پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۰، شماره ۱، بهار ۱۳۸۵، صفحات ۴۱ تا ۴۴

مقاله اصلی
(Original Article)

بررسی میزان افسردگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار

دکتر علیرضا ظهیرالدین، دکتر پروین دیباج‌نیا، دکتر بیتا رزاقی‌زاده ×

× گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *افسردگی در بین بیماران بهبودیافته از آنژین صدری ناپایدار (Unstable angina=UA) شایع است. وجود علائم جزئی افسردگی خطر مرگ بعد از UA را افزایش می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی در بیماران با تشخیص آنژین صدری ناپایدار صورت گرفت.*

روش بررسی: *این مطالعه به روش توصیفی بر روی ۱۰۰ بیمار (۴۹ زن و ۵۱ مرد) بستری شده با تشخیص آنژین صدری ناپایدار در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. از پرسشنامه Beck برای بررسی افسردگی و از نرم‌افزار SPSS و آزمون خی‌دو برای انجام آنالی‌زهای آماری استفاده شد.*

یافته‌ها: *۷۱٪ جمعیت مورد مطالعه درجاتی از افسردگی داشتند: ۲۱٪ افسردگی شدید، ۳۵٪ افسردگی متوسط و ۱۵٪ افسردگی خفیف. تعداد دفعات بستری در بیماران افسرده بطور معنی‌داری بی‌شتر از بیماران غیرافسرده بود و افسردگی در زنان مورد مطالعه بطور معنی‌داری بی‌شتر از مردان بود.*

نتیجه‌گیری: *با توجه به اثر افسردگی در بالا بردن میزان مرگ و میر بیماران قلبی و شیوع بالای این اختلال در این بیماران، لزوم تشخیص و درمان به موقع افسردگی در این گروه از بیماران مطرح می‌باشد.*

واژگان کلیدی: *آنژین صدری ناپای‌دار، افسردگی، تست Beck.*

مقدمه

مطالعات مختلف نشان می‌دهد اختلال افسردگی از نظر علت و تعیین پیش‌آگهی یک ریسک فاکتور مستقل از سایر فاکتورهای متداول برای بیماریهای قلبی است. شانس مرگ در بیماران مبتلا به سکته قلبی، آنژین صدری یا بای‌پس (By-pass) عروق کرونری که دچار افسردگی شده‌اند، نسبت به بیماران غیرافسرده ۳-۲ برابر بی‌شتر است (۱).

براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR وجود حداقل پنج علامت از علائم زی‌ر: خلق افسرده، کاهش علاقه و احساس لذت، کاهش یا افزایش قابل ملاحظه وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، تحریک یا کندی روانی حرکتی، خستگی و فقدان انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی، کاهش توانایی تمرکز یا تفکر و افکار خودکشی بمدت دو هفته که منجر به افت کارائی و اختلال در عملکرد شغلی-اجتماعی فرد می‌گردد، اختلال افسردگی عمده (ماژور) را مطرح می‌نماید. وجود کمتر از ۵ علامت (حداقل دو علامت) بمدت دو هفته همراه با افت کارائی، اختلال افسردگی مینور را مطرح می‌نماید (۲).

مطالعات نشان می‌دهد که افسردگی در بین بیماران بهبود یافته از آنژین صدری ناپایدار (Unstable angina=UA) شایع می‌باشد. تقریبا از شش بیمار مبتلا به سکته قلبی (Myocardial infarction=MI) یک نفر افسردگی عمده را تجربه می‌کند و حداقل دو برابر این تعداد نشانه‌های قابل توجه افسردگی را بلافاصله بعد از MI خواهند داشت (۳). با این حال، افسردگی بعد از حوادث ایسکمیک قلبی از نظر

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانپزشکی، دکتر علیرضا ظهیرالدین **(email:** azahiroddin@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۲/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱/۱۲

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-17]

کلینیکی کمتر تشخیص داده می‌شود بطوری‌که فقط ۱۰٪ این افراد مورد توجه قرار می‌گیرند. این تخمین، به حالت آتیپیک آن و تمایل پزشکان برای تقسیر نشانه‌های افسردگی بعنوان یک واکنش طبیعی و گذرا به حوادث تهدیدکننده زندگی و آگاهی ناکافی از ریسک فاکتورهای همراه با افسردگی نسبت داده می‌شود (۴). علائم جزئی افسردگی خطر مرگ بعد از U/A را افزایش می‌دهد، بدین ترتیب باید تشخیص و درمان افسردگی بعنوان یکی از عناصر احیاء بیماران قلبی در نظر گرفته شود (۵).

اگرچه میزان مرگ در بیماران با نشانه‌های شدیدتر افسردگی، بیشتر است، میزان مرگ و میر بالا در سطوح خیلی پائین افسردگی نیز مشاهده شده است. این میزان افسردگی از نظر کلینیکی برجسته نبوده و پائین‌تر از حدی است که بعنوان عامل پیش‌بینی‌کننده مرگ بعد از U/A مورد ملاحظه قرار گیرد (۶).

تحقیقات نشان می‌دهد هزینه‌های درمانی زیادی صرف بستری‌های مجدد و ویزیت‌های سرپائی بیماران افسرده‌ای که سال اول بعد از U/A را سپری می‌کنند، می‌شود (۷). این در حالی‌ست که تنشهای روانی بطور کلی و افسردگی بطور خاص مستعدکننده بیماریهای قلبی-عروقی هستند. افرادی که در طی زندگی روزمره دچار تنش روحی هستند، دو برابر دیگران در معرض ایسکمی قلبی قرار دارند. بنابراین پزشکان باید نسبت به بروز اختلالات افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی بویژه آنهایی که اخیرا از یک حادثه ایسکمیک حاد قلبی مانند U/A جان سالم بدر برده‌اند، ظن کلینیکی بسیار بالایی داشته باشند و با سرویس روانپزشکی مشاوره نمایند (۸).

در یک مطالعه در دانشگاه جان هاپکینز، ۲۸۵ بیمار که دچار MI حاد شده بودند، توسط تست بک مورد بررسی قرار گرفته و میزان مورتالیتی چهار ماه پس از حمله قلبی ۶/۷٪ گزارش شد. در این بین، مورتالیتی در بیماران با افسردگی خفیف تا متوسط (نمره تست بک ۱۰ یا بالاتر) ۱۰-۸ برابر بیشتر از بیماران با نمره بک پائینتر از ۴ بود (۶).

در بررسی Burg و همکاران بر روی بیماران کاندید بای پس عروق کرونر با استفاده از تست بک، ۲۸/۱٪ بیماران دارای نمره ۱۰ و بالاتر بودند (۹). همچنین در مطالعه Jang، ۱۳۵ بیمار مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی توسط تست CES-D مورد بررسی قرار گرفتند که در ۸۱/۵٪ آنها افسردگی خفیف تا متوسط گزارش گردید (۱۰). تشخیص زود هنگام افسردگی بعد از U/A و بیماریهای ایسکمیک قلبی و درمان با مهارکننده‌های بازجذب سروتونین در بسیاری از مطالعات توصیه شده است (۱۱).

این مطالعه با هدف بررسی میزان افسردگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه به روش توصیفی بر روی ۱۰۰ بیمار بستری و مبتلا به آنژین صدری ناپایدار (۴۹ زن و ۵۱ مرد) که در فاصله مهر ۱۳۸۱ تا تیرماه ۱۳۸۲ به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کرده بودند، انجام گرفت.

ابزار مورد بررسی پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک (حاوی سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، مصرف سیگار، سابقه پرفشاری خون و تعداد دفعات بستری در بخش قلب و یا CCU) بود. همچنین از تست افسردگی بک (Beck) که اعتبار و کارایی آن برای غربالگری افسردگی مینور و عمده در بیماران بعد از حملات ایسکمیک قلبی بر اساس مصاحبه کلینیکی ساختار یافته بر مبنای معیارهای افسردگی DSM-IV بعنوان استاندارد طلائی به اثبات رسیده است (۱۲)، استفاده گردید. در ارزیابی افسردگی بیماران بر اساس تست بک، نمرات ۹-۰ بدون افسردگی، نمرات ۱۶-۱۰ افسردگی خفیف، نمرات ۲۹-۱۷ افسردگی متوسط و نمرات بالاتر از ۲۹ افسردگی عمده تفسیر می‌شوند.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از نرم افزارSPSS استفاده گردید. از آزمون خی‌دو (Chi square) جهت بررسی ارتباط بین افسردگی و هر یک از متغییرهای مورد بررسی استفاده شد. P-value کمتر از ۵٪ بعنوان وجود یک رابطه معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۱۰۰ بیمار مورد بررسی شامل ۴۹ نفر زن و ۵۱ نفر مرد، با حداقل سنی ۳۶ و حداکثر ۸۲ سال و میانگین سنی ۵۶/۴ سال بودند. میزان تحصیلات در ۶۸ نفر در حد ابتدائی، ۲۴ نفر دیپلم و در ۸ مورد تحصیلات عالی بود. ۸۵ نفر متاهل، ۲ نفر مجرد و ۱۳ نفر مطلقه یا بیوه بودند. دفعات بستری در بخش قلب در ۴۵ نفر یکبار، در ۳۲ نفر دو بار و در ۳۲ نفر سه و بیشتر بود.

سابقه پرفشاری خون در ۴۲ نفر و سابقه مصرف سیگار در ۲۹ نفر وجود داشت.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-17]

در این بررسی ۲۹٪ جمعیت مورد مطالعه غیرافسرده، ۱۵٪ افسردگی خفیف، ۳۵٪ افسردگی متوسط و ۲۱٪ افسردگی عمده داشتند.

با استفاده از آزمون خی‌دو تعداد دفعات بستری ناشی از حملات قلبی بطور معنی‌داری در افراد افسرده بی‌شتر بود (p=۰/۰۰۸). افسردگی در بیمارانی که بطور همزمان به پرفشاری خون مبتلا بودند بطور معنی‌داری بی‌شتر از بیمارانی بود که سابقه ایی‌ن بی‌ماری را نداشتند (p=۰/۰۰۱).

۸۱/۶٪ زنان و ۶۰/۷٪ مردان مورد مطالعه افسرده بودند که این اختلاف بطور معنی‌داری در زنان بیش از مردان بود (p=۰/۰۲). میزان افسردگی در افراد با سن مساوی یا بالاتر از ۵۳ سال (۷۸/۶٪) بطور معنی‌داری از افسردگی در افراد زیر ۵۳ سال (۵۸/۹٪) بی‌شتر بود (p=۰/۰۳). رابطه معنی‌داری بین افسردگی و متغیرهای تحصیلات، تاهل و مصرف سیگار حاصل نشد.

بحث

افسردگی بعد از آنژین صدری شایع بوده و با افزایش ریسک حوادث بزرگ قلبی در خلال یک‌سال پیگیری همراه است. شیوع افسردگی عمده در بیماران قلبی-عروقی بین ۲۲-۱۷٪ می‌باشد که این مقدار تقریبا دو برابر میزان افسردگی عمده در بیماران نیازمند به مراقبتهای اولیه و ۳ تا ۴ برابر جمعیت عادی است (۱۳). شیوع افسردگی عمده در ایی‌ن تحقیق ۲۱٪ و افسردگی خفیف و متوسط ۵۰٪ می‌باشد ولی در بررسی Jang افسردگی خفیف و متوسط در ۸۱/۵٪ و افسردگی عمده در ۱۸/۵٪ موارد گزارش شد که این تفاوت می‌تواند به ابزار مورد استفاده (تست CES-D) ارتباط داشته باشد (۱۰).

در بررسی Burg، افسردگی خفیف و بالاتر در ۲۸/۱٪ افراد گزارش شد(۹).

مطالعات نشان می‌دهد که تقریبا از هر شش بیمار مبتلا به MI یک مورد افسردگی عمده را تجربه می‌کند و حداقل دو برابر این تعداد نشانه‌های قابل توجه افسردگی را بلافاصله بعد از MI دارند. افسردگی بعد از MI یک ریسک فاکتور مستقل جهت افزایش مورتالیتی است و بطور واضح با پیروی ضعیف از دستورات دارویی و توصیه‌هایی که موجب کاهش خطرات بعد از MI می‌شوند، همراه است (۳).

یافته‌های این تحقیق در راستای مطالعات پی‌شی‌ن، حاکی از شیوع بالای افسردگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری می‌باشد. تمام این مطالعات بیانگر اهمیت افسردگی در بیماران قلبی-عروقی و لزوم توجه به درمان آن در این دسته از بیماران است. درباره چگونگی برخورد با این اختلال و کاربرد داروهای مختلف و تاثیر درمان افسردگی بر کاهش میزان مرگ و میر و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مطالعات زیادی صورت گرفته است. بعنوان مثال، مدارکی جهت تجویز ایمن‌بوپروپیون و مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین مانند فلوکستین و پاروکسیتین در دسترس است (۱۴). همچنین تاثیر و ایمنی فلوکستین در درمان بیماران با افسردگی عمده بعد از حوادث ایسکمیک قلبی مورد تائید قرار گرفته است (۱۵).

توجه به هزینه‌های درمانی به هنگام وجود افسردگی همراه با بیماریهای قلبی-عروقی موضوع جالبی است که براساس یکی از این تحقیقات هزینه کلی برای بیماران با نمره بک بالا حدود ۴۱٪ بیشتر است (۷).

باتوجه به مطالب ذکر شده و تاکید بر اینکه حتی علائم جزئی افسردگی خطر مرگ بعد از U/A را افزایش می‌دهند (۶) لزوم توجه بیشتر به تشخیص و درمان افسردگی در این‌گونه بیماران آشکار می‌گردد.

حجم کم نمونه یکی از محدودیتهای بررسی فوق می‌باشد که انجام بررسی مشابه با حجم بالاتر و تعداد مساوی زن و مرد توصیه می‌گردد. بکارگیری تست بک به تنهایی از دیگر محدودیتهای ایی‌ن مطالعه است لذا استفاده همزمان از تست HADS (Hospital Anxiety-Depression Scale) که یکی از ابزارهای مؤثر جهت شناسایی اختلالات روانشناختی در بیماران پس از مشکلات قلبی می‌باشد، به همراه مصاحبه بالینی جهت بررسی‌های بعدی توصیه می‌گردد.

REFERENCES

1. Jinang W, Krishnan RR, O'Connor GM. Treatment of major depression in patients with acute myocardial infarction or unstable angina. CNS Drugs 2002;16(2):111-27.
2. Sadock BJ , Sadock VA, editors. Synopsis of psychiatry. 9th edition. WB Saunders, New York, 2003;p:542-53.
3. Ziegelstein RC. Depression in patients recovering from a myocardial infarction. JAMA 2001;286(13):1621-7.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-17]

4. Strick JJ, Honig A, Meas M. Relation between depression and infarct: Clinical evidences and hypothesis. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr 2001;25(4):879-92.

5. Lehto S, Koukkunen H, Hintikka J, Viinamki M, Laakso M. Depression after coronary heart disease events. Scand Cardiovasc J 2000;34(6):580-3.

6. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Sterens S, Zahalsky E, et al. Depression modulates automatic cordial control: A physiopsychological pathway linking depression and mortality. Am J Cardiol 2001;88(4):337-41.

7. Frasure–Smith N, Lesperance F, Qravel G, Masson A, Juneau M. Depression and health-care cost during the first year following myocardial infarction. J Psychosom Res 2000;48(4-5):741-8.

8. O'Connor GM, Gurbel PA, Serebruany VL. Depression and ischemia. Am Heart J 2000;140(4 Suppl):63-9.

9. Burg M. Depression complicates coronary bypass recovery. Psychosom Med 2003;65:111-8.

10. Jang W. Depression raises myocardial ischemia risk. Am Heart J 2003;146:55-61.

11. Hoing A. Depression following a heart infarct and increased risk of death. Ned Tijdschr Geneeskd 2000; 144(27):1307-10.

12. Frichione GL, Springer S, Lawson W, Hui JC. Potential intervention for depression associated with increased mortality risk in patients after myocardial infarction. Am J Cardiol 2002;89(1):112-3.

13. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th edition. WB Saunders, New York, 2000;p:1797-1802.

14. Goodnick PJ, Hernandez M. Treatment of depression in comorbid medical illness. Expert Opin Pharmacother 2000;1(7):1367-84.

15. Strik JJ, Honig A, Lousberg R, Lousberg AH, Cheries EC, Tuyman-Qva HG. Efficacy and safety of fluoxetine in the treatment of patients with major depression after first myocardial infarction: finding from a double blind, placebo-controlled trial. Psychosom Med 2000;62(6):783-9.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-10-17]