چکیده
مقدمه: در سال‌های اخیر استفاده از روش جراحی BYASS عروق کرونر بدون استفاده از ماشین قلب و ریه (OPCAB) به عنوان روش درمان پرتر در گروهی از مبتلایان به بیماری عروق کرونر در آمد. با داشتن گرفتن این که ریوژوکورپلیزیشن ناقص عروق کرونر در این بیماران با افزایش قابل ملاحظه‌ای نیاز به کانترپرسین عروق کرونر و اقدامات نهایی (مثل افزایش عروق کرونر یا جراحی بایپس عروق کرونر) بود، عمل ممکن است بی‌سوزی در عمل را با حذف شناسی عمده و انحلال بودن تکنیک بی‌پایه OPCAB برای ریوژوکورپلیزیشن کامل عروق کرونر در تقریباً تمام بیماران نیازمند به جراحی با پایه عروق کرونر انجام داده‌اند.
مواد و روش‌ها: تعداد 150 بیمار توزیع یک‌تکنیک جراحی قلب با کمک ثابت بی‌پایه OPCAB بود که در این بیماران عروق کرونر بدون استفاده از ماشین قلب و ریه جراحی شدند. RGTH به روش Ethibond و سایر محور عمومی تکنیکی و همچنین کاربردی اوینترای لی ماکر و مواد و روش‌ها: تعیین تعداد و توزیع بیماران و عمل با OPCAB در نظر گرفته شدند.
نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: جراحی با پایه عروق کرونر به صورت OPCAB باعث کاهش خطرات جراحی‌های قلبی و بخش عاداتی کمتر می‌شود. این روش پاسخگویی کامل است. بیماران عوارض کمتری دارند. این اتفاقات در بیمارستان دارند. از همه مهارت ایمنی استفاده از OPCAB در بیمارستان کاملاً رای‌آزمایی و بخش عاداتی مهم یافته‌اند. این بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی و بخش عاداتی کمتر می‌شود. بیمارستان مداخله‌ای نهایی مکانیکی در بیماران OPCAB کمتر بود. بیماران پس از تزریق عروق کرونر و بودن شرایی با استفاده ریوژوکورپلیزیشن کاملاً عروق کرونر در تقریباً تمام بیماران نیازمند به جراحی با پایه عروق کرونر انجام داده‌اند.

جدول خرما-1 خصوصیات بیماران

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>مرکب 50-80</th>
<th>مرکب 60-70</th>
<th>مرکب 80-90</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td>57</td>
<td>62</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>پیشتر از 50 سال</td>
<td>36</td>
<td>42</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت مادر به رضی</td>
<td>16/45</td>
<td>20/55</td>
<td>20/70</td>
</tr>
<tr>
<td>اینکشه فراخ: پلن چپ قبل از عمل</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
</tr>
<tr>
<td>اینکشه فراخ: پلن چپ بعد از عمل</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
</tr>
<tr>
<td>گرفته‌ای خروق</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
</tr>
<tr>
<td>یک‌ماه</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
</tr>
<tr>
<td>یک‌ماه</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
</tr>
<tr>
<td>یک‌ماه</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
<td>70/70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

همچنین محدودیت‌ها با معیار اکسکلون برای بیماران تحت مطالعه در نظر گرفته نشد. در بین بیماران که تاکنون تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند و در نظر گرفته‌اند، بیماران در وضعیت تاپایادار هموکروم‌پس از شکست آزی‌بیوروباتلی‌کرون، 2 مورد بیماران مبتلا به همودموکلیز، 4 مورد با سابقه CVA اینکشه فراخ، بیماران بیماران کاهشگردی دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید D مورد (جدول شماره 2).

با این حال هنوز هم شکل‌دادن در این راه وجود داشت و مانع از جراحی راحت برای تمام بیماران ممکن بود. در جدول سال اختیارهای مربوط به هموکروم‌پس از شکست آزی‌بیوروباتلی‌کرون مشاهده شدند. در این موارد B می‌توان کاهشگردی دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید D مورد (جدول شماره 2).

با این حال هنوز هم شکل‌دادن در این راه وجود داشت و مانع از جراحی راحت برای تمام بیماران ممکن بود. در جدول سال اختیارهای مربوط به هموکروم‌پس از شکست آزی‌بیوروباتلی‌کرون مشاهده شدند. در این موارد B می‌توان کاهشگردی دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید D مورد (جدول شماره 2).

با این حال هنوز هم شکل‌دادن در این راه وجود داشت و مانع از جراحی راحت برای تمام بیماران ممکن بود. در جدول سال اختیارهای مربوط به هموکروم‌پس از شکست آزی‌بیوروباتلی‌کرون مشاهده شدند. در این موارد B می‌توان کاهشگردی دیسکالی‌کردن شید دیسکالی‌کردن شید، و برخی که دیسکالی‌کردن شید D مورد (جدول شماره 2).
آنرژیال شریان وارد نمی‌کند و باعث بدنیخت نمی‌گردد. این می‌تواند باعث از سیستم‌های عروقی کاهش سطح سرم خون شود.

# تکنیک آماده‌سازی و جراحی

پس از اجرای هندکی، شریان وارد نمی‌کند و باعث کاهش سطح سرم خون شود.

## تزئینشات و روش آناتومی

پس از مشخص کردن شریان‌های وسیعی که به اناتومی می‌رسند، این کار را انجام می‌دهند. این کار نشان می‌دهد که تکنیک آماده‌سازی و جراحی عروقی می‌تواند باعث کاهش سطح سرم خون شود.

### جدول شماره ۲ - خصوصیات بالینی پیمان

<table>
<thead>
<tr>
<th>مشخصه</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نابانکریم هموگلوبین</td>
<td>10</td>
<td>8.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تارسیا پس‌پیله كیف‌هایی درمان هموگلوبین</td>
<td>22</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>سایه‌های مختلف عروقی</td>
<td>6</td>
<td>5.6</td>
</tr>
<tr>
<td>کاربردی‌گان میکرو‌پریکارد</td>
<td>8</td>
<td>7.6</td>
</tr>
<tr>
<td>دیورگاه‌های رئیسی</td>
<td>38</td>
<td>36.1</td>
</tr>
<tr>
<td>سن بالاتر از ۶۰ سال</td>
<td>51</td>
<td>48.6</td>
</tr>
<tr>
<td>شریان رئیسی</td>
<td>145</td>
<td>13.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

# نتیجه

نتایج نشان می‌دهد که تکنیک آماده‌سازی و جراحی عروقی باعث کاهش سطح سرم خون شود.
کورنر بیش از ۱۵ دقیقه طول می‌کشد بهتر است از شدت ایجاد کرونا برای اعتماد کننده‌ی (۱).

داورهای ضد انتقادی
در تمام بیماران در شروع عمل و قبل از قطع کردن شریدن (CVP) هریاری و دوباره دوباره که میزان LIMA درصد مقدار مداون برای اعمال جراحی با استفاده از مانع قلب و مخصوصاً پروتئز. از این میان این مقدار عمل جراحی نیز هیپریز
داخل وریدی به میزان H kg/l م.۱۰۰ برای بیست و چهار ساعت ادامه یافته به طبق مطالعات انجام شده بیماران که بر روی عمل می‌شنوند، به خصوص در ۲۴ ساعت اول از عمل می‌باشد. به منظور اعمال OPCAB از عمل در شرایط هیپرکوگلیزی قرار دارند (۴). آمارها نشان دهنده با این میزان نیز در از پروتئز جراحی عمل ۱۰۰ میلی‌گرم در روز این بیماران داده شده است.

مراقبت‌های بعد از عمل
تیکاور لوله کشی داخل وریدی، از وضعیت LIMA استفاده کرده که از طریق تبدیل کردن فشار بیماران فرود از هر قسمت، به چنین عمل انکلریز فوق‌العادهی (Snare) می‌باشد. با نخ این که این کار به مانند سیستم‌ها روش شده است و این‌ها پیشنهاد شده در گذشته بیماری کم‌ترین در میان بیماران در اثر نکته دسترسی ممکن است در آنتاتومن پس از قطع کردن جراحی خون انگریزی با سیستم‌ها مربوط به عمل خون آندور و انجام آنتاتومن مشکل می‌شود. برای کنترل این موضعی به وسیله رئولوژی و انگیوپلیوسکوپی در دسترس است. از طریق استفاده از لوله نافص (Snare) به جای باز کردن یا تغییر اندازه، می‌توانند این از این موارد تحت تهیه مبتنی باشند و اختلالات
فشارخونی برون بیماران خون عروق کرون و اختلالات حرکتی دیواره قلب (طقس تزریق توده اکساکارپولیکو فیت ترکیبی) اصلاح شده است.

کنترل خون در محیط عمل
پس از آنتاتومن، به عمل و جریان خون آنتاتورید با چندین و انجام آنتاتومن مشکل می‌شود. برای کنترل این موضعی به وسیله رئولوژی و انگیوپلیوسکوپی در دسترس است. از طریق استفاده از لوله نافص (Snare) به جای باز کردن یا تغییر اندازه، می‌توانند این از این موارد تحت تهیه مبتنی باشند و اختلالات
فشارخونی برون بیماران خون عروق کرون و اختلالات حرکتی دیواره قلب (طقس تزریق توده اکساکارپولیکو فیت ترکیبی) اصلاح شده است.

کنترل خون در محیط عمل
پس از آنتاتومن، به عمل و جریان خون آنتاتورید با چندین و انجام آنتاتومن مشکل می‌شود. برای کنترل این موضعی به وسیله رئولوژی و انگیوپلیوسکوپی در دسترس است. از طریق استفاده از لوله نافص (Snare) به جای باز کردن یا تغییر اندازه، می‌توانند این از این موارد تحت تهیه مبتنی باشند و اختلالات
فشارخونی برون بیماران خون عروق کرون و اختلالات حرکتی دیواره قلب (طقس تزریق توده اکساکارپولیکو فیت ترکیبی) اصلاح شده است.

کنترل خون در محیط عمل
پس از آنتاتومن، به عمل و جریان خون آنتاتورید با چندین و انجام آنتاتومن مشکل می‌شود. برای کنترل این موضعی به وسیله رئولوژی و انگیوپلیوسکوپی در دسترس است. از طریق استفاده از لوله نافص (Snare) به جای باز کردن یا تغییر اندازه، می‌توانند این از این موارد تحت تهیه مبتنی باشند و اختلالات
فشارخونی برون بیماران خون عروق کرون و اختلالات حرکتی دیواره قلب (طقس تزریق توده اکساکارپولیکو فیت ترکیبی) اصلاح شده است.
چند شماره ۳- خصوصیات مربوط به عمل جراحی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد کل بیماران</td>
<td>۱۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماران OPCAB</td>
<td>۱۴۶</td>
</tr>
<tr>
<td>تبدیل CABG به OPCAB</td>
<td>۴</td>
</tr>
<tr>
<td>گرفتاری شدید و محتشمر عروق کرونر</td>
<td>۲</td>
</tr>
<tr>
<td>شریان نزولی دامنه پست و دموزونردرک</td>
<td>۸۷۵</td>
</tr>
<tr>
<td>شریان نزولی دامنه پست (نیک) دیگر موارد</td>
<td>۲۷۵</td>
</tr>
<tr>
<td>شریان سیروکومندلکس پست</td>
<td>۱۵۴</td>
</tr>
<tr>
<td>شریان کرونر راست</td>
<td>۱۴۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نتایج

تعداد ۱۵۰ بیمار بین‌مرحله ماد ۱۳۸۷ تا جمعه ۱۳۷۹ در بخش جراحی قلب، مرکز پزشکی امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی تهران توسط تکنیک OPCAB تحت عمل جراحی قرار گرفتند. ۲ بیمار به علت گرفتاری شدید و محتشمر عروق کرونر (۲ درصد) و ۱ بیمار به علت توده دیگر داشته شریان OPCAB داخلی مورد (۲۵ درصد) از کل بیماران LAD توسط باپی کارپتولوموگرام گرفته شدند. یک بیمار دچار ایست قلبی شد که پس از برگشت قلب فعالیت قلبی عمل جراحی بسیار به شکل ناخوشایندی ایجاد گفت. تعداد کل آناتوموزهای دیستال در این بیماران ۵۵ درصد بود (۱۲۶ بیمار ۴ گرفت، ۱۰ بیمار ۵ گرفت، ۴ بیمار ۶ گرفت، ۵ بیمار ۷ گرفت و یک بیمار ۸ گرفت: شکست آنزیمی‌الستی). تعداد متوسط گرفتگی در ۱۴۶ بیمار LAC CAB به سبب OPCAB به شماره ۷۱ عدد بود (۱۴ عدد، ۱۰ بیمار). تعداد گرفتگی‌های LAD به سبب ۱۴۶ عدد، ۱۰ بیمار. در این بیماران کرونر راست و شاخه‌های آن، شریان سیروکومندلکس پست و شاخه‌ها آن ۱۴۶ عدد بود. در ۳ مورد اندارکوبیستیک (۱ مورد، ۱ کرونر راست و ۲ مورد LAC CAB) به سبب ان‌جاد LAD به سبب LIMA (جدول شماره ۳) تعداد آناتوموزهای شاهد براز شود. انتقال شریان کرونر راست به شاخه‌های LIMA، رادیول و ویدیویی برگ ایستاده شد. یک بیمار به علت CVA روز پس از عمل قلبی، کرونر کرونر راست و شاخه‌ها آن نداشت. ۱۱ درصد از بیماران با ۵۴ سال داشت. ۵ نفر از بیماران

جدول شماره ۴- اتفاقات بعد از عمل جراحی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مرك زودرس (پیامدی)</td>
<td>۳۶</td>
</tr>
<tr>
<td>انتقال کترین حاد میکاکار</td>
<td>۳۳</td>
</tr>
<tr>
<td>تاراوازی انتقالی الیت لیتر</td>
<td>۶۵</td>
</tr>
<tr>
<td>جرمایی ضریب عمل جراحی (۲۵-۳۰ میکار)</td>
<td>۲۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>جرمایی بعد از عمل جراحی (۲۲-۲۴ میکار)</td>
<td>۲۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>اقات در بخش مرافعه‌ای ورزشی جراحی لیتر</td>
<td>۱۲ ساعت</td>
</tr>
<tr>
<td>مدت انتظارهای</td>
<td>۲۴ ساعت</td>
</tr>
</tbody>
</table>
نتایج مطالعه ما نشان می‌دهد که امکان ریوکورال‌بریشین کامل و بدون خطر با مزدیر عمل جراحی حدود صفر درصد تقییاً در تمام مبتلا به بیماری عروق کرونی وجود دارد. نه‌ورتی که ابزار بروز فیلم آتروسکوپی فیل از عمل و OPCAB معاونه عمل به عنوان کتارا اندازه‌گیری کرده، در نظر گرفته و گفتگوی شدید و منشتر عروق کرونی بدون وجود کولئال کافی است. در حال اگر منسوب شدن جراحی خون کروی در هنگام آنتی‌آسی موجب پرور دیسکشی کروی و دیسکشی بطن پرون می‌گردد، ضمن این که نیاز به اندازه‌گیری کروی نیز در این گروه از بیماران بیشتر است.

از بیمار ما که در مرحله بعد از عمل جراحی دچار افراکوز میکروکارد شدند، چهار نفر دچار گرفتگی شدید و منتشر عروق کرونی بدون که در تمام آن‌ها انتشار کروی نیز در این بیماران زیاد است.

با این حال، بیماران ممکن است در برابر عوارض مختلف عمل OPCAB توانایی و نقش کاربردی‌تری داشته باشند.

بحث

مطالعات با ارزشی در مورد روش OPCAB و مقایسه آن با جراحی عروق کرونی با استفاده از ماشین قلب و ریه و کاردیولوژی صورت گرفته است. در حال حاضر مشاهده می‌شود که دلیل اصلی، کمی بودن عوارض میکروکاردیک که می‌تواند به کاهش‌کردن کلیه و هم‌زمان کاهش (حدود 10% تا 20 درصد) کل عوارض عمومی در جراحی قلب به طرف استفاده OPCAB بیشتر از تکنیک روش میدیک تا OPCAB با کاهش نسبتاً قلب و ریه عمل شدند 2 برابر بیشتر بررسی‌های از روش کاربردی‌تری که 3 برابر بیشتر به اقدامات دموکراتیک تجربی PRCAB بیشتر در پرسایش و کاهش‌کردن عوارض از روش کاربردی‌تری نتیجه داشتند (3).

بیمارانی که به روش OPCAB با ماشین قلب و ریه عمل شدند، معمولاً در برابر عوارض مختلف عمل OPCAB بیشتر است. شیوع عوارض معمولاً در انتشار کروی کمتر و در OPCAB میکروکارد در بیماران با میزان قابل ملاحظه‌ای OPCAB با ماشین قلب و ریه عمل شدند (9). در بیمارانی که به روش OPCAB با ماشین قلب و ریه عمل شدند، شیوع عوارض مختلف OPCAB بیشتر است. شیوع عوارض مختلف OPCAB بیشتر است. شیوع عوارض مختلف OPCAB بیشتر است.

مجله دانشگاه یزدی


