مشخصات کلینیکی و پاراکلینیکی بیماران با آنژین ناپایدار

(بخش مراقبت‌های قلبی ژد 80-89) (۱۳۷۹)

چکیده

مقدمه: آنژین ناپایدار در مرکز طبی تازه دارند که یک سوی آن افکارگری حاد می‌کارد و سوی دیگر آن آنژین پایدار است به

منظور بررسی مشخصات کلینیکی و پاراکلینیکی آنژین ناپایدار در ژد این مطالعه انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: ۲۰۰ بیمار با تعیین مشخصات آنژین ناپایدار که در بخش‌های سی‌بی و ژد و ژد شنیده شدند طی یک مطالعه Cross – Sectional

داروبی، ریسک‌ها و تغییرات ECG و وضعیت بیمار مورد تعیین مطالعه قرار گرفت. بازیگرهای سن متوسط بیماران ۷۶/۸۲ سال بوده و ۳۷/۴۳ مرد بودند. شایع‌ترین ریسک‌ها کاهش در مصرف سیگار (۸/۶٪) و در

زنن‌های بدون بیماران ۸/۷٪ بود. ترخیص فراوانی بیماران در کلاس‌های شدید آنژین براساس پیش‌بینی درجه بانی و در شاپ کلاس I (۸/۰٪) در

کلاس II (۱۴٪) و کلاس III (۷۲٪) بود. ۵/۹۷٪ از بیماران در موفقیت شدن ECG ثرمال داشتند و ۷/۹٪ در موقعیت خطر (Risk Stratification)

به‌طور میانگین کمتر از گروه کم خطر ۳/۷٪، گروه خطر متوسط ۵/۸٪ و گروه خطر بالا ۱۹/۷٪ بودند. ۳۷/۸٪ از بیماران در هدیب بیماران

شدید کمربند III آنژین ناپایدار

نتایج: گیری و توصیه‌ها: مطالعه حاوی کنترل ریسک فاکتورهای اساسی مثل سیگار در مردان و نشان گرفت که

عنوان مفیدی از اثرات خطر به‌شمار می‌آید. همچنین در مدت دورهی در طی فاز حاد آنژین ناپایدار نشان دهنده یک ایک آزمایشی بیشتر

کردن مطالعه شش این بیماران نسبت به سایری از آنها به استخدام پذیرایی به ارزشی‌های بیشتر مثل تست ورژش و آنسبوراخی

کروتر خواهاند داشته باشد که درمان مبتنی بر عادت حوادث حاد کروتر روزی برای جلوگیری شود.
مواد و روش‌ها

مقدمه
آنزیم‌های تابیدار و اقلارکتریس داده می‌کنند که کلی تحت عنوان حوادث جراحی کرونی تکمیلی شده بوده در حالت مهمی از گروه آوروزان است. با کاربرد Chest pain در آوروزان مراجعه می‌کند که از این تعداد 20-25/سالا حوادث جراحی کرونی هستند (1). گروه آوروزان تابیدار (U.A) یک گروه ناهماهنگ از آوروزان که با علائم گیاهی و پاتوفیزیولوژیکی متغیر مراجعه می‌کند. پیش آمده این آوروزان و نیاز به بررسی در سایر موارد کلیسا می‌باشد که به روش

بردار: 1

همچنین پایاچه برای خسارت کلنیکی Fissuring (پروپنال تا Rupture)

و جدا شدن سلول‌های آنرکتال راه یافت مشکل که با پایان برداشته یا فرمود در محل پلاک می‌گردد و غالباً انسداد شدنی این محل باعث می‌شود.

1- انسداد انسدادی (پیامد)
2- انسداد گیاهی بیشتر
3- انسداد گیاهی بیشتر
4- انسداد گیاهی بیشتر

افراشی مصرف اکسیژن میوکارد در مقابل نشانه‌های کلیسا (Y3).

اعتبارات آن (نوع تقویم) (2).

در انتهای یک با چند مکانس نوکی در پیمان بیماری با آنژی
تابیدار گلایا دیابت شده می‌شود که باید به تاپینی کلیت گیاهی
همراه با پیش آمده متغیر متغیری گرد. در مطالعه حاضر هدف
تعیین وضعیت بیماران بستری شده در سایر پایان (U.A)

مصرفی و اخلاقی پیش آمده آنها بوده است.
بیان‌های پیش آمده بودند از ۲۰۰ بیمار که با تشخیص آن‌زین نایابی‌دار بستری شده بودند، ۱۱۴ بیمار (۵۷٪) زن و ۸۶ بیمار (۴۳٪) مرد بودند. زنان از ۴۰ تا ۷۰ سال و مردان از ۵۵ تا ۷۰ سال بودند. در متوسط بیماری به طور کلی ۹۱/۲۸ سال بود، بر طبق جدول (۱) که توزیع فراوانی زنان و مردان مبتلا به U.A بر حسب جنس، میزان توزیع فراوانی زنان و مردان مثلا به U.A در گروه‌های سنی مختلف در سال‌های مورد بررسی جدول شماره ۱- توزیع فراوانی زنان و مردان مبتلا به U.A در گروه‌های سنی مختلف در جامعه مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>زن</th>
<th>مرد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

با توجه به حذف فیلترین فراوانی در مردان و زنان گروه سنی ۶۰ تا ۷۰ سال بوده است و همچنین فراوانی زنان مبتلا به U.A بین نفرات ۵۰۰ سال بوده است.

از جمله اثرات بین مستقل فاکتورها و جنس آزمون شد که از این میان بین جنس زن و هیپرتانسیون و نیز جنس مرد و کشیدن دیابتی‌ها و هیپرتانسیون میان بین ۲۵ (۰۵٪) و بالاتر باشد. (۲/۳۸)

: Braunwald توصیع فراوانی کلاس C بر حسب شدت توصیع فراوانی کلاس A بر حسب شدت

CLINICAL CIRCUMSTANCES Interpretation of treatment

<table>
<thead>
<tr>
<th>جنس</th>
<th>زن</th>
<th>مرد</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

بهره‌بری U.A در گروه‌های سنی مختلف در جامعه مورد بررسی

- گروه‌های سنی میان آزمایش با تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG تغییرات ECG T صدیقه موسی‌پور یکی از این افراد در این مطالعه بود.
نمودار شماره 1- توزیع تغییرات الکتروکاردیوگرافی در بیماران متلازه به UA در جامعه مورد بررسی

مشاهده گردید (نمودار شماره 2). ضمناً ۲/۷٪ بیماران در حین ترکیب تغییرات ST مشاهده گردید (نمودار شماره 3). از کل بیماران تعداد ۸۲ بیمار (۵/۲٪) داروی نارکوتیک ( ذوپرامیبازیولون) دریافت گردیدند. ارتباط بین مصرف نارکوتیک و کلاس شدت آنژینآزمون شد که با P-value = ۰/۰۷۷ ارتباط معنی‌داری داشت. این میزان ۰/۴ درصد از بیماران با آنژین حسین استراحت (کلاس I) و ۲/۸ درصد از بیماران با آنژین حسین استراحت (کلاس II) نارکوتیک دریافت گردید.

تظاهرات همراه با آنژین در بیماران جامعه به ترتیب شامل تعریق (۰/۷٪) و دگرگونی سکته (۰/۷٪) و سکته (۱/۶٪) بود. ارتباط بین کلاس شدت آنژین و جنس توسط آزمون مستندیتی که با P-value = ۰/۰۰۳ این ارتباط Chi-Square معنی‌دار بود پژوهشکده پزشکی
بحث

در این مطالعه سن متوسط بیماران با آنژین تاپاییدار ۱۱/۸۵ سال بود. پایین‌ترین افزایش استرک بالاتر از سن‌وسیله در مراجعه Mayo Clinic بود. در موارد آنژین تاپاییدار ۲/۱۳ سال بود. در مطالعه ای که همکاری انجام گرفت، سن متوسط بیماران ۱۹/۶۴ کارگری (4) که مشابه سن متوسط آنژین تاپاییدار است، اما نسبت جنس در گروه UA و MI نشان ندارد. در آمریکا از جمعیت آنژین Non ST- ۵/۰۲ سن هستند در حالی که از گروه ST- elevation MI عوامل ای که ترتیب نسبت زن ST- ۷/۰۹ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/۳۳ درصد و ۲/ۢ
مقایسه این دو مطالعه نشان می‌دهد که در بخش‌های مردان جنوبی ساحلی ماهورین با آنزیم‌های تراواها در شرایط افزایش‌های نارنجی - آهسته (MI) ریویتیپس، بیماران مورد مطالعه در مطالعه انجام شده برای دریافت ثبت نمود. یک دسترسی نیاز به تجویز یک مدل جدید از شرایط پیش‌بینی که تأثیر ناگهانی است و به نظر می‌رسد نیاز به جوهریزی بیشتری از این فاصله می‌گردد. بیماران مورد مطالعه در موارد موارد دیگر انفکتیو نهایی در بیمارستان شدید مارک و اثر در بیمارستان نداشتهای در مطالعه این‌جا (76.4) بیماران با آنزیم‌های تراواها دچار انفکتیو حاد و ۷۲/۸۷ دچار مرگ شدند، بودند بطور کلی سیستم ST-elevation MI می‌توانند بیماران با آنزیم‌های تراواها بستر از مراحل از بین رفتن دارو به نسبه بالائی‌تری دارند (87.6). در دوره‌های قبلی - بیماری عروق سیستیک - آنزیم بعد از MI نارنجی - آهسته و آنزیم حاد MI این استراحت، بیماران با UA و مرگ و سبک رقاب می‌دهد (87.6). در مطالعه کلینیکی شامل آنها گروه از بیماران میزان مرگ و سایر 0/6 - 1/5 درصد
منابع


5. AMI مرتبط یا شهروایی - جلالیان مشخصات موارد در شهروایی برد طی 2 سال دربخش‌های مرتفع قلبی یا
نامه دکتر. اسلام، دکتر سید محمود صدر-پالی


9. Cannon CP, Mc Cabe CH et al; The ECG predicts one year outcome of patient with UA

and Non Q wave MI J, AM coll Cardiol, 1997, 30; 133-140.


