

## مقاله پژوهشی اصیل

## مقایسه تظاهرات بالینی سندرم کرونری حاد در افراد میانسال و سالمند

خدیجه نوری<sup>۱</sup>، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه\* اکبر نیک‌پژوه<sup>۲</sup>، متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعییاسمن خلیلی<sup>۳</sup>، متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعیسید حمید شریف نیا<sup>۴</sup>، دکترای پرستاریعلی انصاری فر<sup>۵</sup>، کارشناس ارشد مدیریت پرستاری بهداشت جامعه

## خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف مقایسه تظاهرات بالینی سندرم کرونری حاد در افراد میانسال و سالمند مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

زمینه. سندروم کرونری حاد یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت در سراسر جهان محسوب می‌شود. علائم بالینی، مهم‌ترین شاخص تشخیصی در بیماری عروق کرونر است، اما علائم و نشانه‌های این بیماری در سنین مختلف، متفاوت هستند.

روش کار. این مطالعه به صورت توصیفی مقایسه ای مقطعی انجام شد. نمونه مورد بررسی شامل ۳۸۴ نفر از بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در بخش‌های مراقبت ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۵ بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه علائم و نشانه‌های سندرم کرونری حاد، و پرسشنامه محل انتشار و کیفیت درد بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ شد و با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و تی تست تحلیل شد.

یافته‌ها. نتایج نشان داد که درد قفسه سینه در بین دو گروه شایع‌ترین علامت بود و علائم شاخص در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. از بین علائم غیر شاخص، تنها سکسکه در میانسالان بیشتر از سالمندان بود ( $P=0/001$ ). از نظر موضع درد، درد بازوی چپ در سالمندان بیشتر از میانسالان بود ( $P=0/001$ ). از نظر کیفیت درد، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، درد قفسه سینه شایع‌ترین علامت سندرم کرونری حاد در هر دو گروه بود. از بین علائم غیر شاخص، تنها سکسکه در میانسالان معمول‌تر از سالمندان بود که پرسنل درمانی باید در ارزیابی اولیه بیشتر مورد توجه قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: تظاهرات بالینی، سندرم کرونری حاد، میانسال، سالمند

- ۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران
- ۲ استادیار، متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: dr.nikpajouh@gmail.com
- ۳ استادیار، متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران
- ۴ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- ۵ کارشناس ارشد مدیریت پرستاری بهداشت جامعه، سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

**مقدمه**

سندرم کرونری حاد از مهم‌ترین چالش‌های سلامت در سراسر جهان محسوب می‌شود (آندریکوپولوس و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک سکتة قلبی از شایع‌ترین و مهم‌ترین علل مرگ در دنیا است (باکوچ و همکاران، ۲۰۱۶). علی‌رغم پیشرفت در روش‌های درمانی، ابتلا و مرگ ناشی از این بیماری روند صعودی دارد (احمدی و همکاران، ۲۰۱۵). طبق مطالعات، تظاهرات بالینی، عوامل خطر و پیش‌آگهی بیماری‌های قلبی عروقی در سنین مختلف متفاوت است (باهاتیا و همکاران، ۲۰۱۳). بیماران مبتلا به این عارضه، علائم غیراختصاصی به جز درد قفسه سینه را تجربه می‌کنند که غالباً در ارزیابی اولیه تشخیص داده نمی‌شود، ولی می‌توانند نشان‌دهنده پیش‌آگهی و درمان نامطلوب باشند (موسسه دیابت آمریکا، ۲۰۱۶). بیماری‌های قلب عروقی محدودیت‌های زیادی برای خانواده و زبان‌های اقتصادی فراوانی از جمله از کارافتادگی و کاهش تولید را برای جامعه به دنبال دارد (استگ و همکاران، ۲۰۱۲). بروز علائم اختصاصی سندرم کرونری حاد با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد و فقط ۲۰ درصد بیماران بالای ۸۰ سال، علائم اختصاصی این بیماری را نشان می‌دهند (گراهام و همکاران، ۲۰۱۰)، در حالی که بیماران ممکن است هفته‌ها یا ماه‌ها قبل از حملات قلبی، نشانه‌های غیراختصاصی را تجربه کنند (گرانسو و همکاران، ۲۰۱۶). شناخت علائم غیراختصاصی ممکن است در کشف سریع‌تر و اختصاص دادن درمان بیشتر به بیماران در ۲۴ ساعت اول کمک کننده باشد (تقی پور و همکاران، ۲۰۱۴). آگاهی و دانش بیشتر درباره اپیدمیولوژی سندرم کرونری حاد به درک علت بیماری، عوامل خطر، اولویت‌بندی منطقی، اختصاص منابع درمانی و برنامه‌ریزی مناسب‌تر در نظام سلامت منجر می‌شود (پدیگو و همکاران، ۲۰۱۱؛ احمدی و همکاران، ۲۰۱۵).

شناخت ارتباط عوامل خطرزا با نشانه‌های اولیه برای تشخیص و درمان فوری مبتلایان به سندرم کرونری حاد اهمیت دارد (نیکول و همکاران، ۲۰۱۶). درد قفسه سینه بیشتر در مردان، سیگاری‌ها، بیماران با سابقه پرفشاری خون و هایپرکلسترولمی و غیردیابتی مشاهده شده است و دیابت در زنان و هایپرکلسترولمی در مردان به‌عنوان عوامل تأثیرگذار در گزارش نشانه‌های غیرمعمول شناسایی شده اند (ترن و همکاران، ۲۰۱۶). درک عوامل مرتبط با نشانه‌های بیماری ممکن است منجر به تشخیص زودهنگام و درمان‌های پزشکی مناسب‌تر برای مبتلایان به سندرم کرونری حاد در ۲۴ ساعت نخست شود. به نظر می‌رسد نشانه‌های پیشگویی‌کننده در زمان ورود به اورژانس می‌تواند در تعیین پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد نقش داشته باشد (فوگل برگ و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به شیوع بالای سندرم کرونری حاد در سنین میانسالی و سالمندی، شناخت علائم و نشانه‌های این بیماری در سنین مختلف باید بیشتر مورد تأکید قرار گیرد. هدف مطالعه حاضر مقایسه تظاهرات بالینی سندرم کرونری حاد در افراد میانسال و سالمند بود.

**مواد و روش‌ها**

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای از نوع مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل بیماران با تشخیص سندرم کرونری حاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۵ بودند. طرح این مطالعه در کمیته اخلاق مرکز قلب شهید رجایی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نمونه‌های مورد بررسی به تعداد ۳۸۴ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۴ ساعت پس از بستری در بخش و پایدار شدن وضعیت، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر بود: (۱) STEMI (ST elevation myocardial infarction) به صورت صعود قطعه ST به میزان ۲ میلی متر در لیدهای V<sub>1</sub>-V<sub>4</sub> یا بیش از ۱ میلی متر در لیدهای دیگر؛ (۲) NSTEMI (Non ST elevation myocardial infarction)؛ (۳) وجود آنزیم‌های قلبی (CK، T یا J Point، علائم بالینی و افزایش سطح آنزیم‌های خونی (تروپونین و CK). ابزار جمع‌آوری داده‌ها یک پرسشنامه چندقسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، علائم بیماری و همچنین، ابزار دیداری سنجش درد (VAS) بود. پس از کسب رضایت نامه آگاهانه از بیماران، اطلاعات پرسشنامه به صورت مصاحبه از آن‌ها و بررسی اطلاعات موجود در پرونده پزشکی توسط محقق جمع‌آوری شد. جهت تعیین روایی محتوا، پرسشنامه به ۱۵ نفر از متخصصین قلب و عروق داده شد و مورد قضاوت، ارزیابی و تأیید آنان قرار گرفت. همچنین، برای تعیین پایایی، پرسشنامه بین ۲۰ نفر از بیماران توزیع گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری مجذور کای و تی تست تحلیل شدند. توزیع طبیعی متغیرهای کمی پیوسته به کمک آزمون کولموگروف اسمیرنوف ارزیابی شد.

## یافته ها

افراد بر اساس سن به دو گروه میانسال (سن ۴۰ تا ۶۰ سال) و سالمند (سن بیشتر از ۶۰ سال) طبقه‌بندی شدند. میانگین سنی گروه میانسال، ۵۱/۷۶ سال با انحراف معیار ۴/۵۴ و میانگین سنی گروه سالمند، ۶۹/۲۷ با انحراف معیار ۶/۷۹ بود. بر اساس یافته ها، ۲۰۳ نفر از افراد مورد مطالعه (۵۲/۹ درصد) در گروه میانسال و ۱۸۱ نفر (۴۷/۱ درصد) در گروه سنی سالمند قرار گرفتند. از لحاظ جنسیت افراد شرکت کننده بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. متأهلین بیشترین فراوانی را در هر دو جامعه به خود اختصاص داده بودند. همچنین، در بین زنان شرکت کننده در این مطالعه ۱۲ نفر (۱۵/۸ درصد) از افراد میانسال و ۷ نفر (۱۰/۴ درصد) از افراد سالمند سابقه زایمان نداشتند. از لحاظ یائسگی در گروه میانسالان ۳۹ نفر (۵۱/۳ درصد) و در گروه سالمندان ۶۲ نفر (۹۲/۵ درصد) یائسه شده بودند. فرزندآوری در دو گروه مقایسه شد و نتایج نشان داد که در گروه میانسالان و سالمندان به ترتیب ۸۱/۶ درصد و ۸۹/۶ درصد دارای فرزند بودند. سابقه مصرف قرص پیشگیری از بارداری در میانسالان بیشتر از سالمندان بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه اطلاعات دموگرافیک در دو گروه میانسال و سالمند

گروه	میانسال	سالمند	متغیر
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون کای اسکوئر
جنس			$df=1, X^2=0.0729, P=0.932$
زن	۷۶ (۳۷/۴)	۶۷ (۳۷)	
مرد	۱۲۷ (۶۲/۶)	۱۱۴ (۶۳)	
وضعیت تاهل			$df=1, X^2=0.307, P=0.579$
مجرد	۱۴ (۶/۹)	۱۰ (۵/۵)	
متاهل	۱۸۹ (۹۳/۱)	۱۷۱ (۹۴/۵)	
تحصیلات			$df=1, X^2=41.2, P=0.001$
بی سواد	۷۸ (۳۸/۴)	۱۲۵ (۷۰/۷)	
زیر دیپلم و دیپلم	۹۷ (۴۷/۸)	۴۵ (۲۴/۹)	
دانشگاهی	۲۸ (۱۳/۸)	۸ (۴/۴)	
مصرف سیگار			$df=1, X^2=2.69, P=0.101$
بلی	۱۰۹ (۵۳/۷)	۸۲ (۴۵/۳)	
خیر	۹۴ (۴۶/۳)	۹۹ (۵۴/۷)	
مصرف قلبیان			$df=1, X^2=0.146, P=0.702$
بلی	۳۲ (۱۵/۸)	۲۶ (۱۴/۴)	
خیر	۱۷۱ (۸۴/۲)	۱۵۵ (۸۵/۶)	
مصرف الکل			$df=1, X^2=0.319, P=0.858$
بلی	۱۸ (۸/۹)	۱۷ (۹/۴)	
خیر	۱۸۵ (۹۱/۱)	۱۶۴ (۹۰/۶)	
وضعیت شغلی			$df=4, X^2=62.7, P=0.001$
کارمند	۲۹ (۵۳/۷)	۱۲ (۴۵/۳)	
کارگر	۷۴ (۴۶/۳)	۵۰ (۵۴/۷)	
آزاد	۴۲ (۵۳/۷)	۱۸ (۴۵/۳)	
بازنشسته	۴ (۴۶/۳)	۵۳ (۵۴/۷)	
خانه دار	۵۴ (۴۶/۳)	۴۸ (۵۴/۷)	

نتایج بررسی وضعیت علایم سندرم کرونری حاد در دو گروه میانسال و سالمند نشان داد که اکثر افراد دو گروه درد قفسه سینه را گزارش داده اند. در بین علایم مورد بررسی، سکسکه بین دو گروه اختلاف معنی داری داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه علائم سندرم کرونری حاد در دو گروه میانسال و سالمند

نتیجه آزمون کای اسکوئر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	متغیر
$df=1, X^2=0.376, P=0.1846$	۶۷ (۹۰/۱)	۱۸۴ (۹۰/۶)	درد قفسه سینه
	۱۱۴ (۹/۹)	۱۹ (۹/۴)	دارد
$df=1, X^2=0.303, P=0.582$	۱۰ (۳۰/۴)	۱۳۶ (۶۷)	تنگی نفس
	۱۷۱ (۶۹/۶)	۶۷ (۳۳)	دارد
$df=1, X^2=0.165, P=0.685$	۱۲۵ (۱۷/۱)	۳۸ (۱۸/۷)	ضعف
	۴۵ (۸۲/۹)	۱۶۵ (۸۱/۳)	دارد
$df=1, X^2=3.15, P=0.076$	۸۲ (۴۳/۶)	۱۰۷ (۵۲/۷)	تعریق
	۹۹ (۵۶/۴)	۹۶ (۴۷/۳)	دارد
$df=1, X^2=2.23, P=0.135$	۲۶ (۱۶/۶)	۴۶ (۲۲/۷)	تهوع
	۱۵۵ (۸۳/۴)	۱۵۷ (۷۷/۳)	دارد
$df=1, X^2=1.75, P=0.185$	۱۷ (۱۷/۷)	۴۷ (۲۳/۲)	استفراغ
	۱۶۴ (۸۲/۳)	۱۵۶ (۷۶/۸)	دارد
$df=1, X^2=0.134, P=0.908$	۱۲ (۱۲/۷)	۲۵ (۱۲/۳)	خستگی غیر معمول
	۵۰ (۸۷/۳)	۱۷۸ (۸۷/۷)	دارد
$df=1, X^2=9.62, P=0.002$	۵۳ (۱/۷)	۱۸ (۸/۹)	سکسکه
	۴۸ (۹۸/۳)	۱۸۵ (۹۱/۱)	دارد
$df=1, X^2=0.675, P=0.411$	۵۳ (۳/۳)	۱۰ (۴/۹)	آروغ زدن
	۴۸ (۹۶/۷)	۱۹۳ (۹۵/۱)	دارد
$df=1, X^2=4.61, P=0.032$	۵۳ (۱/۱)	۱۰ (۴/۹)	وزوز گوش
	۴۸ (۹۸/۹)	۱۹۳ (۹۵/۱)	دارد
$df=1, X^2=0.172, P=0.1896$	۵۳ (۱۳/۳)	۲۶ (۱۲/۸)	اظطراب غیر طبیعی
	۴۸ (۸۶/۷)	۱۷۷ (۸۷/۲)	دارد

نتایج بررسی وضعیت موضع درد در دو گروه میانسال و سالمند نشان داد که اکثر افراد گروه میانسال و سالمند به ترتیب با فراوانی ۴۲/۲ درصد و ۴۷ درصد موضع درد را در بخش وسط قفسه سینه عنوان کردند (جدول شماره ۳). همچنین، نتایج بررسی کیفیت درد در دو گروه میانسال و سالمند نشان داد که بیشترین درصد افراد گروه میانسال (۴۵/۳ درصد) با فراوانی دارای کیفیت درد "سنگینی" بودند و بیشترین درصد افراد گروه سالمندان (۴۵/۳ درصد) دارای کیفیت درد "سوزشی" بودند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: مقایسه موضع درد در دو گروه میانسال و سالمند با سندرم کرونری حاد

نتیجه آزمون کای اسکوئر	سالمند تعداد (درصد)	میانسال تعداد (درصد)	گروه
$df=1, X^2=0.367, P=0.545$			فک
	۲۸ (۱۵/۵)	۲۷ (۱۳/۳)	دارد
	۱۵۳ (۸۴/۵)	۱۷۶ (۸۶/۷)	ندارد
$df=1, X^2=0.499, P=0.480$			گردن
	۴۱ (۲۲/۷)	۴۰ (۱۹/۷)	دارد
	۱۴۰ (۷۷/۳)	۱۶۳ (۸۰/۳)	ندارد
$df=1, X^2=0.0878, P=0.976$			کلو
	۳۱ (۱۷/۱)	۳۵ (۱۷/۲)	دارد
	۱۵۰ (۸۲/۹)	۱۶۸ (۸۲/۸)	ندارد
$df=1, X^2=1.778, P=0.183$			دندان ها
	۱۵ (۸/۳)	۱۰ (۴/۹)	دارد
	۱۶۶ (۹۱/۷)	۱۹۳ (۹۵/۱)	ندارد
$df=1, X^2=0.935, P=0.760$			شانه چپ
	۷۵ (۴۱/۴)	۸۱ (۳۹/۹)	دارد
	۱۰۶ (۵۸/۶)	۱۲۲ (۶۰/۱)	ندارد
$df=1, X^2=1.777, P=0.184$			شانه راست
	۲۴ (۱۳/۳)	۳۷ (۱۸/۲)	دارد
	۱۵۷ (۸۶/۷)	۱۶۶ (۸۱/۸)	ندارد
$df=1, X^2=0.127, P=0.910$			بازوی راست
	۴۹ (۲۷/۱)	۵۶ (۲۷/۶)	دارد
	۱۳۲ (۷۲/۹)	۱۴۷ (۷۲/۴)	ندارد
$df=1, X^2=5.53, P=0.019$			بازوی چپ
	۲۲ (۱۲/۲)	۱۱ (۵/۴)	دارد
	۱۵۹ (۸۷/۸)	۱۹۲ (۹۴/۶)	ندارد
$df=1, X^2=1.34, P=0.247$			سمت چپ قفسه سینه
	۳۱ (۴۴/۸)	۳۵ (۳۸/۹)	دارد
	۱۵۰ (۵۵/۲)	۱۶۸ (۶۱/۱)	ندارد
$df=1, X^2=0.819, P=0.366$			وسط قفسه سینه
	۸۵ (۴۷)	۸۶ (۴۲/۴)	دارد
	۹۶ (۵۳)	۱۱۷ (۵۷/۶)	ندارد
$df=1, X^2=0.975, P=0.323$			سمت راست قفسه سینه
	۱۰ (۵/۵)	۷ (۳/۴)	دارد
	۱۷۱ (۹۴/۵)	۱۹۶ (۹۶/۶)	ندارد
$df=1, X^2=0.215, P=0.643$			بخش بالایی پشت
	۶۱ (۳۳/۷)	۷۳ (۳۶)	دارد
	۱۲۰ (۶۶/۳)	۱۳۰ (۶۴)	ندارد
$df=1, X^2=1.89, P=0.169$			اپی گاستر
	۵۵ (۳۰/۴)	۴۹ (۲۴/۱)	دارد
	۱۲۶ (۶۹/۶)	۱۵۴ (۷۵/۹)	ندارد

جدول شماره ۴: مقایسه کیفیت درد در افراد میانسال و سالمند با سندرم کرونری حاد

متغیر	گروه	میانسال تعداد (درصد)	سالمند تعداد (درصد)
کیفیت درد			
سوزشی	۸۷ (۴۲/۹)	۸۲ (۴۵/۳)	
سنگینی	۹۲ (۴۵/۳)	۷۷ (۴۲/۵)	
له شدگی	۷ (۳/۴)	۱۵ (۸/۳)	
خنجری	۴ (۲)	۰ (۰)	
سوزشی و خنجری	۱۳ (۶/۴)	۷ (۳/۹)	

$df=4, X^2=8.96, P=0.062$

## بحث

در این مطالعه، علائمی مانند درد قفسه سینه، تنگی نفس، ضعف، تعریق، تهوع، استفراغ، خستگی غیرمعمول، آروغ زدن، وزوز گوش و اضطراب غیرطبیعی در بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند. از علایم مورد بررسی در دو گروه، سکسکه در بین میانسالان شایع تر از سالمندان بود. در مطالعه تقی پور و همکاران (۲۰۱۱)، دو گروه سنی از لحاظ درد قفسه سینه، تعریق، تهوع، آروغ زدن، وزوز گوش و اضطراب با هم تفاوت معنی داری نداشتند، ولی تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه از نظر تنگی نفس، ضعف، استفراغ، خستگی و سکسکه وجود داشت. تفاوت نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه تقی پور و همکاران (۲۰۱۴) شاید به دلیل حجم نمونه و تعریف سنی متفاوت باشد. در مطالعه نوروز زاده و همکاران (۲۰۱۵)، علائمی مانند درد قفسه سینه، درد بازو و تنگی نفس بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری داشتند و شانس ابتلا به تنگی نفس، ضعف و تهوع، استفراغ، برای بیماران با سن بالای ۶۵ سال بیشتر گزارش شد. در مطالعه هوانگ و همکاران (۲۰۰۹)، شانس بروز تنگی نفس، تهوع و استفراغ و ضعف در بیماران با سن بالا بیشتر بود. تفاوت نتیجه مطالعه حاضر با این مطالعه می تواند به دلیل حجم نمونه متفاوت و متفاوت بودن گروه‌های سنی مورد بررسی باشد. موضع درد در اکثر افراد گروه میانسال و سالمند، بخش وسط قفسه سینه بود. موضع بازوی چپ در بین سالمندان شایع تر از افراد میانسال بود، ولی در بقیه موارد اختلاف بین دو گروه معنی دار نبود. در مطالعه شریف نیا و همکاران (۲۰۱۱) نیز موضع درد در بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت. در مطالعه نوروز زاده و همکاران (۲۰۱۲) درد بازو بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری داشت. در مطالعه نگویان و همکاران (۲۰۱۰) انتشار درد قفسه سینه به فک، گردن، بازو یا شانه چپ در بیماران بالای ۶۵ سال به طور معنی - داری بیش از بیماران با سن کمتر از ۶۵ سال است. تحلیل خطر نسبی نشان داد درد زیر جناغ، احساس فشار شبیه درد، انتشار درد به فک، گردن، بازو یا شانه چپ، ارزش پیشگویی کمتری برای سندروم کرونری حاد در سالمندان دارند. متفاوت بودن نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر شاید به دلیل حجم نمونه و گروه‌های سنی متفاوتی باشد که در مطالعات قبلی صورت در نظر گرفته شده است. بیشترین درصد افراد گروه میانسال و سالمند، به ترتیب دارای کیفیت درد "سنگینی" و "سوزشی" بودند. بر اساس مطالعه پینتو و همکاران (۲۰۱۱)، علائم غیرمعمول سندرم کرونری حاد با افزایش سن رابطه مستقیم داشت و در افراد با STEMI بیشتر بود. این نتایج از یافته‌هایی که سن را به عنوان عاملی مؤثر برای بروز علائم غیرمعمول سندرم کرونری حاد می‌دانند حمایت می کند. در مطالعه نوبهار و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد، شکایت از درد با افزایش سن نسبت معکوس داشت و هرچه سن بالاتر می‌رفت شکایت از درد به طور معناداری کاهش یافته بود. سالمندان به میزان بیشتری از بیماری‌های همراه رنج می‌برند و فرایند سالمندی احتمال ابتلا به دیابت را بیشتر می کند. همچنین، بر اساس مطالعات، تعبیر در آستانه درک درد که به عنوان یک سیستم دفاعی شناخته می شود می تواند با سخته قلبی خاموش مرتبط باشد، هرچند در این مورد تناقضاتی نیز وجود دارد (تقی پور و همکاران، ۲۰۱۴).

## نتیجه گیری

درد قفسه سینه شایع ترین علامت در بین سالمندان و میانسالان می باشد. از بین علایم غیرمعمول نیز سکسکه در میانسالان شایع تر از سالمندان می باشد. بازوی چپ شایع ترین موضع درد در سالمندان است. با توجه به اختلاف در الگوی درد و علائم و نشانه‌های همراه سندرم کرونری حاد در میانسالان و سالمندان که می تواند تأثیر قابل توجهی بر درمان سریع، صحیح و ارجاع مناسب به مراکز تخصصی قلب و عروق داشته باشد، کارکنان شاغل در بخش اورژانس بیمارستان‌ها باید با در نظر گرفتن این تفاوت‌ها هر چه سریع تر

اقدام به تشخیص علائم و نشانه‌های سندرم کرونری حاد نمایند. همچنین، با برگزاری کلاس‌های آموزشی متناوب برای پرستاران و سایر پرسنل درمانی در خصوص علائم معمولی و غیرمعمولی سندرم کرونری حاد، امکان ارجاع سریع‌تر به مراکز درمانی مناسب فراهم می‌شود و می‌توان احتمال بروز عوارض ناشی از تاخیر درمان، مانند آریتمی‌های قلبی، را نیز کاهش داد.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از سوپروایزهای محترم آموزشی و مسئولین و پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران اعلام می‌دارند. هم‌چنین از سرکار خانم فاطمه فردوسی به خاطر همکاری ایشان در انجام این مطالعه کمال تقدیر و تشکر می‌شود. این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مصوب این مرکز است. از معاونت پژوهشی و آموزشی این دانشگاه به دلیل حمایت از این پژوهش تقدیر می‌شود.

### References

- Ahmadi A, Soori H, Mehrabi Y, Etemad K, et al. Incidence of acute myocardial infarction in Islamic Republic of Iran: a study using national registry data in 2012. *East Mediterr Health J*. 2014.
- Ahmadi A, Soori H, Sajjadi H. Modeling of in hospital mortality determinants in myocardial infarction patients, with and without type 2 diabetes, undergoing pharmacoinvasive strategy: the first national report using two approaches in Iran. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015;108(2):216-222.
- American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009;119(3):e21-e181.8.
- Andrikopoulos G, Terentes-Printzios D, Tzeis S, Vlachopoulos C, Varounis C, Nikas N, et al. Epidemiological characteristics, management and early outcomes of acute coronary syndromes in Greece: The PHAETHON study. *Hellenic J Cardiol*. 2016;57(3):157-66.
- Baccouche H, Belguith AS, Boubaker H, Grissa MH, Bouida W, Beltaief K, et al. Acute coronary syndrome among patients with chest pain: Prevalence, incidence and risk factors. *Int J Cardiol*. 2016;214:531-5.
- Bhatia LC, Naik RH. Clinical profile of acute myocardial infarction in elderly patients. *J Cardiovasc Dis Res*. 2013;4(2):107-11.
- Fogelberg M, Löfman I, Carlström K, Freyschuss A, et al. Preserved microcirculatory response to acute estrogen not reflected by exercise capacity. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(6):736-40.
- Graham DJ, Ouellet-Hellstrom R, MaCurdy TE, Ali F, et al. Risk of acute myocardial infarction, stroke, heart failure, and death in elderly Medicare patients treated with rosiglitazone or pioglitazone. *JAMA*. 2010;304(4):411-8.
- Gränsbo K, Melander O, Wallentin L, Lindbäck J, Stenestrand U, Carlsson J, Nilsson J. Cardiovascular and cancer mortality in very elderly post-myocardial infarction patients receiving statin treatment. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010 Mar 30;55(13):1362-9.
- Hwang SY, Park EH, Shin ES, Jeong MH. Comparison of Factors Associated with Atypical Symptoms in Younger and Older Patients with Acute Coronary Syndromes. *J Korean Med Sci* 2009;24(5):789-794.
- Nguyen HL, Saczynski JS, Gore JM, Goldberg RJ. Age and sex differences in duration of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(1):82-92.
- Nobahar M, Vafaei A. Comparison of classic symptoms in acute coronary syndromes among young and old patients. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2005;34:18-24.
- Noroozadeh R, Heydari MR. The relationship between risk factors and primary symptoms of acute coronary syndrome in below and above 65 years old. *Med Surg Nursing J*. 2012;1(1):43-8.
- Pedigo A, Aldrich T, Odoi A. Neighborhood disparities in stroke and myocardial infarction mortality: a GIS and spatial scan statistics approach. *BMC Public Health* 2011;12(11):644-7.
- Pinto D, Lunet N, Azevedo A. Prevalence and determinants of atypical presentation of acute coronary syndrome. *Acta Med Port*. 2011;28(2):307-18.
- Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;ehs215.
- Taghipour B, Sharif Nia H, Soleimani MA, Hekmat Afshar M, Sharififar S. Comparison of the clinical symptoms of myocardial infarction in the middle-aged and elderly. *J Kermanshah Med Sci*. 2014;18(5):281-9.
- Tran P, Mittleman MA. Assessing the associations between awareness of myocardial infarction symptoms, socioeconomic factors, and cardiovascular disease risk factors through regression models. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016. [Epub ahead of print].



## Original Article

**Comparison of clinical manifestations of acute coronary syndrome (ACS) in middle-aged and elderly people**

Khadije Noori<sup>1</sup>, MSc  
\* Akbar Nikpajouh<sup>2</sup>, MD  
Yasaman Khalili<sup>3</sup>, MD  
Hamid Sharif Nia<sup>4</sup>, Ph.D  
Ali Ansarifar<sup>5</sup>, MSc

**Abstract**

**Aim.** The aim of this study was to compare clinical manifestations of ACS in middle-aged and elderly people who were hospitalized in Shahid Rajai Cardiovascular Medical and Research Center in 2016 .

**Background.** ACS is one of the most important health challenges in the world. The most important diagnostic marker of ACS is the clinical symptoms, but the symptoms of the disease are different among middle-aged and elderly people.

**Method.** This study was a cross-sectional study. The sample consisted of 384 patients with ACS admitted to Shahid Rajai Cardiovascular Medical and Research Center in 2016. Data collection tools included demographics form, a questionnaire for recording signs and symptoms of ACS and the pain questionnaire. Data were analyzed in SPSS 18.

**Findings.** The most common symptom was chest pain in both groups. Typical symptoms between the two groups showed no statistically significant difference. Of non-typical symptoms, hiccup was reported more in middle-age group than the elderly group ( $P=0.001$ ). In terms of the location of the pain, left arm in the elderly was higher than the middle-aged group ( $P=0.001$ ). The quality of pain in both groups was not significantly different.

**Conclusion.** Chest pain is the most common symptom in both middle-aged and elderly people. Among the non-typical symptoms, only hiccups in the middle-aged people are more common than the elderly people. Health care providers should pay more attention to the initial assessment.

**Keywords:** Clinical Symptoms, Acute coronary syndrome, Middle-aged, Elderly

1 Master of Critical Care Nursing, Shahid Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

2 Assistant Professor of Community and Preventive Medicine, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) email: dr.nikpajouh@gmail.com

3 Community Medicine Specialist, Shahid Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery of Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

5 Master of Science in Public Health Nursing Management, Supervisor For Health Education Department, Rajaie Heart Hospital, Tehran, Iran