

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۱۴



بررسی نقش پروتئین رآکتیو سی در پیشگوئی عواقب پس از عمل پیوند عروق کرونر

چکیده

زمینه: امروزه آترواسکلروزیس به عنوان یک بیماری التهابی شناخته می‌شود. CRP (C-reactive protein) نه تنها به عنوان یک مارکر روند التهابی بلکه نشانه‌ی از پیشرفت آترواسکلروزیس محسوب می‌گردد.

روش کار: این مطالعه تحلیلی بر روی ۴۵۴ نفر بیمار کاندید پیوند عروق کرونر (CABG) انجام شد. میزان CRP (بر حسب mg/dl) این بیماران قبل از پذیرش اندازه‌گیری شد و سپس تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر با استفاده از پمپ قلبی ریوی (ON PUMP) قرار گرفتند. تکنیک جراحی، مدت بیهوشی و مراقبت‌های بعد از عمل در ICU در تمام بیماران مشابه بود. پس از عمل جراحی میزان مرگومیر، لزوم استفاده از بالن پمپ و اینوتروپ در پایان عمل، مدت زمان اقامت در ICU، مدت زمان پمپ قلبی ریوی و کلامپ آئورت و دیگر معیارها از پرونده بیماران استخراج شد و مطالعه آماری جهت رابطه بین مرگومیر و عوارض پس از عمل CABG و CRP قبل از عمل انجام گردید. بیماران هیچکدام بیماری عفونی و یا التهابی مشخص و یا موارد ثابت شده بدخیمی نداشتند.

یافته‌ها: برای بررسی وجود همبستگی بین متغیرهای فوق‌الذکر با میزان CRP قبل از عمل مقدار همبستگی پیرسون و آزمون صفر اجرا گردید. از لحاظ آماری ارتباطی بین افزایش تعداد مرگومیر، بالارفتن کلاس NYHA، وجود سکته قلبی و دیابت قبل عمل، افزایش عوارض مغزی پس از عمل، اجکشن فرکشن پایین قبل از عمل، لزوم استفاده از بالون پمپ، افزایش مدت زمان پمپ با افزایش CRP در افراد مورد مطالعه دیده نشد ولی در افراد مسن، زنان، کسانی که مدت زمان بستری در ICU بیشتری داشته یا در پایان عمل اینوتروپ احتیاج داشته‌اند میزان CRP بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: میزان CRP قبل از عمل می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی از لحاظ آماری برای طول اقامت در ICU، فوریت در عمل جراحی، لزوم مصرف اینوتروپ در خاتمه عمل می‌باشد ولی هیچ ارتباطی با مرگومیر، اجکشن فرکشن، سکته قلبی و دیابت قبل از عمل ندارد.

واژگان کلیدی: پروتئین رآکتیو C، پیوند عروق کرونر، کلامپ آئورت، آترو اسکلروزیس

دکتر امجد کیانی *۱

دکتر محسن میرمحمد صادقی ۲

لاله هویدا ۳

نیلوفر فرهمند ۴

۱- متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه

۲- استادیار گروه جراحی قلب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- مربی میکروبیولوژی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان

۴- کارشناس پرستاری

* نشانی نویسنده مسؤول:

اصفهان- خیابان شمس آبادی- بیمارستان و مرکز قلب سینا

تلفن:

۰۹۱۲۱۸۳۴۵۷۶ و ۰۳۱۱-۲۳۴۵۸۸۱

نشانی الکترونیکی:

akiani_md@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۸۹/۱۱/۴

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۲/۲۸

مقدمه

CRP به عنوان یک پروتئین فاز حاد یک مارکر بسیار حساس در برابر التهاب، عفونت، بدخیمی، آترواسکلروزیس و بیماری قلبی و عروقی می‌باشد [۱]. میزان CRP می‌تواند در عرض ۴۸ ساعت پس از تحریک از حالت نرمال تا چندین برابر نرمال برسد که این تحریک شامل عمل جراحی نیز می‌شود پس از خاتمه تحریک اگر عامل عفونی در بین نباشد سریعاً میزان CRP به حد نرمال بر می‌گردد [۲]. پیوند عروق کرونر قلب از اعمال بزرگ محسوب می‌شود که به صورت اختیاری، انتخابی و اورژانسی و با استفاده از پمپ قلبی ریوی در حال انجام است. به دلیل پروسه التهابی وسیع به علت استفاده از پمپ قلبی و ریوی و آزاد شدن مقادیر قابل ملاحظه آنزیم‌های التهابی در بدن حدود ۳۰-۴۰ درصد بیماران بعد از عمل دچار عوارض ریوی، عصبی، انعقادی و ... می‌شوند. نتیجه ایده‌آل زمانی به دست می‌آید که بتوانیم وقوع هر گونه عارضه پس از عمل را حدس زده و در زمان مناسب از آن جلوگیری کنیم. CRP توانایی پیشگویی ریسک و عوارض حوادث قلبی عروقی را دارد [۳]. داروهای استاتینی خاصیت ضد التهابی نیز دارند و میزان CRP را کاهش می‌دهند. میزان CRP بالا با مرگ‌ومیر زیاد پس از سکت قلبی و از کارافتادگی ارگان‌ها در ارتباط است [۴]. بالا بودن میزان CRP قبل عمل در ارتباط مستقیم با عوارض پس از CABG می‌باشد [۵]. این ارتباط در موارد Stable Angina [۶]، سکت قلبی [۷] استروک‌های ایسکمیک [۸] ضعیف بوده است. در این مطالعه ما توانایی CRP در پیشگویی عوارض عمل جراحی CABG را مورد بررسی قرار داده‌ایم.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه تحلیلی بوده که بر روی ۵۴۵ بیمار کاندید CABG از تاریخ دی ماه هشتاد و شش تا دی ماه هشتاد و هفت در مرکز درمانی غیر دانشگاهی انجام گرفته است. بیماران همگی

کاندید پیوند عروق کرونر بودند و پس از تأیید در کمیته اخلاقی و کسب رضایتنامه کتبی وارد تحقیق شدند. آزمایشات روتین قبل از عمل انجام شد. CRP بیماران قبل عمل (به صورت mg/dl) با سیستم BIONIX اندازه‌گیری شد. شرایط خروج از طرح شامل سن بیشتر از ۸۵ و کمتر از ۳۵ سال، وجود بیماری التهابی، عفونی، بدخیمی و هر نوع بیماری غیر از عروق کرونر قلب بود. میزان نرمال CRP زیر ۴/۲ mg/dl منظور شد که به صورت پراکنده CRP بیماران قبل از عمل از این حد تا نهایت mg/dl بود. روش بیهوشی، جراحی و روش درمان در ICU که شامل آنتی‌بیوتیک تراپی، کورتون تراپی، IV تراپی، sedation و زمان Extubation است در تمام بیماران مشابه بود. برای تمام بیماران دگزامتازون به میزان ۸ میلی‌گرم هر ۸ ساعت IV تجویز شد. معیارهای سن، جنس، کلاس کارائی بیمار (NYHA)، اجکشن فرکشن، سکت قلبی و دیابت قبل از عمل، فوریت زمانی در انجام جراحی، مدت زمان بستری در ICU، لزوم مصرف اینوتروپ، بالان پمپ در خاتمه عمل، عوارض عصبی پس از عمل، زمان پمپ و کلامپ آئورت و مرگ‌ومیر بیمارستانی پس از جراحی از پرونده بیماران استخراج شد و برای بررسی وجود همبستگی بین متغیرهای فوق‌الذکر و پاسخ (CRP) مقدار همبستگی پیرسن و آزمون صفر را اجرا کردیم.

یافته‌ها

تعداد ۴۵۴ بیمار در این تحقیق وارد شدند که پس از جراحی عملیات آماری بر اساس متغیرهای ذکر شده و پاسخ انجام شد. از لحاظ پراکندگی سنی، بیماران از ۳۹ سال تا ۸۳ سال با متوسط ۶۱/۱۷ سال، اجکشن فرکشن بیماران از ۲۰٪ تا ۷۰٪ با متوسط ۵۰/۷۳٪، زمان پمپ قلبی ریوی از ۲۴ دقیقه تا ۲۳۱ دقیقه با متوسط ۷۸/۸۴ ساعت و زمان کلامپ آئورت از ۱۳ دقیقه تا ۹۹ دقیقه با متوسط ۴۸/۳۵ دقیقه داشتند. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱- گستردگی متغیرهای مطالعه				
انحراف معیار	متوسط	حداکثر	حداقل	سن (سال)
۹/۴۸۶	۶۱/۱۷	۸۳	۳۹	سن (سال)
۱۰/۸۱۸	۵۰/۷۳	۷۰	۲۰	کسر جهشی (%)
۲۲/۷۲۵	۷۸/۸۴	۲۳۱	۲۴	زمان پمپ قلبی ریوی (دقیقه)
۱۲/۸۴۱	۴۸/۳۵	۹۹	۱۳	زمان کلامپ آنورت (دقیقه)

بیمارانی که CRP بالاتری دارند بیشتر از ۴۸ ساعت در ICU اقامت داشته‌اند البته طول اقامت استاندارد در 48 ICU ساعت در نظر گرفته شده است. ضریب همبستگی بین متغیرهای کلاس NYHA، عوارض عصبی پس از عمل، اجکشن فرکشن قبل از عمل بیماران و CRP با توجه به P value آزمون مربوطه معنی‌دار نمی‌باشد یعنی ارتباطی بین CRP قبل عمل و متغیرهای فوق وجود ندارد. در مورد فوریت زمانی در انجام جراحی چون آزمون صفر بودن ضریب همبستگی پیر سن بین این متغیر و پاسخ در سطح ۰/۰۱ رد می‌شود (با توجه به مقدار P value = ۰/۰۰۰) مقدار همبستگی برابر ۰/۱۶۶ نشانگر این است که هر چه CRP بالاتری داشته باشیم لزوم بیشتری از لحاظ زمانی در انجام جراحی داریم قابل ذکر است که این لزوم بر اساس اختیاری، نیمه اختیاری و اورژانسی تعریف شده است. در مورد متغیرهای دیابت، سکنه قلبی قبل از عمل، زمان پمپ و کلامپ آنورت و لزوم استفاده از بالن پمپ در پایان عمل جراحی به دلیل منفی بودن ضریب همبستگی رابطه عکس بین این متغیرها و پاسخ برقرار بود اما از آنجائی که این مقدار با توجه به P value آزمون مربوطه معنی‌دار نبود می‌توان از آن صرف نظر کرد. به این مفهوم که همبستگی بین متغیرهای فوق با سطح CRP قبل از عمل وجود ندارد و CRP بالا تأثیری در متغیرهای فوق ندارد. (جدول شماره ۲)

از کل بیماران تعداد ۱۳ نفر (۲/۸ درصد) CRP بین ۲/۴ تا ۴/۸، ۱۳ نفر (۲/۸ درصد) بین ۴/۸ تا ۹/۶، ۴ نفر (۰/۸۸ درصد) بین ۹/۶ تا ۱۹/۲ و ۲ نفر (۰/۴۴ درصد) بالاتر از ۱۹/۲ و باقی بیماران CRP زیر ۲/۴ داشتند. در مجموع ۷٪ بیماران CRP بالاتر از نرمال داشتند. میزان مرگومیر بیمارستانی در این مطالعه ۱۰ نفر (۲/۲ درصد) بود که از این افراد تنها یک نفر CRP بین ۹/۶ تا ۱۹/۲ داشت که از لحاظ آماری همبستگی بین این دو متغیر وجود نداشت به این معنی که CRP بالاتر از نرمال باعث مرگومیر پس از جراحی کرونر نمی‌شود. همبستگی بین متغیر جنسیت و CRP برابر ۰/۱۱۷ بود و آزمون صفر بودن این ضریب در سطح ۰/۰۰۲ رد شد به این مفهوم که در بیماران زن میزان CRP به نسبت مرد بیشتر بوده است. در مورد متغیر سن این ضریب همبستگی برابر ۰/۱۰۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار می‌شود پس می‌توان گفت بیمارانی که CRP بالاتری دارند سن بالاتری هم دارند. مقدار ضریب همبستگی بین پاسخ و متغیر لزوم استفاده از اینوتروپ در پایان عمل برابر ۰/۴۹۶ می‌باشد و با توجه به مقدار آزمون مربوطه صفر بودن این ضریب در سطح ۰/۰۰۰۱ رد می‌شود پس بیمارانی که CRP بالاتری دارند لزوم استفاده از اینوتروپ بیشتری دارند. با توجه به اینکه مقدار P value آزمون صفر بودن ضریب همبستگی بین متغیر پاسخ و طول اقامت در ICU برابر ۰/۰۰ است مقدار همبستگی مربوطه یعنی ۰/۳۹۵ معنی‌دار بوده و نشان می‌دهد

جدول شماره ۲- همبستگی CRP بالا با متغیرها		
مقدار آزمون (P-value)	همبستگی پیرسن	
۰/۰۱۲	* ۰/۱۱۷	جنس
۰/۰۲۱	* ۰/۱۰۸	سن
.	** ۰/۴۹۶	مصرف اینوتروپ
.	** ۰/۳۹۵	مدت زمان اقامت در آی سی یو
۰/۱۶۲	۰/۶۶	کلاس قلبی NYHA
۰/۲۸۷	۰/۰۵	عوارض عصبی پس از عمل

کسر جهشی	۰/۲	۰/۶۷۴
دیابت	-۰/۶۵	۰/۱۶۵
سکته قلبی قبل از عمل	-۰/۰۲۰	۰/۶۷۹
زمان پمپ قلبی ریوی	-۰/۰۱۱	۰/۸۱۱
زمان کلامپ آنورت	-۰/۰۰۳	۰/۹۴۹
لزوم استفاده از بالن پمپ	-۰/۰۳۷	۰/۴۲۷
مرگ و میر	-۰/۰۵۹	۰/۲۰۶
فوریت زمانی عمل جراحی	۰/۱۶۶ ***	۰

* همبستگی در سطح معنی‌دار ۰/۰۵ (دو طرفه)

** همبستگی در سطح معنی‌دار ۰/۰۱ (دو طرفه)

مرگ‌ومیر پس از CABG وجود دارد [۱۴]. در مطالعه‌ای بیانکاری و همکاران تعداد ۱۰۴۸ بیمار را تحت عمل CABG قرار دادند در حالی که میزان CRP قبل از عمل آنها را اندازه‌گیری کرده بودند. میزان CRP بیشتر از 1 dl/mg به همراه اجکشن فرکشن پیشگو کننده‌های مستقل مرگ‌ومیر پس از عمل بودند. مرگ‌ومیر پس از عمل ۳/۰٪ در بین بیماران با CRP کمتر از 1 dl/mg و اجکشن فرکشن بالاتر از ۵۰٪ بود در حالی که مرگ‌ومیر در گروه با CRP بالاتر از 1 dl/mg و اجکشن فرکشن کمتر از ۵۰٪ حدود ۲۱/۴٪ بود. CRP کمتر از 5/0 mg/dl ارتباطی با نارسائی کلیه، ونتیلاسیون، مصرف طولانی مدت اینوتروپ، تزریق خون، سکته قلبی، مرگ‌ومیر و طول مدت بستری در ICU ندارد [۱۵]. درمان با داروهای پایین آورنده چربی خون بر روی سطح CRP اثر می‌گذارد و باعث کاهش مرگ‌ومیر و سکته قلبی تا ۳۰ روز پس از عمل می‌شود که این مهم با کاهش التهاب سیستمیک همراه می‌باشد. ریدکر و ریفای در مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۸ ارتباط بین سطح‌های مختلف کلسترول، مصرف پائین آورنده‌های چربی خون و حوادث پس از سکته قلبی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که مصرف این نوع داروها در کم کردن التهاب عروق مخصوصاً کرونرها مؤثر بوده و باعث کاهش حوادث قلبی در افراد چاق می‌شود [۱۶]. مطالعاتی انجام شده است که نشان‌دهنده ارتباط مستقیم سطح CRP با سن، دیابت و چاقی است [۱۷]. در مطالعه ما بر خلاف مطالعات قلبی ارتباط بین مرگ‌ومیر و سطح CRP قبل از عمل وجود نداشت ولی نشان داد هر چه CRP قبل از عمل بالاتر باشد، عوارضی مثل طول مدت بستری در ICU و لزوم مصرف اینوتروپ در پایان عمل بیشتر است.

بحث

اولین بار در سال ۱۹۳۰ فرانسیس و تایلنت نشان دادند که اگر سرم افرادی را که مبتلا به پنومونی حاد باشند با پلی ساکراید پیکر میکروب پنوموکوک مخلوط کنند منجر به ایجاد ذرات رسوبی می‌شود. این محققین با مطالعه بیشتر مشاهده نمودند که در سرم بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی و نیز بعضی عفونت‌ها پروتئینی وجود دارد که می‌تواند با کپسول میکروب‌ها واکنش نشان داده و سبب تورم این میکروب‌ها شود. این ماده پروتئینی را که در مرحله حاد بیماری‌ها در سرم ظاهر می‌شود به نام CRP نام‌گذاری نمودند [۹]. میزان CRP پس از اعمال جراحی، تزریق خون، واکسیناسیون، آمبولی ریه، سکته قلبی حاد و سرطان‌ها بالا می‌رود. در سکته قلبی اندازه‌گیری CRP بهترین و حساس‌ترین آزمایشی است که می‌توان با آن نشانه‌های نکروروز و یا التهاب عضله قلب را به دست آورد به علاوه این آزمایش حتی پس از کاهش مقدار SGOT مدتی مثبت باقی خواهد ماند. التهاب سیستمیک نقش بسیار مهمی در پیشرفت بیماری تصلب شرائین دارد این مهم توسط راس در سال ۱۹۹۳ در مطالعه‌ای گسترده بر روی بیومارکرهای بدن مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه‌گیری شد که سطح بیومارکرهای بدن با کم و زیاد شدن شدت آترواسکلروزیس تغییر می‌کند [۱۰]. CRP یک مارکر التهاب حاد می‌باشد که در کبد و عضلات صاف شرائین کرونری تولید شده [۱۱] و می‌تواند به عنوان پیش‌بینی کننده خطر بیماری‌های قلبی و عروقی به حساب بیاید [۱۲]. میزان CRP قبل از عمل می‌تواند در پیشگویی حملات قلبی و مرگ‌ومیر پس از CABG نقش موثری داشته باشد [۱۳]. در بین پژوهشگران توافق بر سر ارتباط مستقیم بین CRP بیشتر از 1 mg/dl با سندروم بازده قلبی پایین و

نتیجه گیری

هر چند در تحقیقات مختلف انجام شده در سال‌های گذشته ارتباط مستقیمی بین سطح CRP و شدت بیماری آترواسکلروزیس و در نتیجه بیماری‌های قلبی عروقی وجود داشته است و بین مرگ‌ومیر و عوارض هم این ارتباط بارز بود ولی در مطالعه ما بین CRP قبل از عمل و مرگ‌ومیر پس از عمل ارتباطی وجود نداشت ولی ارتباط لزوم استفاده از اینوتروپ در پایان عمل، طول اقامت در ICU، فوریت

زمانی در عمل جراحی با میزان CRP قبل از عمل ثابت شد. عوارض متنوع دیگر پس از CABG می‌تواند موضوع تحقیقات گسترده‌تری در این زمینه باشد.

سپاسگزاری:

لازم است که از سرکار خانم نیلوفر فرهمند (سرپرست بخش مراقبت‌های ویژه قلب باز) که در جمع‌آوری اطلاعات این تیم را یاری کردند نهایت قدردانی را داشته باشیم.

Archive of SID



مراجع

- 1- Pepy MB, Hirschfield GM. C-reactive protein: A critical up date. *J clin invest* 2003; 111: 1805-12.
- 2- Pepys MB, Baltz ML. Acute phase Protein With special reference to C-reactive protein and related proteins and serum amyloid A protein. *Advances in immunology*, 34. New york: Academic press, 1983.
- 3- Pari JK, Pischon T, Ma J, et al. Inflammatory markers and the risk of coronary heart disease in men and women. *N ENG J Med* 2004; 351: 2599-2610.
- 4- Lobos MA, Lobo FRM, Peres bota D, et al. C-reactive protein levels correlate with mortality and organ failure in critically ill patients. *chest* 2003; 123: 2043-2049.
- 5- Fransen EJ, Maessen JG, Elenbass TW, et al. Increased Preoperative C- reactive protein plasma levels as a risk factor for postoperative infections. *Ann thorac surg* 1999; 67: 134-138.
- 6- Ralidis LS, Zolidansik MG, Manioudaki HS, Laoutaris NP, Velissaridou AU, Papsteriadis EG. Prognostic value of C-reactive protein, fibrinogen, interleukin-6, and macrophage colony stimulating factor in severe unstable angina. *clinical cardiology* 2002; 25: 505-10.
- 7- Zairis MN, Manousakiss SJ, Stefanidis AS, et al. C reactive protein levels on admission are associated with response to thrombolysis and prognosis after ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2002; 144: 782-9.
- 8- Dinapoli M, Papa F, Bocola V. prognostic influence of increased C-reactive protein and fibrinogen levels in ischemic stroke. *Stroke* 2001; 32: 133-8.
- 9- Pakzad P. Essential & Interpretation of clinical serological tests. 10th edition. Tehran. Noredanesh Publication 1385; 169-170. (persian)
- 10- Ross R. Atherosclerosis. An inflammatory disease: *N Eng J MED* 1993; 340: 115-26.
- 11- Calabro P, Willerson T, Yeh ET. inflammatory cytokines stimulated C-reactive protein production by human coronary artery smooth muscle cells. *Circulation* 2003; 108: 1930-2.
- 12- Kuller LH, Tracy RP, Shaten J, Meilahn EN. Relation of C- reactive protein and coronary heart disease in the MRFIT nested case control study: Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 537-47.
- 13- Palmerini B, Marzocchi A, Marrozzini C, et al. Preoperative C-reactive protein level predict 9-month mortality after coronary bypass grafting surgery for treatment of left main coronary artery stenosis. *Eur J cardiothorac surg* 2007; 31: 685-90.
- 14- Biancari F, Lahtinen J, Lepojari S, et al. preoperative C-reactive protein and outcome after coronary artery bypass surgery. *Ann thorac surg* 2003; 76: 2007-12.
- 15- Gaudinio M, Nassao G, Andreotti F, et al. preoperative C-reactive protein level and outcome following coronary surgery. *Eur J cardiothorac surg* 2002; 22: 521-6.
- 16- Ridker PM, Rifai N, Pfeffer MA, et al. inflammation, Pravastatin and the risk of coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. cholesterol and recurrent Events (CARE) Investigators. *circulation* 1998; 98: 839-44.
- 17- Ray KK, Cannon CP, Cairns R, et al. relationship between uncontrolled risk factors and C-reactive protein level in patient receiving standard or intensive statin therapy for acute coronary syndromes in the pravastatin-TIMI22 trial. *J am coll cardiol* 2005; 46: 1417-24.