

ارتباط میزان تروپونین I با LV Mass Index در بیماران همودیالیزی بیمارستان بوعلی اردبیل

دکتر بهمن بشر دوست^۱، دکتر حسین دوستکامی^۲، دکتر زینب فعالپور^۳، دکتر خدیجه اسلام نژاد^۳، علی عابدی^۴

^۱نویسنده مسئول: استاد یار بیماری های کلیه گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: b.bashardoust@arums.ac.ir

^۲استادیار بیماری های قلب عروق ^۳پزشک عمومی ^۴مربی فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات قلبی- عروقی در بیماران همودیالیزی یکی از علل عمده مرگ و میر می باشد. بیومارکرهای قلبی مانند تروپونین ها در تشخیص آسیب های قلبی بسیار حساس می باشند. تروپونین I می تواند در تشخیص آسیب حاد قلبی- عروقی در بیماران همودیالیزی مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی- تحلیلی در ۳۹ بیمار همودیالیزی مرکز همودیالیز بیمارستان بوعلی اردبیل انجام گرفت. سطح تروپونین I با استفاده از روش الیزا و میزان BUN، Cr و Hb قبل دیالیز در این بیماران سنجیده شد. با استفاده از اکوکاردیوگرافی LVH (Left Ventricular Hypertrophy) و LVMI (Left Ventricular Mass Index) اندازه گیری گردید. در نهایت اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی بیماران ۵۲/۹۲ سال بود. ۲۶ نفر مرد و ۱۳ نفر زن بودند. میانگین میزان تروپونین I، ۰/۷۸ میکروگرم در لیتر بود. بین سطح تروپونین I و LVMI، سن و جنس ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. ما بین سطح تروپونین I با EF (Ejection Fraction) و اختلال دیاستولیک ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۵).

نتیجه گیری: سطح تروپونین I می تواند به عنوان معیاری از اختلال فانکشن دیاستولیک در بیماران دیالیزی باشد.

واژه های کلیدی: تروپونین I، همودیالیز، اختلال دیاستولیک، LV Mass Index

دریافت: ۸۴/۷/۱۵ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۷ پذیرش: ۸۴/۱۱/۲۵

مقدمه

تحت کنترل نمی باشند روند بیماری قلبی تسریع می شود. سطح سرمی ایزوفرم های تروپونین T و I که در ساختمان اکتین و میوزین به کار رفته، در آسیب های قلبی افزایش می یابد [۱].

تشخیص ایسکمی میوکارد در بیماران با ESRD و نارسایی مزمن کلیوی بسیار مشکل می باشد که به دلیل نتایج مخدوش در ارزیابی بیومارکرهای قلبی و فقدان علائم بالینی در بسیاری از بیماران است. بیومارکری که در آسیب حاد میوکارد مورد استفاده قرار می گیرد CK-MB^۲، زنجیره های حاوی CK-MB^۲، B (CK-MB) اختصاصی قلب) می باشد. در ۵۰-۳۰ درصد موارد

بیماری های قلبی عامل اصلی مرگ و میر در بیماران ESRD^۱ می باشد. انفارکتوس میوکارد در ۵۰-۳۰ درصد موارد و سایر علل قلبی از قبیل پریکاردیت، آریتمی و نارسایی قلبی مزمن موجب مرگ می شود. هر چند عوامل خطری مانند دیابت، هیپر لیپیدمی، سیگار، جنس از علل معمول ایجاد کننده بیماری قلبی می باشند. عوامل خطر جدید با شروع نارسایی مزمن کلیوی ایجاد خواهد شد که شامل هموسیستئین بالا، دیس لیپیدمی و کلسیفیکاسیون می باشد. در بیمارانی که از نظر فشار خون و کم خونی

^۲ Creatine Phospho Kinase

^۱ End Stage Renal Disease