بررسی میزان و علل تاخیر در مراجعه بیماران مبتلا به انفارکتوس میو کارد حاد قلب به بیمارستان شهید بهشتی کاشان ۱۳۸۳

محسن تقدسی[۱*]، سیدمحمود سیدی نیاسر[۲]، سید غلامعباس موسوی[۳]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به شیوع انفارکتوس میوکارد و اهمیت شناخت و تشخیص زودهنگام آن و این که عدم رسیدگی به موقع می‌تواند موجب عوارض ناگواری به ویژه دیس‌ریتمی‌های قلبی و یا در مراحل پیشرفته‌تر باعث مرگ شود، این مطالعه به منظور تعیین میزان تاخیر بیماران و علل تاخیر آنها در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال ۱۳۸۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با طراحی مقطعی، بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت گرفت. اطلاعات مربوط به بیماران از قبیل سن و جنس، میزان درآمد، تحصیلات، سابقه‌ی بیماری قبلی، اولین محل مراجعه پس از درد، چگونگی انتقال به بیمارستان، محل و زمان شروع درد، علایم همراه و علل تاخیر در پرسشنامه ثبت گردید و افرادی که پس از شروع درد کمتر از دو ساعت مراجعه نمودند، مراجعه بهنگام، ٤-۲ ساعت تاخیر جزیی، ۸-٤ ساعت تاخیر متوسط و بیشتر از ۸ ساعت، تاخیر اطلاق گردید. وضعیت اقتصادی بر اساس حقوق ماهانه، داشتن ماشین، مستاجر بودن و میزان درآمد تعیین شد و داده‌ها با کمک شاخص‌های آماری توصیف و با آزمون χ^2, OR, CI مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: از ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه، ۱۳۸ نفر (٦۹ درصد) مرد بودند. ۱۳۱ نفر (٦٥/٥ درصد) با تاخیر مراجعه کرده بودند که بیشترین تاخیر طولانی مربوط به زنان بود (٤۷ نفر معادل ۷٥/۸ درصد). افزایش سن باعث طولانی شدن زمان تاخیر به خصوص در گروه سنی ٦۰-٤٥ سال شده بود (p ۰/۰۰۰۸). ۲۸ نفر (٤٥/۱ درصد) و بیماران با تحصیلات پایین ۷۳ نفر ۷٤/٥ درصد، میزان درآمد پایین ۳٤ نفر ۷۹/۱ درصد، نسبت به دیگران تاخیر بیشتری نشان دادند (p ۰/۰۱). ۱٥٤ نفر (۷۷ درصد) بیمار قبل از رسیدن به بیمارستان ابتدا به پزشک عمومی مراجعه کردند. فقط ٤٦ نفر (۲۳ درصد) مستقیما به بیمارستان مراجعه کرده بودند که از ۱٥٤ نفر، ۸۹ درصد (۱۳۷ نفر) تاخیر طولانی بیش از ۸ ساعت) داشتند. همچنین ۱٤/٥ درصد از بیماران برای انتقال به بیمارستان از اورژانس ۱۱٥ کمک خواسته بودند (p۰/۰۲٥٤). علاوه بر این وجود علایمی مثل تهوع، استفراغ، تنگی نفس و سردرد همراه درد قلبی داشتند باعث شده بود که حدود ۸۸/٤ درصد از بیماران مراجعه بهنگام به بیمارستان داشته باشند و بیمارانی که در هنگام بروز علایم قلبی در داخل شهر بودند مراجعه بهنگام بستری نسبت به بیمارانی که خارج از شهر بودند داشتند. (٦۰/۷ درصد) شروع درد قلبی در طول شب باعث تاخیر طولانی بیشتری در بیماران شده بود (٥۲/٤ درصد) و بالاخره شایع-ترین علت تاخیر در بیماران به ترتیب انتظار بهبودی خود به خودی (٥۰ درصد)، نسبت دادن درد به علل غیرقلبی و اهمیت ندادن به درد بوده که این یافته در مردان شایع‌تر از زنان بوده است (٥٦/۲ درصد).

نتیجه‌گیری: با توجه به تاخیر بیش از نیمی از مبتلایان به انفارکتوس میوکارد با علل انتظار بهبود خود به خودی، نسبت دادن بیماری به علل غیرقلبی و کاهش اطلاعات آموزشی و اهمیت مراجعه به موقع آنها، توجه بیشتر به تاخیر قبل از بیمارستان و عوامل مرتبط با آن به ویژه دادن آگاهی از علایم، لزوم مراجعه به موقع، روند مراجعه و انتقال بیماران را در مبتلایان نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: میزان تاخیر، علل تاخیر، انفارکتوس میوکارد، تاخیر قبل از بیمارستان

۱- مربی گروه داخلی ـ جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- استادیار گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳- مربی گروه بهداشتی عمومی و آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نویسنده مسوول:** محسن تقدسی

آدرس: کاشان، کیلومتر ٥ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی

پست الکترونیک: taghadosi_M@kaums.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳ ۳٦۳ ٤٤۳۹

دورنویس: ۰۳٦۱ ٥٥٥٦٦۳۳

تاریخ دریافت: ۸٥/۸/۱۷

تاریخ پذیرش نهایی: ۸٦/۷/۱٥

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]

مقدمه

بیماری‌های عروق قلب علت ۳۹/٤ درصد مرگ و میرهاست از هر ۲/۵ مرگ یکی به علت انفارکتوس و گاهی ۲/۵ تا ۱۰ درصد کسانی که حمله‌ی انفارکتوس دارند به خانه فرستاده می‌شوند. با وجود پیشرفت و افزایش کیفیت در ادامه‌ی مراقبت-های بیمارستانی برای بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، تقریبا ٦۰-٤۰ درصد مرگ‌های ناشی از این بیماری در یک ساعت اول شروع علایم و قبل از رسیدن به بیمارستان اتفاق می‌افتد. اغلب به خاطر تاخیر و دسترسی به درمان طبی بوده [۱، ۲] در استرالیا هر ساله تقریبا ۲۲۰۰۰ نفر دچار حمله‌ی قلبی می‌شوند که نیمی از آنها می‌میرند [۳]. با وجود تلاش‌های روزافزون علم پزشکی، هنوز هم بیمارانی هستند که ناباورانه زیر چشم پزشکان جان می‌دهند. یکی از مسایل نسبتا شایع در علم پزشکی بیماری‌های قلب و عروق انفارکتوس میوکارد می‌باشد و از شایع‌ترین تشخیص‌های بیماران بستری در بیمارستان در کشورهای صنعتی می‌باشد که میزان مرگ و میر ناشی از آن حدود ۳۰ درصد است که بیش از نیمی از موارد مرگ مربوط به نیم ساعت اول شروع علایم است که بیمار هنوز به بیمارستان نرسیده است [٤، ۵]. اگر چه میزان مرگ و میر پس از پذیرش در بیمارستان در دو دهه‌ی اخیر تا حدود ۳۰ درصد کاهش یافته است. میزان ناخوشی و مرگ ومیر در بیمارانی که انفارکتوس حاد را تجربه می‌کنند و در ۲ ساعت اول درمان استاندارد را شروع کرده‌اند فوق‌العاده کاهش می‌یابد [٦، ۷] اکثر مرگ‌های مربوط به MI که خارج بیمارستان رخ می‌دهند ناشی از پیدایش ناگهانی فیبریلاسیون بطنی است که قسمت اعظم این مشکلات در عرض ۲٤ ساعت نخست پس از پیدایش علایم رخ می‌دهند. اقدامات درمانی اصلی در بیماران مشکوک به MI پیش از رسیدن به بیمارستان شامل تشخیص علایم توسط بیمار و مراجعه به مراکز، آمادگی کامل گروه فوریت‌های پزشکی و انتقال سریع بیمار به بیمارستان با پزشک و پرستار ماهر و مجهز به تجهیزات پیشرفته پزشکی می‌باشد [۸، ۹]. و انجام درمان شامل استفاده از نیترات‌ها، بتابلوکرها، ترومبولیتیک‌ها و ضدانعقادها و روش‌های جراحی از قبیل آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر و استنت‌گذاری جهت بهبود جریان خون استفاده می‌شود تا از عود و عوارض آن جلوگیری شود [۲، ۱۰، ۱۱]. مطالعه‌ای که توسط Cox بر روی بیماران انفارکتوس میوکارد صورت گرفت، نشان داد که آموزش پرسنل برای تضمین یک پاسخ سریع و هماهنگ شده در بیماران مراجعه‌کننده با درد در قفسه‌ی سینه و اجرای تفسیر ECG به عنوان یک قسمت مهم از کارهای مهم درمانی بخش اورژانس می-تواند تاخیر درمان را در مبتلایان به MI کاهش دهد. [۱۲]. بیشترین تاخیر مربوط به انتقال بیمار به بیمارستان نیست بلکه معمولا به فاصله‌ی زمانی بین شروع درد و تصمیم گیری بیمار جهت درخواست کمک می‌باشد. آموزش به بیماران که درد قفسه سینه را بشناسند و بدانند که در صورت طولانی شدن درد خطر انفارکتوس حاد وجود دارد. همچنین در مورد مصرف داروی خانگی و تصور این که دردها غیرقلبی بوده و بخش اعظم مرگ و میر آنها مربوط به تاخیر در یافتن درمان مانند ترومبولسیس و آنژیوتراپی است باید هشدار داد [۱۳، ۱٤، ۱۵]. در استرالیا بیمارانی که درمان را یک ساعت پس از علایم آغاز کرده بودند میزان مرگ و میر ٤۵ درصد کمتر و کسانی که پس از ۳ ساعت شروع کرده‌اند مرگ و میر ۲۳ درصد کاهش یافت [۲]. در آمریکا فقط ۵ درصد بیماران درمان را در ساعت اول انجام داده بودند و تاخیر از ۲ تا ٦/٤ ساعت متفاوت بوده است [۱٦]. در مطالعه‌ای که توسط Rabinson (۱۹۹۹) بر روی بیماران قلبی صورت گرفت نشان داد که انکار یک پاسخ فیزیولوژیک ناخودآگاه است که موجب توانا شدن شخص برای دفاع و مقابله با اضطراب و ترس می‌گردد. انکار در بیماران قلبی در همان ساعات اولیه بعد از شروع درد سینه و حتی تا چند روز اول وجود دارد [۱۷]. عده‌ای از بیماران در مطالعات قبلی به خاطر انکار کردن و به خاطر عدم تجربه علایم و غیرقلبی تلقی کردن علایم و یا به امید بهبودی یافتن یا انجام درمان‌های خودسرانه و یا با مشورت کردن با دیگران با تاخیر طولانی مراجعه کرده‌اند [۱٤، ۱۸، ۱۹] به علاوه انجام مراقبت و درمان مناسب توسط کارکنان ورزیده در داخل آمبولانس سبب کاهش بیشتر زمان بین شروع MI و درمان اختصاصی می‌گردد [۲۰]. به طوری که در استرالیا ٦۱ درصد بیماران با آمبولانس و ۳۹ درصد با ماشین شخصی و ۸۱ درصد هم ساعت‌ها صبر کرده‌اند تا بهبود یابند. ٦۸ درصد علایم آنژین را نمی‌شناختند ۷۲ درصد هم اهمیت آن را نمی‌دانستند [۳]. در مطالعه‌ای که در اسکاتلند در سال ۲۰۰۰ روی ٤٦ نفر از بیماران با تشخیص انفارکتوس میوکارد انجام گرفته بود، بزرگترین منبع تاخیر به عوامل قبل از بیمارستان و از این میان، بیشترین تاخیر مربوط به تصمیم‌گیری بیمار از شروع علایم تا زمان درخواست کمک، می‌باشد [۱۰] در تبریز نشان دادند که در ٤٤ درصد بیماران درد سینه به علت مشکل قلبی بوده که ۳۳۵ با استراحت کردن بهبود و ۲۸ درصد هم دارو استفاده کرده بودند [۷]. در آمریکا تماس با اورژانس و مشورت با پزشک را به ترتیب انجام داده بودند و عواملی مثل سن و جنس، در مراجعه بیماران موثر بوده و زنان بیشتر خوددرمانی کرده بودند. همه‌ی اینها در درمان و بقای بیمار نقش موثری داشته‌اند [۱۸، ۲۱، ۲۲]. داشتن اطلاعاتی در مورد علایم انفارکتوس میوکارد و اهمیت دادن

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]

به دردهای آنژین صدری شاید بتواند در تشخیص سریع بیماران و درمان به موقع و یا کاهش عوارض مربوط به تاخیر درمان کمک-کننده باشد، لذا با توجه به اهمیت مراجعه به موقع بیماران مبتلا به MI و مشخص نبودن این مساله، مطالعه‌ای جهت تعیین میزان و علل تاخیر در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد حاد مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان سال ۱۳۸۳ انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش با طراحی مقطعی، بر روی کلیه بیمارانی (۲۰۰ مورد) که در سال ۱۳۸۳ به علت انفارکتوس میوکارد در اورژانس و CCU بیمارستان شهید بهشتی کاشان بستری و تحت درمان قرار گرفته‌اند، انجام شده است. اطلاعات مربوط به بیماران از طریق تکمیل پرسشنامه‌ای که حاوی متغیرهای سن، جنس، میزان درآمد، سطح تحصیلات، سابقه‌ی بیماری قلبی و عوامل خطر زمینه‌ای (دیابت، فشار خون بالا، چربی بالا) که بر اساس شرح حال و نتایج آزمایشات بیمار تعیین شد. اولین محل مراجعه پس از شروع درد، چگونگی انتقال به بیمارستان، محل درد و علایم همراه، علل تاخیر و زمان شروع درد جمع‌آوری شد. افرادی که کمتر از ۲ ساعت مراجعه کرده بودند مراجعه بهنگام، و ٤-۲ ساعت تاخیر جزیی و ۸-٤ ساعت تاخیر متوسط بیشتر از ۸ ساعت تاخیر طولانی تلقی شد. سپس داده‌ها استخراج و با کمک آمار توصیفی و با کمک آزمون کای دو، OR و CI با حدود اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از ۲۰۰ بیمار، ۱۳۸ نفر (٦۹ درصد) مرد بودند و ٦۵/۵ درصد مورد پژوهش با تاخیر مراجعه کردند که ۷۵/۸ درصد زن بودند. زنان تاخیر بیشتر داشتند و این تفاوت با (p ۰/۰۲۹) معنی‌دار مشاهده شد. مراجعه به هنگام در مردان ۳۹/۱ درصد (٥٤ نفر) و در زنان ۲٤/۲ درصد (۱۵نفر) بوده است. با بالا رفتن سن میزان تاخیر افزایش نشان داد و با (p ۰/۰۰۰۸) تفاوت معنی دار مشاهده شد. (جدول شماره ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مبتلایان به انفارکتوس بر حسب جنس و بیماری زمینه‌ای و مراجعه بهنگام

عوامل زمینه ای		مراجعه به هنگام	P.V	OR	CI
مرد		٥٤ (۳۹/۱)	۰/۰۲۹	۲/۰۱٤	۱/۰۲٦
زن		۱۵ (۲٤/۲)			۳/۹٥٤
بیماری زمینه‌ای	دارد	٥۲ (۳۳)	۰/۸۷۸	۰/۹٤	۰/٤۸
	ندارد	۱۷ (۳۵/۵)			۱/۱۷

میزان درصد تاخیر در افراد با درآمد پایین بیشتر از افراد با درآمد بالا بود (۷۹ درصد) و درصد مراجعه بهنگام در کمترین حد خود ۲۱ درصد می‌باشد. بیماران بی‌سواد تاخیر بیشتری داشتند با افزایش میزان تحصیلات این درصد کاهش می‌یافت با (p ۰/۰۱) معنی‌دار مشاهده شد. ۷۹ درصد کسانی که درآمد پایین داشتند تاخیر داشتند و مراجعه بهنگام آنها کمتر از افرادی که درآمد بالاتری داشت. (۲۱ درصد در مقابل ٤٤/۲ درصد). از ۲۰۰-بیمار مورد مطالعه، ۳ نفر فقط دیابت داشتند که هر سه نفر مراجعه بهنگام داشتند و کسانی که بیماری زمینه‌ای نداشتند (٦۷ درصد) با تاخیر مراجعه کرده اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بر حسب عوامل زمینه ای و وضعیت مراجعه

عوامل زمینه ای		مراجعه به هنگام	تاخیر	P.V
سن	۳۰-٤٥	۱۷(٦۸)	۸(۳۲)	۰/۰۰۰۸
	٤٥-٦۰	۱۹(۳۰/٦)	٤۳(٦۹/٤)	
	بالای ٦۰	۳۳ (۲۹/۲)	۸۰(۷۰/۸)	
سواد	بی سواد	۲٥(۲٥/٥)	۷۳(۷٤/٥)	۰/۰۱
	زیردیپلم	۲۹(۳۹/۱)	٤٥(٦۰/۹)	
	بالای دیپلم	۱٥(٥۳/٥)	۱۳(٤٦/٥)	
درآمد	پایین	۹(۲۱)	۳٤(۷۹)	۰/۰٦۷
	متوسط	٤۱(۳٦)	۷۳(٦٤)	
	بالا	۱۹ (٤٤/۲)	۲٤(٥٥/۸)	

این پژوهش نشان داد که کمترین میزان تاخیر طولانی در مورد بیمارانی بوده که مستقیما به بیمارستان مراجعه کرده بودند (۷ نفر معادل ۱۵/۲ درصد) و مابقی یعنی ٥۷ نفر (۸٤/۸ درصد) به درمانگاه محله، اورژانس شهر یا مطب پزشک عمومی مراجعه کرده بودند. (جداول شماره‌ی ۳ و ٤) بین وضعیت مراجعه و اولین محل مراجعه بعد از MI با (p ۰/۲۵) ارتباط معنی‌دار نشان داد.

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بر حسب اولین محل مراجعه پس از درد و وضعیت مراجعه بیماران

وضعت مراجعه بیماران	اولین مراجعه پس از درد				جمع
	درمانگاه محله	اورژانس شهر	مطب	بیمارستان	
مراجعه بهنگام	۱۳(۳۹/٤)	۳۰(۳٤/۱)	٦(۱۸/۲)	۲۰(٤۳/٥)	٦۹
با تاخیر جزیی و متوسط	۱۲(۳٦/٤)	۲٦(۲۹/٥)	۱۰(۳۰/۳)	۱۹(٤۱/۳)	٦۷
با تاخیر طولانی	۸(۲٤/۲)	۳۲(۳٦/٤)	۱۷(٥۱/٥)	۷(۱٥/۲)	٦٤
جمع	۳۳(۱٦/٥)	۸۸(٤٤)	۳۳(۱٦/٥)	٤٦(۲۳)	۲۰۰
P.V	۰/۰۲٥٤				

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد بیمارانی که از وسایل نقلیه غیر از اورژانس ۱۱۵ استفاده کردند، میزان درصد تاخیر طولانی کمتری داشتند.

جدول ٤ – توزیع فراوانی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بر حسب چگونگی انتقال بیمار به بیمارستان و وضعیت مراجعه

وضعیت مراجعه بیماران	چگونگی انتقال به بیمارستان		جمع
	اورژانس۱۱۵	وسیله نقلیه دیگر	
مراجعه بهنگام	٦(۲۰/۷)	٦۳(۳٦/۸)	٦۹
تاخیر جزیی و متوسط	۹(۳۱/۱)	۵۸(۳۳/۹)	٦۷
تاخیر طولانی	١٤(٤۸/۲)	۵۰(۲۹/۳)	٦٤
جمع	۲۹(١٤/۵)	۱۷۱(۸۵/۵)	۲۰۰
P.V	۰/۰۹۳۳		

محل درد در ۱۷۳ نفر (۸٦/۵ درصد) قفسه سینه و دست چپ بوده است که بالاترین درصد تاخیر (۵٦ نفر معادل ۳۲/٤ درصد) را به خود اختصاص داده است. بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد هم‌زمان با درد قلبی علایم همراه از قبیل تهوع، استفراغ، تنگی نفس را تجربه کرده‌اند. جدول زیر وضعیت مراجعه‌ی بیماران را با علایم همراه مقایسه می‌کند. (جدول شماره‌ی ۵)

جدول ۵– توزیع فراوانی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بر حسب علایم همراه وضعیت مراجعه بیماران.

وضعیت مراجعه	علائم همراه		جمع
	دارد	ندارد	
بهنگام	٦۱(۸۸/۵)	۸(۱۱/۵)	٦۹
تاخیر جزیی و متوسط	۵۹(۸۸/۵)	۸(۱۱/۹)	٦۷
تاخیر طولانی	٤۸(۷۵)	١٦(۲۵)	٦٤
جمع	١٦۸(۸٤)	۳۲(١٦)	۲۰۰
P.V	۰/۰۵۸٦		

طبق جدول فوق، مراجعه بهنگام در بیمارانی که علایم همراه داشتند در مقایسه با افرادی که فاقد علایم همراه بودند از درصد بالاتری برخوردار است (۸۸/۵ در برابر ۱۱/۵ درصد). (p ۰/۰۵۸٦). از ١٦ بیمار مراجعه‌کننده که به علت نسبت دادن درد به علل غیرقلبی تاخیر طولانی داشتند. ١٤ نفر آنها محل درد در قفسه‌ی سینه در سمت چپ بوده که ۹ نفر (٦٤/۳ درصد) آنها علایم همراه داشته و ۵ نفر (۳۵/۷ درصد) علایم همراه نداشتند. همچنین از ۳۲ بیماری که به علت انتظار بهبودی خود به خود دچار تاخیر طولانی شده بودند، ۲۷ نفر آنها محل درد در قفسه سینه بوده که ۲۱ نفر (۷۷/۸ درصد) از آنها علایم همراه نداشتند و ٦ نفر (۲۲/۲ درصد) علایم همراه داشته است. از ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه ۱۱۳ نفر در هنگام بروز علایم قلبی داخل شهر بودند که بیشترین میزان درصد مراجعه بهنگام را به خود اختصاص دادند (۳۷ نفر معادل ۳۷/۲ درصد). شایع‌ترین علت تاخیر طولانی (۳۲ نفر، ٤۲ درصد)، انتظار بهبودی بوده و در رتبه‌ی دوم نسبت دادن درد به علل غیر قلبی (١٦نفر،۲۱ درصد) و کاهش اطلاعات آموزشی در افراد بی‌سواد نسبت به سایر علل تاخیر شایع‌تر است. (جدول شماره‌ی ٦)

جدول ٦– توزیع فراوانی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بر حسب تحصیلات و علل تاخیر شایع

علل تاخیر	بیسواد	باسواد	جمع
انتظار بهبودی خودبه خودی	۱۲(۳۵/۳)	۲۰(٤۷/٦)	۳۲(٤۲/۱)
نسبت دادن به علل غیرقلبی	۵(١٤/۷)	۱۱(۲٦/۲)	١٦(۲۱/۱)
اهمیت ندادن به درد	۸(۲۳/۵)	٦(١٤/۳)	١٤(١۸/٤)
کاهش اطلاعات آموزشی	۹(۲٦/۵)	۵(۱۱/۹)	١٤(١۸/٤)
جمع	۳٤(٤٤/۷)	٤۲(۵۵/۳)	۷٦(۱۰۰)
P.V	۰/۱۸		

درد بیمارانی که در طول شب دچار درد سینه شده بودند بیشترین میزان تاخیر طولانی را به خود اختصاص دادند (۱۱ نفر معادل ۵۲/٤ درصد)، بیمارانی که در اوایل شب و اوایل صبح درد آنها شروع شده به ترتیب ٤٦/۵ و ۲۸/۸ درصد بود. در ضمن درصد مراجعه بهنگام در قبل از ظهر (٤۱/۷ درصد، ۱۵ نفر) از سایر اوقات شبانه‌روز بیشتر بود. از ۲۰۰ بیمار مورد پژوهش ۸۰ نفر (٤۰ درصد) اطرافیان را مطلع کردند، ۲۰ نفر (۱۰ درصد) از اورژانس ۱۱۵ استفاده کرده بودند. در زمینه‌ی اقدامات دارویی انجام شده پس از شروع درد، از ٦٤ بیماری که با تاخیر طولانی مراجعه کرده بودند، ٤۳/۸ درصد (۲۸ نفر) آنها هیچ‌گونه اقدام دارویی انجام نداده بودند. ۲۵ درصد (١٦ نفر) نیتروگلیسیرین زیرزبانی استفاده کرده بودند.

بحث

در این مطالعه از ۲۰۰ بیمار مورد بررسی، $\frac{۲}{۳}$ مرد بودند. بیماران زن تاخیر بیشتری نسبت به مردان داشتند و همچنین بیشترین تاخیر آنها، تاخیر طولانی بوده است (٤۵/۱ درصد). Dracup بین $\frac{۱}{۲}$ تا $\frac{۱}{٤}$ مبتلایان به انفارکتوس میوکارد تاخیر بیش از ٦ ساعت از شروع علایم داشتند [۲٤] Dracup (۲۰۰٦) به ازای هر ۳۰ دقیقه تاخیر در اعزام بیماران به بیمارستان احتمال کاهش

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]

عمر انسان به میزان یک سال ۷/۵ درصد افزایش می‌یابد و ٤٠ تا ۳۰ درصد بیمارن که تاخیر داشتند بیش از ٦ ساعت به دنبال کمک بودند و انجام اقدامات پرستاری زمان تاخیر را از متوسط ۵/۷ ساعت به ۵/۵ ساعت کاهش دادند [۱۵] و Gilber میانگین زمان شروع علایم تا رسیدن به بیمارستان ۱۱۰ دقیقه ذکر کرده است. زنان آفریقایی بیشترین تاخیر را داشتند [۱۸]. در مطالعاتی که در سال ۲۰۰۰ در اسکاتلند صورت گرفته، Robert نشان داد که بیشترین تاخیر در مراجعه به به بیمارستان در مورد زنان صورت گرفته [۱۰] که با این یافته فوق مطابقت دارد [۷] شاید دلیل این نتایج بالا بودن آستانه‌ی تحمل درد در زنان و یا شایع‌تر بودن میزان انفارکتوس میوکارد در مردان باشد، که زنان درد قفسه سینه را به قلب و بیماری‌های آن نسبت نمی‌دهند و در جهت کاهش آن اقدامی نمی‌کنند. از طرفی دیگر خانم‌ها به دلیل اینکه در سنین بالاتر به حمله‌های قلبی مبتلا می‌شوند ممکن است با بالا رفتن سن، حس درد در آنها کاهش یابد و این دردها قابل تحمل‌تر شود [۸]. یافته‌های جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد که با افزایش سن میزان تاخیر به طور کلی افزایش یافته است. افراد بیش از ٦٠ سال اغلب با تاخیر جزیی و طولانی نسبت به گروه قبل مراجعه کردند. در مطالعه‌ای که Cramlish در آوریل سال ۲۰۰۰ بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام داده بود نشان داد که با بالارفتن سن، میزان تاخیر در این بیماران بیشتر می‌شود [۱]. Borsema بیشترین عامل تاخیر بیماران مبتلا به انفارکتوس را سن بالای ٤٥ سال گزارش کردند [٢٦]. ممکن است نتیجه‌ی این یافته‌ها به دلیل بالا بودن آستانه درد در افراد با سن بالاتر باشد و یا افزایش آگاهی و تجربه‌ی شخصی افراد باعث تاخیر از زمان مراجعه به بیمارستان شده باشد [۸]. میزان مراجعه بهنگام در بیماران، با وضعیت درآمد آنها نسبت عکس دارد یعنی بیمارانی که وضعت درآمد آنها نسبت به بقیه پایین‌تر می‌باشد میزان تاخیر در آنها افزایش یافته و مراجعه‌ی بهنگام کمتری نسبت به دیگران داشتند. در مطالعه‌ای Robert در سال ۲۰۰۰ بالاترین میزان تاخیر در بیمارانی اتفاق می‌افتد که درآمد پایین دارند [۱۰]. همچنین lisa در مطالعه‌ای که در آوریل ۲۰۰۰ انجام داد پایین بودن درآمد زندگی را یکی از علل تاخیر توصیف کرده است [۲۰]، که یافته‌های فوق در جهت همدیگر بوده است. شاید بالا بودن هزینه‌ی درمان، پایین بودن درآمد بیماران و عدم پرداخت هزینه‌های بیمارستانی، علت تاخیر مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بود. بیماران بی‌سواد تاخیر بیشتری نسبت به بیماران دارای تحصیلات داشتند و فراوانی تاخیر طولانی در این گروه نسبت به بقیه بیشتر است، که این یافته در جهت مطالعه‌ای است که Lisa (۲۰۰۰) انجام داده است [۲۰] اما Rosenfeld (۲۰۰۱) پایین بودن تحصیلات را علت تاخیر معرفی نمی‌کند بلکه پایین بودن آگاهی و دانش فرد از بیماری قلبی و عوارض ناشی از عدم درمان به موقع را مهم‌ترین علت بیان می‌کند. بیشترین تاخیر طولانی در بیمارانی بوده است که سابقه‌ی مثبتی از بیماری‌های زمینه‌ای (پرفشاری خون و دیابت) را داشتند [٤] و علل مراجعه‌ی بهنگام بیماران مبتلا به انفارکتوس همراه با دیابت شاید به خاطر آموزش پزشکان مبنی بر احتمال عدم وجود درد و جدی گرفتن هرگونه ناراحتی در قفسه صدری و ضرورت مراجعه به موقع باشد که نیاز به بررسی بیشتر دارد و از ٨٤ نفر که دارای سابقه‌ی بستری به علت مشکلات قلبی بودند، با کسانی که اصلا سابقه‌ی بستری در بیمارستان به علت مشکلات قلبی را نداشتند، از نظر تاخیر طولانی تفاوت چندانی مشاهده نشد. علل تاخیر به دو دسته تقسیم می‌شود عوامل زمینه‌ای (جنس مونث یا سن بالاتر) و بالینی مانند (سابقه آنژین و دیابت) و عوامل محیطی مانند (مشاوره با یک عضو خانواده پزشک در زمان وقوع حادثه) و همچنین واکنش‌های عاطفی مانند (نگرانی و به زحمت انداختن دیگران، ترس از پیامدها) درخواست کمک گزارش کردند [۱۵] و در مطالعه‌ای که توسط Novis (۱۹۹۸) بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، بیماران با سابقه مثبت از هیپرتانسیون و انفارکتوس قبلی میوکارد، میزان بیشتری از تاخیر طولانی را به خود اختصاص داده بودند [۱۳]. این نکته از آنجا دارای اهمیت است که برخی وجود چنین علایمی را با توجه به نداشتن تجربه‌ی قبلی به اختلالاتی که قبلا داشتند، نسبت می‌دهند ولی مبتلایان به بیماری‌های قلبی اغلب تجربه‌ی شخصی دارند و این خود عاملی است که جهت مراجعه به موقع و لزوم توجه به افرادی که دارای عوامل خطرساز دیابت و پرفشاری خون می‌باشند را نشان می‌دهد که آموزش کافی ببینند. از طرفی برخی بیماری‌ها از جمله دیابت آستانه درد را بالا می‌برد [۲۵]. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین میزان تاخیر طولانی را کسانی داشتند که مستقیما به پزشک عمومی مراجعه کرده بودند که این شامل افرادی که به درمانگاه یا اورژانس شهر مراجعه کرده بودند هم می‌شد. در مطالعه‌ای که در اسکاتلند سال ۲۰۰۰ انجام شده یکی از بیشترین علل تاخیر قبل از بیمارستان را پزشکان عمومی معرفی می‌کند که دلیل آن را تجربه‌ی ناکافی پزشک و تشخیص نادرست اولی می‌دانند [۱۰] که با یافته‌ها مطابقت دارد. در این پژوهش بیشترین میزان تاخیر را کسانی به خود اختصاص دادند که از اورژانس ۱۱۵ استفاده کرده بودند. در مطالعه‌ای که توسط Novis در سال ۱۹۹۸ انجام شده کسانی که آمبولانس را خبر کرده بودند، به طور متوسط تاخیری حدود ۱/۳ ساعت کمتر از کسانی که به طور مستقیم

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]

آمبولانس را خبر نکرده بودند [۱۰]. مغایرت داشتن این دو مطالعه شاید به دلیل طولانی‌تر بودن زمان تصمیم‌گیری افراد برای استفاده از اورژانس ۱۱۵، و یا آخرین اقدام بیمار پس از عدم بهبودی و درد و یا کاهش سرعت انتقال بیمار توسط اورژانس ۱۱۵ بوده باشد. بیشترین میزان مراجعه بهنگام در کسانی بود که درد به صورت تیپیک در قفسه‌ی سینه و دست چپ بود که شاید تجربه‌ی قبلی در مورد دردهای مشابه در ناحیه‌ی قفسه سینه به علت غیرقلبی و پس از آن یا پایین بودن شدت درد دلیلی بر این تاخیر بوده که قابل بررسی است. بیمارانی که علایمی مثل تهوع، استفراغ، تعریق و تنگی نفس و... را همراه درد قلبی تجربه کرده بودند. زودتر از گروهی که علایم همراه نداشتند، مراجعه کردند. وجود علایم همراه می‌تواند آستانه‌ی درد و تحمل فرد را پایین آورد و درد در نظر بیمار مبهم جلوه کند [۱۹]. افرادی که در هنگام بروز درد در داخل شهر بوده‌اند میزان درصد مراجعه بهنگام آنها نسبت به اطراف شهر بیشتر می‌باشد. عدم دسترسی به وسایل حمل و نقل و فرهنگ غیرشهری می‌تواند از دلایل تاخیر در مراجعه بهنگام بیماران باشد. شایع‌ترین علت تاخیر طولانی، به ترتیب فراوانی شامل: انتظار بهبودی خود به خود، نسبت دادن به علل غیر قلبی و اهمیت ندادن به درد و کاهش اطلاعات آموزشی بود. مطالعه Robinson (۱۹۹۹) نشان داد که بسیاری از بیماران ۲٤ ساعت پس از شروع علایم، منتظر بهبودی خود به خود هستند و ٦۰ درصد مرگ و میر حمله قلبی قبل از رسیدن به بیمارستان [۱۷] و کاهش اطلاعات پزشکی بوده است [۲۵]. کاهش اطلاعات آموزشی در مورد بیماری ایسکمی قلب در افراد بی‌سواد نسبت به افراد دارای تحصیلات بالا، بیشترین علت تاخیر بوده است، که این یافته با مطالعات دیگر، مشابه است [۱۵، ۱٦، ۲۲] ولی Gilber عوامل مشترک در بیمارانی که با تاخیر مراجعه کردند را شامل سالمندی، درآمد پایین، دیابت و ارتباط دادن درد به علل غیرقلبی و متناوب بودن علایم بیان کرده است [۱۸] و بیشترین درصد تاخیر طولانی در مورد بیمارانی بوده که دردشان در طول شب اتفاق افتاده بود و قابل توجه اینکه در مطالعه‌ی مهندس مجرب بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، بیشترین مورد انفارکتوس قلبی در ساعات ٦ الی ۱۲ ظهر بوده است [۲۷]. تفاوت در این دو گزارش شاید مربوط به انتظار بیمار برای بهبودی یا عدم وجود پزشک ماهر و نبود امکانات کافی در طول شب به خصوص حمل و نقل شخصی باشد. به طوری که Dracup نشان داده که مرگ و میر مبتلایان به انفارکتوس میوکارد در بیمارستان ارتباط معنی‌داری با تاخیر در درمان دارد و علل تاخیر را نبود مداخله از قبیل آموزش بیمار و خانواده در مورد علل و عوارض انفارکتوس در شروع درمان بیان و [۱۸، ۲٤] Luepker برنامه‌ی هشداردهنده بروز حملات قلبی به طور مکرر و آموزش وسیع جامع برای کاهش تاخیر از شروع علایم تا حضور در بیمارستان را مهم می‌دانند [۲۳]. ولی Dracap معتقد است که به جای استفاده از آموزش عمومی آموزش به صورت چهره به چهره توسط یک پرستار صورت گیرد که این اقدامات می‌تواند موانع عمده عاطفی، اجتماعی و ادراکی که در تحقیقات قبلی به عنوان عامل فزآینده تاخیر قبل از بیمارستان شناخته شده را کاهش دهد. کسانی که برای تسکین درد از قرص زیرزبانی استفاده کرده بودند تاخیر طولانی ۲۵ درصد داشتند. همچنین بیمارانی که برای تسکین درد از مسکن استفاده کرده بودند کمترین درصد مراجعه بهنگام را به خود اختصاص داده بودند که این نشان‌دهنده‌ی عدم شناخت اهمیت درد قلبی و علایم آن می‌باشد و انتظار بهبودی باعث تاخیر در مراجعه بهنگام آنها شده است.

نتیجه‌گیری

تاخیر و عدم درمان به موقع بیش از نیمی از بیماران به علت انتظار بهبودی خود به خود، نسبت دادن درد سینه به علل غیرقلبی، اهمیت ندادن به درد و کاهش اطلاعات آموزشی علل عمده تاخیر و مراجعه به موقع بود و می‌تواند عوارض زیادی برای مبتلایان به انفارکتوس باقی گذارد، دیرکرد رجوع این بیماران به پزشک و شیوع بالای این بیماری در کشور ما و از سویی مشخص نبودن ماهیت آن برای مبتلایان، بررسی راه‌های ترغیب مبتلایان به انفارکتوس میوکارد برای مراجعه بهنگام به پزشک به همراه آموزش‌های لازم در مورد علایم و عوارض ناشی از تاخیر در درما، به ویژه در افرادی که دارای عوامل خطرساز ابتلا به این بیماری هستند، ضروری می‌باشد.

References:

[1] Cramlish C. The time is mascle. ***Ajn*** 2000; 100: 26-33.
[2] Cummins R. Field J. Hazinski M. Acute coronary syndromes: patient with acut Ischemic chest poin: Acls provider manual. Dallas: AHA. 2001.
[3] Dracup K. Australiaian patient delay in response to heart attake symptom's 1997; 166: 233-236.
[4] Rosenfeld A. Woman's risk of decision dely in acut MI. Implication for research and practice. ***cardiovascular Nursing*** 2001; 12: 24-39.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]

[5] Branwald E. 50 th. Anniversary historical Article. Myocordial oxygen consumption: The quest for its determinats and som clinical follout. ***JACC*** 2000; 35: 45-48.
[6] R. Hayne Mexander/Craig M. parlt/Thomas J.Ryan/Roberl Roberts. Diagnosis and management of patient with Acut Myocardial Infarction. Conpany the Mc grow HiLL: ***Jnc*** 2001; 1275-1297.
[۷] افراسیابی راد ع، حسن زاده سلمانی س. بررسی فاصله زمانی شروع درد حاد سینه تا بستری در بخش مراقبت های ویژه قلبی در بیماران مبتلا به سکته قلبی، ***مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*** ۱۳۸۱: صفحه ۲۲۰۵۶.
[8] Tulimann D. Dracup K. Koowledge of heart attack symptom in older man and woman at risk for a cut MI. ***Cardiopulmanary Rehablitation*** 2005; 25: 33-39.
[9] American Heart Association. Heart attak and angina statistics, Dallas: ***AHA*** 2003.
[10] Robert J. Mac T. Fources of Delay in the Treatment of Acute Myocardial Infaretion outcomes of a cardiology project by Tina-M university Aberdeen. 2000; 40-64.
[11] William LW. Thrombolysis therappy after acute Myocardial infarction: Are Canadian physicans up to the challenge?. ***CMAJ*** 1997; 156: 509-11.
[12] Cox, Jl. Lee E. Langer. A. Rmstrong, PH: Naylor, CD. Time to Treatment with Thrombolytic Therappy. Determinants and Effect on Short term nonfatal outcomes of Acute Myocardial infarction. ***Canadian medical association journal*** 1997; 456: 497-505.
[13] Novis RM. Hang PT. Dixon G. Morris N. Penny HJ. El Gaylang N. Colabborative group Effect of time from onset to coming under care on fataility of patients with Acut Myocardial Infarction; Effect of Resusitation and thrombolitic treatment. ***Heart UKHAS*** 1998; 80: 114-120.
[14] Mamford AD Bannjy AP. Minimissing, Delays to Thorombolysis in patients Developing Acute Myocardial Infarction in Hospital postgraduate. ***Medical Journal*** 1997; 73: 491-495.
[15] Dracup k. Mckinley S. Riegel B. Mieschke H. Doering L. Moser D. A nusnig intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: A randomized clinical traial. ***JCVN*** 2006: 21: 186-193.
[16] Antmman EM Acute myocardial infarction in Fauci Braunuald Hauses Longe Kosper principle of internal Medicine from HB Saunders company philadelphia. USA/2001 : 1386-99
[17] Robinson AW. Getting to the Heart of denial. ***AJN*** 1999; 35- 38.
[18] Gibler WB. Armstrong PW. Ohman EM. Weaver WD. Stebbins AL. Gore JM. et al. Persistence of delay in presentation and treatment for patient with acut myocordial infaction. ***AEM*** 2002; 39: 123-130.
[19] Dempsye SJ Dracup K. Moser DK. Women decision to seek care for symptoms of AMI. [pubmed/pMID 2004 (8582820].
[20] Lisa L. particia MA. TAAN B. delay I seeking treatment for acut myocardial infarction why?. ***Journsl of Emergency Nursing Apro*** 2000; 26: 2-125.
[21] Gusto Investigation. Aninternational trial comparing four Thrombolytic stratagies for acut myocordial Infarction. ***NEJ of Medicine*** 1993; 329-673.
[22] Rosenfeled A. Treatment seeking delay a many common with MI nursing research jaly. 2004; 534. p. 225-263.
[23] Luepker R. Roczynski J. Osganian S. Goldberg R. Finnegan J. Hedges J. et al. Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acut coronoary heart Disease: The Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) traial. ***JAMA*** 2000: 284: 60-67.
[24] Dracup K. Mosar Dk. Beyand sociodemographics Factors Influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial Infaction. ***Heart and lung*** 1997; 26: 253-262.
[25] Zerwic J. Ruanc. Delay in seeking MI Treatment. ***AJN*** 2004; 104: 81-83.
[26] Boersma E. Mercedo N. Polermans D. Gardien M. Vos J. Simoons ML. Acute myocardial infarction. ***Lancet*** 2003; 36: 847-858.
[۲۷] مجرد محمدرضا، بررسی فراوانی وقوع انفارکتوس میوکارد حاد در اوقات مختلف شبانه‌روز در بیماران بستری در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷٤.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-12-13]