پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هفدهم شماره ۵۷ فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۸۶ (۴۹-۴۲)

مقایسه علایم و نشانه های انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایداردر زنان و مردان

سکینه سبزواری (M.Sc.) *+ **سکینه محمدعلیزاده** (M.Sc.)*

بهناز باقریان (M.Sc.)** **فاطمه میرزایی** (M.D.)***

چکیده

سابقه و هدف: بیماری‌های عروق‌کرونر قلب ازعلل مهم مرگ ومیر و ناتوانی درسراسر دنیا محسوب می‌شوند. نتایج برخی ازمطالعات ومشاهدات مختلف نشان داده است‌که احتمالاً علایم بیماری‌های عروق‌کرونر در دوجنس متفاوت است. از این‌رو مطالعه حاضر به منظور مقایسه علایم انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در زنان ومردان صورت‌گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه‌ای از نوع Case series است که بر روی ۶۰۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد بستری در بخش‌های ویژه قلب بیمارستان‌های دانشگاه کرمان انجام شد.اطلاعات به صورت مصاحبه ساختار یافته با استفاده از پرسشنامه که در پنج بخش ویژگی‌های فردی، ویژگی‌های مربوط به بیماری، تصویر محل درد و مقیاس ده درجه‌ای دیداری جهت تعیین شدت درد و اقدامات انجام شده بعد از شروع علایم تنظیم شده بود، توسط دو پرستار در نوبت‌های مختلف کاری جمع‌آوری شد. جهت آنالیز داده‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل، مربع کای، فیشر و یومان وایت نی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در مجموع زنان مسن‌تر از مردان بوده($p<0.001$) و شیوع آنژین صدری ناپایدار در زنان بیش‌تر و انفارکتوس میوکارد در مردان بیش‌تر بود($p<0.001$). در مورد درد قسمت‌های مختلف قفسه سینه، اختلاف معنی‌داری بین دو جنس مشاهده نشد، هر چند زنان بیش‌تر از مردان دچار درد گردن، درد وسط پشت، درد تمام پشت شده بودند($p<0.05$).همچنین زنان به طور معنی‌داری بیش‌تر 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 می‌شدند ($p<0.01$). شیوع تنگی نفس در هنگام حمله نیز در زنان بیش‌تر از مردان بود(۴۴/۷ درصد در برابر ۲۹/۴ درصد). شدت درد در هنگام بروز علایم در زنان و مردان تفاوتی نداشت.

استنتاج: این مطالعه نشان داد زنان بیش‌تر از مردان دچار علایم غیر خاص (Atypical) آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد می‌شوند که این مسأله می‌تواند 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 بیش‌تر از مردان و علایم غیر خاص نیز در آنها بیش‌تر است، می‌تواند باعث شود که زنان کم‌تر از مردان درمان مناسبی دریافت کنند.

واژه های کلیدی : انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری ناپایدار، سندرم کرونری حاد، درد قفسه سینه، تفاوت‌های وابسته به جنس

* عضو هیات علمی (مربی) دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان + **مولف مسئول** : کرمان- ابتدای جاده هفت باغ، دانشکده پرستاری و مامایی رازی
E-mail : Sabzevariz@yahoo.com

** کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان افضلی 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

مقدمه

درحال حاضربیماری‌های قلب و عروق ازشایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب می‌شود و تعداد این‌بیماران در دهه‌های اخیر رو به افزایش‌است(۱). با توجه به تصورات و دانسته‌های نادرست بعضی مردم از بیماری‌های قلب و عروق،اکثر مردم با دست‌های‌خویش زمینه را برای پیدایش بیماری‌های قلبی فراهم می‌سازند. از این‌رو شناخت وآگاهی بیمار ازجنبه‌های 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 این‌که از علل مهم مرگ و میردرزنان و مردان محسوب می‌شود، به طور سنتی بیماری مردان تلقی می‌شود. از این‌رو انجام تحقیقات، اقدام بازتوانی یا پیشگیری نیز بیش‌تر در مردان صورت گرفته است(۳). درطول ۲۰ سال گذشته، اگرچه میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در زنان و مردان کاهش یافته است، این کاهش در زنان کم‌تر ازمردان بوده است(۴). به‌طور 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 داده‌شده قلبی نداشتند. بسیاری از آن‌ها علایم متنوعی را ذکر می‌کردند که با علایم کلاسیک قلبی تفاوت داشت. از این‌رو 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 پیش درآمد در MI کردند. متأسفانه در اغلب مطالعات زنان شرکت نداشتند و معتقد بودند که بیماری‌های عروق کرونر قلب یک مشکل مهم سلامتی برای زنان محسوب نمی‌شود. در سال‌های اخیر بعد از ۱۹۹۲ این نشانه‌ها بیش‌تر مورد توجه قرار گرفت(۷،۸،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 پیش بینی 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، درتشخیص‌علایم 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 وتنگی‌نفس شکایت دارند(۱۴). بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های ناگهانی به‌دنبال انفارکتوس میوکارد در طی یک ساعت بعد از شروع علایم و قبل از رسیدن به‌بیمارستان اتفاق می‌افتد(۱۵). و انجام اقدامات سریع و انتقال فوری آنها به

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

بیمارستان دارای اهمیت بسیار زیادی است(۱۶). مک سوینی[1] (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). ازآن‌جاکه درد قفسه سینه علامت کلیدی بیماری‌های عروق کرونر 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 علایم و تفاوت‌های آنها در زمان و مردان علاوه بر این‌که به افراد تیم بهداشتی- درمانی در تشخیص بهتر کمک می‌کند، در آموزش به جمعیت عمومی و افراد با عوامل خطر آفرین بالا در شناخت علایم نیز موثر خواهد بود. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه علایم آنژین صدری ناپایدار و انفارکتوس میوکارد در زنان و مردان بستری در بخش‌های CCU دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان صورت گرفت.

مواد و روش ها

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 ازطریق مصاحبه حضوری در بیمارستان و در بالین بیمار انجام شدو زمان جمع‌آوری‌اطلاعات بعد ازتثبیت وضعیت طبی وحداکثر 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 دربخش‌های CCU بیمارستان‌های شفا و افضلی 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 تائید پزشک متخصص می‌رسید و پرسشنامه شامل بخش‌های ویژگی‌های فردی، تاریخچه بیماری، علایم بالینی، عکس‌العمل بعد از بروز علایم 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 مربیان کارشناس ارشد پرستاری که دوره CCU را گذرانده بودند) مجموعاً ده نفر استفاده شد. ضریب به دست آمده از هر عبارت بین ۱- ۰/۸ و نمره کلی۰/۹۶ 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) وآزمون t مستقل جهت متغیرهای کمی، آزمون مربع کای، فیشر و یومان وایت نی جهت متغیرهای کیفی استفاده شد. در انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی‌معمول نظیر اجازه ازمسؤولین بیمارستان‌ها و بیماران و اطمینان به واحداصلی مورد پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات، عدم ذکر نام و نام خانوادگی و آزادبودن واحدهای پژوهش در قبول یا رد شرکت در تحقیق مد نظر قرار گرفت.

یافته ها

در مورد ویژگی‌های فردی نتایج نشان داد درصد

1. Mc Sweany

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

در مورد ویژگی‌های فردی نتایج نشان داد درصد مردان ۴۴-۲۴ 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 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 شماره۱).

جدول شماره۱ : مقایسه تغییر الکتروکاردیوگرام، تشخیص و نوع MI در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش های ccu بیمارستان های شفا و افضلی پور کرمان در سال ۸۴- ۸۳

	متغیر	جنس: مذکر (درصد) تعداد	مؤنث (درصد) تعداد	نتیجه آزمون مربع کای یا فیشر
تغییر ECG	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)	p >۰/۰۵
	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)	
تشخیص	۱- آنژین صدری ناپایدار	۱۸۵ (۴۹/۵)	۱۵۹ (۷۰/۴)	
	۲- انفارکتوس میوکارد	۱۵۲ (۴۰/۶)	۵۰ (۲۲/۱)	p <۰/۰۰۱
	۳- سایر موارد	۳۷ (۹/۹)	۱۷ (۷/۵)	
نوع MI	۱- انفارکتوس دیواره تحتانی	۸۳ (۴۶/۹)	۲۱ (۳۶/۸)	
	۲- قدامی	۱۹(۱۰/۷)	۱۱ (۱۹/۳)	
	۳- قدامی- طرفی Antro-lateral	۱۰ (۵/۶)	۴ (۷)	
	۴- قدامی- دیواره ای Antroseptal	۲۳ (۱۳)	۹ (۱۵/۸)	p >۰/۰۵
	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 سابقه ابتلا به بیماری‌های مختلف، درصد زنانی که سابقه ابتلا به آنژین صدری ناپایدار، دیابت شیرین، پرفشاری خون،اختلالات روانی و سایربیماری‌ها (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 طوری‌که درصد زنانی که درد ناگهانی و منتشر راگزارش کرده بودند، بیش‌تر بود(جدول‌شماره۲).

جدول شماره ۲: مقایسه ویژگی های درد بین زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش های ccu بیمارستان های شفا، افضلی پور کرمان در سال ۸۴-۸۳

	متغیر	جنس: مذکر (درصد) تعداد	مؤنث (درصد) تعداد	نتیجه آزمون مربع کای یا فیشر
نوع درد	۱- ناگهانی، ناگهانی وموضعی	۶۸ (۱۸/۳)	۳۳ (۱۴/۶)	
	۲- ناگهانی و منتشر	۱۳۷ (۳۶/۸)	۱۰۶ (۴۶/۹)	
	۳- تدریجی، تدریجی وموضعی	۵۲ (۱۴)	۲۰ (۸/۸)	p <۰/۰۵
	۴- تدریجی و منتشر	۱۱۰ (۲۹/۶)	۶۷ (۲۹/۶)	
	۵- بدون توصیف	۵ (۱/۳)	۰ (۰)	
ویژگی درد	۱- با احساس سوزش	۴۴ (۱۱/۸)	۳۲ (۱۴/۲)	
	۲- با احساس فشار	۱۷۳ (۴۶/۵)	۱۲۰ (۵۳/۱)	p >۰/۰۵
	۳- سوزش و فشار	۹۵ (۲۵/۵)	۴۶ (۲۰/۴)	
	۴- بدون توصیف	۶۰ (۱۶/۱)	۲۸ (۱۲/۴)	
حالت درد	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)	p >۰/۰۵
	۴- درد دائمی	۸۱ (۲۱/۸)	۵۱ (۲۲/۶)	
	۵- ترکیبی از دو یا سه حالت	۲۸ (۷/۵)	۱۹ (۸/۴)	

در مقایسه علایم همراه در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدار در مورد تعریق، استفراغ، درداپی گاستر، سوزش سردل، سوء هاضمه، درد شکم وسنکوپ، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. ولی در سایر موارد درصد زنانی که علایم 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.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

از نظر تنگی نفس، درصد زنانی که دچار تنگی نفس شده بودند، بیش‌تر از مردان بود(جدول شماره۳). در مقایسه درد قسمت‌های مختلف بین زنان و مردان تنها در مورد درد گردن، درد وسط پشت و درد در تمام پشت اختلاف معنی‌داری مشاهده شد که درهر سه مورد درصد زنانی‌که علایم ذکر شده را گزارش کرده بودند، بیش‌تر از مردان بود. در مقایسه شدت درد بین زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین صدری ناپایدارد هیچ اختلاف معنی‌داری بین دو جنس مشاهده نشد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: مقایسه تنگی نفس ایجادشده در حین حمله در زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش های ccu بیمارستان های شفا افضلی پور کرمان در سال ۸۴-۸۳

متغیر	جنس	مذکر (درصد) تعداد	مؤنث (درصد) تعداد	نتیجه آزمون مربع کای یا فیشر
تنگی نفس	۱- با تنگی نفس	۱۱۰ (۲۹/۴)	۱۰۱ (۴۴/۷)	p <۰/۰۰۱
	۲- بدون تنگی نفس	۱۶۴ (۷۰/۶)	۱۲۵ (۵۵/۳)	

جدول شماره ٤: مقایسه شدت درد بر اساس مقیاس ده درجه ای دیداری، بین زنان و مردان مبتلا به انفارکتوس میوکارد در آنژین صدری ناپایدار بستری در بخش های ccu بیمارستان های شفا افضلی پور کرمان در سال ۸۴-۸۳

متغیر	جنس	مذکر			مؤنث			نتیجه آزمون
		تعداد	mean	St_{dev}	تعداد	mean	St_{dev}	مستقل t
مقیاس دیداری درد		۳۶۷	۷/۳۷۱	۲/۱۲۹	۲۲۵	۷/۳۹۶	۱/۹۳۶۳	۰/۸۸۶

بحث

نتایج نشان داد تعداد زنانی که با آنژین صدری ناپایدار بستری شده بودند به طور معنی‌داری بیش‌تر از مردان و مردانی که با انفارکتوس میوکارد بستری شده بودند، بیش‌تر اززنان بود(۴۰/۶ و ۲۲/۱ درصد) (جدول شماره ۱). بسیاری از محققان از جمله کلاتسکی[1] و همکاران(۲۰۰۰) الوباخ[2] وهمکاران(۱۹۸۶) و براون‌والد[3] (۱۹۹۷) و سایرین نیز ذکرمی‌کنندکه شیوع‌آنژین‌صدری ناپایدار درزنان بیش‌تر و شیوع انفارکتوس میوکارد در مردان بیش‌تر است. کلاتسکی (۲۰۰۰) ذکر می‌کند که تاثیرات هورمون‌های استروژنیک، واضح‌ترین توجیه برای تفاوت‌های 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 معنی‌دار آماری بین دو جنس مشاهده نشد ($p>0.05$) ولی در صد زنانی که سابقه ابتلا به آنژین صدری ناپایدار، دیابت، پرفشاری خون و اختلالات روانی داشتند به طور معنی‌داری بیش‌تر از مردان بود ($p<0.01$). وگنر[4] (۲۰۰۳) در مورد بیماری‌های کرونری در زنان می‌نویسد که زنان مبتلا بهCHD بیش‌تر از مردان به دیابت و پر فشاری خون مبتلا هستند و بیش‌تر سابقه نارسایی قلبی را دارند(۲۰). دوون و زرویک[5] (۲۰۰۲) در مقاله خود ذکر می‌کنند که شیوع افسردگی در زنان سه برابر مردان است(۵). همچنین این مطالعه نشان داد که درصد مردانی که تحت عمل آنژیوگرافی عروق کرونر و آنژیو پلاستی زیر جلدی قرار می‌گیرند به طور معنی‌داری بالاتر از زنان است ($p<0.05$). وگنر[2] نیز در مقاله‌ای مروری در سال ۲۰۰۳ بیان کرد که مردان دو برابر زنان جهت عمل آنژیوگرافی کرونر ارجاع می‌شوند. وی همچنین بیان می‌کند که وجود علائم غیر خاص در زنان و عدم شناسایی به موقع این بیماران منجر به تاخیر در دریافت درمان‌های مناسب می‌شود(۲۰). در مورد ویژگی‌های درد و نوع درد در زنان و مردان اختلاف معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که زنان به

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

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

میزان بیش‌تری از مردان درد را به صورت ناگهانی و منتشر گزارش کرده بودند (۳۶/۸ و ۴۶/۹ درصد) (جدول شماره۲). 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 وگیجی می‌شوند($p<0.05$). در موردسایرعلایم 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 علایم را گزارش کرده بودند، بیش‌تر از مردان بود گریس[1] 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، سوء هاضمه، بی‌حسی یا گزگز، درد شکم و سنکوپ می‌شوند(۲۱). یافته‌های این مطالعه با مطالعات سایر محققین از قبیل زوکر[2] 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[3] و همکاران (۱۹۹۶)، میشک[4] 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). دراین 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[5] (۱۹۹۶) مشابهت دارد(۲۵). در این مطالعه درمورد شدت درد که با استفاده ازمقیاس دیداری ده درجه‌ای(Visual Analoge Scale) سنجیده شده بود، هیچ اختلاف معنی‌داری بین دو جنس از نظر شدت مشاهده نشد (جدول شماره ۴). در پژوهش حاضر تقریباً تمام علایم 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 این‌جا مطرح می‌شود این است که با توجه به این‌که برخی از علایم که بین دو جنس تفاوت داشت، علایمی بود که درصد کمی از جمعیت مورد مطالعه آن را گزارش کرده بودند، آیا این تفاوت حایز اهمیت است؟ دوون و زرویک[6] (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 فاجعه آمیز است زیرا وجودعوامل 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 علایم غیر از درد قفسه سینه، زنان بیش‌تر از مردان علایم 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 علایم در زنان و اشکال شناسایی این علایم به عنوان علایم قلبی باشد.باتوجه به‌این‌که به‌طورسنتی بیماری‌های

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

5. Everts
6. Devon and Zerwic

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Archive of SID

www.SID.ir

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 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 (رادیو، 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.

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 revascalarization. ***J. Adv Nurs***. 2000; 3(6): 1361-1367.
4. Hayes SN. ***Heart disease in women. In myoclinic cardiology review.*** Editted 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.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
www.SID.ir

10. Milner KA, et al. Typical symptoms are predictive of actue 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 actue 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.ص۲۲۳.
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 actue myocardial infarction in men and women. ***J. Gen. Intern. Med.*** 1997; 12: 79-87.
23. Kudenchuk PJ.Comparison of presentation, treatment and outcome of actue myocardial infarction in men versus women (The Myocardial Infarction Triage and Intervention Registery). ***Am. J. Cardial.*** 1996; 78: 9-14.
24. Meischke H, et al. Gender differences in symptom piesentation 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.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir