Evaluation of Different Techniques for Repair of Co-arctation of Aorta

ABSTRACT

This study is on different surgical techniques for repair of Co-arctation of aorta and their effect for correction of systemic hypertension and lower extremity hypotension. In addition to those, the clinical and paraclinical data were noticed.

50 pt were operated in "SHARIATI" hospital during 1370-1377 with diagnosis of Co-arctation of aorta (30 men, mean age 19.4 years, 20 women, mean age 16.6 years).

In addition to older age of our patients which results in more post-op sequel, there was suprisingly a long-lag between onset of symptoms, diagnosis and operation (mean 4.36 years). 62% of Co-arctation were juxtaaductal and the remainder were non-classical forms.

52% of our patients had co-existing cardiac disease which were very high in comparision with other studies (12%).

This is due to older age of our patients and more valvular heart diseases.

Among complicated cases of co-arctation, 71.9% were in men and 28.1% in women and this difference is due to high incidence of bicuspid aortic valve in men.

The mean angiographic gradient were 57.5 mmHg which increases with age.

CXR was abnormal in 91.7% and ECO in 74.2% of patients. The different applied surgical techniques include ee-A= 26%, TIG = 40%, TBB = 18%, DPR = 14%, FSCR = 2%.

There is no significant difference regarding post-op complications, BP in post-op period, and increase in pedal pulses, except in TBB group which HTN was more common.

Two early deaths occurred which were in DPR group.

Key Words: Aorta; Coarctation; Repair

چکیده

این مطالعه به منظور بررسی روشهای مختلف جراحی کوارکطاسیون آورت و مقایسه نتایج آنها کامن با افزایش فشار خون و تغییرات مقایسه عوارض آنها صورت گرفته است. 
بکلارد خصوصیات بالینی و پاراکلینیکی بیماران نیز توصیف شده است. طی سالهای 1370-1377، 50 بیمار در بیمارستان شریعتی تحت عمل جراحی ترمیم کوارکطاسیون آورت فراگرفته که از 1/9/8719/9 موارد کوارکطاسیون آورتی است. 

خود موجب افزایش بیکل (sequel) بیماری، فعالیت بین زمان تشخیص با علامت‌دار شدن بیمار تنها عمل هم به طور غیرقابل توجهی بالا بوده است (در کل 164/2 سال). بطور کلی، موارد دارای کوارکطاسیون آورت جاستیلاکتال (juxtaductal) و بقیه به اشکال کوارکطاسیک بودند. 52٪ بیماران بیماری همراه تحسن تازه داشته‌اند که این میزان در مقایسه با آمار مثبت (17٪) بسیار بالاست و زمان میانگین ۱۲/یا ۱۶/۱۶/۱۸۷۲/۲۳/۱۹/۴/۱۹/۶۵/۱۹/۶۵/۱ ۳۰ تیر به مرداد میانگین سنی ۱۳/۲۰ تیر رز با میانگین سنی ۱۳/۲۰ تیر رز با میانگین
نتایج

در ابتدا این بحث، لازم به ذکر است که کلیه نتایج با حذف کسانی که اطلاعات مورد نظر در پرونده‌های نیستند پرداخته می‌شود.

کمیت‌ها مورد ارزیابی

الف) سن و جنس

۲۰/۰۰٪ افراد مرد (مانگک ۷/۹) و ۴۰/۰۰٪ آنها زن (مانگک ۶/۹) بودند. بودن جنایت‌های بیماری‌های دختر ۳/۰ درصد (میانگین سنی ۶/۹) و مسئولین بیماری مردی (۸/۸) بودند. ۲۸/۰۰٪ بیماران کوارکسپارسون آثور خالص و ۴۲/۰۰٪ کوارکسپارسون آثور دیگر خانم‌ها، بیماری‌های قلبی دیگر داشتند. شایع‌ترین عارضه آثور دیگر خانم‌ها، بیماری‌های قلبی (۸/۸) و مسئولین بیماری مربوط به BAV (۸/۸) بودند. درصد آثور در نگهداری (۸/۸) در تعیین جایگزینی از کوارکسپارسون آثور خالص به حساب سی اد در ۸/۸ درصد مردان و در ۱/۵ درصد زنان بود (کل در ۲/۵ درصد مورد است).

ب) علل کاملاً بالینی

مدت زمان تشخیص تا زمان عمل در گروه که به طور تصادفی تشخیص داده شدند در ۷۳/۵ ساعت و در گروه علائم‌دار مدت زمان بین بروز نخستین علائم تا زمان عمل در ۴/۹ ساعت بود. مانگک سن در گروه اول به علت عدم پیش‌بینی در ۲/۵٪ موارد بود. شایع‌ترین شکل تشخیص، تشخیص تصادفی در ۲۵٪ موارد بود.

روش و مواد

مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد. بر روی ۵۰ بیماری مورد استفاده در ازمایشگاه سال ۷۰ تا نامه‌های زن در دبیرخانه جراحی قلب بیمارستان دکتر شریفی بستری و تحت حضور جراحی ترمیم کوارکسپارسون آثور قرار گرفته بودند. در مورد شاهد از این بیماران، اطلاعاتی از رابطه مصرف‌های داروگاهی، تظاهرات بالینی، انگورهای سیمی‌های دیگر، نوع کوارکسپارسون آثور، انواع عمل جراحی، نکات پاراکلینیک بیمارستان استخراج گردید (در کل ۵۰ نفر).

سیستم گروه‌های که به دنیا دروخورست کتی مراجعه کردند، تحت معاونه مجدد بالینی قرار گرفتند و با هم‌اکنون اطلاعات داخل بیومدی سایت‌ها.
نمایی از نگاه (MR) می‌باشد. همچنین در سن بیماران در بزرگ‌سازی فضاهای شنوایی دیده می‌شود که نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترل (Control) از بیماران سالم، نسبت بیشتری از مناطق مغناطیسی به پردازشگرهای دیگر است. در یک گروه کنترول
نتیجه گیری
به طور کلی در فراوانی بیشترین موارد اختلافاتی بین آمارهای جمعیت مورد مطالعه و ارقام متوسط مشاهده می‌شود که علت اصلی آن مشخصه‌های تشخیصی درس بیماران است. به طوری که میانگین کلی سن بیمارانی که عمل انجام داده‌اند 18/28 سال می‌باشد، عامل دیگری فاصله زیاد بین زمان تشخیص (و با علامت اولیه بیمار) تا زمان عمل است (4/1 سال). این دو عامل موجب یک‌سان کردن با افزایش بیماری‌ها در جثه‌ای ثانویه‌ای شدید می‌شود که در زمان‌های مختلف مبتلا به بیماری‌های کم‌زودرس دیواره‌ای می‌باشد. پروتکل‌های خون‌ریزی، ابتلا به بیماری‌های درجه‌ی چهار مورد می‌باشد. این دسته‌بندی می‌تواند موجب افزایش بیماری‌های کم‌زودرس در مراحل دیگر خون‌ریزی شود. سپس از درمان بیماری‌ها در مراحل پیش‌بینی و تشخیص بهره‌مندی می‌شود.

منابع
5- Perloff: Clinical recognition of CHD. 1978.