



# دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر شهید صدوقی یزد

مجله علمی پژوهشی

سال پانزدهم، شماره اول، بهار ۱۳۸۶

۲۷۲۸-۱۵۶۲ شماره استاندارد بین المللی

## مقالات پژوهشی

- ۳-۸..... بررسی فراوانی هیپرباراتیروئیدی ثانویه در بیماران تحت درمان با همودپالیز  
دکتر محمد رحیمیان، دکتر رامین سامی، دکتر فریبا بهزاد
- ۹-۱۳..... مقایسه اثر سوکروز و کرم املا بر روی درد حاد ناشی از خوتگیری پاشنه پا در نوزادان  
دکتر حسین اعرافی، دکتر ضیاء اسلامی، دکتر محمود نوری شادکام، دکتر محمدعلی منوچهری نائینی، ثریا جلال پور، سرافراز آبیاری
- ۱۴-۱۹..... بررسی موارد تجویز توأم امپرازول با داروهای H2 بلوکر و آنتی اسید.....  
دکتر علی بابایی، دکتر حسن سلمان روغنی، دکتر سوسن بشیر
- ۲۰-۲۸..... بررسی مشخصات بالینی و پاراکلینیکی نارسایی قلب در بیماران بستری بیمارستانهای شهر یزد طی سالهای ۸۰-۱۳۷۹.....  
دکتر سید محمود صدر بافقی، دکتر امید بیکی بندر آبادی، دکتر منصور رفیعی، دکتر محمد حسین سلطانی و همکاران
- اندازه گیری قطر قدامی - خلفی ورید اجوف تحتانی توسط سونوگرافی به عنوان یک روش غیر تهاجمی در تخمین میزان فشار ورید مرکزی در بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه .....  
۲۹-۳۴.....  
دکتر رضا نفیسی مقدم، دکتر محمد رضا میرجلیلی، دکتر نادر نوری ماجلان
- ۳۵-۴۳..... مقایسه میزان شیوع آلودگی میکربی گوشت های قرمز و مرغ بسته بندی و غیر بسته بندی در خرده فروشها و فروشگاههای زنجیره ای جنوب تهران .....  
دکتر محمد مهدی سلطان دلال، دکتر سعید واحدی، دکتر حجت زراعتی، روناک بختیاری، فرخ ایزد پور، محمد خلیفه قلی و همکاران
- ۴۴-۴۸..... مقایسه الگوهای تعامل والدین در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی با گروه کنترل .....  
دکتر مژگان کار احمدی، سیده راضیه طبائیان، محمد افخمی عقدا
- ۴۹-۵۳..... بررسی ارتباط میزان روی سرم و پاسخ ایمنی هومورال به واکسیناسیون هپاتیت B در بیماران دیالیزی.....  
دکتر نادر نوری ماجلان
- ۵۴-۶۰..... تأثیر ویتامین D3 بر میزان سایتوکاینهای IFN- $\gamma$  و IL-10 در موشهای مبتلا به آنفالومیلیت خود ایمن تجربی.....  
دکتر قاسم مسیسی، علی قضاوی، محمد علی پایانی
- ۶۱-۶۷..... شیوع و عوامل خطر ساز عفونت کاندیدایازیس در زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز.....  
آسیه نمازی، فهیمه صحتی، محمد ادیب پور، دکتر عبدالصمد مظلومی، سکینه محمدعلیزاده، دکتر جلیل باباپور
- ۶۸-۷۳..... استفاده از سرم موش صحرائی تهیه شده در مرحله استروس برای بلوغ آزمایشگاهی تخمک های گاو.....  
غلامعلی جلودار، سیده سارا هاشمی، امین الله بهاء الدینی، علی رضا رفعتی
- ۷۴-۷۸..... بررسی عفونت نهفته هپاتیت "ب" در اهداکنندگان خون با HBsAg منفی و anti-HBc مثبت .....  
محمد کاظمی عرب آبادی، دکتر عباسعلی پورآذر، دکتر منصور صالحی، دکتر عبدا... جعفرزاده، فرزاد عریضی، کیوان شریعتی نژاد و همکاران
- ۷۹-۸۴..... بررسی جهش های نادر ژن بتاگلوبین در شمال غرب کشور.....  
دکتر محمدعلی حسینپور فیضی، دکتر عباسعلی حسینپور فیضی، ناصر پولادی، مهدی حقی، پروین آذرفام
- ۸۵-۹۳..... راه اندازی فن PCR برای تشخیص آلودگی به ویروس HTLV-1 در بافتهای پارافینه .....  
دکتر محمود محمودی، دکتر علیرضا خوبی، دکتر مهدی فرزادانیا، مریم راستین
- ۹۴-۹۸..... بررسی رابطه پایش محیطی تولوئن و شاخص بیولوژیکی اسیدهیپوریک ادرار در افراد شاغل در صنعت کک سازی .....  
فریبا منصوری، دکتر سید قوام میرستاری، مسعود ریسمانچیان، دکتر عبدالرحمن بهرامی، دکتر نصرالله بشر دوست و همکاران
- گزارش مورد  
۹۹-۱۰۲..... سندرم گیلن باره به دنبال اعمال جراحی.....  
دکتر ابوالحسن حلوانی، دکتر ابوالقاسم رحیم دل، دکتر مهدی کریمی، دکتر فروغ السادات نورانی



# *Journal of Shaeed Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*

Quarterly

ISSN: 1562-272X

Vol. 14, No. 1, Spring 2006

## **ORIGINAL ARTICLES:**

- **PREVALENCE OF SECONDARY HYPER PARATHYROIDISM IN HEMODIALYSIS PATIENTS**  
M.Rahimian(MD), R. Sami(MD), F. Behzad(MD)
- **COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF ORAL SUCROSE AND EMLA CREAM IN REDUCTION OF ACUTE PAIN DUE TO HEEL STICKS FOR BLOOD SAMPLING IN NEONATES**  
H. Aarafu(Resident of Pediatrics), Z. Islami(MD), BM. Noori- Shadkani(MD), MA. Manoocheri-Naeini(Resident of Pediatrics), S-Jalalpour(BS)
- **EVALUATION OF CO-ADMINISTRATION OF OMPERAZOLE WITH H<sub>2</sub> BLOCKERS AND ANTACIDS**  
A.Babaei (PhD) , H. Salman Roughani(MD),S. Bashir(MD)
- **CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE IN YAZD (A SURVEY OF 258 PATIENTS)**  
SM. Sadr Bafghi(MD), O. Beiki Bondar abadi(MD), M Rafie(MD), MH. Soltani (MD), M. Moradi (MD), S. F. Hosseini (MD)
- **MEASUREMENT OF ANTERIOR-POSTERIOR DIAMETER OF IVC BY ULTRASONOGRAPHY: A NON INVASIVE METHOD FOR ESTIMATION OF CENTRAL VENOUS PRESSURE.**  
R. Nafisi-Moghadam(MD), MR.Mirjalili(MD), N.Nouri-Majalan(MD)
- **COMPARISON OF THE PREVALENCE OF MICROBIAL CONTAMINATION IN PACKED AND UNPACKED REDMEAT AND CHICKEN MEAT AT RETAIL OUTLETS AND DEPARTMENT STORES IN SOUTHERN TEHRAN**  
M.M.Soltan Dallal(PhD), S. Vahedi(PharmP), H Zeraati(PhD), R Bakhtiari(BSc), F Izadpoor(BSc),M. Khalifeh Gholi(BSc),SZ. Rohani Rankohi(BSc),H Norooz Babaei(BSc),T.Kaffashi(BSc),S.P.Fazeli(BSc),A Kamkar(BSc)
- **PARENTAL INTERACTION PATTERNS IN CHILDREN WITH ADHD AND CONTROLS; A COMPARATIVE STUDY**  
M. karahmadi (MD), S.R Tabaiean(MSc), M. Afkhami Aghda(MSc)
- **EFFECT OF SERUM ZINC LEVELS ON HUMORAL IMMUNE RESPONSE TO HEPATITIS B VACCINATION IN PATIENTS ON DIALYSIS**  
N.Nouri-Majalan (MD)
- **EFFECT OF VITAMIN D3 ON IFN- $\gamma$  AND IL-10 LEVELS IN MICE WITH EXPERIMENTAL AUTOIMMUNE ENCEPHALOMYELITIS**  
G.Mosayebi (PhD) , A. Ghazavi (MSc) , M.A. Payani (BSc)
- **PREVALENCE AND PREDISPOSING FACTORS TO CANDIDIASIS INFECTION IN WOMEN SUPPORTED BY HEALTH CENTERS OF TABRIZ, 2004.**  
A. Namazi(MSc), F Sahati(MSc), M. Adibpour(MSc), AS. Mazloomi(PhD), S.mohammad alizadeh(MSc), J. Babapour(PhD)
- **USE OF RAT ESTRUS SERUM FOR IN VITRO MATURATION OF BOVINE OOCYTES**  
Gh. Jelodar(PhD), SS. Hashemi(MSc), A.Behahaddini(PhD), A.R. Rafati(DVM)
- **OCCULT HBV INFECTION IN HBsAg NEGATIVE AND ANTI-HBc POSITIVE BLOOD DONORS.**  
M.Kazemi(MSc), A.Pourazar(PhD), M.Salehi(PhD), A.Jafarzadeh(Ph.D), F.Oreizi(MSc), K.Shariatinegad (MS.c), V.Khoshkhouie(BS), E Rezazadeh Zarandi(MSc), Gh Hassanshahi(PhD) , A. Shebanizadeh (MS), A. Ravari(BS)
- **DETECTION OF RARE BETA GLOBIN GENE MUTATIONS IN NORTHWESTERN IRAN**  
M.A.Hosseinpour Feizi (PhD), A.A.Hosseinpour Feizi(MD), N.Pouladi(MSc), M.Haghi (MSc), P. Azarfam(MSc)
- **ESTABLISHMENT OF A PCR TECHNIQUE FOR DETERMINATION OF HTLV-1 INFECTION IN PARAFFIN-EMBEDDED TISSUES**  
M.Mahmoodi(PhD), AR.Khooi(MD), M.Farzadnia(MD), M. Rastin(PhD Student)
- **CORRELATION BETWEEN TOLUENE ENVIRONMENTAL MONITORING AND BIOLOGICAL INDEX OF URINARY HIPPURIC ACID OF WORKERS IN THE COKE INDUSTRY**  
F.Mansouri(MSc) ,S GH. Mirsattari(PhD), M. Rismanchian(MSc), A. Bahrami(PhD), N.Bashardoost(PhD), A.Kalantari(PhD) , M M. Amin(PhD)

## بررسی فراوانی هیپرپاراتیروئیدی ثانویه در بیماران تحت درمان با همودیالیز

دکتر محمد رحیمیان\*<sup>۱</sup>، دکتر رامین سامی<sup>۲</sup>، دکتر فریبا بهزاد<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** استئودیسستروپی کلیه از عوارض دراز مدت نارسایی مزمن کلیه (CRF) است که به دو صورت Low Turn over و High Turn over بروز می کند. این اختلال از عوامل مهم ناتوانی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه است. در صورتی که بتوان آن را زود تشخیص داده و درمان مناسب انجام داد، بسیاری از مشکلات این بیماران رفع می شود. در این مطالعه ما علاوه بر بررسی شیوع هیپرپاراتیروئیدیسم، ارتباط آن را با عوامل مختلف بررسی کرده ایم.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع مشاهده ای - تحلیلی بوده که به صورت مقطعی بر روی ۸۵ بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد انجام گرفته است. بیماران همودیالیزی طی ۶ ماه وارد مطالعه شده و برای بیماران پرسشنامه ای تنظیم و تکمیل شد. سپس ۱۰-۵ سی سی خون ناشتا از بیماران گرفته شده و از نظر PTH کلسیم، فسفر و آلکالن فسفاتاز بررسی شدند. همچنین از بیماران رادیوگرافی دست و جمجمه گرفته شده و توسط رادیولوژیست از نظر هیپرپاراتیروئیدیسم بررسی شد.

**نتایج:** شیوع هیپرپاراتیروئیدیسم ۳۶ نفر (۴۵٪) بود. از ۸۰ بیماری که وارد مطالعه شدند ۴۴ نفر مبتلا به دیابت بودند. از بین فاکتورهای مختلف، هیپرپاراتیروئیدیسم با دفعات و مدت زمان دیالیز، سن، جنس، سابقه فامیلی، دیابت، افزایش فشار خون، وجود دردهای استخوانی، ضعف عضلانی، خارش پوست و سطح کلسیم و فسفر خون ارتباطی نداشت اما با سطح آلکالن فسفاتاز سرم و یافته های رادیولوژیکی ارتباط داشت ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** می توان از سطح آلکالن فسفاتاز سرم و تغییرات رادیولوژیک جهت بررسی هیپرپاراتیروئیدیسم استفاده کرد و با تشخیص زودرس آن و درمان مناسب از عوارض بعدی جلوگیری کرد.

**واژه های کلیدی:** استئودیسستروپی کلیوی - هیپرپاراتیروئیدی ثانویه - نارسایی کلیوی مزمن

### مقدمه

توجهات به سمت هورمون PTH معطوف شد<sup>(۳)</sup>. اسیدوز، مقاومت به کلسیتریول، کاهش سطح کلسیم خون در اثر کاهش سنتز ۲۵ و ۱ دی هیدوکسی ویتامین D و افزایش فسفر خون به عنوان علل افزایش سطح PTH سرم در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مطرح شده است<sup>(۴)</sup> و درمانها به جهت حل این مسایل طرح ریزی شده اند. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ انجام شد شیوع هیپرپاراتیروئیدی ثانویه ۴۰٪ به دست آمد<sup>(۱)</sup>.

بیماران با درجات خفیف تا متوسط CRF به ندرت دچار علائم می شوند اما بررسی های اخیر نشان داده اند که تغییرات

هیپرپاراتیروئیدیسم به عنوان شایع ترین فرم استئودیسستروپی مطرح است<sup>(۱)</sup> PTH احتمالاً با اثر روی گیرنده (Receptor activator of nuclear factor kappa B) RANK اثر خود را اعمال می کند<sup>(۲)</sup> در اواخر دهه ۸۰ میلادی هیپرپاراتیروئیدیسم به عنوان یکی از مکانیسم های اصلی استئودیسستروپی مطرح و توجهات

\* نویسنده مسئول: نفرولوژیست - استادیار گروه بیماریهای داخلی،  
تلفن: ۰۲۵۱-۸۲۲۴۰۰۰ تلفن همراه: ۰۹۱۳۱۵۱۱۱۸۰،  
E-mail: raminsami@yahoo.com

۲- دستیار گروه بیماریهای داخلی  
۳- پزشک عمومی

۱،۲،۳- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد  
تاریخ دریافت: ۱۳۸۵/۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۵/۹/۱۴

سطح PTH می تواند در کنترل درمان کمک کننده باشد. علیرغم استفاده از جذب کننده های فسفر هنوز کنترل هیپوپاراتیروئیدیسم در این بیماران مشکل است. به علت اهمیت هیپوپاراتیروئیدیسم ثانویه و استئودیسستروپی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه ما در این مطالعه شیوع هیپوپاراتیروئیدیسم و عوامل مرتبط با آن را مورد بررسی قرار داده ایم.

### روش بررسی

این مطالعه که از نوع مشاهده ای تحلیلی بوده به روش مقطعی و بر روی ۸۵ بیمار که به صورت نمونه گیری آسان انتخاب شده بودند در بیمارستان شهید رهنمون یزد انجام شده است. بیمارانی که تحت همودیالیز قرار داشتند در طی ۶ ماه از ابتدای تیر ماه ۸۳ تا پایان آذر ماه ۸۳ وارد مطالعه شدند. از ۸۵ بیمار یک نفر فوت کرده و ۴ نفر از بیماران از همکاری با مطالعه خودداری کردند. برای بیماران پرسشنامه ای شامل، جنس، سن، طول مدت دیالیز، دفعات دیالیز و بیماری زمینه ای تکمیل گردید. تعداد نمونه ها بر اساس مطالعات مشابه انتخاب شده است.

نمونه های خون بیماران جهت بررسی PTH (به روش رادیوایمونواسی)، Ca، فسفر و آلکالین فسفاتاز به آزمایشگاه ارسال شد. برای بیماران همچنین رادیوگرافی دست و جمجمه انجام شده و از جهت استئودیسستروپی توسط رادیولوژیست مورد بررسی قرار گرفت. سپس اطلاعات توسط نرم افزار SPSS 11 به کامپیوتر وارد و با استفاده از آزمون آماری دقیق فیشر مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه تمام احتمالات کمتر از ۰/۰۵، معنی دار تلقی گردید.

### نتایج

در مجموع ۸۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۶ نفر (۵۷/۵ درصد) مرد و ۳۴ نفر زن بودند. در محدوده سنی از ۱۵ تا ۸۴ سال قرار داشتند. از ۴۶ نفر مرد ۲۱ نفر (۴۵/۷٪) هیپوپاراتیروئید بودند. بیماران به طور متوسط ۲۵ ماه تحت دیالیز بودند (SD=۲۰/۴) و به طور متوسط هفته ای ۲/۶ بار (SD=۰/۵) تحت همودیالیز قرار داشتند. مدت زمان همودیالیز در هر بار دیالیز به طور متوسط ۳/۸ ساعت (SD=۰/۴) و ۴۴ نفر از آنها دیابت داشتند.

در جداول (۲ و ۱) توزیع فراوانی هیپوپاراتیروئیدیسم براساس سن

هیستولوژیک استئودیسستروپی سالها قبل از علامت دار شدن ایجاد می شوند<sup>(۵)</sup>. تغییرات هیستوپاتولوژیک از بیماری با بازچرخش بالا که در زمینه هیپوپاراتیروئیدیسم رخ می دهد تا بیماری با بازچرخش پایین که در زمینه مهار بیش از حد پاراتورمون رخ می دهد فرق می کند و بسیاری از بیماران مخلوطی از این دو درگیری را دارند<sup>(۶)</sup>.

در سالهای اخیر بیماران دیالیزی و استئودیسستروپی های ناشی از دیالیز بسیاری از مطالعات را به خود اختصاص داده اند. مطالعات هیستولوژیک، هیستومورفومتریک و هیستودینامیک لازم است تا یک تشخیص دقیق را در این بیماران مطرح کند در واقع هنوز بیوسپی استخوان روش استاندارد طلایی برای تشخیص استئودیسستروپی است اما مارکرهای زیادی جهت جلوگیری از این اقدام تهاجمی مورد بررسی قرار گرفته اند. و در برخی بیماران تکنیکهای کلینیکی و آزمایشگاهی می توانند تا حد زیادی این تشخیص ها را از هم افتراق بدهند. علیرغم یافتن مکانیسم های پاتوژنیک بیماری که در سالهای اخیر پیشرفتهای زیادی حاصل کرده است، هنوز به کاربردن درمانهای مناسب بسیار بحث برانگیز است.

از آنجا که طیف استئودیسستروپی کلیوی از بیماری با بازچرخش پایین تا بیماری با هیپوپاراتیروئیدیسم و بازچرخش بالا متفاوت است و بسیاری از بیماران در بین این دو دسته قرار می گیرند، از طرفی درمان آنها با یکدیگر متفاوت است باید به دنبال اقدامات تشخیصی باشیم که بدون نیاز به بیوسپی استخوان بتواند این اختلالات را تشخیص بدهد PTH به روش ایمونوتریک بررسی شده و مارکرهای دیگر استخوانی استئوبلاستها و استئوکلاستها هم مورد بررسی قرار گرفت<sup>(۷)</sup>. آلکالین فسفاتاز استخوانی به عنوان یک مارکر نشان دهنده فعالیت استئوبلاستها مورد بررسی قرار گرفت<sup>(۸)</sup>. اسیدفسفاتاز مقاوم به تارتارات، C-Terminal telopeptide کلاژن تیپ I و Pyridinolin به عنوان مارکرهای بازجذب استخوانی نیز مورد توجه قرار گرفتند تا بتوانند به عنوان مارکرهای غیرتهاجمی بررسی استئودیسستروپی به کار گرفته شدند<sup>(۹،۱۰)</sup>. همچنین سطح PTH و ALP تا حدودی می تواند در افتراق این دو کمک کننده باشد، هر چند قطعی نیستند و مطالعات مختلف در مورد امکان استفاده از این فاکتورها نتایج مختلفی داشته اند<sup>(۱۱،۱۲،۱۳)</sup>. هر چند

ارتباط عوامل مختلف با هیپرپاراتیروئیدیسم نشان داده شده است. همانگونه که در این جدول آمده است تنها بین هیپرپاراتیروئیدیسم و سطح ALP و همچنین یافته های رادیوگرافی ارتباط معنی داری با P-value کمتر از ۰/۰۵ وجود داشت و بین هیپرپاراتیروئیدیسم با علائم بالینی، سطح کلسیم و فسفر، سن و جنس، وجود یا عدم دیابت و همچنین مدت زمان دیالیز رابطه معنی داری پیدا نکردیم.

و جنس آورده شده است. همچنین در جدول (۳) مقادیر کلسیم، فسفر و آلکالن فسفاتاز در افراد دچار هیپرپاراتیروئیدیسم با افراد نرمال مقایسه شده است. شیوع هیپرپاراتیروئیدیسم ۴۵٪ (۳۶ نفر) بود. ۲۰ نفر (۵۵/۶٪) از افرادی که دیابت نداشتند هیپرپاراتیروئید بودند. در حالی که در افراد دیابتی ۱۶ نفر (۳۶/۴٪) هیپرپاراتیروئید بودند. در جدول (۴)

جدول (۲): توزیع فراوانی جنس در جامعه مورد بررسی

وضعیت هیپرپاراتیروئیدیسم	نرمال		هیپرپاراتیروئید		گروه سنی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	۲۴	۵۵/۸	۱۹	۴۴/۲	۱۵-۵۴ سال
	۲۰	۵۴/۱	۱۷	۴۵/۹	۵۵-۸۴ سال
جمع	۴۴	۵۵	۳۶	۴۵	

جدول (۱): توزیع فراوانی سن در جامعه مورد بررسی

وضعیت هیپرپاراتیروئیدیسم	نرمال		هیپرپاراتیروئید		جنس
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
	۲۵	۵۴/۳	۲۱	۴۵/۷	مرد
	۱۹	۵۵/۹	۱۵	۴۴/۱	زن
جمع	۴۴	۵۵	۳۶	۴۵	

جدول (۳): توزیع فراوانی مقادیر کلسیم (بر حسب mg/dl) و فسفر (بر حسب mg/dl) و آلکالن فسفاتاز (بر حسب u/L) در جامعه مورد بررسی

عامل مورد بررسی	وضعیت هیپرپاراتیروئیدیسم		نرمال		مقادیر نرمال	
	میانگین	SD	میانگین	SD	میانگین	SD
کلسیم	۹/۰۶	۱/۱۲	۸/۷۷	۱/۰۷	۱۰/۵-۸/۵	
فسفر	۴/۹۸	۱/۶۸	۵/۶۹	۲/۰۳	۵-۲/۵	
آلکالن فسفاتاز	۱۶۸/۷	۷۸/۸۷	۳۲۵/۲۶	۳۲۸/۲	۲۹۰-۱۰۰	

جدول (۴): P-Value عوامل مختلف در ارتباط با هیپرپاراتیروئیدیسم

عامل مورد بررسی	P value
عوامل مورد بررسی	۰/۷۲
مدت دیالیز (ماه)	۰/۱۲
تعداد دیالیز (در هفته)	۰/۵۵۰
زمان دیالیز (ساعت)	۰/۸۷
گروه سنی ۱۵-۵۴ و ۵۵-۸۴ سال	۰/۸۹
جنس	۰/۸۶
دیابت	۰/۹
دردهای استخوانی	۰/۲۲
ضعف عضلانی	۰/۲۲
خارش پوست	۰/۰۰۶
یافته های رادیوگرافی	۰/۲
سطح کلسیم	۰/۰۹
سطح فسفر	۰/۰۰۳
سطح ALP	

## بحث

آمنه است، مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ انجام شده شیوع هیپرپاراتیروئیدی ثانویه ۴۰٪ به دست آمد<sup>(۱)</sup>. در مطالعه دیگری که شیوع انواع استئودیسترفونی کلیوی را در سال ۲۰۰۶ بررسی کرد شیوع هیپرپاراتیروئیدیسم ۲۸٪ به دست آمد<sup>(۱۴)</sup>. در مطالعه حاضر مقدار فوق ۴۵٪ به دست آمده است. جدول (۱). تنها بین یافته های رادیوگرافی و سطح ALP با هیپرپاراتیروئیدیسم ارتباط

استئودیسترفونی کلیوی اختلالی است که نه تنها با انجام دیالیز بهتر نمی شود، بلکه ممکن است پیشرفت هم بکند<sup>(۶)</sup>. PTH بین ۶۰-۱۰ ng/l طبیعی است و مقادیر بالاتر از آن هیپرپاراتیروئیدی تلقی میگردد. اما در بیماران دیالیزی هدف از درمان نگه داشتن PTH در حد ۱۲۰ ng/l می باشد. شیوع هیپرپاراتیروئیدیسم در مطالعات مختلف متفاوت به دست

نگردید<sup>(۱۸)</sup>. برخی دیگر شیوه های مختلف اندازه گیری را با نتایج متفاوت ارزیابی کرده اند<sup>(۱۹)</sup>.

امروزه با مشخص شدن اینکه غده پاراتیروئید دو هورمون متفاوت ترشح می کند، به نحوی که یکی از آنها باعث افزایش بازچرخش استخوانی و دیگری باعث مهار باز چرخش استخوانی می شود و این دو هورمون در اندازه گیریها به راحتی از هم تفکیک نمی شوند. تا حدودی علت اختلافات به دست آمده را مشخص می نماید<sup>(۲۰)</sup>.

نوع غشای دیالیز هم در ایجاد استئودیسروفی نقش دارد. غشاهای سلولزی با میزان بیشتری از بازچرخش سلولی و هیپرپاراتیروئیدیسم همراه هستند در حالی که غشاهای Polyacrylonitril با بازچرخش پایین همراه هستند<sup>(۲۰)</sup>. یکی از راههای کاهش متابولیسم استخوانی و کاهش رسوب فسفات کلسیم استفاده از دیالیز با محلولهایی است که کلسیم کمتری نسبت به محلولهای معمولی دارند<sup>(۲۱)</sup>.

### نتیجه گیری

باتوجه به این مطالعه از بین فاکتورهای مختلف، هیپرپاراتیروئیدیسم با دفعات و مدت زمان دیالیز، سن، جنس، سابقه فامیلی، دیابت، افزایش فشار خون، وجود درد های استخوانی، ضعف عضلانی، خارش پوست و سطح کلسیم و فسفر خون ارتباطی نداشت اما با سطح آلکالین فسفاتاز سرم و یافته های رادیولوژیکی ارتباط داشت. بنابراین می توان از سطح آلکالین فسفاتاز سرم و تغییرات رادیولوژیکی جهت بررسی هیپرپاراتیروئیدیسم استفاده نمود و با تشخیص زودرس آن با درمان مناسب، از عوارض بعدی جلوگیری کرد.

معنی داری وجود دارد. در مطالعه مشابهی در انگلستان مشخص شد که بیماران با سطح بالاتر از نرمال ALP, PTH تغییرات هیستولوژیکی در بیوپسی استخوان داشتند<sup>(۱۵)</sup>. همچنین در تحقیق دیگری در ایتالیا تغییرات رادیولوژیکی با سطح ALP و PTH مقایسه شد و معلوم شد که بیمارانی که سطح سرمی ALP, PTH بالاتر از نرمال داشتند. تغییرات رادیولوژیکی استخوانی نیز در آنها دیده می شود<sup>(۱۶)</sup>. همان طور که از این مطالعات به دست می آید و در بررسی ما نیز همین نتیجه حاصل شده است ارتباط مشخصی بین سطح ALP، تغییرات رادیوگرافیک استخوانی و سطح PTH سرم وجود دارد.

در مطالعه ما بین مدت زمان دیالیز، وجود یا عدم دیابت، سن بیمار، علایم بالینی از قبیل دردهای استخوانی، ضعف عضلانی و خارش پوست و همچنین جنس بیمار با احتمال وجود هیپرپاراتیروئیدیسم، رابطه معنی داری به دست نیامد. شاید علت نتایج مختلفی که در این موارد به دست می آید درمانهای مختلف و میزان رعایت بیماران در اجرای دستورات دارویی باشد.

مطالعه ای که در سال ۱۹۹۵ انجام شده، سطح PTH بالای ۴۵۰ Pg/ml حساسیت ۱۰۰٪ و ویژگی ۹۵/۵٪ برای بیماران با بازچرخش بالا داشت. سطح PTH بین ۴۵۰-۶۵۰ Pg/ml در بیماران همودیالیزی ارزش اخباری مثبت ۸۷/۱-۶۷/۳٪ داشت، که در سنین پایین تر به ویژه زیر ۴۵ سال ارزش بالاتری داشت<sup>(۱۷)</sup>. در مطالعه دیگری تنها مقادیر بالاتر از ۵-۳ برابر نرمال به عنوان یک مارکر قابل اعتماد از بازچرخش بالا مطرح شد<sup>(۶)</sup>.

متدهای مختلف اندازه گیری PTH مورد بررسی قرار گرفته اند (Whole PTH , intact PTH, ...) و در حالی که در برخی از مطالعات اختلافی بین نتایج به دست آمده از این متدها مشاهده

*its relationship to parathyroid hormone levels.* Clin Nephrol. 2005; Apr;63(4):284-9.

### References

1-Gal-Moscovici A. Popovtzer MM. *New worldwide trends in presentation of renal osteodystrophy and*

- 2- Ivica Avbersek-Luznik, Breda Pecovnik Balon, Igor Rus, Janja Marc. *Increased bone resorption in HD patients: is it caused by elevated RANKL synthesis?* Nephrol Dial Transplant. 2005 ;Mar;20(3):566-70. Epub 2005 Jan 21.
- 3- Salusky IB, Coburn JW, Brill J. *Bone disease in pediatric patients undergoing dialysis with CAPD or CCPD.* Kidney Int 1988; 33:975-982.
- 4- Fukagawa M, Iwasaki Y. *Molecular pathogenesis of secondary hyperparathyroidism in renal failure: basic and clinical aspects.* Nephrol Dial Transplant. 1999;14 Suppl 1:61-2
- 5- Hamdy NA , Kanis JA, Beneton MN et al. *Effect of alfacalcidol on natural course of renal bone disease in mild to moderate renal failure.* Br Med J 1995; 310:358-363
- 6- Coen G, Ballanti P, Bonucci E, Calabria S, Centorrino M, Fassino V, Manni M, Mantella D, Mazzaferro S, Napoletano I, Sardella D, Taggi F. *Bone markers in the diagnosis of low turnover osteodystrophy in haemodialysis patients.* Nephrol Dial Transplant 1998;13: 2294-2302.
- 7- Coen G, Mazzaferro S. *Bone metabolism and its assessment in renal failure.* Nephron 1994; 67:383-401.
- 8- Gamero P, Delrnas PD . *Assessment of the serum level of bone alkaline phosphatases with a new immunometric assay in patient with metabolic disease.* J Clin Endocrinol Metab 1993;77:1046-1053.
- 9- Mazzaferro S, Pasquali M, Ballanti P, Bonucci E, Costantini S, Chicca S, De Meo S, Perruzza I, Sardella D, Taggi F, et al . *Diagnostic value of serum peptides of collagen synthesis and degradation in dialysis renal osteodystrophy;* Nephrol Dial Transplant. 1995;10(1):52-8.
- 10- Urena P, Ferreira A, Kung VT, Morieux C, Simon P, Ang KS, Souberbielle JC, Segre GV, Druke TB, De Vernejoul MC. *Serum pyridinoline as a specific marker of collagen breakdown and bone metabolism in hemodialysis patients.* J Bone Miner Res. 1995; Jun;10(6):932-9.
- 11- Hruska K. *New concepts in renal osteodystrophy.* Nephrol Dial Transplant. 1998 Nov: 13(11): 2755-60.
- 12- Gerakis A, Hutchison AJ, Apostolou T, Freemont AJ, Billis A. *Biochemical markers for non-invasive diagnosis of hyperparathyroid bone disease and adynamic bone in patients on haemodialysis.* Nephrol Dial Transplant. 1996; Dec;11(12):2430-8.
- 13- Kaida H, Ishibashi M, Nishida H, Baba K, Hiromatsu Y, Okuda S, Hayabuchi N. *Usefulness of whole PTH assay in patients with renal osteodystrophy--correlation with bone scintigraphy.* Ann Nucl Med. 2005 ; May;19(3):179-84.
- 14- Buargub MA, Nabulsi MF, Shafah TA, *Prevalence and pattern of renal osteodystrophy in chronic hemodialysis patients: a cross sectional study of 103 patients.* Saudi J Kidney Dis Transpl. 2006 Sep;17(3):401-7.
- 15- Hutchinson A.J. *Correlation of bone histology with PTH and radiology in end stage renal disease.* Kidney Int .1993Nov;44(5):1071-77.
- 16- Rubin G, Anelli F . *Renal osteodystrophy with hyperparathyroidism, the diagnostic value of intact PTH, ALP, osteocalcin.* J Nucl Biol Med .1994 Sep ;38(3):489-94.
- 17- Qi Q, Monier-Faugere MC, Geng Z, Malluche HH. *Predictive value of serum parathyroid hormone levels for bone turnover in patients on chronic maintenance dialysis.* Am J Kidney Dis. 1995; Oct;26(4):622-31.

- 18- Reichel H, Esser A, Roth HJ, Schmidt-Gayk H. *Influence of PTH assay methodology on differential diagnosis of renal bone disease*. Nephrol Dial Transplant. 2003; Apr;18(4):759-68.
- 19- Koller H, Zitt E, Staudacher G, Neyer U, Mayer G, Rosenkranz AR. *Variable parathyroid hormone(1-84)/carboxylterminal PTH ratios detected by 4 novel parathyroid hormone assays*. Clin Nephrol. 2004 May;61(5):337-43.
- 20- Ferreira A, Ghazali A, Galvao J, Souberbielle JC, Jehle PM, Mohan S, Descamps-Latscha B, Oprisiu R, Fournier A, Druke TB. *Effect of type of dialysis membrane on bone in haemodialysis patients*. Nephrol Dial Transplant. 2001 Jun;16(6):1230-8.
- 21- Fiedler R, Deuber HJ, Langer T, Osten B, Mohan S, Jehle PM. *Effects of reduced dialysate calcium on calcium-phosphorus product and bone metabolism in hemodialysis patients*. Nephron Clin Pract. 2004;96(1):c1-2