

محاسبه برون ده قلبی با اکو - داپلر و مقایسه نتایج آن با نتایج روش فیک در کودکان مبتلا به ناهنجاری های مادرزادی قلب

**

*

چکیده:

برون ده قلبی مهم ترین شاخص عملکرد قلب می باشد که در نحوه اداره بالینی، اتخاذ شیوه درمان و پیش آگهی بیماران مبتلا به ناهنجاری های مادرزادی قلبی اهمیت بسزائی دارد. هدف کلی این مقاله شامل تعیین و مقایسه برون ده قلبی با دو روش فیک (به عنوان استاندارد طلایی) و اکو- داپلر به منظور معتبرتر نمودن روش اخیر در برآورد برون ده قلبی در کودکان با ناهنجاری های مختلف مادرزادی می باشد. در طول ۲ سال، ۵۶ کودک بین ۳-۱۵ سال با بیماری های مختلف مادرزادی مورد بررسی قرار گرفتند. برون ده قلبی با روش فیک (در موقع کاتتریزاسیون قلب) و با روش اکو- داپلر محاسبه و سپس اندکس قلبی بر اساس سطح بدن به دست آمد. همبستگی بین مقادیر با آزمون رگرسیون و مقایسه میانگین ها با آزمون t-paired test انجام گردید و مقادیر کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. اندکس قلبی با روش فیک $7/18 \pm 2/18$ لیتر در دقیقه و با روش اکو $7/58 \pm 1/94$ لیتر در دقیقه محاسبه گردید. ضریب همبستگی بین مقادیر فوق $r = 0/919$ با $P < 0/0001$ و $r^2 = 0/85$ به دست آمد و با این پژوهش به فرمول: (اندکس قلبی با روش اکو) $0/63 + 1/03 =$ اندکس قلبی با روش فیک دست یافتیم. اختلاف میانگین برون ده قلبی با دو روش مذکور معنی دار بود ($P < 0/001$). گرچه در مطالعه فعلی در روش فیک به جای اندازه گیری مستقیم اکسیژن مصرفی ($V.O2$) از مقادیر تخمینی بر اساس فرمول Lafarge استفاده شده است، معذک ضریب همبستگی قابل قبولی بین مقادیر محاسبه شده، به دست آمد ($r = 0/919$). وجود اختلاف معنی دار بین میانگین مقادیر محاسبه شده ($P < 0/001$) به همراه ضریب همبستگی مذکور بیانگر این واقعیت است که گرچه مقادیر به دست آمده با اکو دقیقاً معادل مقادیر برون ده قلبی حاصل از روش فیک نمی باشد ولی می توان مقادیر واقعی برون ده قلبی را از روی مقادیر برون ده قلبی حاصل از اکو با استفاده از فرمول مذکور در فوق به دست آورد.

واژه های کلیدی: برون ده قلبی، روش فیک، داپلر- اکو کاردیوگرافی.

مقدمه:

اهمیت بسزائی دارد. در حقیقت بسیاری از اختلالات گوناگون اولیه و ثانویه ناشی از بیماری های قلبی مادرزادی و اکتسابی در میزان برون ده قلبی تجلی می یابد و به طور کلی می توان ادعان نمود که برون ده قلبی به مثابه گواهی متقن از برآیند عملکرد پیچیده قلب

آگاهی از برون ده قلبی (Cardiac Output=CO) که مهم ترین شاخص عملکرد قلب می باشد. برای تصمیم گیری در نحوه اداره بالینی، اتخاذ شیوه درمان، بررسی های روزمره بالینی و پیش آگهی بیماران مبتلا به بسیاری از ناهنجاری های مادرزادی و اکتسابی قلب

*استادیار و فوق تخصص بیماریهای قلب کودکان-دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد: بیمارستان هاجر - بخش اطفال - تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۰۱۶
**استادیار و فوق تخصص بیماری های قلب کودکان-دانشگاه علوم پزشکی ایران. داخلی ۲۷۷، (مؤلف مسئول).

مواد و روشها:

این پژوهش تحلیلی، مشاهده ای و آینده نگر برای مقایسه دو روش اندازه گیری CO با شیوه کاتتریسیم قلب و اکو-داپلر در ۵۶ کودک با ناهنجاری های مختلف مادرزادی بین ۱۵-۳ سال به مدت ۲ سال انجام گردید. نمونه گیری به روش غیر احتمالی آسان (Convenience) در همه بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انجام گردید. معیارهای ورود به مطالعه (inclusion criteria) عبارت بودند از بیماران مبتلا به ناهنجاری های مادرزادی قلبی که در طیف سنی ۱۵-۳ سال قرار داشته و همگی به دلایل بیماری زمینه ای قلبی نیاز به کاتتریزاسیون قلب داشتند. معیارهای عدم پذیرش (exclusion criteria) عبارت بودند از بیمارانی که در موقع کاتتریسیم بد حال شده و یا از وضعیت همودینامیک پایدار خارج می شدند، بیماران با تنگی های در سطح زیر دریچه، دریچه و بالای دریچه آئورت، بیماران با نارسائی آئورت و آنهایی که تعویض دریچه آئورت شده بودند و به طور کلی هر موردی که جریان خون غیر طبیعی در سطح دریچه آئورت داشت.

تکنیک اخذ اطلاعات توسط اکو-داپلر برای محاسبه برون ده قلبی:

برای تمام بیماران اکوکاردیوگرافی ترانس توراسیک با دستگاه اکو-با مشخصات VING-MED SOUND, CFM 750 ساخت آمریکا مدل SONOTRON ML 314202-1993 مجهز به ترانسند یوسر 3.25 MHZ با مشخصات SNA 11005 ساخت آمریکا، مدل TKLOO 104-1995، بلافاصله قبل از کاتتریسیم قلب انجام گردید. تصاویر مورد نیاز در نمای ۵ حفره (five chambers) و در وضعیت خوابیده به پشت (supine) به دست آمد. با قرار دادن وسیله

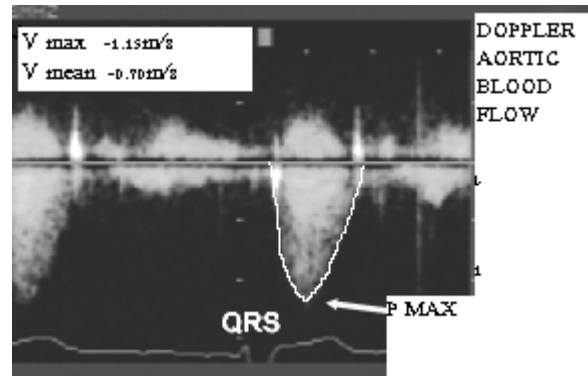
می باشد.

با توجه به اینکه کاتتریسیم قلب دقیق ترین روش اندازه گیری برون ده قلبی می باشد ولی به دلایل ماهیت تهاجمی، هزینه مالی، عدم سهولت استفاده در کاربردهای روزمره و نامناسب بودن آن برای اندازه گیری سریال، محققین تلاش فراوانی برای یافتن روش های جایگزین و غیر تهاجمی صرف کرده اند. یکی از بهترین روش های جایگزینی استفاده از اکو-داپلر می باشد که با پیشرفت های روز افزون تکنولوژی روز به روز بر دقت آن افزوده شده است. گرچه از شیوه اکو-داپلر برای اندازه گیری برون ده قلبی به طور قابل توجهی استفاده شده است، متأسفانه تنها مطالعات اندکی (در مقایسه با بزرگسالان) بر روی کودکان و خصوصاً در اطفال با ناهنجاری های مختلف مادرزادی انجام گردیده است (۲، ۱۰، ۱۲). ولی در همین مطالعات نیز نتایج امیدوار کننده ای به دست آمده و برای مثال در بررسی Dale و همکاران ضریب همبستگی بسیار بالای $r=0.98$ بین برون ده قلبی با دو روش فیک و اکو به دست آمده است (۲). بکارگیری اکو-داپلر در برآورد برون ده قلبی صرفنظر از صرفه جویی در هزینه و وقت و حذف مخاطرات ناشی از کاتتریسیم قلب، به دلیل سهولت در کاربردهای روزمره منشا تحول و دگرگونی بوده است.

با در نظر گرفتن مطالب مذکور بر آن شدیم در این پژوهش برون ده قلبی به دست آمده با روش تهاجمی کاتتریسیم و روش فیک (به عنوان استاندارد طلائی) را با برون ده قلبی حاصل از روش اکو-داپلر به منظور معتبرتر نمودن روش اخیر در برآورد برون ده قلبی در کودکان با ناهنجاری های مختلف مادرزادی مقایسه کنیم، به نحوی که در آینده به عنوان روشی کارآمد، دقیق و قابل اطمینان از آن بهره جوییم.

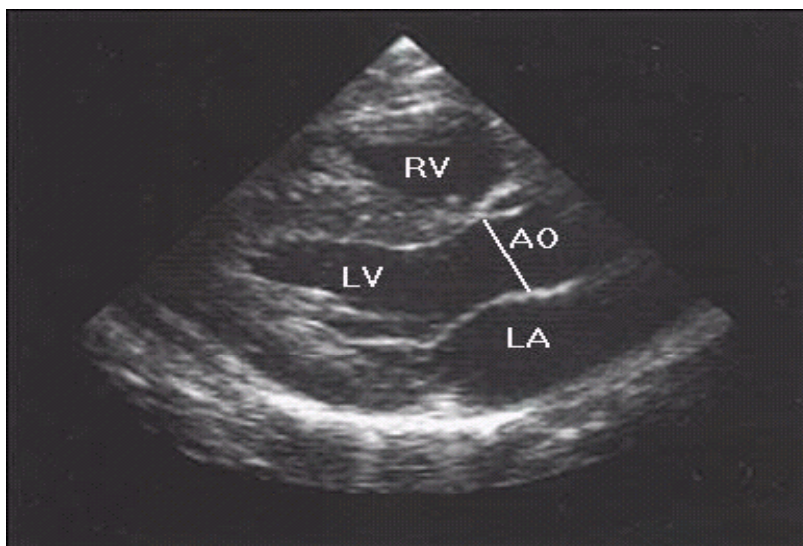
(تصویر شماره ۱). سپس با استفاده از اکوی دو بعدی همان دستگاه در نمای طولی (Long axis) بطن چپ و آئورت، مورد بررسی قرار گرفتند. در این نما به بهترین وجه می توان لت های دریچه آئورت را معین و قطر آئورت را مشخص نمود و با منوی اندازه گیری دستگاه اکو دقیقاً بر آئورت عمود شده و قطر دقیق آئورت را محاسبه نمود (تصویر شماره ۲). در این قسمت نیز برای افزایش دقت، اندازه گیری سه بار انجام شد و میانگین آن در محاسبات بکار گرفته شد و با استفاده از فرمول $(d/2)^2 \times 3/14$ سطح مقطع آئورت اندازه گیری شد (۹).

بعد از محاسبه سرعت متوسط جریان خون در سطح آئورت و سطح مقطع آئورت و با توجه به تجربیات گذشته با استفاده از فرمول $CO = V \times CSA \times 60 (s/min) / 1000 (ml/l)$ روش اکو - داپلر محاسبه گردید (۹) که در آن CO معرف برون ده قلبی بر حسب لیتر در دقیقه، V معرف متوسط جریان خون در سطح آئورت و CSA معرف



تصویر شماره ۱: تعیین سرعت متوسط جریان خون (mean velocity) توسط اکو-داپلر.

اندازه گیری دستگاه در جهت جریان خون و درست بالای لتهای دریچه در مرکز آئورت و با استفاده از داپلر فلوی خون آئورت به دست آمد که برای کاهش خطا و دقت بیشتر حداقل ۳ نوسان قلبی محاسبه شد. سپس با استفاده از سیستم کامپیوتری دستگاه سرعت متوسط جریان خون در سطح آئورت محاسبه گردید



تصویر شماره ۲: تعیین قطر ریشه آئورت توسط اکوی دو بعدی.

سطح مقطع آئورت می باشد.

مخصوص که توانائی محاسبه اشباع اکسیژن خون را داشت و برای هر نمونه حداقل ۲ بار انجام می شد، آزمایش گردید و اشباع اکسیژن خون مورد نظر به دست می آمد. با استفاده از فرمول: عدد هموگلوبین $10 \times 1/36 \times$ محتوای اکسیژن خون شریانی و خون مخلوط وریدی بدست آمد (۱) و با استفاده از سن، جنس و تعداد ضربان قلب بیمار از فرمول Lafarge میزان اکسیژن مصرفی (V.O2) محاسبه گردید (۱) و نهایتاً با استفاده از فرمول فیک (R) برون ده قلبی بر حسب لیتر در دقیقه به دست آمد (۱).

اکسیژن مصرفی

$100 \times \frac{\text{محتوای اکسیژن خون مخلوط وریدی} - \text{محتوای اکسیژن خون شریانی}}{\text{برون ده قلبی}}$

پس از اخذ اندازه های مربوط به CO با دو روش اکو-داپلر و روش فیک اندکس قلبی برای هر یک از دو روش با تقسیم حاصل بر سطح بدن کودک به دست آمد. یافته های به دست آمده با آزمون آماری t-paired test تحلیل گردید. شاخص های مرکزی و پراکندگی به صورت میانگین \pm انحراف معیار و مقادیر، همچنین همبستگی بین متغیرها با ضریب همبستگی (correlation coefficient) و نماد (r) نشان داده شد.

جدول شماره ۱: نوع و فراوانی بیماری مادرزادی قلبی در ۵۶ بیمار مورد مطالعه جهت بررسی برون ده قلبی

تعداد	نوع بیماری قلبی
۱۶	مجرای باز شریانی
۱۴	نقص دیواره بین بطنی
۱۲	نقص دیواره بین دهلیزی
۷	تنگی دریچه شریان ریوی
۶	تترالوژی فالوت
۱	نارسایی دریچه سه لتی
۵۶	کل

تکنیک اخذ اطلاعات در موقع کاتتریزاسیون قلب برای محاسبه برون ده قلبی:

بیماران مورد مطالعه که همگی به دلایلی غیر از مطالعه مذکور نیاز به کاتتریزاسیون قلبی داشتند ابتدا آماده می شدند. آمادگی بیماران شامل قطع داروهای کاردیواکتیو قوی حداقل ۱۲ ساعت قبل از کاتتریزاسیون قلب و استفاده از داروهای آرامبخش مناسب از قبیل پرومتازین، کلرال هیدرات می شد، در حدی که وضعیت همودینامیک بیمار را مختل ننماید (به طوری که بیمار به خواب بسیار عمیق نرود). کاتتریزاسیون همه بیماران از طریق ورید رانی راست یا چپ در وضعیت خوابیده به پشت (supine) انجام می گرفت. در مواردی که بیمار نیاز به کاتتریزاسیون شریان فمورال داشت نمونه خون شریانی از این طریق به دست می آمد. در غیر این صورت برای گرفتن نمونه خون شریانی توسط سرننگ با سوزن بسیار ظریف از شریان فمورال و با کنترل فشار جهت اطمینان از شریانی بودن نمونه خون، نمونه خون شریانی به دست می آمد. نمونه خون مخلوط وریدی را نیز با استفاده از نمونه های به دست آمده از ورید اجوف فوقانی (Superior Vena Cava :SVC) و تحتانی (Inferior Vena Cava :IVC) و با استفاده از فرمول $3SVC+1IVC$ محاسبه نمودیم (۱). برای دقت بیشتر در مواردی که بیمار شنت داخل قلبی نداشت برای اخذ نمونه خون مخلوط وریدی از نمونه شریان ریوی و در موارد وجود شنت داخلی قلبی از نمونه حفره بلافاصله قبل از محل شنت استفاده نمودیم. در مواردی که بیمار به عللی از وضعیت تعادل همودینامیک خارج می گردید (مثلاً در اثر بروز انواع آریتمی، هیپوتانسیون، هیپرتانسیون و غیره) در مطالعه دخالت داده نمی شد. ضربان قلب بیمار در طی کاتتریزاسیون برای محاسبه اکسیژن مصرفی دقیقاً ثبت می گردید. نمونه های خون گرفته شده توسط دستگاه

جدول شماره ۲: شاخص های آماری یافته های بالینی و همودینامیکی نزد ۵۶ کودک مبتلا به ناهنجاری های مختلف مادر زادی

شاخص آماری	سن (yr)	وزن (kg)	سطح بدن (m ²)	هموگلوبین (g/dl)	تعداد ضربان قلب (beats/min)	اکسیژن مصرفی (cc/min/m ²)	اشباع اکسیژن خون شریانی (%)	اشباع اکسیژن خون مخلوط وریدی (%)	برون ده قلبی با روش فیک (l/min/m ²)	اندکس قلبی با روش فیک (l/min/m ²)
میانگین	۶/۸	۱۹/۱	۰/۷۵	۱۲/۱	۱۱۱	۱۵۴/۸	۹۱/۳	۷۱/۴	۵/۱	۷/۱۸
انحراف معیار	۳/۳	۷/۷	۰/۲۰	۲/۲۴	۱۶/۳۴	۱۲/۶	۷/۹	۸/۱	۱/۱۰	۲/۱۸
طیف	۱۲	۳۷	۰/۹۴	۱۱/۷	۸۰	۵۵	۳۵	۳۵	۳/۹	۹/۷
حداقل	۳	۱۱	۰/۵۰	۱۰	۸۰	۱۲۳	۶۲	۴۵	۳/۲	۳/۴۷
حداکثر	۱۵	۴۸	۱/۴۴	۲۱/۷	۱۶۰	۱۷۸	۹۷	۸۰	۷/۱	۱۳/۱۷

نتایج:

از ۵۶ کودک مورد مطالعه ۳۰ کودک مذکر و ۲۶ کودک مونث بودند. سن کودکان از ۳ تا ۵ سال متغیر و متوسط آن ۶/۸ سال بود. این کودکان بیماری های مختلف مادر زادی قلبی داشتند که نوع و تعداد آن در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

سایر اطلاعات و یافته های بالینی، همودینامیک و اکوکاردیوگرافیک بیماران در جداول شماره های ۲ و ۳ خلاصه شده است.

بر اساس آنالیز رگرسیون فرمول (۱) و نمودار رگرسیون (تصویر شماره ۳) در نزد ۵۶ بیمار با ناهنجاری های گوناگون مادرزادی قلب به دست آمد. فرمول (۱):

$$CO_{fick} \text{ index} = -0.63 + 1.03(Coecho \text{ index})$$

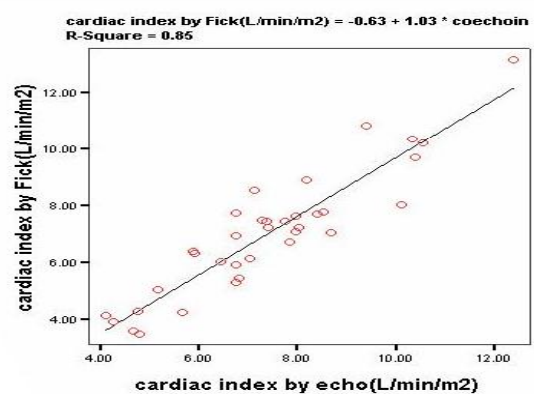
$$(r = 0.919, P < 0.0001, r^2 = 0.85)$$

CO_{fick} index: اندکس قلبی با روش فیک

CO_{ech} index: اندکس قلبی با روش اکو

محاسبات آماری انجام شده با نرم افزار SPSS انجام شد و $P < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد. CO با روش اکو (x) به عنوان متغیر مستقل و اندازه آن با روش فیک (CO) به عنوان متغیر وابسته تلقی و بر اساس این تصور معادله رگرسیون خطی $CO = ax + b \pm SEE$ ارائه گردید.

▼ Interactive Graph



تصویر شماره ۳: مقایسه اندکس قلبی در ۵۶ بیمار با روش فیک و داپلر اکوکاردیوگرافی.

جدول شماره ۳: شاخص های آماری یافته های اکوکاردیوگرافی نزد ۵۶ کودک مبتلا به ناهنجاری های مختلف مادرزادی

شاخص آماری	قطر آنورت (cm)	سطح مقطع آنورت (cm ²)	سرعت متوسط جریان خون آنورت (cm/sec)	برون ده قلبی با روش اکو (lit/min/m ²)	اندکس قلبی با روش اکو (lit/min/m ²)
میانگین	۱/۱۶	۱/۰۷	۸۶/۱۸	۵/۴۵	۷/۵۷
انحراف معیار	۰/۱۳	۰/۲۵	۱۲/۵۸	۱/۱۶	۱/۹۴
طیف	۰/۵۲	۰/۹۳	۵۰	۴/۶۴	۸/۳۰
حداقل	۰/۸۸	۰/۶۱	۶۰	۳/۲۰	۴/۱۱
حداکثر	۱/۴۰	۱/۵۴	۱۱۰	۷/۸۴	۱۲/۴۱

مقایسه ای بین نتایج سنجش CO با اکوکاردیوگرافی و نتایج حاصل از کاتتریسیم قلبی صورت گرفت و به ضریب همبستگی قابل توجهی بین این دو اندازه گیری دست یافتیم (r=۰/۹۱۹). تاکنون مطالعات متعددی جهت اندازه گیری CO با اکو و مقایسه نتایج حاصله با کاتتریسیم به عمل آمده است. در همه این مطالعات سعی بر این بوده است که تا حد ممکن این دو اندازه گیری به هم نزدیک تر و ضریب همبستگی هر چه بیشتر به عدد ۱ که در واقع تطابق کامل این دو نوع شیوه اندازه گیری است نزدیک گردد. تلاش محققین بر این بوده که با هر چه دقیق تر کردن ابزاری غیر تهاجمی بمانند اکو و با توجه به هزینه کم، قابل تکراری بودن و قابل دسترس بودن آن بتوان استفاده از روش های تهاجمی را به حداقل ممکن رسانید.

همچنین مطالعات وسیعی در بر آورد اندازه CO در بیماران بدحال، بعد از عمل و بیماران بستری در بخش های ویژه که آگاهی از CO جهت ارائه خدمات درمانی برای بیمار ارزش حیاتی دارد به عمل آمده است و تطابق قابل قبولی بین اندازه گیری های اکوکاردیوگرافی و کاتتریسیم به دست آمده است (۷).

همچنین میانگین مقادیر به دست آمده CO با دو روش مذکور با استفاده از آزمون t-paired test مقایسه گردید که تفاوت معنی داری بین میانگین CO با دو روش مذکور (P<۰/۰۰۱) به دست آمد.

بحث:

برون ده قلبی مهم ترین عاملی است که در مورد گردش خون باید در نظر گرفته شود. در عین حال از مهم ترین عواملی است که در درمان و پیگیری بالینی بیماران با بیماری های مختلف قلبی مادرزادی و اکتسابی از قبیل کاردیومیوپاتی های اولیه و ثانویه، بیماری های ایسکمیک، نارسائی قلبی با علل مختلف و نیز در مرحله بعد از عمل جراحی بسیاری از ناهنجاری های مادرزادی و اکتسابی همواره مورد توجه کاردیولوژیست بوده و ارزش ویژه ای دارد (۶). هیچ کاتتریزاسیون قلبی بدون سنجش CO کامل نمی باشد و بایستی به عنوان یکی از مسایل مهم بررسی در هر کاتتریزاسیون قلبی مد نظر باشد (۶).

در مطالعه فعلی که بر روی ۵۶ کودک ۱۵-۳ ساله با ناهنجاری های مختلف قلبی به عمل آمده است

حمل می توان در بیماری های مختلف مادرزادی برون ده قلبی را محاسبه نمود (۴).

در مطالعه ای در سال ۱۹۹۶ توسط Wippermann و همکاران که برون ده قلبی را در کودکان پس از عمل جراحی قلب توسط متد فیک و متد thermodilution (TD) محاسبه نمودند، ضریب همبستگی $r=0/98$ بدست آمد. در این بررسی که بر روی ۲۵ کودک از ۱ هفته تا ۱۷ سال به عمل آمد برون ده قلبی از $0/21$ تا $4/55$ lit/min در کودکان مختلف متغیر بوده و ضریب همبستگی بسیار بالا با $P<0/0001$ به دست آمد که عملاً "نشان دهنده ارزش تقریباً یکسان این دو روش در برآورد برون ده قلبی می باشد (۱۲).

البته مطالعاتی نیز وجود دارد که در آنها محققین نتیجه گرفته اند که در بیماران بدحال روش داپلر - اکو به حد کافی نمایانگر برون ده قلبی با روش کاتتریسیم نمی باشد که از جمله آنها می توان به مطالعه Notterman در سال ۱۹۸۹ اشاره نمود که در بیماران بدحال برون ده قلبی را با دو روش اکو-داپلر و کاتتریسیم مقایسه و به ضریب همبستگی $r=0/79$ دست یافتند (۷)، که البته اینگونه مطالعات در مقابل مطالعات متعددی از جمله تحقیق Wong (۱۳) در سال ۱۹۹۰ ($r=0/9$) مطالعه Tibby (۱۰) در سال ۲۰۰۰ ($r^2=0/879$) و بررسی Royse (۸) در سال ۱۹۹۹ که کارآیی اکو را در بررسی CO تأیید نموده اند، اندک می باشد.

در مطالعه فعلی به دلیل کمبود امکانات، بجای استفاده از اندازه گیری مستقیم اکسیژن مصرفی برای استفاده از آن در فرمول فیک از اعداد تقریبی که قبلاً در مطالعات متعددی بر اساس سن، جنس و ضربان قلب استاندارد شده اند استفاده نموده ایم که هر چند ممکن است اکسیژن مصرفی واقعی بیمار نباشد ولی بسیار به آن نزدیک بوده و بعلاوه از بروز خطاها و اشتباهاتی در ارتباط با نمونه گیری و محاسبه محتوای اکسیژن

Leone (۵) و همکاران در سال ۱۹۹۸ در یک بررسی بر روی ۱۰ بیمار بدحال که نیاز به کاتتر شریان ریوی داشتند و در بخش مراقبت های ویژه بستری بودند CO را با دو روش اکو-کاردیوگرافی و thermodilution (که اساس کار بمانند روش فیک می باشد منتهی به جای اکسیژن از سالیین سرد و در واقع حرارت به عنوان معرف استفاده می کنند) محاسبه و به ضریب همبستگی $r=0/93$ دست یافتند. میانگین CO محاسبه شده با روش TD $5/81 \pm 0/83$ lit/min و میانگین CO با روش اکو-کاردیوگرافی $5/84 \pm 0/81$ lit/min محاسبه گردید.

بررسی دیگری در سال ۱۹۹۸ توسط valtler و همکاران بر روی ۴۶ بیمار بدحال که از رسپیراتور جهت تنفس استفاده می نمودند و در بخش مراقبت های ویژه بستری بودند، به عمل آمد. در این بررسی برون ده قلبی با دو روش داپلر - اکو و ترمودیلوشن محاسبه گردید و محققین مذکور به ضریب همبستگی $r=0/95$ دست یافتند (۱۱).

مطالعه جالبی در سال ۲۰۰۱ توسط Gentles و همکاران به عمل آمد که در آن برون ده قلبی را در بیماری های مادرزادی قلبی برآورد نمودند. در این مطالعه بجای استفاده از اکو - داپلرهای پیشرفته و مجهز به تکنیک های پیچیده از یک دستگاه داپلر ساده و قابل حمل که قبلاً کارآیی آن در کودکان و شیرخواران بدون بیماری های قلبی به اثبات رسیده بود، استفاده گردید. در این بررسی برون ده قلبی در کودکان با ناهنجاری های مادرزادی قلبی با روش فیک و با استفاده از دستگاه اکو - داپلر مذکور با استفاده از سرعت متوسط جریان خون آئورت و سنجش قطر آئورت محاسبه گردید و محققان به ضریب همبستگی بالای $r=0/96$ دست یافتند و چنین نتیجه گیری نمودند که با استفاده از یک وسیله اکو - داپلر بسیار ساده و ارزان قیمت و قابل

استفاده می باشد. گرچه میانگین برون ده قلبی با دو روش مذکور دقیقاً مشابه هم نمی باشد و اختلاف معنی داری بین آنها وجود دارد ($P < 0/001$)، ولی با توجه به فرمول (۱) به راحتی می توان مقادیر واقعی برون ده قلبی را (که معادل مقادیر حاصل از روش فیک می باشد) از روی مقادیر حاصل از اکوکاردیوگرافی محاسبه نمود و روش اکوکاردیوگرافی را در بررسی CO به عنوان جایگزینی دقیق و مطمئن برای محاسبه CO با روش کاتتریسیم بحساب آورد.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از کلیه کسانی که مرا در انجام این طرح یاری دادند به خصوص آقای دکتر بابک فلاحی و آقای دکتر ساسان فلاحی قدردانی می نمایم.

جلوگیری نموده و برآورد CO بیمار در یک وضعیت پایدار را آسان تر می سازد. در مطالعه ای توسط Dale (۳) در سال ۱۹۸۷ که با روش مشابهی بررسی نموده است و در آن برون ده قلبی را با روش modified fick (مشابه روش ما) و روش ترمودیلوشن مقایسه نموده است به ضریب همبستگی $r = 0/92$ با $P < 0/001$ دست یافته است که ضریب همبستگی بالا و قابل قبولی می باشد و نشان دهنده ارزش غیرقابل انکار روش تعدیل یافته فیک در بررسی CO می باشد.

به عنوان نتیجه نهائی می توان گفت که استفاده از روش اکو - داپلر در بررسی برون ده قلبی روشی دقیق، کاربردی، ارزان و در دسترس می باشد که نه تنها در کودکان سالم بلکه در کودکان با بیماری های مختلف مادرزادی قلبی و حتی در کودکان بدحال و بستری در بخش مراقبت های ویژه و پس از اعمال جراحی قلب قابل

References:

1. Bridges ND.; O'Laughlin MP.; Mullins CE.; Freed MD. Cardiac catheterization, angiography and intervention. In: Allen HD.; Gutgesell HP.; Clark EB.; Driscoll DJ. Heart disease in infants, children and adolescents: From Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia: USA, 280-3, 2001.
2. Dale CA.; Marlowe E.; Terrence D. Noninvasive pulsed Doppler determination of cardiac output in neonates and children. J Pediatr, 101(1): 46-50, 1982.
3. Dale J.; Jespersen L. Determination of cardiac output with a modified Fick method using estimated instead of measured oxygen consumption. Scand J Clin Lab Invest, 47(8): 759-63, 1987.
4. Gentles TL.; Neutze JM.; Caulder AL. Cardiac output measurements in congenital heart disease: validation of a simple, portable doppler method. J Ultrasound Med, 20(4): 365-70, 2001.
5. Leone D.; Servillo G.; De Robertis E. Monitoring cardiac output: esophageal Doppler vs thermodilution. Minerva Anesthesiol, 64(7-8): 351-6, 1998.
6. Nishimura RA.; Callahan MJ.; Noninvasive measurement of cardiac output by continuous-wave Doppler echocardiography: Initial experience and review of the literature. Mayo Clin Proc, 59: 484-9, 1984.
7. Notterman DA.; Castello FV.; Steinberg C.; Greenwald BM.; et al. A comparison of thermodilution and pulsed Doppler cardiac output measurement in critically ill children. J Pediatr, 117: 165-6, 1999.

8. Royse CF.; Royse AG.; Blacke DW. Measurement of cardiac output by transesophageal echocardiography: a comparison of two Doppler methods with thermodilation. *Anaesth Intensive Care*, 27(6): 586-90, 1999.
9. Snider AC.; Ritter SB. Doppler echocardiography. In: Allen HD.; Gutgesell HP.; Clark EB.; Driscoll DJ. *Heart disease in infants, children and adolescents: From Lippincott Williams and Wilkins*. Philadelphia: USA, 244-252, 2001.
10. Tibby SM.; Hatherill M.; Murdoch IA. Use of transesophageal Doppler ultrasonography in ventilated pediatric patients: derivation of cardiac output. *Crit Care Med*, 28(6): 2045-50, 2000.
11. Valtier B.; Cholley BP.; Belot JP. Noninvasive monitoring of cardiac output in critically ill patients using transesophageal Doppler. *Am J Respir Crit Care Med*, 158(1): 77-83, 1998.
12. Wippermann CF.; Huth RG.; Schmid FX. Continuous measurement of cardiac output by the Fick principle in infants and children: Comparison with the thermodilation method. *Intensive Care Med*, 22(5): 467-71, 1996.
13. Wong DH.; Mahutte CK. Two – beam pulsed Doppler cardiac output measurement: reproducibility and agreement with thermodilation. *Crit Care Med*, 18(4): 433-77, 1990.ss