D, Silic N. Symptom presentation of acute myocardial infarction: influence of sex, age, and risk factors. *Am Heart J* 2002; 144(6): 1012-7.
 13. Canto JG, Goldberg RJ, Hand MM, Bonow RO, Sopko G, Pepine CJ, et al. Symptom presentation of women with acute coronary syndromes: myth vs reality. *Arch Intern Med* 2007; 167(22): 2405-13.
 14. de TA, Boersma E, Kors JA, van Herpen G, Deckers JW, van der Kuip DA, et al. Incidence of recognized and unrecognized myocardial infarction in men and women aged 55 and older: the Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2006; 27(6): 729-36.
 15. Nouredine S, Massouh A, Froelicher ES. Perceptions of heart disease in community-dwelling Lebanese. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(1): 56-63.
 16. Sabzevari S, Mohammadallizade S, Bagherian B, Mirzaee F. Comparison of signs and symptoms of myocardial infarction and unstable angina in male and female hospitalized. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2007; 17(57): 42-9.
 17. DeVon HA, Zerwic JJ. The symptoms of unstable angina: do women and men differ? *Nurs Res* 2003; 52(2): 108-18.
 18. Dianati M, Adib-Hajbaghery M, Taghadosty M, Akbari H. Seeking treatment behaviors for acute myocardial infarction symptoms in patients referred to Kashan Shahid Beheshti Hospital 2006-7. *Feyz* 2010; 14(2): 133-9.
 19. Klatsky AL, Armstrong MA. Sex-based differences in causes of hospitalization for coronary heart disease. *The Permanente Journal* 2000; 4(4): 15-20.
 20. Waldecker B, Waas W, Haberbosch W, Voss R, Wiecha J, Tillmanns H. [Prevalence and significance of coronary collateral circulation in patients with acute myocardial infarct]. *Z Kardiol* 2002; 91(3): 243-8.
 21. Grace SL, Abbey SE, Bisailon S, Shnek ZM, Irvine J, Stewart DE. Presentation, delay, and contraindication to thrombolytic treatment in females and males with myocardial infarction. *Womens Health Issues* 2003; 13(6): 214-21.
 22. Anand SS, Xie CC, Mehta S, Franzosi MG, Joyner C, Chrolavicius S, et al. Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46(10): 1845-51.
 23. Hochman JS, Tamis JE, Thompson TD, Weaver WD, White HD, Van de Werf F, et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. *Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes IIB Investigators. N Engl J Med* 1999; 341(4): 226-32.
 24. Jafar TH, Jafary FH, Jessani S, Chaturvedi N. Heart disease epidemic in Pakistan: women and men at equal risk. *Am Heart J* 2005; 150(2): 221-6.
 25. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J* 2008; 29(7): 932-40.
 26. Mahmoodi M, Kimiagar M, Abadi A. Gender difference in myocardial infarction events between patients with and without conventional risk factors: The modares heart study. *Iran J Nutr Sci Food Technol* 2007; 2(3): 65-72.
 27. Wiesenfeld-Hallin Z. Sex differences in pain perception. *Gend Med* 2005; 2(3): 137-45.

A Comparative Study on the Type and Severity of Clinical Symptoms of Acute Coronary Syndromes in Men and Women

Mehdi Raei MSc¹, Azam Hamidzadeh MSc², Akram Sadat Montazeri MSc³,
Zahra Naeimabadi MSc⁴, Amir Almasi Hashiani MSc⁵

Original Article

Abstract

Background: Knowing the symptoms of heart failure and the way they are different among men and women can reduce decision making time in providing diagnostic and therapeutic measures. It can also improve the quality of the response. This study aimed to compare the type and severity of symptoms experienced by men and women with acute coronary syndromes.

Methods: In this cross-sectional study, 175 patients admitted to coronary care and cardiac units of Imam Hossein Hospital (Shahrud, Iran) were evaluated. Data was collected via interviews and a checklist including demographic characteristics, symptoms, risk factors, disease history, and associated symptoms. Severity of subjective symptoms was measured through a visual analogue scale. Data was analyzed using chi-square test and independent t-tests.

Findings: Out of 175 subjects with a final diagnosis of acute coronary syndrome, 100 subjects (57.1%) were women and 75 (42.9%) were men. Chest pain was significantly more common in men than in females ($P = 0.004$). Most patients (69.7%) reported pain in the central and upper regions of the chest. However, this symptom was significantly more prevalent among women than among men ($P = 0.002$). There were gender differences in some atypical symptoms but angina was similar. The mean scores of severity of pain, sweating, and palpitations were significantly higher in women.

Conclusion: This study showed that symptoms of men and with acute coronary syndrome were somewhat different. Hence, excessive attention to typical symptoms of acute coronary syndrome can foreclose care in early stages.

Keywords: Acute coronary syndrome, Clinical symptoms, Heart failure, Women, Men

Citation: Raei M, Hamidzadeh A, Montazeri AS, Naeimabadi Z, Almasi Hashiani A. **A Comparative Study on the Type and Severity of Clinical Symptoms of Acute Coronary Syndromes in Men and Women.** J Isfahan Med Sch 2013; 30(215): 2011-21

1- Department of Biostatistics, School of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

2- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

3- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

4- Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Shahroud Branch, Shahroud, Iran

5- Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Corresponding Author: Akram Sadat Montazeri MSc, Email: montazeri@shmu.ac.ir