بررسی عوارض قلبی در بیماران با نیتروسیم مازور در طی سال ۱۰–۱۰ ساله

دکتر فهمی رحمی پیر - دکتر مریم جفروی - دکتر احیا زری دوست

استادیار گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

استادیار گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

نخستین کودکان و نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۸/۸
تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۵

چکیده

مقدمه

مقدمه: نیتروسیم شایع‌ترین اختلال کلی در دیابت و عوارض قلبی از قبیل تونسیز و علائم مربوط به آن در بیماران نیتروسیم مازور به‌طور جلوگیری می‌شود. هدف اصلی این مطالعه تجزیه و تحلیل موارد ویژه و درمان مصرف‌کنندگان نیتروسیم مازور و عوارض قلبی آن در بیماران نیتروسیم مازور و نقش آن در درمان مصرف‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج

نتایج این مطالعه نشان داد که بیمارانی که در مصرف نیتروسیم مازور و عوارض قلبی دارند، ممکن است با توجه به نتایج درمانی و بررسی‌های ویژه، بهترین راه برای درمان آنها به صورت ترکیبی و به‌طور جزئی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: نیتروسیم، نیتروسیم مازور، عوارض قلبی

مقدمه

مقدمه نیتروسیم شایع‌ترین اختلال قلبی از قبیل تونسیز و عوارض قلبی از قبیل تونسیز و عوارض قلبی گیلان (۵/۳٪) در بیماریان مصرف‌کننده نیتروسیم به شکل مکرر دچار اختلال قلبی می‌شوند. در این مطالعه، از بیمارانی که در مصرف نیتروسیم مازور و عوارض قلبی دارند، به دست آمده است که بیمارانی که در مصرف نیتروسیم مازور و عوارض قلبی دارند، بهترین راه برای درمان آنها به صورت ترکیبی و به‌طور جزئی می‌باشد.
بررسی غیرمستقیم فریتن سرم می تواند مفید باشد. هرچند که فریتن و استحکام خون از صورت و در مدت از سایر عوامل است.(5). 

بعد از یک/ اد آب و خاک از بیماران دچار یک یا چند توتیپ کاردیت استریل و خون محدود شوند. می‌شود. گرچه نارسایی انتقالات لب هنگام دیبیشن است.(6) اما ممکن است اضطراب دوم زندگی ایجاد نمی‌شود. اکوکارپادوگرافی (7) امکان کشف بیماری را قبل از پیشرفت آن می‌دهد. بدون درمان، کمتر چه چند فوتیشیست. اما انجول بازدارند. از قبیل ACE نارسایی (بازدارند. از آزمونی مبدأ آنزیم انتقالات) در موارد بدون علائم اختلال عمیکارد بیشتر چنین ممکن است جلوی نارسایی را یک‌پایه یا آنر به تأخیر بیناد(4). 

هدف از این پژوهش بررسی ارتباط میزان فریتن سرم و آب و خاک عوارض قلبی در بیماران دچار بتالاسلیمی مازور است. 

مواد و روش‌ها

بررسی دسترسی بیماری WHO بیماری میثاق پیام‌های میثاق بیماری میثاق. در مورد بازدارند، گرفتن نوار قلب و اکوکارپادوگرافی به درمانگاه لقب مواجه کردن. در قلاغ زمان 3 ماهه نخست سال 1385 3 کیلی بیماران بتالاسلیمی مازور در رده سنی 10-20 ساله که به درمانگاه قلب کودکان بیمارستان دکتر حمیدت رشت ارجاع شده بودند مطالعات فاز قرار گرفته. ابتدا در شرح حال و در مورد موجود علائم قلبی از آن‌انداز پرسیده شد و معمای قلبی انجام شد. میزان فریتن 6 ماهه افزایش هم روز آزمایش بیماری ثبت شد. نوار قلب شامل 6 اختلاف جلوی قلبی و 6 اختلاف اندامگاه و از ارزیابی ثبت در کسانی که شکایت از تشن قلب گاه و ناگهانی داشته و تا در نوار قلب آنها نگیر غیرطبیعی دال بر آزمایش و ضریبان پراماچور

مناسب از شلاتورهای آنل قابل پیشگیری هستند. اگر چه حدود این درمان نیز بدون عارضه نیست.(3). 

از سال 1370 میلادی، شلاتور دیپولامین به درمان بیماران اضافه شده که به علت تداوم حیات تا برگزاری است(2) (3) (4) داروی دیپولامین یا لی لیر 2003 مجوز مصرف گرفته است.

این بیماران غالباً دچار آسیب قلب می‌شوند که عمدتاً ناشی از افزایش بار آن به دیالیم هلولیز، افزایش جذب روده و تزریق خون مکرر است (5) به رغم بهبود روش‌هایی افزایش آن در آنها با دیپولامین، هنوز ازبلاق قلبی هنوز دیپولامین (داردر) 4). 

علت عوارض دچار شلاتور دچار بتالاسلیمی مازور، نارسایی قلبی(5) و آزمایش است. این عوارض با تجربه 12 گرم آهن در هر شروع می‌شود که ممکن است بعد از 10 سالگی در قبلاً بردی می‌کند که بطور مرتقب خون دیپولامین می‌کند و میزان Hb از حدود 9-10 گرم در مسی妥 حفظ می‌شود(6). مرگ آن که شلاتور کافی مصرف کرده شد، در این صورت ممکن است به صورت 12 سالگی کاروپادوگرافی ایجاد خواهد شد و متوسط هر بیمار پس از آن به سه چهارم می‌کند(3). 

آهن در دیپولامین بین بطنی و دیپولامین آزاد آن ممکن است در این چهار کارآمد تجربه می‌باشد. پیش از عوارض قلبی در تالاسیم ارتباط مستقیمی با میزان آهن رسوب کرده در قبلاً مازور(2،3).

این عوارض عمدتاً شامل اختلال عمیکارد دیپولامین و در پی آن افسانوی، آزمایش، تجربه مایع در پی آزمایشهای بین بطنی و بازداشت(5) در اختلال دیپولامین یک یک (DT) Deceleration (E/A) 

کاهش ولی زمان (E/A) افزایش و در نتیجه (IVRT) Isoveolic relaxation

ارخیوت (IVRT) و در نتیجه (DT) Deceleration و در نتیجه (IVRT) افزایش ولی E/A 

اختلال عمیکارد دیپولامین قلب کسر کوتاه شدگی و

جهش بطن چپ (LVFV و LVFS) 

کم می‌شود.

17
بررسی عوارض قلبی در بیماران با ناسکی مازور در طیف عسل ۱۰ ساله

بت نشده‌بود برای بررسی دقیقره مانوی‌هولتنر درخواست شد. همچنین برای اطمینان از آثار درمان ضدآریتمی نیز مانوی‌هولتنر انجام شد. کلیه بیماران اکوکاردیوگرافی شما اکو دوبعدی، اختلال عملکرد قلب شامل افیوزیون پریکاردن، اختلال عملکرد قلب شامل (FS, LVEF) و دیاستوک بطن چپ (پاپر) بررسی شده بود. نتایج

(۱) در سه ماهه نخست سال ۱۳۸۵، ۵۸ بیمار دچار ناسکی مازور ۲۰–۱۰ ساله به دوستانه قلب بیمارستان دکتر حبشمت ارجاع شدند. ۲ بیمار پسر و ۲۷ بار دختر بودند. ۱۹ بیمار (۳۲/۸%) اختلال قلبی شامل اختلال عملکرد سیستول و دیاستوک، هپتروفی بطن چپ، نارسایی قلبی، ناک اریتمی، بلوک و نغیر

غيراختصاصی در اکوکاردیوگرام داشتند.

۱۵ بیمار (۲۴%) از ۱۵ سال درد و دیگر ۴ بیمار (۲۱%) ۱۵ سال نیز از ۱۵ سال بودند، بین رده‌های سنی توزیع شدند. اکوکاردیوگرام‌های اکوکاردیوگرافی در جدول های ۱ و ۲ خلاصه‌شده است. در این پژوهش ۵۱ بیمار (۴/۸۷) Peak A (۱/۰۶/۹) و ۵۰ بیمار (۱/۰۶/۹) Peak E velocity خارج از محدوده طبیعی داشتند و لی فضت velocity در ۱۴ بیمار (۱/۰۶/۹) غیرطبیعی بود (۱۰/۱) یعنی

در اکوکاردیوگرام و مانوی‌هولتنر غیرطبیعی داشتند و دو بیمار هپتروفی بطن چپ با عملکرد سیستول و دیاستوک طبیعی بودند. ۶ بیمار (۵/۸) از ۱۹ بیمار قلیه ما چشته و دو بیمار (۲/۸) از ۱۹ بیمار قلیه ما چشته و دو بیمار (۲/۸) از ۱۹ بیمار قلیه ما چشته و دو بیمار (۲/۸) از ۱۹ بیمار قلیه ما چشته و
همان بیمارانی که اختلال عملکرد دیاستولی بپنهی نداشتند با سیستول و دیاستول یا هم داشتهند و در بیش از A/4 طبیعی پیوسته در همین 14 بیمار و 25 پیمار خارج از محدوده طبیعی بود.

در شش پیمار (30%) کاهش یافته بود و این پژوهش یک مره 20 ساله با الکتروکاردیوگرام مثبت، هر یک اختلال شدید عملکرد سیستولی با LVFS ≥ 35% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% 18/23% با لیف میانگین که در بیماران در میانگین که در پزشکی 7/10% بود.

میانگین که در پزشکی 7/10% بود. در این مطالعه نشان داد که جهش پین (75%) در لیف آرامان 60/50% نیز با ناحیه اصلی

در این پژوهش یک مره 20 ساله با الکتروکاردیوگرام مثبت، هر یک اختلال شدید عملکرد سیستولی با LVFS ≥ 35% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% 18/23% با لیف میانگین که در بیماران در میانگین که در پزشکی 7/10% بود.

میانگین که در پزشکی 7/10% بود. در این مطالعه نشان داد که جهش پین (75%) در لیف آرامان 60/50% نیز با ناحیه اصلی

در این پژوهش یک مره 20 ساله با الکتروکاردیوگرام مثبت، هر یک اختلال شدید عملکرد سیستولی با LVFS ≥ 35% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% 18/23% با لیف میانگین که در بیماران در میانگین که در پزشکی 7/10% بود.

میانگین که در پزشکی 7/10% بود. در این مطالعه نشان داد که جهش پین (75%) در لیف آرامان 60/50% نیز با ناحیه اصلی

در این پژوهش یک مره 20 ساله با الکتروکاردیوگرام مثبت، هر یک اختلال شدید عملکرد سیستولی با LVFS ≥ 35% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% 18/23% با لیف میانگین که در بیماران در میانگین که در پزشکی 7/10% بود.

میانگین که در پزشکی 7/10% بود. در این مطالعه نشان داد که جهش پین (75%) در لیف آرامان 60/50% نیز با ناحیه اصلی

در این پژوهش یک مره 20 ساله با الکتروکاردیوگرام مثبت، هر یک اختلال شدید عملکرد سیستولی با LVFS ≥ 35% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% و/یا سیستول و دیاستول 18/23% 18/23% با لیف میانگین که در بیماران در میانگین که در پزشکی 7/10% بود.

میانگین که در پزشکی 7/10% بود. در این مطالعه نشان داد که جهش پین (75%) در لیف آرامان 60/50% نیز با ناحیه اصلی

جدول 1 مقایسه میانگین بعضی از عوامل بیولوژیکی در بیماران نالاسبی‌ها مراجعه شده به پزشکی نالاسبی‌ها مراجعه شده به پزشکی

<table>
<thead>
<tr>
<th>انحراف معیار</th>
<th>میانگین</th>
<th>کمیته</th>
<th>تعداد افراد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>3/09</td>
<td>20</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>مقدار فرسین (ng ml)</td>
<td>125/0/72</td>
<td>20/0/07</td>
<td>6/00</td>
</tr>
<tr>
<td>(m/sec) PE</td>
<td>0/9849</td>
<td>1/33</td>
<td>0/55</td>
</tr>
<tr>
<td>(m/sec) PA</td>
<td>0/5198</td>
<td>1/36</td>
<td>0/26</td>
</tr>
<tr>
<td>PE/A</td>
<td>0/5122</td>
<td>4/23</td>
<td>0/8</td>
</tr>
<tr>
<td>msec DT</td>
<td>0/373</td>
<td>20/0/2</td>
<td>4/0</td>
</tr>
<tr>
<td>msec IVRT</td>
<td>0/362</td>
<td>10/3</td>
<td>3/0</td>
</tr>
<tr>
<td>LVEF</td>
<td>0/362</td>
<td>20/0/2</td>
<td>4/0</td>
</tr>
<tr>
<td>LVFS</td>
<td>0/362</td>
<td>20/0/2</td>
<td>4/0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

PE = Peak E velocity , PA = Peak A velocity , PE/A = Peak E/A velocity , DT = Deceleration time , IVRT = iso volemic relaxation time , LVEF = left ventricular ejection fraction , LVFS = left ventricular fractional shortening.
بررسی عوارض قلبی در بیماران با تالاسیم مازور در طی سال‌های ۱۴۹۴-۱۳۸۴

جدول ۲: توزیع فراوانی موارد طبیعی در بعضی از عوامل بدست آمده از آکو کاردیوگرافی در بیماران تالاسیم مازور مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>عامل اکوکاردیوگرافی</th>
<th>تعداد</th>
<th>طبیعی</th>
<th>غیر طبیعی</th>
<th>تعداد</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(m/sec)PE</td>
<td>۵۱</td>
<td>۷</td>
<td>۴۴</td>
<td>۸۵</td>
<td>۱۴۸</td>
</tr>
<tr>
<td>(m/sec)PA</td>
<td>۷۵</td>
<td>۱۳</td>
<td>۶۲</td>
<td>۱۳۸</td>
<td>۲۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>PE/A</td>
<td>۲۳</td>
<td>۲</td>
<td>۲۱</td>
<td>۳۵</td>
<td>۵۰</td>
</tr>
<tr>
<td>(msec)IVRT</td>
<td>۵۴</td>
<td>۶</td>
<td>۴۸</td>
<td>۹۰</td>
<td>۱۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>LVEF</td>
<td>۵۰</td>
<td>۶</td>
<td>۴۴</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۶۰</td>
</tr>
<tr>
<td>LVFS</td>
<td>۵۲</td>
<td>۶</td>
<td>۴۶</td>
<td>۱۰۰</td>
<td>۱۶۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳: مقایسه میانگین مقدار فریتن بر حسب وجود ضایعات قلبی در بیماران تالاسیم مازور مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>P-value</th>
<th>t</th>
<th>اخبارهایی</th>
<th>میانگین</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0.0001</td>
<td>۵/۳۴</td>
<td>۱۴۵/۰۵</td>
<td>۳۱۰/۰۳</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نادرد.

پژوهشی در دو گروه، افزایش را در تمام ۳۴ بیمار آنها نشان داد ولی Avelocity طبیعی بود. در هیچ یک از بیماران آنها اختلال عملکرد دیاستولی بدست نیامد (۱۱) در حالی که ۲۴/۱۵% بیماران ما دچار این اختلال بودند. در برسی ترکیب، ۴۴% بیماران فقط اختلال عملکرد دیاستولی را در بین چپ داشتند که همه از نزدیک دو بود. Peak و E velocity پایین تر و Peak A velocity بالاتر از طبیعی بودند (۱۳). بنابراین، فراوانی و تپ اختلال دیاستولی در بیماران ما بیشتر بود. ترکیب متفاوت است.

در پژوهش دانشگاه آمریکایی برای در سال ۲۰۲۴ در ۱۹ بیمار اختراع عملکرد دیاستولی از نزدیک یک بوده است. علت شایع‌ترین اکو کاردیوگرافی در بیماران پتالاسیم مازور طولانی شدن IVRT و پیشگیری کننده اختلال عملکرد دیاستولی در آینده باشد. در بیماران ما نگ ml میانگین میزان فریتن سرم در پران ng/ml در دختران T-test با اطمنی ۹۵% و خطای کمتر از ۱۷/۲۵ (P=0.0011) بین میانگین فریتن و بروز اختلال دیاستولی قلب از تهاجم آمیز داده ته ۲/۶۳ (47/۱۴%). ولی بین بروز اختلال عملکرد سیستولی و میزان فریتن سرم با استفاده از T-test اطمینان ۹۹% و خطای کمتر از ۱/۵۴ (P=0.01) قابل توجه است. بنابراین، ۱% از افراد امروز و وجود نداشت (۱/۵۴). قابل توجه است اینکه کلیه بیماران دارای اختلال عملکرد سیستولی دچار اختلال عملکرد دیاستولی هم بودند.

در بیماران ما بین بروز آرمیتی و میانگین سطح فریتن براساس T-test (۱/۳۱=0/۰۹) نداشت (0/0011).

بحث و نتایج

در این پژوهش ۸۴ بیمار آماری ماور دچار عوارض قلبی مزکر بودند که نشان می‌دهد تفاوت آماری معنی‌دار بین جنس و بروز عوارض قلبی وجود ندارد.
نیز 11 بیمار مختصات طولانی‌تر از طبیعی داشتند ولی عملکرد دیاستوک و سیستولی آن‌ها طبیعی بود، شاید این باندها نخستین علائم اختلال عملکرد دیاستوک در این بیماران باشد. در مقایسه با ترتیب بزرگ‌تر از ترکیب 13/4 بیماران اختلال عملکرد سیستولی داشتند. این اختلال در بیماران 10/4 بیست آمد که کمی کمتر از در پژوهش ما مانند ترکیب کلیه بیماران دور اختلال عملکرد سیستولی، اختلال دیاستوک هم داشتند.

در برسی ایتالیا در سال 2004، بروز آنیمی در بیماران دچار بیاناتالاسیمی ماژور/7/8 (4/14) و در پژوهش آلمان در سال 1998/5/8 (15) و در تحقیق مشابه در دانشگاه کلمبیای آمریکا این بیماران 20/4/5 18/6 نیز پدید آمد. از ترکیب بیشتر و از آلمان و آمریکا کمتر بود است. میانگین فریبین در بیماران ما 2510 ± 12/68 ng/ml (152) بود که در مقایسه با پژوهش آن(152) نیز کمتر و در پژوهش بین مردان بیماران بیشتر بود از آلمان و آمریکا کمتر بود است. لی این بیماران با اختلال عملکرد سیستولی رابطه‌ای

3. حضور، منشور: زمانی، جلال: تالسمنی، شیراز: علوم پزشکی، 1376.
10. Rebecca A, Resai A. Doppler Echocardiography in Heart Disease in Infants.

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان/ دوره شانزدهم/ شماره ۶۴/ زمستان ۱۳۸۶ ۱۳


Survey of Cardiac Complications in Beta Thalassemia Major

Patients in 10-20 Years Old

Rahimi bashar F.(MD), Jafroodi M.(MD), Zari doost A.(MD)

Abstract

Introduction: Thalassemia is the most common monogenic disorder in the world and cardiac complications are the most common causes of mortality of Beta Thalassemia Major Patients.

Objective: Survey of relative frequency of cardiac complications including Diastolic, Systolic Dysfunctions, Arrhythmia and Pericardial Effusion in Beta Thalassemia Major Patients (10-20 years old).

Material and Methods: In these descriptive study 58 beta thalassemia major patients, 10-20 years old, 32 males, 26 females who had referred to Heart Clinic were studied by history, electrocardiogram and echocardiography. Holter monitoring was recommended if there were history of palpitation, abnormal electrocardiogram or antiarrhythmic therapy.

Results: There were cardiac complications in 19 patients (32.8%), 15 patients were above 15 years old and 4 patients were 15 years old and less than. Cardiac patients were including 13 males (40.6%) and 6 females (23.1%). There was arrhythmia in 4 patients (6.8%) including one Mobits II, one PSVT, one ventricular tachycardia and one PVC. Diastolic dysfunction was in 8 patients (13.8%). Systolic dysfunction was in 6 patients (10.3%). There wasn’t pericardial effusion. One patient was died due to heart failure. In cardiac patients ferritin average was 3247.32 ± 1359.07ng/ml. There was correlation between serum ferritirn level with cardiac complications and age but there was not correlation with sex or arrhythmia.

Conclusion: Increase of feritin level and age is effective in heart failure in Beta thalassemia major patients.

Key words: Arrhythmia/ Beta Thalassemia/ Diastole/ Systole