

بررسی شیوع اختلال پانیک در بیماران با علائم قلبی با منشأ غیر قلبی در بیمارستان کوثر سمنان در سال ۱۳۹۹ - ۱۳۹۸

فاطمه مدنی پور^۱، ستایش نعمت‌اللهی^۱، سمیرا محرابی پری^{۲*}، نیلوفر صفایی^۲، سحر محرابی پری^۳

^۱دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۲واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی و پژوهشی و درمانی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۳استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

*نویسنده مسئول: واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی و پژوهشی و درمانی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. ایمیل: drmehrabipari@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۹ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۶

چکیده

مقدمه: اختلال پانیک در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع ممکن است طی یک دوره مزمن با پیشرفت سایر اختلالات روان‌شناختی همراه شود. به دلیل تشابه علائم پانیک و بیماری قلبی، اختلال پانیک کمتر مورد توجه قرار گرفته و در نتیجه هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی متعاقب عدم تشخیص آن به بار می‌آید.

اهداف: در راستای ارزیابی این مشکل، این مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلال پانیک در بیماران مراجعه‌کننده با علائم قلبی با منشأ غیر قلبی به درمانگاه قلب بیمارستان کوثر سمنان انجام شد.

مواد و روش: در یک مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی، بیماران مراجعه‌کننده با علائم قلبی به کلینیک قلب بیمارستان کوثر در بازه زمانی سال ۱۳۹۹ - ۱۳۹۸ به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، مصرف سیگار، پرفشاری خون، سابقه بیماری قلبی در افراد خانواده، وضعیت تاهل بیمار ثبت گردید. ارزیابی اختلال پانیک با استفاده از پرسشنامه (در فایل پیوست) «خود ارزیابی اختلال پانیک» صورت گرفت.

نتایج: یافته‌های مطالعه بیانگر شیوع اختلال پانیک در ۸ بیمار از ۸۰ نفر مراجعه‌کننده به کلینیک قلب (۱۰ درصد) بود. تمامی بیماران از تپش قلب شکایت داشته و از این بین ۶ بیمار (۷۵ درصد) شکایت از درد قفسه سینه را نیز مطرح نمودند. ارتباط معنی‌داری بین شیوع بیماری پانیک و شکایت از تپش قلب وجود داشت ($P < 0/001$). شیوع اختلال پانیک ارتباط معنی‌داری با شکایت از درد قفسه سینه ($P = 0/704$) و سرگیجه ($P = 0/999$) نداشت.

نتیجه‌گیری: شکایت مشترک قلبی در تمامی افراد مبتلا به پانیک در مطالعه ما، تپش قلب بود. با توجه به ارتباط بین تپش قلب و بیماری پانیک، توصیه می‌شود در این گروه از افراد تپش قلب جدی گرفته شود. بیمارانی که علائم قلبی با منشأ غیر قلبی دارند بهتر است از نظر ابتلا به پانیک مورد بررسی قرار گیرند. عوامل متعددی وجود دارند که ممکن است بر ایجاد علائم پانیک یا شبه‌پانیک تأثیرگذار باشند که توصیه می‌شود در مطالعات جامع‌تر و با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرند.

کلمات کلیدی: اختلال پانیک، بیماری‌های قلبی، اختلالات روانی

۱. مقدمه

سینه، سرگیجه و تنگی نفس است که بیماران برای ارزیابی به بخش اورژانس روانه ساخته (۳) و وجود علائم قلبی در این بیماران، مسیر تشخیصی را به سمت بیماری‌های قلبی منحرف می‌سازد (۴، ۵). برخی مطالعات اشاره دارند حدود ۶۰ درصد از مراجعین به پزشکان قلب و عروق، با شکایت از درد قفسه سینه، درواقع از بیماری پانیک رنج می‌برند (۶). درد قفسه سینه یک شکایت رایج در بین ۸ درصد از

بیماری پانیک یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی بوده که به صورت اپیزودهای مکرر و غیرقابل پیش‌بینی ترس شدید همراه با علائمی از قبیل تنگی نفس و تپش قلب تظاهر کرده و کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). علی‌رغم شیوع بیماری پانیک، بیماران کمتر از حد انتظار مورد توجه و درمان قرار می‌گیرند (۲). یکی از دلایل اشتباه در تشخیص، وجود علایمی مانند تپش قلب، درد قفسه

روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. بیمارانی که رضایت به شرکت در مطالعه نداشتند، علائم اضطرابی ناشی از مصرف یا ترک مواد داشته و مبتلا به بیماری‌هایی شامل بیماری‌های تیروئید، آریتمی قلبی، آسم، بیماری انسداد ریوی و سندرم روده تحریک‌پذیر بودند، به دلیل وجود اضطراب در آن‌ها، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

بعد از پذیرش، اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، مصرف سیگار، فشارخون، سابقه بیماری قلبی در افراد خانواده، وضعیت تاهل بیمار در چک‌لیست مربوطه وارد شد. برای بیماران در درمانگاه قلب، الکتروکاردیوگرام و اکوکاردیوگرافی انجام و سپس جهت انجام تست ورزش به واحد مربوطه ارجاع داده شدند. پس از انجام تست ورزش، بیمار جهت ادامه درمان مجدد به درمانگاه قلب مراجعه کرده و در صورت نرمال بودن هر سه اقدام انجام شده و نداشتن مشکلات قلبی به گواه اقدامات تشخیصی انجام شده، بررسی وجود اختلال پانیک با استفاده از پرسشنامه «خودارزیابی اختلال پانیک» توسط متخصص قلب و عروق یا مجری طرح صورت گرفت.

پرسشنامه «خودارزیابی اختلال پانیک» پرسشنامه‌ای حاوی ۲۴ سؤال با ۴ بعد زیر است:

۱- تعداد دفعات حملات پانیک (سوالات ۱ الی ۴)

۲- اضطراب انتظار (سوالات ۵ و ۶)

۳- رفتار اجتنابی (سوال ۷)

۴- شدت علائم (سوالات ۸ الی ۲۴)

با استفاده از این پرسشنامه، عود و حملات غیرمنتظره پانیک، تعداد کل حملات، نگرانی و تغییر رفتار در واکنش به این حملات و در نهایت انواع علائمی که طی شدیدترین حملات تجربه شده‌اند، ارزیابی می‌گردند. در این پرسشنامه، هر فردی که مجموع نمرات پرسشنامه ۹ یا بیشتر را کسب نماید، مبتلا به اختلال پانیک در نظر گرفته می‌شود. اساس نمره‌دهی این پرسشنامه به این صورت است که سوالات ۱ تا ۳ و سوالات ۵ تا ۱۹ در صورت پاسخ بله نمره یک و در صورت پاسخ خیر نمره صفر را می‌گیرند. سوالات ۴، ۲۳ و ۲۴ در نمره‌دهی کل لحاظ نمی‌شوند و در سوالات ۲۰ و ۲۱، نمره در نظر گرفته شده برای هر پاسخ تقسیم بر دو می‌شود و در صورت عدم پاسخ نمره صفر را می‌گیرد. این پرسشنامه در مطالعه نیومن و همکاران دارای پایایی بازآزمون، روایی همگرا و واگرا و ضریب کاپا ۰/۹۳ با یک مصاحبه ساختاریافته گزارش شده است (۱۸). در این مطالعه حساسیت و ویژگی آن در تشخیص اختلال پانیک به ترتیب ۱۰۰ درصد و ۸۹ درصد گزارش شده است.

چک‌لیست‌هایی نام‌بده و فقط شامل آمار، ارقام و اطلاعات خام بود. همچنین، به واحدهای پژوهشی اطمینان داده شد که ما متعهد به حفظ اطلاعات آن‌ها هستیم و این اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. از سویی دیگر، از تمام واحدهای پژوهشی،

مراجعه‌کن به اورژانس و ارجاع به متخصص قلب برای بررسی‌های بیشتر می‌باشد (۷). شایع‌ترین علل درد قفسه سینه شامل درد دیواره قفسه سینه (۲۰ درصد تا ۵۰ درصد)، ازوفازیت (۱۰ درصد تا ۲۰ درصد) و کوستوکندریت (۱۳ درصد) بوده و در ۱۵ درصد موارد نیز هیچ تشخیص قطعی یافت نمی‌شود (۸).

در یک مطالعه با هدف بررسی شیوع بیماری پانیک در بیمارانی که با شکایت از درد قفسه سینه به اورژانس مراجعه داشتند، بیانگر شیوع ۲۵ درصدی اختلال پانیک در مبتلایان به درد قفسه سینه بوده است (۹). در مطالعه دیگر در استرالیا شیوع بیماری پانیک در بیماران با شکایت از نشانه‌های قلبی ۵/۶ درصد بوده و بیماران با اختلال پانیک درد شدیدتری را در مقایسه با بیماران غیرپانیک تجربه کرده، گرچه سایر علائم در هر دو گروه مشابه گزارش شده است (۳).

اهمیت بررسی اختلال پانیک از این جهت است که عدم تشخیص و درمان به موقع باعث سیر مزمن اختلال شده و پیشرفت سایر اختلالات روان‌شناختی مثل افسردگی مازور، آگوروفوبیا، خودکشی و سو مصرف مواد را به همراه خواهد داشت (۱۰، ۱۱) و از طرفی بیماری پانیک در طولانی مدت شانس ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را افزایش می‌دهد (۱۲). از این رو توصیه شده تا در صورت مواجهه با بیمارانی که با شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب بدون آریتمی مراجعه می‌نمایند و در بررسی تشخیصی وجود منشا قلبی رد می‌شود، از نظر اختلال پانیک ارزیابی شوند (۱۳-۱۱). عدم تشخیص بیماری پانیک می‌تواند باعث انجام اقدامات غیرضروری و تحمیل بار مالی به سیستم بهداشتی درمانی شود (۱۲، ۱۴-۱۶). اثبات تشخیص و درمان به موقع پانیک به تنهایی یا به عنوان یک بیماری همراه می‌تواند بار هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی را که مربوط به عدم تشخیص یا تشخیص اشتباه یا عدم درمان این شرایط است، کاهش دهد (۴، ۱۲، ۱۷). با وجود اهمیت این موضوع، در ایران به ویژه در سطح شهر سمنان تاکنون مطالعه‌ای انجام نشده است که به بررسی شیوع بیماری پانیک در بیمارانی که با علائم قلبی به کلینیک قلب مراجعه می‌کنند، بپردازد.

۲. اهداف

مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع بیماری پانیک در بیماران مراجعه‌کننده با علائم قلبی با منشأ غیر قلبی به درمانگاه قلب بیمارستان کوثر سمنان انجام شد.

۳. مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی، تمامی بیمارانی که برای اولین بار با علائم قلبی به کلینیک قلب بیمارستان کوثر در بازه زمانی سال ۱۳۹۹ - ۱۳۹۸ مراجعه نمودند، به

رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که هر فرد، در صورت عدم رضایت به ادامه مشارکت در طرح، حق دارد که در هر مرحله از طرح، انصراف دهد. این مطالعه با تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به کد IR.SEMUMS.REC.1399.247 انجام شد.

پس از تحلیل پرسشنامه‌ها و نمره‌دهی، تعداد و درصد بیماران مبتلا به بیماری پانیک محاسبه و در غالب جداول توزیع فراوانی گزارش شد. برای مقایسه فراوانی میان زیرگروه‌ها آزمون کای دو استفاده شد و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از برنامه آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

۴. نتایج

در این مطالعه، ۸۰ نفر از افرادی که دارای علائم قلبی با منشأ غیرقلبی با نوار قلب، اکو و تست ورزش نرمال مورد مطالعه قرار گرفتند که ۳۱ نفر (۳۸/۸ درصد) آن‌ها مرد و ۴۹ نفر (۶۱/۲ درصد) آن‌ها زن بودند؛ میانگین سنی آن‌ها ۴۱/۴۵ بود. نتایج در **جدول ۱** نشان داد که در این مطالعه ۸ نفر (۱۰ درصد) از افراد طبق پرسشنامه، تشخیص پانیک برایشان مطرح شد که ۲ نفر از آن‌ها مرد (۶/۵ درصد) و ۶ نفر زن (۱۲/۲ درصد) بودند. در این مطالعه فراوانی زنان مبتلا به پانیک بیشتر بود اما از نظر آماری و جنسیت بین پانیک و غیرپانیک ارتباط معنی داری وجود نداشت

($P = ۰/۴۷۴$). در بین افراد مورد مطالعه، ۴ نفر (۵ درصد) مجرد و ۷۶ نفر (۹۵ درصد) متاهل بودند. ۱۰ نفر از افراد مجرد (۲۵ درصد) و ۷ نفر از افراد متاهل (۹/۲۰ درصد) معیارهای پانیک را داشتند، که طبق این مطالعه بیشتر افراد با بیماری پانیک متاهل بودند اما از نظر آماری ارتباط معنی داری از نظر تاهل بین پانیک و غیرپانیک مشاهده نشد ($P = ۰/۳۵$). در افراد مورد مطالعه، ۶۰ نفر بدون تحصیلات دانشگاهی و ۲۰ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی بودند که ۵ نفر از افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی (۸/۳۰ درصد) و ۳ نفر از افراد دارای تحصیلات دانشگاهی (۱۵ درصد) دارای معیارهای بیماری پانیک بودند. در این مطالعه تعداد بیشتری از افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی، معیارهای پانیک را داشتند، اما از نظر آماری تفاوت معنی داری در بیماران پانیک و غیرپانیک براساس تحصیلات وجود نداشت ($P = ۰/۴۵$). در این مطالعه، ۷ نفر (۸/۷۵ درصد) سیگار مصرف می کردند و ۷۳ نفر (۹۱/۲۵ درصد) استفاده نمی کردند. از این ۷ نفر مصرف کننده، ۱ نفر (۱۴/۳۰ درصد) اختلال پانیک داشت و از ۷۳ نفر که سیگار مصرف نمی کردند، ۷ نفر (۹/۶۰ درصد) معیارهای پانیک را داشتند. طبق این مطالعه تعداد افراد سیگاری دارای بیماری پانیک، کمتر از افراد غیرسیگاری دارای بیماری پانیک بود اما از نظر آماری تفاوت معنی داری بین پانیک و غیرپانیک از نظر مصرف سیگار وجود نداشت ($P = ۰/۵۳۶$).

جدول ۱. توزیع فراوانی بیماری پانیک در بیماران شرکت کننده در مطالعه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک^{الف}

پارامتر	پانیک	غیر پانیک	P-Value
جنسیت			۰/۴۷۴
مرد	۲ (۶/۵۰)	۲۹ (۹۳/۵۰)	
زن	۶ (۱۲/۲۰)	۴۳ (۸۷/۸۰)	
سن			۰/۳۵۰
۴۰ و کمتر	۱ (۲/۵)	۳ (۷/۵)	
بیشتر از ۴۰	۷ (۹/۲۰)	۴۳ (۸۷/۸۰)	
تحصیلات			۰/۴۵۰
دانشگاهی	۳ (۱۵)	۱۷ (۸۵)	
غیردانشگاهی	۵ (۸/۳۰)	۵۵ (۹۱/۷۰)	
مصرف سیگار			۰/۵۳۶
بله	۱ (۱۴/۳۰)	۶ (۸۵/۷۰)	
خیر	۷ (۹/۶۰)	(۸۰/۴۰)	

الف مقادیر به صورت تعداد (درصد) نمایش داده شده اند.

۱.۴. آزمون کای دو

در این مطالعه ۴۰ نفر (۵۰ درصد) از افراد دارای سابقه خانوادگی

بیماری قلبی عروقی و ۴۰ نفر (۵۰ درصد) فاقد سابقه بیماری بودند که ۶ نفر (۱۵ درصد) از افراد دارای سابقه خانوادگی مثبت و ۲ نفر (۵ درصد) از افراد بدون سابقه خانوادگی مثبت، دارای اختلال پانیک

بودند. تعداد افراد دارای سابقه خانوادگی مثبت، از افراد بدون سابقه خانوادگی بیشتر بود اما از نظر آماری تفاوت معنی داری بین پانیک و غیر پانیک از نظر سابقه خانوادگی مثبت وجود نداشت ($P = 0/263$) (جدول ۲). تعداد افرادی که با درد قفسه سینه بیماری پانیک داشتند، ۶ نفر (۷۵ درصد) از کل جمعیت دارای پانیک (۸ نفر) بود که به نظر می رسد تعداد بالایی باشد اما از نظر آماری ارتباط معنی داری بین شیوع بیماری پانیک و افراد مراجعه کننده با درد قفسه سینه وجود نداشت ($P = 0/704$). تعداد افراد مراجعه کننده به کلینیک قلب با

شکایت تپش قلب ۳۶ نفر (۴۵ درصد) از کل افراد مورد مطالعه بود. تمام افراد دارای بیماری پانیک، شکایت تپش قلب را داشتند. طبق این مطالعه بین افرادی که با شکایت تپش قلب مراجعه کرده بودند و بیماری پانیک ارتباط معنی داری وجود داشت ($P = 0/001$). هیچ کدام از بیماران پانیک، با شکایت سرگیجه مراجعه نکرده و ارتباط معنی داری از نظر آماری بین بیماری پانیک و سرگیجه وجود نداشت ($P > 0/999$) (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماری پانیک در افراد شرکت کننده در مطالعه از نظر ویژگی های بالینی الف. ب

مشخصه	پانیک	غیر پانیک	P-Value
سابقه خانوادگی بیماری قلبی			
دارد	۶(۱۵)	۳۴(۸۵)	0/263
ندارد	۲(۵)	۳۸(۹۵)	
شکایت درد قفسه سینه			
دارد	۶(۷۵)	۴۵(۶۲/۵۰)	0/704
ندارد	۲(۲۵)	۲۷(۳۷/۵۰)	
تپش قلب			
دارد	۸(۱۰۰)	۲۸(۳۸/۹۰)	0/001
ندارد	۰(۰)	۴۴(۶۱/۱۰)	
سرگیجه			
دارد	۰(۰)	۱(۱/۴۰)	>0/999
ندارد	۸(۱۰۰)	۷۱(۹۸/۶۰)	
تنگی نفس			
دارد	۰(۰)	۷(۹/۷۰)	>0/999
ندارد	۸(۱۰۰)	۶۵(۹۰/۳۰)	

الف مقادیر به صورت تعداد (درصد) نمایش داده شده اند.

ب آزمون کای دو.

۵. بحث

در مطالعه حاضر، شیوع اختلال پانیک در افراد مراجعه کننده با علائم قلبی با منشأ غیر قلبی به کلینیک قلب بیمارستان کوثر، ۱۰ درصد (۸ از ۸۰ نفر) بود. در مطالعه ای که در بیمارستان منطقه ای استرالیا توسط Greenslade و همکاران در بیمارانی که با شکایت درد قفسه سینه مراجعه داشتند، انجام شد، شیوع اختلال پانیک ۵/۶ درصد گزارش شده (۳) که تقریباً نزدیک به نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه دیگری نیز که به بررسی شیوع اختلال پانیک در ۳۰۰ نفر از بیمارانی که برای انجام نوار قلب به بیمارستان آموزشی نیجریه مراجعه کرده بودند، با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته DSM- IV (SCID) پرداخته بودند، شیوع اختلال

پانیک ۷ درصد گزارش کردند (۴) که با مطالعه حاضر همسو بود. مطالعه دیگری نیز که در بخش اورژانس بیمارستان ایرلند شمالی توسط محققان انجام شده است، شیوع اختلال پانیک را هر سال در افرادی که با درد قفسه سینه مراجعه کردند ۰/۵ تا ۰/۷۵ گزارش کرده است (۱۶)، که با مطالعه حاضر همسو بوده است. ولی مطالعه ای که توسط Katerndahl و Trammell در مرکز تحقیقات تگزاس جنوبی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته انجام گرفته با نتایج این مطالعه همسو نبود (۱۹). در یک مطالعه براساس کرایتریای DSMIII، که با هدف شیوع اختلال پانیک در بیماران مراجعه کننده با درد قفسه سینه بوده انجام شده بود،

شیوع اختلال پانیک را به ترتیب ۵۰ درصد (نیمی از ۵۱ نفر) و حدود ۲۵ درصد (۱۰۸ نفر از ۴۴۱ نفر) گزارش کرده (۱۹، ۹)، که با مطالعه حاضر همسو نبوده است. علت این اختلاف قابل توجه، در شیوع اختلال پانیک در این مطالعات و مطالعه ما در جمعیت مورد مطالعه و ابزار بررسی اختلال پانیک بوده است. در مطالعه ما جمعیت مورد بررسی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه قلب بوده و با پرسشنامه «خودارزیابی پانیک» (در فایل پیوست) ارزیابی شدند و در مطالعه Fleet و همکاران (۹) جمعیت مورد بررسی مراجعان به اورژانس با علامت درد قفسه سینه بوده و با ابزارهای متعدد مورد بررسی از نظر ابتلا به اختلال پانیک قرار گرفته بودند که در نهایت باعث شناسایی بیشتر بیماران مبتلا شده است. در مطالعه Katerndahl و همکاران (۱۹) نیز جمعیت مورد مطالعه بیماران با شکایت از درد قفسه سینه بوده که به درمانگاه عمومی مراجعه نموده و ابزار سنجش اختلال پانیک مصاحبه ساختاریافته بالینی بوده که بیماران بیشتری را شناسایی کرده است. در مطالعه ای که توسط محققان با هدف بررسی درد قفسه سینه در ۱۹۹ بیمار بدون سابقه بیماری قلبی که به چهار کلینیک قلب در شهر اسلو، پایتخت نروژ، مراجعه کردند، شیوع اختلال پانیک با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاری DSM-IV (SCID) در ۱۶۷ بیمار که بیماری قلبی برای آن‌ها رد شده بود ۴۱/۳۰ گزارش کردند (۲۰). علل این اختلاف در نتایج می تواند تفاوت در نوع پرسشنامه مورد استفاده، حجم نمونه، و محل انجام پژوهش باشد و دیگر اینکه در این مطالعه شیوع اختلال پانیک در بیماران با همه علائم قلبی بررسی شده است، در حالی که اکثر مطالعات شیوع پانیک را در بیمارانی که با درد قفسه سینه مراجعه کرده اند، بررسی نموده اند، که این خود می تواند عاملی برای تفاوت در نتایج به دست آمده، باشد.

در مطالعه حاضر، دامنه سنی از ۱۷ تا ۵۹ سال با میانگین ۴۱/۴۵ سال بود. در حالی که افراد پانیک میانگین سنی کمتری نسبت به افراد غیر پانیک داشتند، میانگین ($38/38 \pm 12/3$) در مقابل ($41/79 \pm 9/0$) ولی از نظر آماری تفاوت معنی داری به دست نیامد ($P = 0/461$) و از نظر جنسیت ۳۱ نفر (۳۸/۸ درصد) مرد و ۴۹ نفر (۶۱/۲ درصد) زن بودند در حالی که از ۸ نفر که پانیک شناخته شده داشتند ۶ نفر زن بودند ولی از نظر آماری ارتباط معنی داری ($P = 0/474$) به دست نیامد. از نظر وضعیت تأهل ارتباط معنی داری به دست نیامد ($P = 0/35$) که با مطالعه انجام شده توسط دیگر محققان همسو است (۲۰). از نظر تحصیلات ($P = 0/405$) و مصرف سیگار ($P = 0/536$) و سابقه بیماری قلبی در خانواده ($P = 0/263$) نیز از نظر آماری ارتباط معنی داری به دست نیامد با آنکه ۶ نفر از افراد پانیک سابقه بیماری قلبی را در خانواده ذکر کردند و ۵ نفر از افراد پانیک تحصیلات دانشگاهی نداشتند. در مطالعات انجام شده توسط دیگر محققان گزارش شده است که بیماران مبتلا به پانیک به طور

قابل توجهی جوان تر بودند، بیشتر زن بودند و تحصیلات کمتری نسبت به بیماران فاقد این اختلال داشتند (۱۰، ۱۱، ۱۴، ۲۱)، که علت این تفاوت می تواند تفاوت در حجم نمونه و تفاوت در تعداد بیماران شناخته شده پانیک باشد. همچنین طبق مطالعه Katerndahl، سیگار کشیدن با اختلال پانیک در مطالعات مبتنی بر جمعیت، قلب و روان پزشکی با اندازه نمونه از ۱۰۲ تا ۳۱۳۲ مرتبط است و این ممکن است توضیح دهد که چرا ۳۲ درصد تا ۶۴ درصد بیماران مبتلا به درد قفسه سینه و آنژیوگرافی کرونر طبیعی سیگاری هستند با این حال، ماهیت این رابطه مشخص نیست (۱۲).

در این مطالعه، علت مراجعه افراد مورد مطالعه حاضر به کلینیک قلب بیمارستان کوثر به ترتیب درد قفسه سینه (۵۱ نفر، ۶۳/۷ درصد)، تپش قلب (۳۶ نفر، ۴۵ درصد)، تنگی نفس (۷ نفر، ۸/۷۵ درصد) و سرگیجه (۱ نفر، ۱/۲۵ درصد) بود؛ در حالی که شایع ترین علت مراجعه بیماران به کلینیک، درد قفسه سینه بوده ولی همه بیماران شناخته شده پانیک از تپش قلب شکایت داشتند که از نظر آماری بین اختلال پانیک و تپش قلب تفاوت معنی داری وجود داشت. برخی مطالعات نشان داده اند که بیش از ۵۰ درصد بیماران با شکایت تپش قلب، هیچ بیماری قلبی ندارند و معمولاً از اختلالات روان پزشکی رنج می برند. براساس مطالعه ای که علیجانیها و همکاران در سال ۲۰۱۹ در بیمارستان مصطفی خمینی تهران با هدف ارتباط بین تپش قلب و سلامت روانی بیماران روی ۱۱۰ نمونه براساس پرسشنامه 28-GHQ انجام داده اند، به دست آمده که علل روان پزشکی در بیماران مبتلا به تپش قلب شایع است و شایع ترین شکل این مشکلات اضطراب، افسردگی و اختلالات سوماتوform است. این بیماران مراجعه مکرر به کلینیک های قلب و عروق را تجربه می کنند و ۱۴ - ۱۰ درصد از آن ها بیماری پانیک دارند (۲۲). در مطالعه ای دیگر که در سال ۱۹۹۴ روی ۱۴۵ بیمار با تپش قلب و ۷۵ گروه شاهد انجام شده است، بعد از پایش مشخص شد که چهل بیمار با تپش قلب (۲۷/۶ درصد) دارای بیماری پانیک مادام العمر براساس DSM-III-R و ۲۷ نفر (۱۸/۶ درصد) دارای بیماری پانیک در ۱ ماه اخیر بودند (۲۳)، که با مطالعه حاضر از جهت ارتباط بین پانیک و تپش قلب همسو بوده است. براساس مطالعه انجام شده توسط Weissman و همکاران در سال ۱۹۸۹، تپش قلب به عنوان یکی از مهم ترین علائم اختلال پانیک است که با خطر خودکشی در بیماران مبتلا به پانیک همراه است و شناسایی به موقع اختلال پانیک از این نظر حائز اهمیت است (۲۴).

در این مطالعه تنها ۷۵ درصد (۶ نفر از ۸ نفر) از بیماران مبتلا به پانیک، علت مراجعه خود را درد قفسه سینه ذکر می کردند که با وجود درصد فراوانی بالا، از نظر آماری بین پانیک و درد قفسه سینه ارتباط معنی داری وجود نداشت ($P = 0/704$). دیگر محققان که شیوع اختلال پانیک و درد قفسه سینه را در مراجعه کنندگان

درمانی کوثر دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان بابت تامین تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق تقدیر و تشکر می‌شود.

مشارکت نویسندگان:

س.م.پ. و ن.ص.: مفهوم‌سازی و نظارت؛ ف.م.پ.: روش‌شناسی؛ س.ن.ا.: جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها. تمام نویسندگان اعتبارسنجی، نگارش، ویراستاری و نهایی‌سازی را انجام داده‌اند.

تضاد منافع:

نویسندگان هیچ تعارض منافی را در این مقاله اعلام نمی‌کنند.

بازیابی داده‌ها:

مجموعه داده ارائه‌شده در مطالعه با درخواست از نویسنده مربوطه در حین ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

کد اخلاق:

IR.SEMUMS.REC.1399.247

حمایت مالی / معنوی:

هیچگونه حمایت مالی/معنوی دریافت نشده است.

رضایت آگاهانه:

از تمام واحدهای پژوهشی، رضایت نامه کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که هر فرد، در صورت عدم رضایت به ادامه مشارکت در طرح، حق دارد که در هر مرحله از طرح، انصراف دهد.

References

- Leibold NK, Schruers KR. Assessing Panic: Bridging the Gap Between Fundamental Mechanisms and Daily Life Experience. *Front Neurosci*. 2018;12:785. [PubMed ID:30459546]. [PubMed Central ID:PMC6232935]. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00785>.
- Chen MH, Tsai SJ. Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016;70:219-26. [PubMed ID:26850787]. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2016.02.001>.
- Greenslade JH, Hawkins T, Parsonage W, Cullen L. Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms. *Heart Lung Circ*. 2017;26(12):1310-6. [PubMed ID:28256404]. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.01.001>.
- Esan OB, Baiyewu O. Panic disorder prevalence among patients referred for an electrocardiogram in a Nigerian teaching hospital. *Psychosomatics*. 2013;54(5):472-8. [PubMed ID:23756123]. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.02.010>.
- Meuret AE, Tunnell N, Roque A. Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: Treatment Implications. *Adv*

با علائم قلبی با منشأ غیرقلبی در بخش ویژه قلب در سال ۱۹۹۲ بررسی نمودند، شیوع اختلال پانیک را براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته DSM-III-R در یک‌سوم بیماران گزارش کرده‌اند، یعنی از ۲۷ بیماری که بیماری قلبی برایشان مطرح نبوده است، ۱۵ نفر (۵۵/۵ درصد) دارای اختلال پانیک بودند (۲۱).

۱.۵. محدودیت‌های مطالعه

در این مطالعه مانند هر مطالعه دیگری محدودیت‌هایی نیز وجود داشت؛ از جمله مقطعی بودن مطالعه که در تعیین رابطه علیتی بین فراوانی بیماری پانیک در بیماران با علائم قلبی با منشأ غیرقلبی محدودیت داشت، ضمن آن‌که جامعه آماری مطالعه حاضر تنها شامل بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های قلب بیمارستان کوثر سمنان بود که ممکن است نتایج حاصل از این مطالعه قابل تعمیم به جمعیت عمومی بیماران نباشد. به‌طور حتم، عوامل شناخته و ناشناخته بسیاری وجود دارند که ممکن است بر ایجاد علائم پانیک یا شبه‌پانیک تأثیرگذار باشند که مسلماً بررسی همه این موارد، مثل علائم ربوی، گوارشی و سایر عوامل خطر اجتماعی-دموگرافیکی در یک مطالعه امکان‌پذیر نبود و نیاز به انجام مطالعات جامع‌تر و جوامع آماری گسترده‌تر خواهد داشت و همچنین به‌دلیل پاندمی کووید ۱۹ تعداد مراجعات به کلینیک کاهش پیدا کرده بود.

۲.۵. نتیجه‌گیری

در مجموع، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پارامترهای دموگرافیک و زمینه‌ای شامل سن، جنسیت، مصرف سیگار و سطح تحصیلی و نیز علائم هنگام مراجعه شامل درد قفسه سینه، تنگی نفس و سرگیجه و نیز سابقه خانوادگی بیماری قلبی با فراوانی اختلال پانیک ارتباط معنی‌داری وجود نداشت و تنها رابطه موجود این بود که تمام افراد دارای بیماری پانیک، شکایت تپش قلب را داشتند. یافته‌های این مطالعه بیانگر ارتباط معنی‌داری بین اختلال پانیک و تپش قلب بود. بنابراین لازم است که افراد مسئله تپش قلب را جدی بگیرند. پیشنهاد می‌شود بیماران با علائم قلبی و با منشأ غیرقلبی به روان‌پزشک مراجعه کنند و همچنین آموزش جامعه در جهت پذیرش بیشتر مشکلات روحی-روانی به‌خصوص پانیک و مشاوره با متخصصین روان‌پزشکی انجام شود.

فایل ضمیمه

فایل ضمیمه از طریق این لینک در دسترس است (برای دسترسی به این فایل می‌توانید به سایت مجله مراجعه کرده و لینک مقاله را در آنجا باز کنید).

تشکر و قدردانی:

از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی و پژوهشی و

- Exp Med Biol.* 2020;**1191**:237-61. [PubMed ID:32002933]. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_15.
6. Bringager CB, Friis S, Arnesen H, Dammen T. Nine-year follow-up of panic disorder in chest pain patients: clinical course and predictors of outcome. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;**30**(2):138-46. [PubMed ID:18291295]. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.009>.
7. Slankamenac K, Stucki M, Keller DI. Chest Pain in Repeated Emergency Department Visitors. *J Clin Cardiol.* 2020;**1**(1). <https://doi.org/10.33696/cardiology.1.001>.
8. McConaghy JR, Sharma M, Patel H. Acute Chest Pain in Adults: Outpatient Evaluation. *Am Fam Physician.* 2020;**102**(12):721-7. [PubMed ID:33320506].
9. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Arsenault A, Beitman BD. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am J Med.* 1996;**101**(4):371-80. [PubMed ID:8873507]. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(96\)00224-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(96)00224-0).
10. Alavi MS. [mTOR: Exploring a new potential therapeutic target for psychiatric disorders]. *Koomesh* 2023;**25**. Persian.
11. Dammen T, Ekeberg O, Arnesen H, Friis S. The detection of panic disorder in chest pain patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;**21**(5):323-32. [PubMed ID:10572773]. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(99\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(99)00037-7).
12. Katerndahl D. Panic plaques: panic disorder & coronary artery disease in patients with chest pain. *J Am Board Fam Pract.* 2004;**17**(2):114-26. [PubMed ID:15082670]. <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.2.114>.
13. Fleet RP, Lavoie KL, Martel JP, Dupuis G, Marchand A, Beitman BD. Two-year follow-up status of emergency department patients with chest pain: Was it panic disorder? *CJEM.* 2003;**5**(4):247-54. [PubMed ID:17472767]. <https://doi.org/10.1017/S1481803500008447>.
14. Buccelletti F, Ojetti V, Merra G, Carroccia A, Marsiliani D, Mangiola F, et al. Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;**17 Suppl 1**:100-6. [PubMed ID:23436671].
15. Jaber A. [Psychological issues in children and youth during COVID-19 outbreak: A letter to Editor]. *Koomesh.* 2021;**23**(3):317-9. Persian. <https://doi.org/10.52547/koomesh.23.3.317>.
16. McDevitt-Petrovic O, Kirby K, Shevlin M. The prevalence of non-cardiac chest pain (NCCP) using emergency department (ED) data: a Northern Ireland based study. *BMC Health Serv Res.* 2017;**17**(1):549. [PubMed ID:28793910]. [PubMed Central ID:PMC5550987]. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2493-8>.
17. Sung SC, Rush AJ, Earnest A, Lim LEC, Pek MPP, Choi JMF, et al. A Brief Interview to Detect Panic Attacks and Panic Disorder in Emergency Department Patients with Cardiopulmonary Complaints. *J Psychiatr Pract.* 2018;**24**(1):32-44. [PubMed ID:29320381]. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000283>.
18. Newman MG, Holmes M, Zuellig AR, Kachin KE, Behar E. The reliability and validity of the panic disorder self-report: a new diagnostic screening measure of panic disorder. *Psychol Assess.* 2006;**18**(1):49-61. [PubMed ID:16594812]. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.1.49>.
19. Katerndahl DA, Trammell C. Prevalence and recognition of panic states in STARNET patients presenting with chest pain. *J Fam Pract.* 1997;**45**(1):54-63. [PubMed ID:9228915].
20. Dammen T, Arnesen H, Ekeberg O, Husebye T, Friis S. Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatient investigation. *J Intern Med.* 1999;**245**(5):497-507. [PubMed ID:10363751]. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.1999.00447.x>.
21. Carter C, Maddock R, Amsterdam E, McCormick S, Waters C, Billett J. Panic disorder and chest pain in the coronary care unit. *Psychosomatics.* 1992;**33**(3):302-9. [PubMed ID:1410204]. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)71969-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)71969-0).
22. Aljaniha F, Noorbala A, Afsharypuor S, Naseri M, Fallahi F, Mosaddegh M, et al. Relationship Between Palpitation and Mental Health. *Iran Red Crescent Med J.* 2016;**18**(3):e22615. [PubMed ID:27247790]. [PubMed Central ID:PMC4884607]. <https://doi.org/10.5812/ircmj.22615>.
23. Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK, Ruskin JN. Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *J Nerv Ment Dis.* 1994;**182**(2):63-71. [PubMed ID:8308534]. <https://doi.org/10.1097/00005053-199402000-00001>.
24. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med.* 1989;**321**(18):1209-14. [PubMed ID:2797086]. <https://doi.org/10.1056/NEJM198911023211801>.

Research Article

Study of the Prevalence of Panic Disorder in Cardiac Symptoms with Non-cardiac Origin at the Kowsar Semnan Hospital in 2020 - 2019

Fatemeh Madanipour¹, Setayesh Nematollahi¹, Samira Mehrabipari^{2,*}, Niloufar Safaei², Sahar Mehrabipari³

¹Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

²Clinical Research Development Unit, Kowsar Educational, Research and Therapeutic Hospital, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

³Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

*Corresponding Author: Clinical Research Development Unit, Kowsar Educational, Research and Therapeutic Hospital, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran. Email: drmehrabipari@gmail.com

Received 30/12/2023; Accepted 27/10/2024

Abstract

Background: Panic disorder may be accompanied by other psychological disorders during a chronic period without a timely diagnosis and treatment. Due to the similarity of symptoms in panic disorder and heart disease, it is neglected, resulting in social and economic costs in undiagnosed cases.

Objectives: To assess this disorder, we aimed to investigate the prevalence of panic disorder in patients with cardiac symptoms of noncardiac origin.

Methods: In a cross-sectional study with a descriptive approach, 80 patients with cardiac symptoms referred to the heart clinic of the Kowsar Hospital affiliated with Semnan University of Medical Sciences, entered the study in 2019 - 2020 by a convenience sampling method. Demographic and underlying data, including age, gender, education, smoking, marital status, hypertension, and history of heart disease in family members, were recorded. The evaluation of panic disorder was carried out using the "self-evaluation of panic disorder" questionnaire.

Results: The prevalence of panic disorder among patients was %10, and all patients with panic disorder reported experiencing palpitations, while %75 reported chest pain. There is a significant association between the prevalence of panic disorder and the occurrence of palpitations ($P < 0.001$). Conversely, no significant relationship was observed between the prevalence of panic disorder and either chest pain ($P = 0.704$) or dizziness ($P = 0.999$).

Conclusion: Our findings suggested that all patients with panic disorder reported experiencing heart palpitations. This issue requires serious consideration, and patients with symptoms of non-cardiac origin need to be referred to psychiatry.

Keywords: Panic Disorder, Heart Diseases, Mental Disorders