

مقایسه پیامد عمل و طول مدت بستری در زنان و مردان بعد از پیوند عروق کرونر

دکتر حسن تیموری^۱، دکتر فریدون سبزی^۲

تاریخ پذیرش: ۸۵/۳/۱۳

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۱/۲۵

چکیده

مقدمه: به نظر می‌رسد مرگ و میر در زنانی که تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند در مقایسه با مردان بیشتر است. این مطالعه به منظور بررسی نتایج بیمارستانی عمل جراحی پیوند کرونر در مردان و زنان در مرکز آموزشی درمانی امام علی(ع) انجام گردید.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی از ابتدای سال ۱۳۸۱ تا پایان سال ۱۳۸۲، تعداد ۲۰۱ بیمار تحت عمل جراحی پیوند کرونر در بیمارستان امام علی خرم‌آباد به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات بیماران از طریق بررسی پرونده‌های بیمارستانی با استفاده از آزمون آماری تی، کای دو و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش: زنان حدود ۴۶/۷ درصد از بیماران را تشکیل می‌دادند. در مقایسه با مردان، زنان مسن تر و وزن‌شان کمتر بود. حجم هماتوکریت قبل از عمل در آنان کمتر بود و فشار خون بالاتری داشتند. زمان بستری شدن زنان در بیمارستان بیشتر از مردان بود. تعداد زنان سیگاری کمتر از مردان بود. همچنین میزان شیوع عفونتهای بیمارستانی در زنان کمتر از مردان بود.

نتیجه گیری نهایی: شیوع انفارکتوس قبل و بعد از عمل جراحی عروق کرونر، تنگی شریان نزولی قدامی چپ (بیشتر از ۵۰٪)، استفاده از بالون پمپ بعد از عمل، دیابت، طول مدت بستری در بیمارستان و میزان مصرف اینوتروپ بعد از عمل در زن و مرد تفاوتی نداشت.

واژه‌های کلیدی: جراحی قلب باز، جراحی عروق کرونر، بررسی پیامد جراحی

-
- ۱- استادیار بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان - نویسنده مسؤول
 - ۲- استادیار جراحی قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی گرمانشاه

مقدمه

کمتر تخمین بزند. بهبود در تکنولوژی جراحی کرونر مخصوصاً در زنان مفید بوده و این تفاوت مرگ و میر را کاهش داده است(۱). در زنان بیماری کرونر دیرتر تشخیص داده می‌شود که احتمالاً به علت اثرات حفاظتی استروزن است. زنان جوان دارای درجات کمتری از خطر سکته قلبی نسبت به مردان هم سن و سال خود هستند و بر عکس زنان جوان دارای سکته قلبی، جزو گروه با خطر بالای مرگ و میر در مقایسه با مردان هم سن و سال هستند. این ارتباط سن و جنس در پس از جراحی کرونر هم مشاهده شده است. بر طبق گزارشات مقالات چاپ شده به نظر میرسد که زنان نسبت به مردان دارای مرگ و میر بیشتری بعد از عمل پیوند عروق کرونر باشند(۲،۳،۴،۵). دلایل متعددی در این زمینه مطرح شده که شامل سطح بدنه کمتر و عروق کرونر کوچکتر، شیوع بالای سندروم‌های حاد کرونری، افزایش فشار شربانی، دیابت و نارسائی قلبی می‌باشد (۶،۷،۸،۹). هدف از مطالعه حاضر جدا کردن نتایج بالینی مختص زنان از سایر فاکتورهای خطرساز همراه و مقایسه مرگ و میر و مریبیدیته جراحی عروق کرونر در زنان و مردان بود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۰۱ بیمار که در سال‌های ۸۱ و ۱۳۸۲ تحت عمل جراحی عروق کرونر در بیمارستان امام علی(ع) خرم آباد قرار گرفته بودند به صورت سرشماری بررسی شدند. تکنیک و روش گردش خون برون پیکری، روش معمول در ایران بود. تنها تفاوت، محافظت از قلب با کاردیوپلیزی و روش آنته گرید و رتروگرید است که روش عمل بای پس استفاده ندارد کنونی ایران می‌باشد. روش بیهوده و خارج کردن لوله تراشه در بیماران روش سنتی بود (عدم استفاده از روش سریع یا Fast Tract).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری بدست آمده از میانگین و انحراف معیار

عواقب و عوارض مربوط به جراحی عروق کرونر در طول دهه گذشته کاهش یافته است، بطوری که این عمل به یک جراحی کم خطر تبدیل شده است. در یک بررسی که از طرف جامعه جراحان آمریکا بر روی بیماران تحت عمل جراحی در دهه ۹۰ انجام گرفت کاهش مرگ و میر از ۳/۹ درصد به ۲ درصد را نشان می‌دهند. این نتیجه علی رغم وجود این حقیقت بود که در سال ۱۹۹۹ بیماران عمل شده مسن‌تر و درصد بیشتری از آنها سیگاری و مبتلا به بیماری دیابت و گرفتای هر سه رگ را داشته‌اند. در گذشته جنس مونث یکی از فاکتورهای خطرساز در کوتاه مدت در مرگ و میر و مریبیدیته جراحی کرونر بوده است. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که اکثر تفاوت موجود در مرگ و میر در ارتباط با جنس، مربوط به وضعیت نامناسب بالینی زنان در قبل از جراحی وجود بیماری زمینه‌ای در آنها بوده است. هرچند در بعضی از مطالعات جنس مونث هنوز هم یک فاکتور پیش‌بینی کننده و مستقل در مرگ و میر بیمارستانی بوده و نشانگر این مطلب است که فاکتورهای ناشناخته دیگری ممکن است سبب پیامد نامطلوب در زنان باشند. مطالعات متعددی مرگ و میر بیمارستانی کرونر نشان داده اند، چنانچه فاکتورهای زمینه‌ای در مرگ و میر دخالت داده شوند در بسیاری از مطالعات برابری آن را برای هر دو جنس بعد از جراحی کرونر ذکر می‌کنند. در یک مطالعه، وود و همکارانش نشان دادند که زنان دارای خطر نسبی مرگ و میر حتی پس از تعديل ۱۷ فاکتور زمینه‌ای پس از جراحی کرونر هستند. اما در بعضی از مطالعات حتی با تعديل سطح بدنه تفاوت مرگ و میر بین سن و جنسیت مذکور پس از جراحی کرونر نشانگر این

مطلوب است که محاسبه سطح بدنه ممکن است میزان کوچکی عروق را که مسؤول پیامد نامطلوب در زنان است

$P<0.00$)، فشار خون بیشتر(۱/۴۲) در برابر $۵۸/۵$ با $P<0.04$ ، زمان بستري در بیمارستان بیشتر ($۹/۱۲\pm۰/۴$) در برابر $۱۸/۴\pm۱$ با $P<0.001$ ، کسر انقباضي قلب(EF) بیشتر ($۸/۴۷\pm۱$) در برابر $۰/۲\pm۱۰$ با $P<0.04$ ، انفاركتوس قبل از عمل بیشتر ($۳/۴\pm۲$) در برابر $۷/۲۱\pm۰/۶$ با $P<0.01$ ، شیوع کمتر سیگاری بودن ($۹/۰۵\pm۰/۹$) در برابر $۱۶/۰\pm۰/۵$ با $P<0.00$ و دارای میزان کمتر عفونت ($۳/۴\pm۰/۴$) در برابر $۷/۰\pm۰/۴$ با $P<0.04$ بودند.

در مقایسه دو جنس مشخص گردید که زنان

مسن تر ($۷/۰\pm۰/۵$) برای زنان در مقابل $۹/۰\pm۰/۵$ برای مردان با $P<0.03$ و وزن بیشتری ($۱/۷\pm۰/۶$) برای مردان با زنان در مقابل $۱/۱\pm۰/۷$ برای مردان با $P<0.01$ را نشان می دهند.

همچنین هماتوکربت قبل از عمل زنان کمتر ($۷/۰\pm۰/۳۹$) برای زنان در مقابل $۰/۴۳\pm۰/۴$ برای مردان با $P<0.01$ ، فشار خون آنها بیشتر ($۰/۵۸\pm۰/۰۵$) برای زنان در مقابل $۰/۰۴۲\pm۰/۱$ برای مردان با $P<0.04$ ، زمان بستري در بیمارستان آنها بیشتر از $۰/۰۱۸\pm۰/۱$ برای زنان در مقابل $۰/۴\pm۰/۱۲$ برای مردان با $P<0.001$ ، کسر انقباضي قلب (EF) بیشتر و انفاركتوس قبل از عمل زنان بیشتر از مردان بود (جدول شماره ۱).

برای متغیرهای پیوسته و بصورت درصد برای متغیرهای دسته‌بندی شده انجام شد. زنان با مردان بوسیله T-test برای متغیرهای پیوسته و با کای دو برای متغیرهای دسته‌بندی شده مقایسه شدند. برای پیش‌گوئی کردن نتیجه بالینی که بصورت متغیر پیوسته بود (مثل طول بستري) از منحنی رگرسیون خطی چند متغیره و برای پیش‌گوئی نتیجه بالینی که جواب آن بصورت مثبت یا منفي بود از آنالیز رگرسیون لجستیک ward Elimination Back روش استفاده گردید. نتایج حاصله در سطح $P<0.05$ برآورد شد.

یافته‌های پژوهش

با استفاده از آنالیز یک متغیره، در جدول شماره ۱ متغیرهای مختلف بین زن و مرد مقایسه شده است. زنان $۷/۰\pm۰/۴۶$ از بیماران را تشکیل می‌دادند. در جدول شماره یک شاخص‌های مختلف بین زن و مرد مقایسه شده است. در مقایسه دو جنس مشخص گردید که زنان مسن تر ($۷/۰\pm۰/۵$) برای زنان در مقابل $۰/۵\pm۰/۹$ برای مردان با $P<0.03$ و وزن بیشتری ($۰/۷\pm۰/۱$) برای زنان در مقابل $۰/۱\pm۰/۷$ برای مردان با $P<0.00$ را نشان می دهند.

همچنین هماتوکربت قبل از عمل زنان کمتر ($۰/۷\pm۰/۴$) در برابر $۰/۰\pm۰/۳۹$ با

جدول ۱: مقایسه متغیرهای اندازه گیری شده در زنان و مردان

p	مرد	زن	خصوصیات
۰/۰۰	۶۴/۷±۱/۱	۷۵/۴±۱	وزن
۰/۱۴	۴۷/۱±۸	۵۰/۲±۱۲	کسر انقباضی
۰/۰۲	۵۲/۹±۰/۰۹	۵۶/۰۷±۱	سن
۰/۳	۱۰۰/۲±۲/۱	۱۰۳/۶±۲/۵	P02 قبل از پمپ
۰/۱	۲/۱±۰/۱۴	۲/۴±۰/۱	فانگشتال کلاس
۰/۰۳	۱۰±۷	۲/۱±۱	میزان سطح بدن
۰/۰۰	۴۳±۰/۶	۳۹±۰/۷	هماتوکریت قبل از عمل
۰/۲	۵۱±۱/۸	۵۳±۲	زمان کلامپ آئروت
۰/۴	۹۳±۴	۹۸±۳	زمان پمپ
۰/۰۰۱	۱۳/۹±۰/۴	۱۸/۴±۱	زمان بستری
۰/۵	%۲۰/۸	%۲۲/۳	صرف اینوتrop بعد از عمل
۰/۰۴	%۴/۷	%۴/۳	عفونت بعد از عمل
۰/۵	%۱/۹	%۳/۲	فیریلاسیون دهلیزی بعد از عمل
۰/۱۹	%۱۲/۴	%۸/۶	عمل مجدد دهلیزی بعد از عمل
۰/۲	%۹	%۵/۴	لوله‌گذاری مجدد
۰/۰۴	%۴۲/۱	%۵۸/۵	فشار خون بالا
۰/۰۹	%۱۶/۸	%۲۰/۵	دیابت
۰/۰۹	%۲۱/۸	%۲۲/۳	کلسترول بالا
۰/۰۱	%۴۳	%۲۱/۷	انفارکتوس قبل از عمل
۰/۰۰	%۵۰/۹	%۱۶	سابقه کشیدن سیگار
۰/۲	%۱/۹	%۳/۴	سابقه بیماری انسداد مزمن ریوی
۰/۱۲	%۱	%۹	استفاده از پالون پمپ بعد از عمل
۰/۷	%۶۶/۴	%۶۲/۸	صرف آسپرین
۰/۳	%۶/۶	%۱/۲	صرف نیترات وریدی بعد از عمل
۰/۰۷	%۱/۹	%۱/۱	عمل اورژانسی
۰/۵	%۹۸/۱	%۹۸/۹	عمل انتخابی
۰/۸	%۹۸/۱	%۹۲/۸	استفاده از شریان مامری چپ
۰/۰۹	%۱/۱	%۱/۲	مرگ بعد از عمل
۰/۴	%۵/۷	%۵/۴	سکته بعد از عمل

قبل از عمل، مصرف اینوتروپ قبل از عمل، نوع عمل اورژانسی یا الکتیو، مرگ و میر، فیبریلاسیون دهلیزی، میزان مصرف خون، عمل مجدد برای کنترل خونریزی و لوله گذاری مجدد در زن و مرد مساوی بود.

برخلاف متغیرهای فوق شیوع کلسیترول بالا، نارسائی کلیوی، انفارکتوس میوکارد بعد از عمل، بیماری انسدادی مزمن ریوی، استفاده از شریان پستانی چپ، تعداد عروق جراحی شده، زمان کلامپ آئورت، زمان پمپ، سطح بدن، تنگی شریان قدامی نزولی چپ بیشتر از ۵۰٪، مصرف آسپرین، مصرف نتیرو گلیسیرین

جدول ۲: فاکتورهای پیشگوئی کننده طول بستره در بیمارستان با روش آنالیز چند متغیره (رگرسیون خطی)

R ² (ضریب تعیین)	p	Standard Error (اشتباه معیار)	COEF (ضریب رگرسیون)	متغیرها
۰/۸۱۵	۰/۰۰	۱/۲۲۰	۵/۱۹۹	جنس
۰/۸۱۵	۰/۰۰	۰/۰۲۹	۹/۰۶	وزن
۰/۸۱۲	۰/۰۰	۰/۰۲۳	۰/۱۴۶	زمان کلامپ آئورت

R^2 در این مدل بدون محاسبه فاصله یا Intercep می‌باشد.

برای بررسی تأثیرگذاری جنس بر فاکتورهای همراه با نتایج بالینی از آنالیز چند متغیره استفاده گردید.

نوع جنس فقط در طول مدت بستره بیماران در بیمارستان اثر داشت (جدول شماره ۳).

جدول ۳: فاکتورهای پیشگوئی کننده مرگ در بعد از عمل با روش رگرسیون لجستیک

R (ضریب تعیین)	p	CI (فاصله اطمینان)	Odd-ratio (نسبت شانس)	Standard Error (اشتباه معیار)	COEF (ضریب رگرسیون)	متغیرها
۰/۲۸۹۲	۰/۰۰	۰/۰۱۲-۰/۴۷۲	۰/۰۷۷	۰/۰۱۲۲	۰/۰۵۶۷	شاراکسیزن شریانی
۰/۱۰۷۳	۰/۰۳۰	—	—	۱/۶۲۰۴	۳/۴۹۳۱	لوله گذاری مجدد

اهمیت نسبی هریک از فاکتورهای مستقل که بر نتیجه بالینی اثرگذار هستند بصورت ضریب رگرسیون (Coefficient)، انحراف معیار، P و نسبت شانس (Odd/Ratio) نشان داده شد. متغیرهایی که بر طول مدت بستره در بیمارستان اثرگذار هستند شامل: جنس مونث، وزن و زمان کلامپ آئورت می‌باشند (جدول شماره ۲). با استفاده

متغیرهای وارد شده در رگرسیون شامل: سن، جنس، دیابت، فشارخون، سکته بعد از عمل، سیگار، کسر انقباضی قلب، تنگی شریان قدامی نزولی چپ، هماتوکربت قبل از عمل، تعداد عروق گرفتار، استفاده از شریان پستانی چپ، زمان کلامپ آئورت، زمان پمپ، سکته قبل از عمل، عمل مجدد، زمان بستره در بیمارستان می‌باشد.

شدند و تنها متغیری که استفاده از شریان پستانی چپ را تحت اثر قرار می‌دهد نوع عمل انتخابی می‌باشد و جنس بر آن اثری ندارد ($p<0.01$) (جدول ۴).

از روش رگرسیون لوچستیک، متغیرهایی مثل سن، جنس، وزن، فشار اکسیژن شریانی، تایدول والیوم، دیابت، فشارخون، کشیدن سیگار، کسر انقباضی، عمل اورژانسی یا انتخابی، سکته بعد از عمل جراحی قلب وارد مدل

جدول ۴: فاکتورهای پیش‌گوئی کننده استفاده از شریان لیما

R	P-value	CI	Odd-ratio	Standard Error	COEF	متغیرها
.۰/۵۰۵۰	.۰/۰۰	-۱/۰۳۴ .۹۹۸	۱/۰۱۶	.۰/۴۱۰۳	۲/۲۰۰۷	عمل Elective
خون می‌باشد و جنس بر آن اثری ندارد (جدول ۵) ($P>0.05$). متغیرهایی که به طور مستقل بر میزان مرگ بعد از عمل مؤثر بودند شامل فشار اکسیژن شریانی در قبل از شروع پمپ و لوله گذاری مجدد می‌شدند.						متغیرهای وارد شده شامل: سن، جنس، وزن، P02، تایدول والیوم، دیابت، فشارخون، سیگار، کسر انقباضی، سطح بدن، عمل اورژانسی، سکته بعد از عمل جراحی قلب است. متغیرهای پیش‌گوئی کننده تعداد شریان‌های گرفتار بیشتر از ۵۰٪ تنگی با روش رگرسیون خطی شامل سن، جنس، وزن و کلسترول بالای

جدول ۵- فاکتورهای پیش‌گوئی‌کننده تعداد شریان‌های گرفتار در عمل با پس با روش رگرسیون خطی

R ²	p	Standard Error	COEF	متغیرها
.۰/۸۸	.۰/۰۰	.۰/۰۰۴	۱/۹۹۴	سن
.۰/۸۸	.۰/۰۰۰	.۰/۰۰۴	۲/۰۲۴	وزن
.۰/۸۸	.۰/۰۱۹	.۰/۱۶۰	۰/۳۷۸	بالا بودن کلسترول

سئوالات مطرحه که آیا نتایج بالینی در مرد و زن متفاوتند؟ و آیا این اختلاف را می‌توان به جنس ربط داد یا نه؟ طراحی شده است. مانند مطالعات قبلی، مطالعه ما نشان داد که در مقایسه با مردان، زنان دارای شیوع بیشتر فشار خون، وزن و سن بالاتر هستند که این شرایط باعث می‌شود که تخمین مرگ و میر در زنان بیشتر از مردان باشد. از طرفی با این تورش که در نگرش

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری عروق کرونر عامل اصلی مرگ و میر در زنان و مردان می‌باشد (۱۰، ۱۱، ۱۲). قبل‌آ شیوع بالای مرگ و میر در زنان نسبت به مردان گزارش شده است (۰، ۱)، ولی هنوز معلوم نیست که آن اختلاف در نتایج بالینی حاصله مربوط به خود جنس یا تکنیک جراحی یا سایر خصوصیات بالینی گزارش شده در زنان می‌باشد. این مطالعه برای پاسخ به این

می شدند. با آنالیز چند متغیره، بدون حساب کردن سطح بدن و وزن، اثر جنس را به تنهائی بر روی مرگ بیماران بطور مستقل محاسبه و مشخص شد که جنس زن یک فاکتور پیشگوئی کننده مرگ در بعد از عمل نمی باشد. در این مطالعه روشن شد که شیوه فیریلاسیون دهليزی انفاركتوس میوکارد پس از عمل جراحی عروق کرونر، مصرف داروهای اینوتrop، نیترات وریدی، استفاده از بالون پمپ در هر دو جنس مساوی بود اما طول مدت بسترهای بیماران زن در مقایسه با مردان بیشتر بوده است. ما در این مطالعه نتوانستیم توجیهی علمی و مناسب برای این اختلاف زمان بسترهای پیدا نمائیم.

تشکر و قدردانی

با تشکر از آقای غلامرضا عبدالی کارشناس ارشد آمار که در تهیه مقاله گروه تحقیق را یاری دادند.

به مرگ و میر زنان وجود دارد ممکن است از نظر ارجاع بیماران برای عمل جراحی عروق کرونر و یا پذیرش آنها برای عمل، توسط جراح به تأخیر بیفتد و یا قصور روی دهد. همه این عوامل باعث مرگ و میر بیشتر در زنان می شود. از طرفی مطالعه فوق نشان داد که با وجود اینکه سن، وزن و فشار خون در زنان نسبت به مردان بیشتر است اما مرگ و میر در هر دو گروه یکسان است. بنابراین بایستی به فکر فاکتورهای خطرساز غیراز جنس بود.

بررسی متغیرها نشان داد که زن و مرد از نظر دریافت تعداد بیوندهای شریانی و استفاده از شریان پستانی چپ مساوی بودند. بنابراین جنس زن و کوچکی جنه اثرباری بر کامل بودن گرافتهای شریانی نداشته است. برخلاف مطالعات قبلی(۱۳،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷) که در زنان کمتر از شریان مامري چپ استفاده می شده است، آنالیز چند متغیره جدول شماره ۳ نشان داد که تنها متغیری که بر استفاده شریان مامري چپ اثر دارد نوع عمل انتخابی می باشد. این پاسخ منطقی است، زیرا در بیماران اورژانسی کمتر از این شریان استفاده می شود. مطالعات ما نشان داد که با وجود اختلاف در سن و وزن، زنان کمتر از مردان به عفونت مبتلا

References

1. Bolooki H, Vargas A, Golding LR. Results of directed coronary artery surgery in woman. J Thorac Cardio Vas Surg 1975, 69:291-7
2. Loop Fd, Golding LR. Oconner DE. Coronary artery surgery in woman compared with men analysis of risks and long term results. J Am Cardio 1993, 1: 383-9
3. Gardner TJ, Hormeffer PJ, Gott VL. Coronary artery bypass grafting in woman. Ann Surg 1985, 201: 780-4
4. Richardson VR, Cyrus RJ, Thomson SD. Reduced efficacy of coronary artery bypass grafting in woman. Ann Thorac Surg 1986, 42: 16-21
5. O'Conor CM, James F, Littman N. Differences between men and woman in hospital mortality. The north New England Cardio Vas Disease. Circulation 1993, 88: 2104-10
6. Weintraub WS, Kosinski AS, Barnhart HX. Changing clinical characteristics of coronary artery surgery. Differences between men and woman. Circulation 1993, 88: 79-96
7. Oconner J, Pharvin B, Ronald A. Effect of coronary artery diameter in patients undergoing coronary artery surgery. Circulation 1996, 93: 652-5
8. Brandiup J, Bandiup DA, Mcqarries S. Female sex in associated with increased mortality and morbidity after coronary artery surgery. Eur Heart J 1996, 17: 1426-31
9. Meickel Barough MH, Yatangco NM. Is sex a factor in detrmining risk for CABG. Circulation 1996, 22: 80-4
10. Hammer TG, Green CL, Cloyd T. Comparison of early and mortality in men and woman after isolated CABG in Stockholm 1980- 1989. J Am Coll Cardio 1997, 29: 659-64
11. Koch Roch Wg, Hgi A, Eilliaorp GE, Schowortz A. Risk of CABG in woman. J Cardiovas Surg 1996, 10:839-43
12. Risum J, Wingaare J, Leefor C. Risk factor for recurrent angina and MI after CABG. EUR. J Cardiothoracic Surg 1996, 10: 173-8

13. Utley JR, Hoffmann JE, Martine HM. Intraoperative blood transfusion is a major risk factor for woman. Ann Thor Surg 1995, 60: 540-5
14. Czajkowski SM, Pitterman K, John L. Comparison of preoperative characteristics of men and woman undergoing CABG. Am J Cardio 1997, 79:1017-10179
15. Edwards JR, Powell JT, Worrel PCL, Franks PJ. Impact of gender on CABG mortality. Ann Thor Surg 1998, 66: 121-31
16. Weitzman F, Kors M, Doplin E, Monrad G. Gender racial differences in therapeutic procedures for MI. Am J Cardio 1997, 79: 722-726
17. Berdmen G, Aldea S, Gaudiani O, Shapiro ZM, Shemin RJ. Age-race and gender variation in utilization of CABG and angioplasty in sheep. J Am Geriatro Soc 1994, 412:114-9

Comparing the consequences of operation and hospitalization courses of men and women after coronary bypasses

Dr.Teimury H¹., Dr. Sabzi F²

Abstract

Introduction: Compared to men, women undergoing CABG appear to have a higher morbidity and mortality, particularly in the pre-operative period. This study was planned to answer the questions of whether such differences in clinical outcomes between men and women still exist and determine whether it is the gender or other associated conditions in women that lead to higher mortality.

Materials&Methods: The data were collected from 201 consecutive patients undergoing CABG(1379- 1380). The data were analyzed retrospectively and presented as mean ± SD (p<0.05)

Findings: About 46.76 of the patients were female. Compared to men, the women were elder (56.07 versus 52.9) and (p<0.02) showed a higher incidence of diabetes (25.5% versus 16.8%), and hypertension (58.5% versus 43.1% p<0.04) Also, they showed a lower incidence of smoking (16% versus 59.9%, p<0.00), fraction ejection (50.27 versus 47.1, p<0.04), hematocrit (39.7 versus 43.8, p<0.00) and longer hospital stay (18.4 versus 15.9, p<0.001) and weight (69.71 versus 75.7, p<0.00) and tidal volume (622± 13 versus 734± 13.5, p<0.00).

Conclusion: Pre and post operative MI, LAD stenosis (>50%), using balloon pump after the operation, diabetes, inotrop doses following the surgery, in women and men, using multivariate regression analysis, showed no difference in women and men, mortality was the same between the male and female cases.

Key words: Heart open- surgery, Coronary bypass, operational consequences

1. Anesthetic Assist Prof., Lorestan Medical University Auth. in chief chief
2. Cardion- Surgical Assist Prof, Kermanshah Medical University

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.