پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال سيزدهم, شماره ۱ , پي در پي۶۱ ، صفحات ۳۳ تا ۳۸
فروردين و ارديبهشت ۱۳۸۷

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۳/۱۲
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۶/۲۸

پيامدهاي درازمدت بيماران مبتلا به انفاركتوس ميوكارد بستري شده در بيمارستان لقمان حكيم تهران آبان ۱۳۸۳ – ۱۳۸۲

دكتر محمدرضا بيرانوند [۱*]، دكتر محمدامين امامي[۲]، دكتر علي علي‌عسگري[۳]، دكتر علي‌اصغر كلاهي[۴]

چكيده

سابقه و هدف: *انفاركتوس ميوكارد يكي از شايع ترين علل مرگ و مير و از كارافتادگي در جهان است كه شيوع و روند رو به افزايشي داشته است. با توجه به اين كه تاكنون هيچ گزارشي از پيامدهاي دراز مدت بيماران مبتلا به انفاركتوس ميوكارد در ايران منتشر نشده است، اين مطالعه با هدف تعيين پيامد يك ساله ي اين بيماري در مراجعين با تشخيص انفاركتوس ميوكارد به بيمارستان لقمان حكيم تهران انجام گرفت.*

مواد و روش ها: *اين مطالعه به روش توصيفي روي كليه بيماراني كه با تشخيص انفاركتوس حاد ميوكارد در فاصله يك سال (از آبان ۱۳۸۲ لغايت آبان ۱۳۸۳) از بيمارستان لقمان حكيم ترخيص شده بودند انجام شد. يك سال پس از ترخيص بيماران از طريق تلفن فراخواني شدند و موارد مرگ و مير بيماران، وضعيت آناتومي عروق كرونر در آنژيوگرافي، انجام PCI، CABG، بستري مجدد و داروهاي مصرفي مورد بررسي قرار گرفت.*

يافته ها: *ميانگين سني ۱۳۲ بيمار مورد مطالعه (۷۶/۵% مرد)، ۱۳/۱± ۵۹/۲ سال بود. نوع MI در ۷۹/۵% STEMI و ۲۰/۵% NSTEMI بود. ۵۸/۱% بيماران STEMI استرپتوكيناز دريافت كرده بودند و علت عدم تجويز ترومبوليتيک در ساير بيماران، تأخير در مراجعه در ۲۶ نفر (۲۴/۸%)، وجود كنتراانديكاسيون در ۱۰ نفر (۹/۵%) و خطاي پزشک در ۸ نفر (۷/۶%) بود. آنژيوگرافي عروق كرونر در ۹۰/۳% از ۶۲ بيمار انجام شده بود و ۳۹/۴% كانديداي رواسكولاريزاسيون به صورت PCI و CABG شده بودند. ۱۴/۳% بيماران بستري مجدد داشتند و تعداد ۸ نفر (۶/۱%) از بيماران فوت كرده بودند كه همگي مرد و بالاي ۶۰ سال بودند. ميزان تبعيت از دستور مصرف داروهاي تجويزي آسپرين، بتابلوكر، ACEI، استاتين به ترتيب ۹۸/۵%، ۷۴/۲%، ۷۱/۲%، ۶۷/۴% بود.*

نتيجه گيري: *نتايج مطالعه ما نشان داد كه بيماران مبتلا به MI را مي‌توان در دراز مدت تحت پي گيري مطلوب قرار داد و ميزان تبعيت بيماران در زمينه اقدامات تشخيصي درماني مناسب است. ميزان مرگ و مير يک ساله بيماران ما نسبتاً پايين بود، ولي براي قضاوت درباره علت آن و عوامل خطر مرتبط با آن نياز به انجام مطالعات وسيع‌تر وجود دارد.*

واژگان كليدي: *انفاركتوس ميوكارد، درمان ترومبوليتيک، آنژيوگرافي، ميزان مرگ و مير*

مقدمه

طي چند دهه ي اخير بيماري‌هاي سرخرگ‌هاي كرونر (CAD) و انفاركتوس حاد ميوكارد عامل درجه اول مرگ در اغلب كشورهاي جهان به شمار مي‌رود و در حقيقت شايع‌ترين و تهديدكننده ترين بيماري مي‌باشد. رژيم غذايي

۱ * . نويسنده مسؤول: استاديار، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي. آدرس براي مكاتبه: تهران، خيابان كمالي، خيابان مخصوص، بيمارستان لقمان حكيم، بخش قلب و عروق. تلفن: ۹- ۵۵۵۴۱۰۰۵ . پست الكترونيک: beyran4@ yahoo.com
۲ . دستيار داخلي، بيمارستان لقمان حكيم، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۳ . دستيار داخلي، بيمارستان لقمان حكيم، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
٤ . دانشيار، گروه بهداشت و پزشكي اجتماعي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

سرشار از چربي، دخانيات و زندگي ماشيني همراه با گسترش اين بيماري مي‌باشد (١).

انفاركتوس ميوكارد (MI) يكي از شايع‌ترين اشكال بيماري ايسكميک قلب مي‌باشد. اين بيماري علي‌رغم پيشرفت هاي به دست آمده در سال‌هاي اخير، هنوز مشكل اصلي در كشورهاي صنعتي و در حال توسعه است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهاني (WHO) در سال ٢٠٠١، تعداد ٧/٢ ميليون نفر بر اثر بيماري‌هاي قلبي در جهان جان خود را از دست دادند كه ٧٨% آن در كشورهاي در حال توسعه بوده است. به عبارتي بيماري‌هاي قلبي عامل ٥٩ ميليون سال عمر از دست رفته در سال ٢٠٠١ در جهان بوده كه ٨۶% آن در كشورهاي در حال توسعه مي‌باشد (٢). در حال حاضر استفاده از روش‌هاي تهاجمي PCI، CABG و روش دارويي (داروهاي ترومبوليتيك، مسدودكننده‌هاي گيرنده‌هاي بتا، آسپيرين، استاتين‌ها) در زمان مناسب ميزان مرگ و مير ناشي از MI را تا يک سوم كاهش داده است.

نويسندگان مقاله حاضر با جستجو در بانک هاي اطلاعاتي داخلي و خارجي هيچ مطالعه‌اي را يافت نكردند كه به بررسي پيامدهاي دراز مدت بيماران مبتلا به MI در ايران پرداخته باشد. با توجه به شرايط متفاوت اين بيماران در كشور ما در مقايسه با كشورهاي غربي چه از نظر عوامل مرتبط با بيمار شامل عوامل خطر، مسايل فرهنگي و سهولت دسترسي به خدمات درماني و چه از نظر امكانات بهداشتي درماني موجود، انجام مطالعه‌اي جهت تعيين پيامدهاي درازمدت MI ضروري به نظر مي‌رسيد. لذا اين مطالعه با هدف تعيين پيامد يك ساله اين بيماري در مراجعين با تشخيص انفاركتوس ميوكارد به بيمارستان لقمان حكيم تهران انجام شد.

مواد و روش ها

اين مطالعه توصيفي روي بيماراني كه در فاصله آبان ١٣٨٢ تا آبان ١٣٨٣ در بخش قلب بيمارستان لقمان حكيم تهران بستري و با تشخيص نهايي انفاركتوس ميوكارد از بيمارستان مرخص شده بودند انجام شد. موارد مرگ و مير زمان مراجعه تا هنگام ترخيص از مطالعه خارج شدند. به كليه بيماران توصيه شد كه به طور منظم براي پيگيري ادامه درمان به درمانگاه قلب مراجعه نمايند. بيماراني كه داراي يكي از موارد زير بودند آنژيوگرافي شدند:

١) درد قلبي ١۴-١ روز بعد از انفاركتوس ميوكارد
٢) تاكيكاردي بطني پايدار يا VF كه بعد از ۴٨ ساعت از انفاركتوس باشد.
٣) كساني كه علايم نارسايي قلبي يا كسر جهشي (EF) مساوي/ كم تر از ۴٠ درصد داشتند.
۴) كساني كه تست ورزش يا اسكن پرفيوژن مثبت داشتند.

بيماران يك سال پس از ترخيص با تماس تلفني جهت معاينه و بررسي مدارك فراخواني شدند كه در اين ويزيت پرونده‌هاي بيماران و اقدامات تشخيصي و درماني آن ها شامل: مرگ و مير، وضعيت آناتومي عروق كرونر در آنژيوگرافي، انجام آنژيوپلاستي كرونر (PCI) و جراحي باي پس شريان كرونر (CABG) بر اساس انديكاسيون، بستري مجدد و داروهاي مصرفي مورد ارزيابي قرار گرفت.

مشخصات بيماراني كه در پيگيري قابل دسترسي نبودند، در فهرست متوفيان بهشت زهراي تهران جستجو شدند تا در صورت فوت نتايج آن ها ثبت شود. مجموعه پيامدهاي نامطلوب به صورت بروز هريک از موارد بستري مجدد، انفاركتوس مجدد، حادثه عروق مغزي (CVA) يا مرگ و مير در طي دوره پيگيري تعريف شد.

براي متغيرهاي كيفي تعداد و درصد و براي متغيرهاي كمي ميانگين و انحراف معيار محاسبه گرديد. براي مقايسه متغيرهاي كيفي از تست كاي دو و براي مقايسه ميانگين در دو گروه از t-test استفاده شد و $P < ٠/٠۵$ معني دار تلقي شد. داده‌هاي به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS 13 مورد تجزيه و تحليل قرار گرفتند.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

يافته ها

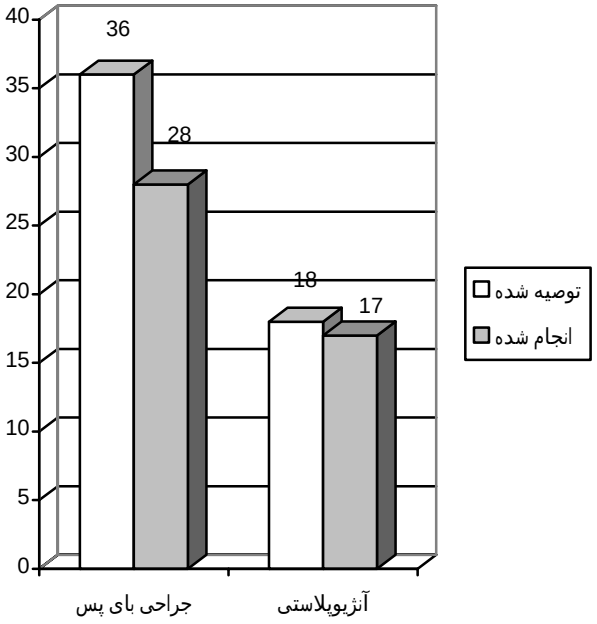
در مدت مطالعه ۱۶۶ بيمار با تشخيص MI از بيمارستان لقمان حکيم ترخيص شده بودندکه ما موفق به پيگيري ۱۳۲ بيمار (۷۹/۵%) پس از يك سال شديم. ميانگين سني بيماران ۱۳/۱±۵۹/۲ سال بود و ساير مشخصات پايه بيماران در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصات پايه بيماران مبتلا به انفارکتوس حاد ميوکارد بستري شده در بيمارستان لقمان حکيم

متغيرهای مورد بررسی	تعداد (درصد)
جنس مرد	۱۰۱ (۷۶/۵)
عوامل خطر:	
فشار خون بالا	۳۷ (۲۸/۰)
ديابت	۲۸ (۲۱/۲)
مصرف فعلي سيگار	۴۳ (۳۲/۶)
سابقه انفارکتوس ميوکارد	۱۴ (۱۰/۶)
سابقه نارسايي کليه	۱ (۰/۸)
سابقه سکته مغزي(CVA)	۴ (۳/۰)

نوع MI در ۱۰۵ نفر (۷۹/۵%) همراه با بالا رفتن قطعه ST (STEMI) و ۲۷ نفر (۲۰/۵%) بدون بالا رفتن قطعه ST (NSTEMI) بود. محل آناتوميك انفارکتوس حاد ميوکارد در بيماران دچار STEMI در ۵۱ نفر (۴۸/۶%) ديواره قدامي، در ۵۱ نفر (۴۸/۶%) ديواره تحتاني و در ۳ نفر (۲/۹%) ديواره قدامي و تحتاني بود. ۱۱۸ بيمار اکوکارديوگرافي شده بودند که ميانگين EF آن ها ۴۳/۳ درصد با انحراف معيار ۱۱/۱ درصد بود. از ۱۰۵ بيمار STEMI، ۶۱ نفر (۵۸/۱%) استرپتوکيناز دريافت کرده بودند و علت عدم تجويز ترومبوليتيک در ساير بيماران، تأخير در مراجعه در ۲۶ نفر (۲۴/۸%)، وجود کنتراندیکاسیون در ۱۰ نفر (۹/۵%) و خطاي پزشک در ۸ نفر (۷/۶%) بود.

۶۲ بيمار کانديداي آنژيوگرافي عروق کرونر شده بودند و اين کار در ۵۶ نفر (۹۰/۳%) از آن ها انجام شده بود. نتيجه آنژيوگرافي درگيري در يک رگ را در ۱۰ نفر (۱۷/۹%)، درگيري در دو رگ را در ۱۵ نفر (۲۶/۸%)، درگيري در سه رگ را در ۳۰ نفر (۵۳/۶%) و بيماري عروق متعدد را در يک نفر (۱/۸%) نشان داده بود. پنجاه و نه نفر (۳۹/۴%) بيماران کانديداي روسکولاريزاسيون به صورت PCI و CABG بسته به مورد شده بودند. نمودار يک وضعيت انجام اين اقدامات را نشان مي‌دهد.



نمودار ۱- وضعيت انجام PCI و CABG در بيماران مبتلا به انفارکتوس حاد ميوکارد بستري شده در بيمارستان لقمان حکيم

در مدت يك سال ۱۹ نفر (۱۴/۴%) بستري مجدد داشتند که ۸ نفر به علت آنژين صدري، ۶ نفر به خاطر تنگي نفس ناشي از تشديد نارسايي قلب، ۲ نفر به خاطر تپش قلب (يك مورد فيبريلاسيون دهليزي و يك مورد تاکي‌کاردي بطني) و ۳ نفر هم به علت CVA بود. در کل ۴ نفر (۳/۰ درصد) بيماران دچار سکته مغزي (CVA) شدند که يك مورد حين آنژيوگرافي بود.

از بين ۴۳ بيمار سيگاري ۷ نفر (۱۶/۳%) قطع کامل سيگار و ۱۲ نفر (۲۷/۹ %) قطع موقت سيگار داشتند. فراواني مصرف داروهاي توصيه شده در هنگام ترخيص در زمان پيگيري يك ساله در جدول ۲ بيان شده است.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

جدول۲- فراواني مصرف داروهاي توصیه شده درهنگام ترخیص در زمان پیگیري یکساله در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد بستري شده در بیمارستان لقمان حکیم

نام دارو	تعداد	درصد
آسپیرین	۱۳۰	۹۸/۵
بتابلوکر	۹۸	۷۴/۲
مهارکننده ACE	۹۴	۷۱/۲
نیترات	۹۵	۷۲/۰
استاتین	۸۹	۶۷/۴

طي پیگیري به عمل آمده از بهشت زهراي تهران هیچ کدام از ۳۴ بیمار ما که امکان پیگیري آن ها نبود در لیست متوفیان آن جا نبود. در کل ۸ نفر (۶/۱%) از بیماران در مدت یك سال پس از ترخیص فوت کردند، که همگي مرد بوده و سن بالاي ۶۰ سال داشتند. نوع MI در ۴ نفر NSTEMI و در ۴ نفر دیگر STEMI (۲ نفر دیواره قدامي و ۲ نفر دیواره تحتاني) بود. دو نفر از بیماران مبتلا به STEMI استرپتوکیناز دریافت کرده بودند. مجموعه پیامدهاي نامطلوب در۳۰ بیمار (۲۲/۷%) رخ داده بود. رابطه معني‌دار آماري بین سن، جنس، فشار خون بالا، دیابت، مصرف سیگار، سابقه انفارکتوس میوکارد، مصرف دارو، نوع MI یا دریافت استرپتوکیناز با مرگ و میر یک ساله یا مجموعه پیامدهاي نامطلوب یافت نشد.

جدول شماره۳: مقایسه تبعیت از مصرف دارو پس از یکسال در مطالعات مختلف

مطالعه / دارو	مطالعه نگارنده (%)	Schiele et al (%)	Mehta et al (%)	Prabhakaran et al (%)
ASA	۹۸/۴	۱۰۰	۹۳/۳	۹۸/۲
B-Blocker	۷۲/۴	۴۷	۷۵	۷۲/۱
Statin	۶۷/۴	۹۹	-	-
ACEI	۷۱/۲	۶۸	۲۰/۲	-

بحث

در این مطالعه نتایج پیگیري یک ساله بیماران مبتلا به MI ارائه و ارتباط عوامل خطر مختلف با پیامد بیماران بررسي شد. در مطالعه ما فراواني نسبي انفارکتوس حاد میوکارد در مردان بیش تر (۷۶/۵%) مشاهده گردید که مشابه یافته‌هاي مطالعات دیگر است که ارقام بین ۷۵/۵-۶۱ درصد را گزارش کرده‌اند (۶-۳). لذا مرد بودن یك فاکتور خطر در جهت بروز بیماري‌هاي قلبي و عروقي محسوب مي‌گردد. در این مطالعه بیش ترین بیماران ما با ۲۵/۷% در دهه پنجم (۴۹ـ۴۰ سال) زندگي بودند، در حالي‌که در مطالعه Mehta و همکاران ۵۱% بیماران در دهه هفتم بودند (۶). شاید جوان بودن جمعیت ما را بتوان علت این تفاوت ذکر کرد. از سوي دیگر در بیماران آن ها میزان فاکتورهاي خطر کم تر از مطالعه ما بوده است. لذا توصیه مي‌شود که جهت افزایش امید به زندگي در این بیماران آموزش‌هاي لازم جهت کنترل فاکتورهاي خطر انجام شود. همچنین شیوع دیابت در بیماران ما در مقایسه با مطالعه دبیران و همکاران (۳) که آن هم در تهران انجام شده است، بالاتر بود. شاید بتوان گفت که پایین آمدن معیار تشخیصي دیابت عامل این اختلاف باشد.

Reperfusion انجام شده در ۵۸/۱% بیماران، تماماً به وسیله استرپتوکیناز صورت گرفته بود. در مطالعه Schiele و همکاران (۷) در فرانسه ۷۷/۵% ترومبولیتیك دریافت کرده بودند. مهم ترین علت عدم دریافت استرپتوکیناز در بیماران ما تأخیر در مراجعه بود. لذا عدم مراجعه به موقع بیماران به بیمارستان را شاید بتوان علت اصلي این اختلاف دانست. از طرفي دسترسي آسان به امکانات تشخیصي و درماني از جمله کاردیولوژیست جهت تصمیم به تجویز

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

ترومبوليتيك نيز ممكن است اين اختلاف را توجيه نمايد.

ميزان انجام آنژيوگرافي عروق كرونر، PCI و CABG پس از MI در بيماران ما به ترتيب ۴۲/۴%، ۱۲/۸% و ۲۱/۲% بود كه در مقايسه با نتايج Tesak و همكاران (۵) (۹% PCI و ۱۶% CABG) و Mehta و همكاران (۶) (۵۹/۲%آنژيوگرافي، ۲۲/۶% PCI و ۱۰/۶% CABG) به نظر مي‌رسد كه بيماران ما نسبت به مطالعات فوق PCI كم تر و CABG بيش تر شدند. شايد دليل آن فراواني بيش تر درگيري عروق قلب به صورت درگيري سه رگ (3VD) در بيماران ما باشد.

از نظر تبعيت از نحوه دارو درماني پس از يك سال بيماران ما طبق جدول ۳ با ساير مطالعات مقايسه شدند. كم بودن مصرف بتا – بلوكر در مطالعه Schiele و همكاران (۷) ناشي از بيماري‌هاي انسدادي ريه و برادي‌كاردي در بيماران آن ها بوده است و علت مصرف بالاي ACEI در بيماران ما ممكن است فراواني بيش تر نارسايي قلبي و فشارخون بالا در بيماران ما باشد. تبعيت بيماران ما از داروهاي تجويزي در مواردي بالاتر از مطالعات مشابه مي‌باشد كه مي‌تواند ناشي از آموزش و پيگيري مداوم بيماران در طي دوران بعد از MI و هم‌چنين ارزان بودن دارو در كشور ما باشد. لذا توصيه مي‌شود كه بيماران پس از ترخيص از بيمارستان به صورت مستمر پيگيري شده و اهميت مصرف دارو به آن ها گوشزد شود تا بدين وسيله از مورتاليتي و موربيديتي ناشي از MI كاسته شود.

بستري مجدد در مطالعه ما ۱۴/۳% بود كه ۴۲% به خاطر آنژين صدري، ۳۱/۵% به علت تنگي نفس ناشي از تشديد نارسايي قلبي و ۱۰/۵% به خاطر طپش قلب و ۱۵/۸%به خاطر CVA بوده است در مطالعه Prabhakaran و همكاران (۸) در هند ميزان بستري مجدد به خاطر آنژين صدري ۲۳/۹% و CVA ۰/۷% بود. يكي از محدوديت هاي اين مطالعه عدم دسترسي به ۳۴ بيمار در طي پيگيري است لذا رقم دقيق بستري مجدد را نمي‌توان اعلام كرد.

ميزان مرگ و مير يک ساله بيماران ما پس از ترخيص ۶/۱% بود. در مطالعه Prabhakaran و همكاران (۸) در بررسي پيامد دوساله بيماران انفاركتوس ميوكارد مورتاليتي ۹/۹%، در مطالعه Yan و همكاران (۹) در كانادا مورتاليتي يك ساله ۶/۵% و در مطالعه Schiele و همكاران(۷) در فرانسه ۱۱/۵% بوده است. ميزان مصرف بالاي سيگار و بالا بودن ميزان سابقه انفاركتوس ميوكارد در بيماران آن ها مي‌تواند علت اين اختلاف باشد. هرچند در حال حاضر آمار دقيقي از ميزان مرگ و مير MI قبل از رسيدن بيماران به بيمارستان و نيز مرگ و مير بيمارستاني نداريم، ولي با توجه به ميزان بالاي تأخير بيماران ما (عدم دريافت استرپتوكيناز) مي‌توان احتمال داد كه ممكن است مرگ و مير بيماران ما قبل از ترخيص بالاتر از مطالعات غربي بوده و اين مطلب موجب كاهش نسبي در مرگ و مير يک ساله بيماران شده باشد.

با توجه به نتايج به دست آمده امكان قضاوت درباره ارتباط عوامل خطر مختلف با مرگ و مير يا مجموعه ي پيامدهاي نامطلوب در اين مطالعه وجود ندارد و براي تعيين عوامل خطر با مرگ و مير بيماران مبتلا به MI لازم است مطالعه‌اي با حجم نمونه بيشتر انجام شود

نتيجه گيري

نتايج مطالعه ما نشان داد كه بيماران مبتلا به MI را مي‌توان در درازمدت تحت پيگيري مطلوب قرار داد و ميزان تبعيت بيماران در زمينه اقدامات تشخيصي درماني مناسب است. ميزان مرگ و مير يک ساله بيماران ما نسبتاً پايين است ولي براي قضاوت درباره علت آن و عوامل خطر مرتبط با آن نياز به انجام مطالعات وسيع‌تر وجود دارد

تشكر و قدرداني

نويسندگان مقاله لازم مي‌دانند كه از جناب آقاي دكتر سيد حميد رضا قافله باشي كه بانک اطلاعاتي اين مطالعه را

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]

طراحي کردند و جناب آقاي دکتر محمد صادق صیادي و کلیه کاروزان و دستیاران بخش قلب بیمارستان لقمان حکیم که ما را در انجـام این پژوهـش یـاري نمـودند، کمال تشکر را بنمایند.

REFERENCES

۱. شمخاني کامران، حسین‌اکبر منظر، صمدي احسان‌الله، حبیبي غفار. مقایسه میانگین سني بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در سال‌هاي ۱۳٦۸ و ۱۳۷۸. مجله دانشکده پزشکي دانشگاه علوم پزشکي گیلان۱۳۸۰، سال دهم، شماره پاییز و زمستان:۳۹ و ٤۰.

2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks promoting healthy life. Geneva WHO 2002.

۳. دبیران سهیلا، مقصودلو مهتاب، نبئي بهروز. بررسي احتمال بقای و عوامل مؤثر بر آن در بیماران سکته قلبي بیمارستان امام (۱۳۷۸). مجله دانشکده پزشکي علوم پزشکي تهران پاییز ۱۳۸۱. سال ٦۰، شماره ٤: صفحات ۳٤۷ تا ۳۵۰.

٤. سمیعي نسب محمدرضا، شیراني شاهین، هاشمي سیدمحمد. بررسي فراواني و علل عدم تجویز درمان‌هاي ترومبولیتیك در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد و مراجعه کننده به بیمارستان هاجر شهر کرد، ۱۳۷۹. مجله دانشگاه علوم پزشکي شهر کرد تابستان ۱۳۸۱، شماره ۲۰، صفحات ۱۵ تا ۲۰.

5. Tesak M, Adamkova R, Janousek S. Long-term prognosis in patients with acute myocardial infarction. Scripta Medica (BRNO) 2000; 73: 289-98.

6. Mehta RH, Criger DA, Granger CB, Pieper KK, Califf RM, Topol EJ, et al. Patient outcomes after fibrinolytic therapy for acute myocardial infarction at hospitals with and without coronary revascularization capability. J Am Coll Cardiol 2002; 40: 1034-40.

7. Schiele F, Meneveau N, Seronde MF, Caulfield F, Fouche R, Lassabe G, et al. Compliance with guidelines and 1-year mortality in patients with acute myocardial infarction: a prospective study. Eur Heart J 2005; 26: 873-80.

8. Prabhakaran D, Yusuf S, Mehta S, Pogue J, Avezum A, Budaj A, et al. Two-year outcomes in patients admitted with non-ST elevation acute coronary syndrome: results of the OASIS registry 1 and 2. Indian Heart J 2005; 57: 217-25.

9. Yan AT, Tan M, Fitchett D, Chow CM, Fowlis RA, McAvinue TG, et al. One-year outcome of patients after acute coronary syndromes (from the Canadian Acute Coronary Syndromes Registry). Am J Cardiol 2004; 94: 25-9.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-03]