

## تقييم تدبير مرضى المتلازمة الإكليلية الحادة

الدكتور حسام بلة\*  
الدكتور أكرم ججاج\*\*  
علي محمد\*\*\*

( قبل للنشر في 2005/10/9 )

### □ الملخص □

400 مريض 247 رجلا 153 امرأة وسطي أعمارهم 56 سنة كان لديهم متلازمة إكليلية حادة عند القبول قد ضمنوا في هذه الدراسة خلال الفترة بين 2003/9/1 إلى 2004/12/31. مع متابعة 264 حالة حتى ستة أشهر بعد القبول. تم تحليل المعطيات الديموغرافية، عوامل الخطورة، الإستراتيجيات العلاجية، والوفيات. التشخيص النهائي كان 40% خناق صدر غير مستقر 60% احتشاء عضلة قلبية. 47% من المرضى وصلوا إلى الإسعاف خلال ست ساعات من بدء الأعراض. 51% من المرضى كانوا مدخنين 25% منهم فقط أقلع عن التدخين بعد ستة أشهر من تاريخ القبول. 92% من المرضى أخذوا هيبارين وأسبرين خلال فترة الاستشفاء مع ملاحظة أن 21% لا يأخذ أي دواء بعد ستة أشهر من القبول. القنطرة القلبية الإسعافية أجريت فقط ل 37% من المرضى الذين احتاجوها (183 مريضا) خلال فترة الاستشفاء. 39% من مرضى الاحتشاء لم يأخذوا أي دواء حال للخرثة.

\*أستاذ- قسم الأمراض الباطنية- كلية الطب -جامعة تشرين -اللاذقية-سوريا.  
\*\* أستاذ- قسم الأمراض الباطنية- كلية الطب -جامعة تشرين -اللاذقية-سوريا.  
\*\*\* طالب دراسات عليا- قسم الأمراض الباطنية- كلية الطب -جامعة تشرين -اللاذقية-سوريا.

## Evaluation of the Management of Acute Coronary Syndrome Patient

Dr. Husam Ballah\*  
Dr. Akram Jahjah\*\*  
Ali Mohammad\*\*\*

(Accepted 9/10/2005)

### □ ABSTRACT □

400 patients, 247 men and 153 women at average 56 years, who had acute coronary syndrome on admission, were studied from 1/9/2003 to 31/12/2004, and tracing 264 cases up to six months from date of admission. Demographic data, strategic treatments, risk factors and mortality were all discussed and analyzed.

The final diagnosis was unstable angina in 40% myocardial infarction in 60%.

47% of the patients reached the hospital within six hours from symptom onset.

51% of the patients were smoking only 24% of them gave up smoking.

92% of patients took Aspirin and Heparin during hospitalization, noticing that 21% didn't take any medicine after 6 months from date of admission .coronary graphy was made only for 37% of patients who needed it (183 patients) during hospitalization.

39% of myocardial infarction patients didn't receive any thrombolytic medicine.

---

\*Professor-Department Of Internal Medicine- Faculty Medicine-Tishreen University –Lattakia –Syria.

\*\*Professor-Department Of Internal Medicine- Faculty Medicine-Tishreen University –Lattakia –Syria.

\*\*\*Post Graduate – Department Of Internal Medicine- Faculty Medicine-Tishreen University – Lattakia- Syria .

**مقدمة:**

إن الداء الإكليلي هو السبب الرئيسي للموت في معظم الدول بالإضافة لذلك فإنه يسبب إمرضية و عجزا وفقدان الإنتاجية إلى حد كبير وهو السبب الرئيسي للإففاق في مجال الرعاية الصحية . ( 1 )  
يتراوح الطيف السريري للداء الإكليلي من الإقفار الصامت إلى خناق الصدر المستقر وغير المستقر واحتشاء العضلة القلبية واعتلال العضلة القلبية الإقفاري والموت القلبي المفاجئ . ومع توفر علاجات دوائية جديدة، وتقنيات التداخل الجراحية الحديثة، فإن نسبة الوفيات قد تناقصت تدريجياً على مدى العقود الماضية . ( 2 )  
المتلازمة الإكليلية الحادة تشمل خناق الصدر غير المستقر، واحتشاء العضلة القلبية الحاد أي الحالات التي تتطلب علاجاً إسعافياً.

إن الداء الإكليلي هو بشكل رئيسي نتيجة التصلب العصيدي في الشرايين الإكليلية ولقد حددت الدراسات الوبائية العديد من عوامل الخطورة التي تزيد احتمال التصلب العصيدي عند شخص ما إن التقدم بالعمر والذكورة والقصة العائلية تعتبر عوامل خطورة غير قابلة للتعديل أما عوامل الخطورة القابلة للتعديل فهي بشكل رئيسي فرط شحوم الدم، ارتفاع التوتر الشرياني، الداء السكري، والتدخين. (3)  
تقوم معالجة مرضى الداء الإكليلي على تعديل عوامل الخطورة، وتغيرات في نمط الحياة الخامل، والعلاجات الدوائية، وإعادة التوعية.

تعديل عوامل الخطورة يكون بضبط سكر الدم، وأن يكون LDL أقل من 100 ملغ/دل و HDL أكبر من 35 ملغ /دل و TG أقل من 200ملغ/دل، وضغط الدم الانقباضي أقل من 140ملم زئبقي والانسباتي أقل من 90 ملم زئبقي، والتوقف التام عن التدخين وتعديل نمط الحياة الخامل (30-60 دقيقة من المشي أو الهرولة أو ركوب الدراجة 3-4 مرات أسبوعياً) والوزن أقل من 120% من الوزن المثالي للجسم بالنسبة للطول. (4)  
إن طيف العلاج الدوائي يشمل العديد من الأصناف التقليدية والحديثة من الأسبرين إلى الغلوبيدوغريل إلى مثبطات Gp IIb/IIIa إلى الهيبارين غير المجزأ والهيبارين منخفض الوزن الجزيئي و الستاتينات و حاصرات بيتا وحاصرات الكلس والنتروغلسيرين ومثبطات الإنزيم القالب وحاصرات مستقبلاته. (5)  
إعادة التوعية تكون عن طريق حالات الخثرة ورأب الشرايين الإكليلية داخل اللمعة (PTCA) والتقنيات المتعلقة به من التوسيع بالبالون وضع الشبكات stent الإكليلية وجراحة المجازات الإكليلية هذه العلاجات أحدثت أفقا جديدا في مجال العلاج والوقاية للمرضى الداء الإكليلي. (5)

**أهمية البحث:**

إن زمن التداخل العلاجي، وعدد المرضى المتلقين لعلاجات مناسبة وحديثة، بشكل مقياساً يحدد تحسن الإنذار الحياتي والوظيفي عند مرضى المتلازمة الإكليلية الحادة، و كذلك الكشف المبكر عن عوامل الخطر، والعلاجات المكثفة الهادفة إلى تعديل عوامل الخطر قد قلل كثيراً من تبعات هذا المرض، وهنا تكمن أهمية بحثنا في معرفة أين نحن من هذا الداء، وإلى أي مدى نواكب التطور في التعامل معه، وكيف نرقى بعملنا ونخلق حالة من الوعي الصحي عند جميع الأطراف بحيث نحقق أفضل النتائج الممكنة بما يتناسب مع واقعنا.

## أهداف البحث:

1. تسليط الضوء على واقع تدبير مرضى المتلازمة الإكليلية الحادة بدءاً من ارتكاس المريض والوسط المحيط به للأعراض الأولى إلى الإسعاف والعناية والمشددة وبعد التخرج من المستشفى.
  2. ما هي المشاكل والعراقيل التي تحيل دون التدبير الأمثل لهؤلاء المرضى.
  3. دراسة أهم عوامل الخطورة في مجتمعنا والعمل على الحد منها.
  4. محاولة الوصول إلى صيغة عمل موحدة بهدف تجاوز الهفوات والثغرات التي تكتنف عملنا.
- زيادة الوعي والثقافة الصحية عند المرضى والمحيطين بهم مما له من دور جيد في حسن التواصل والعلاج والوقاية.

## طريقة الدراسة:

- هي دراسة مستقبلية تحليلية تضمن مرضى المتلازمة الإكليلية الحادة المقبولين في مستشفىنا في الفترة بين 2003/9/1 إلى 2004/12/31 حيث تم جمع المعلومات التالية عن كل حالة:
1. المعطيات الديموغرافية (العمر - الجنس - الوزن - الطول - العمل).
  2. الأعراض وقت حدوثها وساعة الوصول إلى الإسعاف و العناية.
  3. عوامل الخطورة (قصة عائلية - تدخين - سكري - ضغط - ارتفاع شحوم الدم).
  4. السوابق القلبية الوعائية.
  5. تخطيط القلب الأولي والخمائر القلبية والتشخيص النهائي.
  6. استراتيجيات العلاج بالإسعاف والعناية وبعد التخرج من المستشفى.
  7. التطور السريري خلال فترة الاستشفاء والتوصيات بعد التخرج.
  8. متابعة لمدة سنة أشهر بعد التخرج من المستشفى والتطورات التي طرأت على حياتهم.
  9. إحصائياً تم تطبيق قانون الارتباط والفرق بين نسبتين عند مستوى دلالة 5%.

## النتائج:

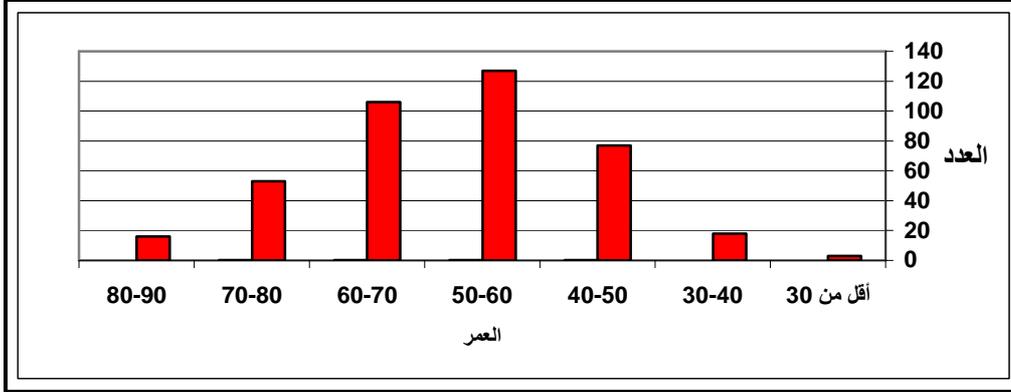
400 حالة مريض تم دراستها تراوحت أعمارهم بين 27 و 86 سنة وسطي أعمارهم 56 سنة 247 رجلا وسطي أعمارهم 52 سنة 153 امرأة وسطي أعمارهم 62 سنة ذروة الحدوث عند الرجال بالعقد السادس 34% وعند النساء بالعقد السابع 41% . (جدول 1-2-3)

جدول رقم 1 يبين توزع المرضى حسب الجنس

توزع المرضى حسب الجنس			
الجنس	رجال	نساء	المجموع
العدد	247	153	400
%	61.75%	38.25%	100%

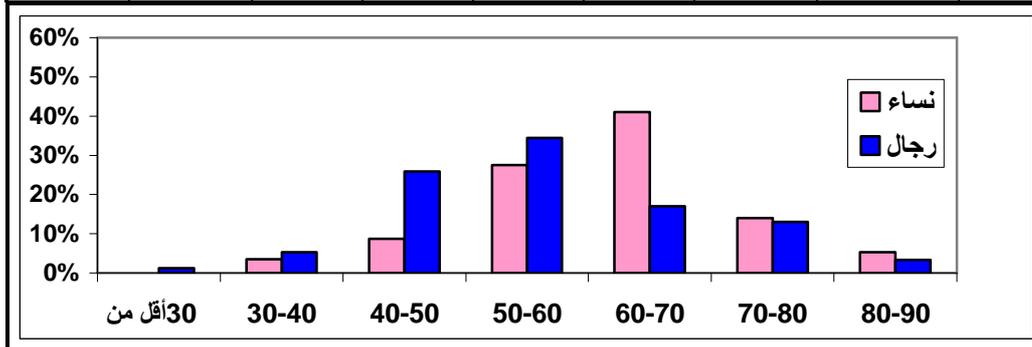
جدول رقم 2 يبين توزع المرضى حسب الفئات العمرية

توزيع المرضى حسب الفئات العمرية							
العمر	أقل من 30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
العدد	3	18	77	127	106	53	16
النسبة	0.75%	4.50%	19.25%	31.75%	26.50%	13.25%	4%



جدول رقم 3 يبين توزيع المرضى حسب الجنس والفئات العمرية

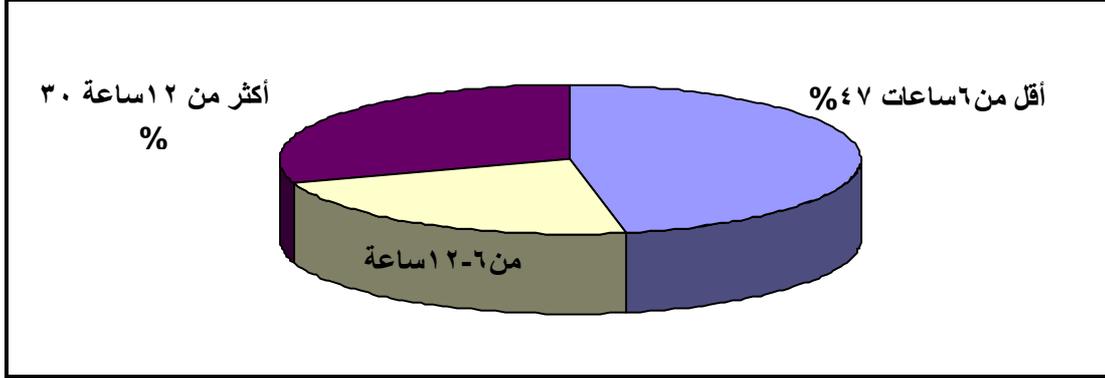
توزيع المرضى حسب الجنس والفئات العمرية								
العمر	من أقل 30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	المجموع
رجال	3	13	64	85	42	32	8	247
%	1.21%	5.26%	26%	34%	17%	13%	3.30%	100%
نساء	0	5	13	42	64	21	8	153
%	0.00%	3.50%	9%	28%	41%	14%	5.30%	100%



47% من المرضى وصلوا إلى الإسعاف خلال ست ساعات من ظهور الأعراض و30% تأخروا بالوصول أكثر من 12 ساعة إما بسبب عدم المبالاة بالأعراض أو بسبب استدعاء طبيب إلى المنزل (جدول 4) كما يبين الجدول توزيع المرضى حسب زمن الوصول إلى الإسعاف

جدول رقم 4 يبين المدة بين بدء الأعراض والاستشفاء

المدة بين بدء الأعراض والاستشفاء				
المدة	أقل من 6 ساعات	من 6-12 ساعة	أكثر من 12 ساعة	المجموع
العدد	188	92	120	400
النسبة %	47%	23%	30%	100%



شكل الألم الصدري العرض الأساسي للتشخيص عند ثلثي المرضى و الألم الشرسوفي عند 15% الزلة التنفسية أو الصدمة أو الغشي شكلوا حوالي 10% من الحالات التخطيط والتخامير كانا سببا للقبول في 5% من الحالات تقريبا الأعراض الأخرى (تعرق بارد غثيان خدر و نمل في الذراع الأيسر أو الفك خوف من الموت دون أي عرض من الأعراض السابقة) شكلت 5% من الحالات (جدول 5)

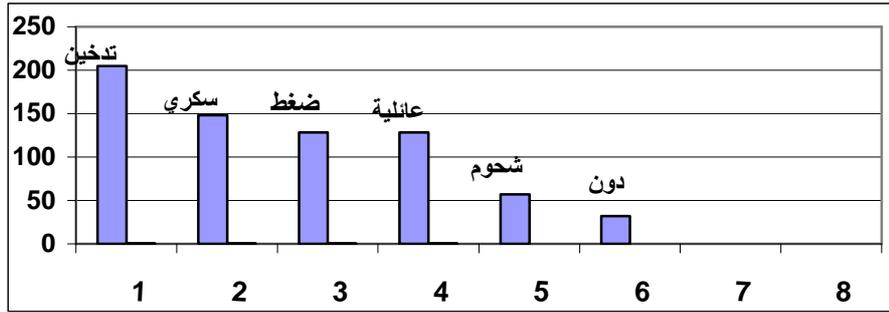
جدول رقم 5 يبين أسباب القبول والتشخيص

أسباب القبول والتشخيص (الشكاية الأساسية)						
ألم صدري	ألم شرسوفي	زلة تنفسية	غشي أو فقد وعي أو صدمة	تخطيط	خماثر	أعراض أخرى
264	58	12	25	14	7	20
66%	14.50%	3%	6.25%	3.50%	1.75%	5%

واحد أو أكثر من عوامل الخطورة القلبية الوعائية وجدت عند 92% من عموم الحالات إيمان التبغ عند 52% برجحان واضح عند الرجال 66% مقابل 40% عند النساء، سكري 37%، ارتفاع توتر شرياني 32% برجحان واضح عند النساء 50% مقابل 21% عند الرجال، قصة عائلية 32% شحوم 15% (جدول 6-7)

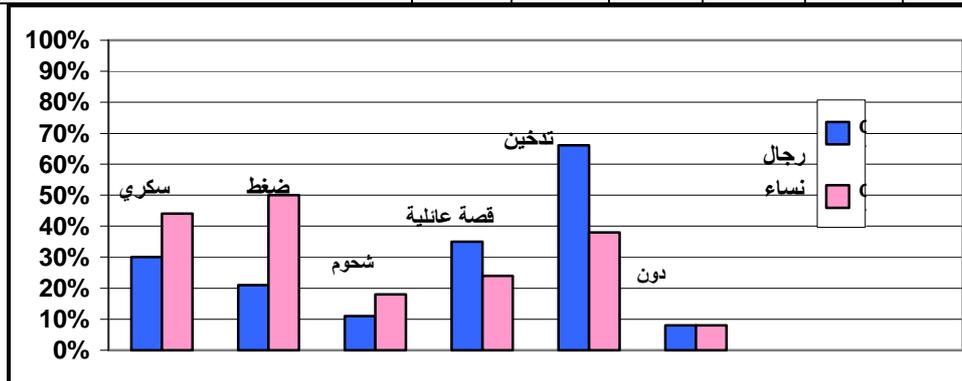
جدول رقم 6 يبين عوامل الخطورة عند مجمل المرضى

عوامل الخطورة						
6	5	4	3	2	1	
دون عوامل خطورة	شحوم	عائلية	ضغط	سكري	تدخين	
32	57	128	128	148	205	العدد
8%	14.25%	32%	32%	37%	51.25%	%



جدول رقم 7 يبين توزيع عوامل الخطورة عند الجنسين

عوامل الخطورة حسب الجنس						
دون عوامل خطورة معروفة	عائلية	شحوم	ضغط	سكري	تدخين	
20	88	28	52	72	164	رجال
8%	35%	11%	21%	30%	66%	%
12	36	28	76	68	40	نساء
8%	24%	18%	50%	44%	38%	%

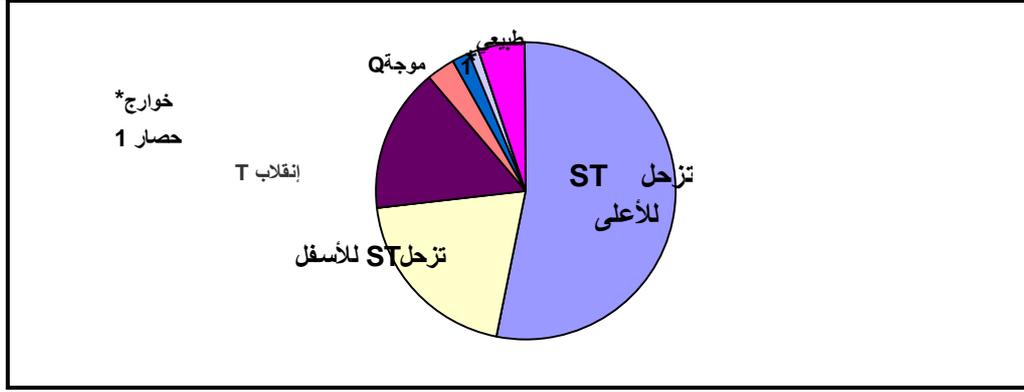


السوابق القلبية الوعائية وجدت لدى 132 مريضا بنسبة 33% .

أظهر أول تخطيط أجري للمرضى ترحل ST للأعلى عند 53%، وترحل ST للأسفل 20%، انقلاب T 16%، موجة Q 3%، حصار 2%، خوارج انقباض 3%، وكان التخطيط طبيعياً في 5% من الحالات.

جدول رقم 8 يبين موجودات أول تخطيط أجري للمريض

التخطيط الأول						
تزل ST للأعلى	تزل ST للأسفل	انقلاب T	موجة Q	حصار	خارج	طبيعي
212	81	63	12	8	4	20
53%	20%	16%	3%	2%	1%	5%



في وحدة الإسعاف أعطي 76% من المرضى 5000 وحدة هيبارين، و70% أعطوا نتروغلسيرين سواءً وريدياً أو لصاقة جلدية أو حب تحت اللسان، 38% من المرضى أعطوا أسبرين (300-400 ملغ)، 15% أعطوا غلوبيدوغريل 300 ملغ إسعافياً ومعظمهم ممن راجعوا طبياً مختصاً قبل الوصول إلى المشفى.

جدول رقم 9 يبين الأدوية المعطاة بوحدة الإسعاف

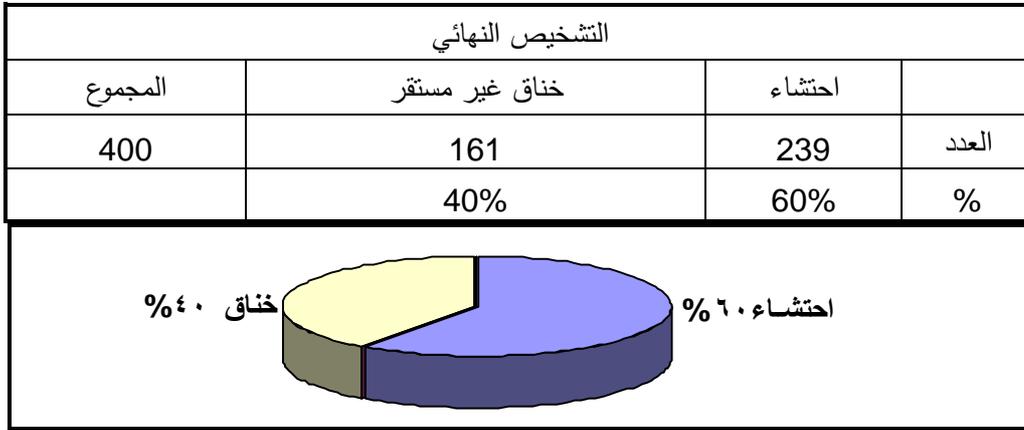
الأدوية المعطاة بالإسعاف					
العدد	هيبارين 5000 وحدة	لينترال	أسبرين 300-500 ملغ	غلوبيدوغريل	حاصر بيتا
305	279	152	62	12	
76%	70%	38%	15%	3%	



أجريت الخماثر القلبية (SGOT- LDH- CKMP) لجميع المرضى، كانت طبيعية عند 177 مريضاً ومرتفعة عند 223 مريضاً التروبونين T أجري فقط عند 51 مريض، بسبب عدم توفره في مستشفىنا، كان مرتفعاً عند 18 مريضاً.

توزع المرضى 40 خناق صدر غير مستقر ، 60% احتشاء عضلة قلبية ، 61% من مرضى الاحتشاء أخذوا حال خثرة ستريتوكيناز ، 39% لم يأخذوا حال خثرة بسبب تأخر المريض بالوصول إلى المستشفى، أو وجود مضاد استنطاب للتسريب، أو عدم وضوح التشخيص.

جدول رقم 10 يبين التشخيص النهائي لجميع المرضى



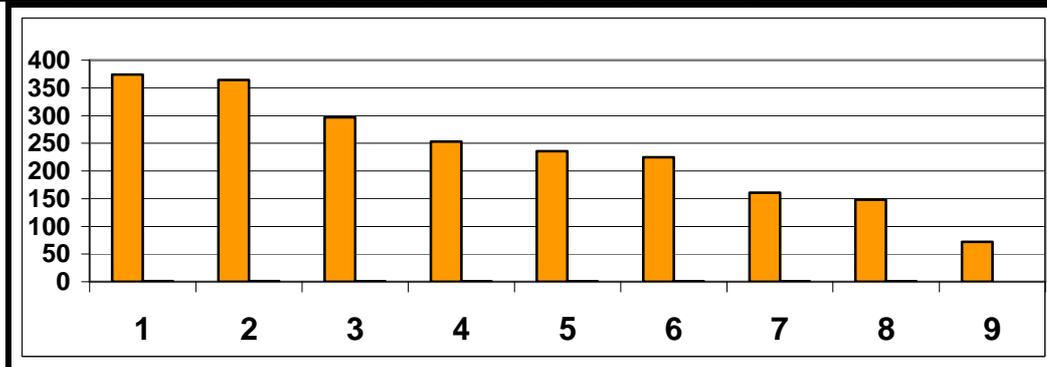
جدول رقم 11 يبين سبب عدم تسريب الستريتكيناز

سبب عدم تسريب الستريتكيناز		
تأخر بالقبول	مضاد أستنطاب	عدم وضوح التشخيص
60	13	20

خلال فترة الاستشفاء 93% من المرضى تلقوا علاجاً بالهيبارين غير المجزأ أو المجزأ، 91% أعطوا أسبرين، 69% أعطوا نتروغليسرين، 63% حاصر بيتا ، 59% ستاتينات ، 56% غلوبيدوغريل ، 40% مثبطات الأنزيم القالب، 17% حاصرات الكلس.

جدول رقم 12 يبين الأدوية التي أعطيت إلى المرضى خلال فترة الاستشفاء

الأدوية في المشفى									
الدواء	1	2	3	4	5	6	7	8	9
هيبارين	374	364	279	253	236	225	161	148	72
أسبرين	374	364	279	253	236	225	161	148	72
موسعات	374	364	279	253	236	225	161	148	72
حاصر بيتا	374	364	279	253	236	225	161	148	72
ستاتينات	374	364	279	253	236	225	161	148	72
غلوبيد	374	364	279	253	236	225	161	148	72
مثبطات الأنزيم	374	364	279	253	236	225	161	148	72
ستریتوكيناز	374	364	279	253	236	225	161	148	72
حاصر كلس	374	364	279	253	236	225	161	148	72
النسبة%	93%	91%	69%	63%	59%	56%	40%	37%	18%



تكررت الأعراض القلبية عند 132 مريضا خلال فترة الاستشفاء مما استدعى تتداخلا طبيياً. توفي 28 مريضا خلال فترة الاستشفاء 2 مريضى خناق صدر 26 مريضا احتشاء 17 منهم لديهم داء سكري (60%) ولا يوجد أي فروق جوهرية بالنسبة للعمر والجنس، كانت الوفيات بسبب الصدمة القلبية أو بسبب اضطرابات النظم.

جدول رقم 13 يبين حالات الوفاة خلال فترة الاستشفاء

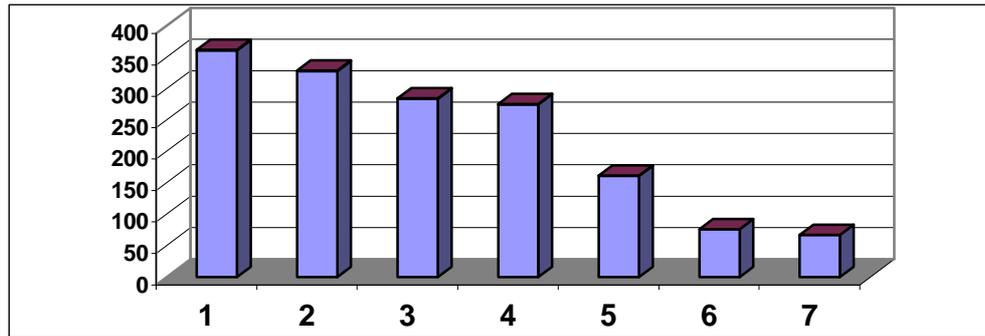
الوفيات			
المجموع	احتشاء دون تسريب	احتشاء مع تسريب	نقص تروية
28	6	20	2

تم ترشيح 183 مريضا لإجراء قثطرة قلبية إسعافياً إما بسبب وجود مضاد استطباب لإعادة التروية من خلال الستربتوكيناز أو عدم الاستفادة منها أو الذين حدث لديهم إقفار حاد هام بعد علاج ناجح بدئي فقط 68 مريضا (37%) منهم أجرى القثطرة القلبية الإسعافية .

تراوحت فترة الاستشفاء من 3 إلى 10 أيام وسطياً 6 أيام حيث خرج أغلبية المرضى على علاج بالأسبرين و الغلوبيدوغريل وحاصر بيتا وخافض كولسترول ونسبة أقل مثبطات الأنزيم وحاصر كلس و نتروغليسبيرين.

جدول رقم 14 يبين الأدوية التي خرج المريض عليها

الأدوية التي خرج المريض عليها								
	7	6	5	4	3	2	1	
الدواء			مثبطات الأنزيم	بلوفكس	حاصريبيتا	الستاتينات	أسبرين	
العدد	67	76	161	275	284	328	361	
%	17%	19%	40%	69%	71%	82%	90%	



تمكنا من متابعة 264 مريضا بشكل جيد حتى ستة أشهر من التخرج من المستشفى ،8 مريضى ماتوا خلال فترة المتابعة ،86 مريض شكا من أعراض قلبية متكررة دفعت 33 مريضا منهم إلى مراجعة المستشفى حيث تم قبولهم، 126 مريضا أجرى قثطرة قلبية، 18 مريض أجروا جراحة مجازات إكليلية. 132 مريضا مدخن تم متابعتهم، فقط 24% منهم أقلع عن التدخين بشكل تام كما ادعوا ، 49% منهم أوقف التدخين لعدة أسابيع فقط أو قلل من كمية السجائر التي يدخنها خلال اليوم (إقلاع جزئي).

جدول رقم 15 يبين التغيير الحاصل على المرضى المدخنين بعد ستة أشهر من الاستشفاء

التدخين				
العدد الكلي	المدخنين	الاستمرار بالتدخين	الإقلاع	إيقاف جزئي
256	132	36	31	65
النسبة	100%	27%	24%	49%

طراً تغير شامل على طبيعة حياة 86 مريضاً إما من ناحية العمل أو الوظيفة أو طبيعة التغذية أو النشاط الفيزيائي أو الحياة الاجتماعية.

ربع المرضى فقط التزموا بحمية جيدة وممارسة الرياضة بشكل منتظم الكوليسترول كان مثالياً ( الكلي أقل من 150 ملغ% دل و LDL أقل من 100 ملغ % دل) عند 96 مريضاً غير مثالي عند 66 مريضاً غير مراقب عند 94 مريضاً.

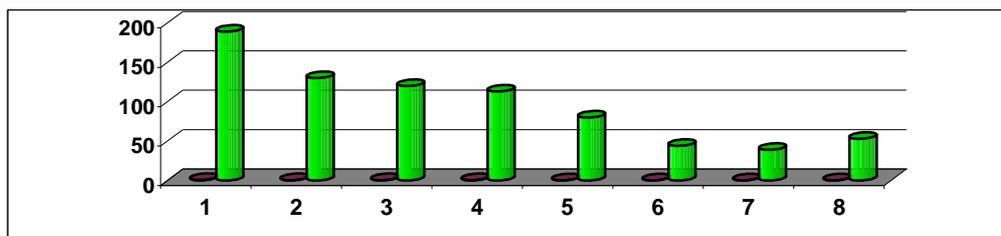
جدول رقم 16 يبين تفيد المرضى بالنصائح والتعليمات المعطاة لهم

الحمية			الرياضة			الكوليسترول		
جيدة	مقبولة	دون	جيدة	مقبولة	دون	طبيعي	مرت	غير مراقب
57	110	89	41	62	153	96	66	94

التزام المرض بالأدوية الموصوفة لهم كان 74% بالأسبرين 51% حاصر بيتا 47% غلوبيدوغريل 44% ستاتينات 21% لا يأخذوا أي دواء حالياً .

جدول رقم 17 يبين نسبة التزام المرضى بالأدوية الموصوفة لهم

الأدوية								
الدواء	1	2	3	4	5	6	7	8
أسبرين	233	156	180	213	97	84	46	0
حاصر بيتا	91%	61%	70%	83%	38%	33%	18%	0
غلوبيدوغريل	189	130	120	113	80	44	39	53
مثبطات الأنزيم	74%	51%	47%	44%	31%	17%	15%	21%
حاصر كلس								
دون أدوية								



## مناقشة النتائج:

من الملاحظ أن الداء الإكليلي يصيب الرجال بنسبة أكبر وعمر أصغر من النساء، مع ملاحظة أن متوسط العمر في دراستنا (56 سنة) هو أقل نسبياً من الدراسات العالمية (فرنسا 67 سنة). تقريباً نصف المرضى وصلوا إلى المستشفى خلال الست ساعات الأولى للظهور الأعراض، مع ملاحظة أن وقتاً ثميناً ضاع بسبب عدم المبالاة من المريض أو المحيطين به من جهة أو بسبب استدعاء طبيب إلى المنزل، ويلاحظ أيضاً أن المرضى الذين في سوابقهم مرض قلبي وعائي كانوا الأكثر إرساعاً إلى المستشفى. لا توجد أي قواعد متبعة في إسعاف هؤلاء المرضى، و لا يوجد أي منهج علاجي متبع في تدبير المرضى لا في الإسعاف و لا في العناية المشددة.

يلاحظ حالات لا بأس بها تكون الأعراض والعلامات غير وصفية للمرض بشكل دقيق ، مثل الغشي التعرق أو الغثيان المعزول خدر الطرف العلوي الأيسر المعزول تخطيط القلب الذي لا يحوي علامات لمرضى إكليلي حاد .

التدخين هو أكثر عوامل الخطورة انتشاراً عند الرجال، بينما يشكل ارتفاع التوتر الشرياني والسكري أهم العوامل عند النساء ،مع ملاحظة انخفاض نسبة اضطراب الشحوم مقارنة بالدراسات الغربية. يلاحظ قصور كبير في التعامل مع المرضى الذين يحتاجون قنطرة إسعافية، بسبب عدم توفر مركز قنطرة في مستشفىنا حيث أقرب مركز قنطرة يبعد أكثر من ساعتين عنا، وكذلك بسبب التكلفة المادية المرتفعة. لا يوجد أي شكل من أشكال إعادة التأهيل للمرضى بعد التخرج من العناية المشددة. ضعف التواصل بين المريض والطبيب الذي يعكس النسبة المتدنية لالتزام بالمعالجة من قبل المرضى ونقص المعرفة الصحية التي تساهم في حسن العلاج والوقاية.

## التوصيات:

1. يجب وضع أسس وقواعد تتبع في إسعاف مرضى المتلازمة الإكليلية الحادة .
2. وضع استراتيجية ومنهج عمل لتدبير مرضى المتلازمة الإكليلية الحادة في الإسعاف والعناية المشددة.
3. ضرورة وجود كادر طبي وتمريضي مدرب ومجهز من أجل تقديم أفضل إسعاف بأقصر زمن ممكن.
4. التأكيد على أهمية تعديل عوامل الخطورة القابلة للتعديل في الوقاية والعلاج.
5. ضرورة الاستفادة من فترة وجود المريض بالمشفى من أجل تثقيف المريض و المحيطين به حول هذا المرض: الأعراض؛ عوامل الخطورة؛ طرائق الوقاية والعلاج و الإسعاف؛ وأنه مرض مزمن يتطلب علاجاً مستمراً.
6. العمل على إصدار كتيب يتضمن كل المعلومات عن الداء الإكليلي بلغة غير تخصصية .
7. الحاجة الماسة لوجود مركز قنطرة قلبية في كل محافظة بالحد الأدنى.
8. ضرورة تأهيل المرضى بعد التخرج من العناية المشددة بمراكز خاصة لهذا الغرض.

## المراجع:

- 1.Cecil Essential of Medicine.
- 2.Cover of pointed acute coronary syndromes in the general centers . Results of the register RICA 2000 . Annales de cardiologie et d angiologie 51(2002).
- 3.Keil JE, Sutherland SE, Knapp RG, et al: Mortality rates and risk factors for coronary disease in black as compared with white men and women. N Engl J Med 1993 Jul 8; 329(2): 73-8.
- 4.Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al: ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am.
- 5.8-Ronner E, Boersma E, Laarman GJ, et al: Early angioplasty in acute coronary syndromes without persistent ST- segment elevation improves outcome but increases the need for six- month repeat revascularization: an analysis of the PURSUIT Trial. Platelet glycoprotein IIB/IIIA in Unstable angina:. J Am Coll Cardiol 2002 Jun 19; 39(12).
- 6.Gandhi MM, Lampe FC, Wood DA: Incidence, clinical characteristics, and short-term prognosis of angina pectoris. Br Heart J 1995 Feb; 73(2): 193-8.
- 7.Davies MJ, Thomas AC: Plaque fissuring--the cause of acute myocardial infarction, sudden ischaemic death, and crescendo angina. Br Heart J 1985 Apr; 53(4): 363-73.
- 8.Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, et al: Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in no diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. N Engl J Med 1998 Jul 23; 339(4): 229-34.