مقایسه نتایج زودرس عمل جراحی ترمیم نقص دیواره دهیلیزی به دو روش توراکوتومی محدود و استرنتوتومی کامل

دکتر رضا ریزی
دکتر مراد هاشمی
سوحن حسن زاده سمیعی
دکتر ناصر صافتی

فوق تخصص جراحی قلب. داشتیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی، مرکز تحقیقات قلب و عروق

دستور فاوت تخصص جراحی قلب، استاندارد و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی، مرکز تحقیقات قلب و عروق

کارشناس ارشد پیلوسی، استاندارد و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرآرایشی فرآیندهای بیوتکنولوژی، بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی، مرکز تحقیقات قلب و عروق

تاریخ وصول: 1392/1/16
تاریخ پذیرش: 1392/12/25

مؤلف مسئول: دکتر رضا ریزی
پست الکترونیک: drparvizir@yahoo.com
مقامه
تقاضی دیواره بین دهله‌زی (1) بر حسب محل
قرار گیری آنها بر روی دیواره شامل؛ سوراخ ثانویه (2)،
سوراخ هفته بیستم (3)، سوراخ اولیه (4) در قسمت پایین
دیواره بین دهله‌زی و سیبیوس وریدی (5) در قسمت فوقانی
dیواره در نزدیکی محل اتصال ورید اجوف فوقانی و
دهله‌زی راست بیشتر. سوراخ اولیه غالباً همراه با سایر
تقاضی تکاملی بالشکل آندوکاردی (6) مثل دریچه میترال
شکاف دار یا نفس دیواره بین بطن دیده می‌شود، نفس
سیبوس وریدی نفس معمولًا با تاغنجاری نسبی بارگشت
وریدی ریوی همراه می‌باشد در این تاغنجاری یک ورید
ربه به گال دهله‌زی چپ به دهله‌زی راست یا ورید اجوف وارد
شد و سپس افزایش شدت چپ به راست می‌شود.
در بیشتر نقص‌های بین دهله‌زی، فشار بین دو
دهله‌زی برابر می‌باشد و شدت شدت نه به اختلاف فشار
بین دهله‌زیها. بلکه به کمپرسیون نسبی بطن راست و
سئست شریانی ریه در مقابله با بطن چپ (7) و سیبیوس
شریانی سیبیوسیک به‌گونا درا. مقاومت عروق ریوی و
فشار شریانی ریه معمولًا هیپرتانسیون ریوی و شنت
راست به چپ (سندروم آیز پنتر) ایجاد می‌کند. نفس
دیواره بین دهله‌زی میک میک است در کودکی به علت افتان پا
کسی علاوه بر بالینی تشخیص داده نمی‌شود و در
سوflies چه شی (7) ناشی از افزایش جریان خونی که از

1- Atrial Septal Defect (ASD)
2- Ostium Secundum
3- Fossa Ovalis
4- Ostium Primum
5- Sinus Venosus
6- Endocardial Cushion
7- Ejection Murmur
برقراری جریان خون خارج بدنی از راه فسور و فصور به دلیل راستی نیز بستن نقش های بین دهیزی با روش هایی که تهیه می‌شود. مزیتهای اعمال جراحی کمتر تهاجمی کافی به روش پوستی کرکک، تسهیل برکشتن فعالیت و کنترل اقامه بیمار در واحد مراقبت های ویژه و بیمارستانی می‌باشد [2].

هدف از این مطالعه مقایسه نتایج پیس از عمل جراحی در دو گروه بیمار که به دو روش استرتوتوومی و توراکوتومی در بیمارستان قلب شهید مدنی تبریز تحت عمل جراحی ترمیم نقش دیواره به دلیزی قرار گرفته بودند می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این بررسی یک مطالعه توصیفی- تحلیلی به صورت گشتنی گر می‌باشد. در این مطالعه پرونده همسه 73 بیماری که از سال 1367 تا 1377 پرونده عمل جراحی ترمیم نقش دیواره به دلیزی به دو سری در استرتوتوومی و توراکوتومی قرار گرفته بودند پرونده بیماری مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق پرسشنامه ای شامل: اطلاعات قبل، حین و بعد از عمل جراحی، جمع آوری گردید. در این مطالعه بیماران به دو گروه کوه اول (توراکوتومی 28 نفر) و گروه دوم (سترتوتوومی 25 نفر) تقسیم شدند. در این مطالعه بیماری که مبتلا به نقش دیواره باشد دلیزی و به وسیله یک جراح در دو گروه تحت عمل جراحی قرار گرفته بود، به چنین عمل جراحی آنها…

1- Statistical Pakage for Social Sciences
2-Fisher Exact test
3-Mann Whitney
جدول ۱: فراوانی انواع نقص دیواره دهلیزی و ضایعات همراه در بیماران

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>استروکوتومی محدود (عدد)</th>
<th>استروکوتومی کامل (عدد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۰</td>
<td>۰</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی پرپروم</td>
<td>۰</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی نوع پرپروم و نارسایی میترا و تریکورسید</td>
<td>۲۶</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی درجه ۲</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی درجه ۲ و نارسایی میترا</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی درجه ۲ و نارسایی پرپروم</td>
<td>۰</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی درجه ۱ و نارسایی اتصال و ریزی پرپروم</td>
<td>۲</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی درجه ۲ و نقص دیواره دهلیزی نوع سیستم پیشمرگه‌ای با اتصال و ریزی پرپروم (۱)</td>
<td>۰</td>
<td>۲</td>
</tr>
<tr>
<td>کانال دهلیزی به میترا (۲)</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کانال دهلیزی به پرپروم (۳)</td>
<td>۰</td>
<td>۲</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۲۸</td>
<td>۳۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

۱- Patent foramen ovale
۲- Partial anomalous pulmonary venous connection
۳- Complete atrioventricular canal
۴- Partial atrioventricular canal

جدول ۲: توزیع فراوانی انواع تریم های انجام شده در بیماران

<table>
<thead>
<tr>
<th>انواع تریم</th>
<th>استروکوتومی محدود (عدد)</th>
<th>استروکوتومی کامل (عدد)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی باهج سیستم پیشمرگه‌ای دار</td>
<td>۰</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی کمپوزیت میترا و پرپروم</td>
<td>۲</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی و کمپوزیت میترا و پرپروم</td>
<td>۰</td>
<td>۵</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی و نارسایی پرپروم</td>
<td>۰</td>
<td>۲۸</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی و نارسایی میترا و تریکورسید</td>
<td>۱</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی و نارسایی پرپروم و میترا</td>
<td>۰</td>
<td>۱</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی و نارسایی پرپروم و میترا</td>
<td>۰</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نقص دیواره دهلیزی باهج سیستم پیشمرگه‌ای با ریگن</td>
<td>۱</td>
<td>۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۲۸</td>
<td>۳۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>
توجه: نتایج زور درس عم جراحی ترمیم بین دهلیزی به دو روش میزان متوسط خون تزریق شده در بیماران: گروه یک (378/1/2 میلی لیتر) و در گروه دو 24/4/5 میلی لیتر. مدت زمان متوسط این بیماران در بخش مراقبت‌های پرستاری 28 روز و در بیماران گروه 2/4/8 روز بود. طبق نظر نیاز به تزریق پلاسمای میزان مدت زمان و پیتالاسیون مکانیکی در گروه یک 9 ساعت و در گروه دو 12 ساعت بود و از نظر مقدار خونریزی بعد از عمل نیز اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. در جدول ۳ نتایج عمل جراحی در هر دو گروه نشان داده می‌شود.

جدول ۳ نتایج عمل ترمیم بین دهلیزی و ضایعات محرک در بیمار عمل شده به دو روش ثوراکوتومی حذفی (گروه ۱) و استریتوکوتومی کامل (گروه ۲)

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>میانگین انحراف معيار</th>
<th>تحداد انحراف نخما (متوسط)</th>
<th>سطح معنی داری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>سطح بدن (متر مربع)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>کسر تحلیل قلب (درصد)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>زمان عمل (ساعت)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>زمان کلی آگرتور (دقیقه)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>زمان سپارکولاسیون خارج بدن (دقیقه)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>زمان اکستراستان (ساعت)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>زمان اکستراستان در بخش مراقبت‌های ویژه (روز)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>زمان اکستراستان در بیمارستان (روز)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>میزان خون تزریقی (میلی لیتر)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>میزان پلاسمای تزریقی (میلی لیتر)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>درمان روز اول پس از عمل (میلی لیتر)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>درمان روز دوم پس از عمل (میلی لیتر)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>کل درمان پس از عمل (میلی لیتر)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>عمل جراحی (دقیقه)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
<tr>
<td>عوارض (مورد)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>NS*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Not Significant
بحث و نتیجه کلی

اگر چه استرتوپلی میانی روش استاندارد برای ترمیم بیماری‌های مادرزادی قلب می‌باشد، ولی طول پریش بیشتر، دید پس از عمل جراحی، معقای حاصل از لیس تمیزی و احتمال عوارض استرتوپلی را از قبیل؛ از هم کسب می‌کنند. استرتوپلی است. استرتوپلی و میانی‌تیجی‌تیجی از عوارض مهم این روی می‌باشد. در مورد عمل جراحی ترمیم نقص دیواره بین دهلیز استرتوپلی جای خود را رفته رفته به اعمال کننده تهاجمی از قبیل: توراکتوپلی و ویپوسکوپی و داده است [2] مزیت عمده جراحی کتنه تهاجمی اجتناب از استرتوپلی کاملاً است و در نتیجه با توجه به آسیب کننده (اسکلریت عضلانی) به بیمار و دستگاه‌یمثل آن‌لاین کتنه مرجع عمل، فراوانی عفونت پس از عمل از جمله: عفونت میانی‌تیجی و در دید پس از عمل کتنه می‌شود. تجربیات قبلی جراحان نمای تجویز این است که جراحی های کتنه تهاجمی قسمه صدری و قلب بی‌خطر، حداصل نازخته، حدااقل در پس از عمل جراحی، برگشت سریع تر به کنار و فعالیت، نتایج عملی حاصل از ترمیم از نظر زیبایی، می‌تواند کتنه در بیمارستان و بالغ مخاطب مبتلا برای بیمار در بر خواهان단ش [2].

البته در دو گروه بیماران مورد مطالعه با توجه به تعداد بیماران عمل شده درصد کمی عوارض از جمله دو مورد مرگ در گروه کتنه تهاجمی و دو مورد مرگ در گروه استرتوپلی می‌باشد. همچنین عوارضی از قبیل نیاز به عمل و تفتیش مجدد و ترمیم دیواره درچه میترال با حلول پروستاتیک لازم شد. و لی در کل از نظر آماری

مجله اربعین دانش - سال دهم - شماره ۲۸ - تابستان ۱۳۸۴

48
وجود دارد که صرف نظر از روش‌های مداخله‌ای که معمولاً خاص خودش را دارد، به نظر می‌رسد راه توراکوتویی محدود قدامی طرف راست روش جانشینی مناسب باشد [4].

در بیماران مطالعه حاضر اگر چه راه کمتر تهیه می‌زند بارز و بررسی‌های داشته، ولی با توجه به امکانات موجود در آن مرکز نتایج در حد قابل قبولی در مقایسه با روش‌های مرسوم داشته است. در تجربیات جراحان دیگر استفاده از آن روش به ویژه از نظر کاهش موربیدیت و مورتالیتی و حفظ زیبایی با نتایج قابل قبولی همراه بوده است [5].

به طور کلی عمل جراحی ترمیم نقص دیواره دهیلیزی با توراکوتویی از نظر زیبایی خصوصاً برای بیماران مؤنث بسیار خوب است و این روش عوارض و مراکز مهر بیشتری ندارد و می‌تواند هزینه بیمارستانی را کمتر نماید. بنابراین به عنوان یک روش علمی و با نظر کمتر قابل توصیه برای تمام همکاران این رشته می‌باشد.

تقدیر و تشکر

لازم می‌دانیم از فریبای سالک و مجید مشارکت مؤسس محرز کامپیوتر مرکز تحقیقات بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز به خاطر همکاری صمیمانه شان کمال تشکر را داشته باشیم.
Early Results of Median Sternotomy Versus Right Anterolateral Thoracotomy in Atrial Septal Defect Closure

Parvizi R, Hashemzehi M*, Hassanzadeh S, Safai N.

* Associate Professor of Cardiovascular Surgery, Tabriz University of Medical Sciences
** Assistant Professor of Cardiac Surgery, Tabriz University of Medical Sciences
*** Assistant Professor of Anesthesiology, Paramedical Faculty Tabriz
**** Assistant Professor of Cardiac Surgery, Tabriz University of Medical Sciences

KEY WORDS:
Atrial Septal Defect (ASD), Median sternotomy, Right anterolateral thoracotomy

Received: 16/1/1384
Accepted: 25/2/1384

Corresponding Author: Parvizi R
Email: drparvizir@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Atrial septal defect (ASD) closure by surgery is a standard method with low mortality and complication rate. Nowadays, surgeons prefer to use less invasive methods including interventional and limited thoracotomy. The aim of this study was to compare the post surgical results in two groups underwent ASD surgery, by sternotomy or thoracotomy method.

Materials & Methods: This retrospective study was performed in Shahid Madani heart hospital from 1998-2003 on 73 patients who underwent ASD surgery. Data were collected by filling out a questionnaire.

Results: Group I (thoracotomy) included 38 patients with mean age of 23.84±3.2 years and group II (complete sternotomy) included 35 patients with mean age of 21.82±2.3 years. The results were almost the same in both groups except for longer operation time (p=0.01) and shorter hospitalization period (p=0.01) in group I.

Conclusion: Considering lower injury by surgery and better cosmetic results, ASD repair by thoracotomy seems to be a suitable method.
REFERENCES: