

اندازه گیری پارامترهای آهن سرم در بیماران با فیبروز کبدی ناشی از ویروس هپاچیت ب، یک مطالعه مورد- شاهدی

دکتر علیجان رحیمی^۱، دکتر دردی قوچق^۲، دکتر مهدواد کاشی فرد^۳

E-mail: dqujeq@hotmail.com^۱

^۲ دانشیار بیوشیمی بالینی ^۳ فوق تخصص گوارش و استادیار داخلی دانشگاه

چکیده

زمینه و هدف: عوامل زیادی بر روی ایجاد فیبروز کبدی دخالت دارند، یکی از این فاکتورها، ابتلا به هپاچیت ب است. هدف از انجام این پژوهش بررسی تغییرات پارامترهای آهن سرم در بیماران با فیبروز کبدی ناشی از ویروس هپاچیت ب بود.

روش کار: ۵۰ بیمار فیبروز کبدی با هپاچیت ویروسی ب و ۲۶ نفر کنترل، بدون ابتلا به فیبروز کبدی، طی سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ وارد مطالعه و میزان آهن، TIBC و فربین سرم با استفاده از کیت بیوشیمیابی استاندارد اندازه گیری شدند. برای مقایسه نتایج دو گروه از روش آماری Student t-test استفاده شد و با در نظر گرفتن مقدار $p < 0.05$ اختلاف دو گروه معنی دار تلقی شد.

یافته ها : مقدار فربین در سرم بیماران فیبروز کبدی با هپاچیت ویروسی ب در مرد و زن بترتیب 16.7 ± 24.3 و 13.9 ± 23.8 میکرو گرم در لیتر در مقایسه با گروه کنترل مرد و زن به ترتیب 14.3 ± 14.8 و 18.2 ± 14.3 میکرو گرم در لیتر افزایش داشت. اما مقدار آهن سرم و TIBC در دو گروه بیمار و کنترل اختلاف آماری معنی داری نداشتند.

نتیجه گیری: افزایش فربین سرم با درجه شدت فیبروز کبدی ناشی از عفونت با هپاچیت ب ارتباط معنی دار و مستقیم داشت. بررسی تغییرات فربین سرم در شناسایی فیبروز کبدی می تواند کمک کننده باشد.

واژه های کلیدی: فربین، آهن، TIBC و فیبروز کبدی، هپاچیت B

پذیرش: ۸۷/۳/۲

دریافت: ۸۵/۱۱/۱۱

ترانسفرین و TIBC در بین افراد مبتلا به سیروز کبدی نسبت به گروه کنترل پایین تر است [۵]. اختلال متابولیسم آهن در اطفالی که مبتلا به هپاچیت ب باشند، گزارش نشده است [۷.۶].

افزایش آهن در انواع هپاچیت و غالباً در بیماران مبتلا به هپاچیت ویروسی ب مشاهده می شود [۸]. در تعداد ۶۷ بیمار مبتلا به هموکروماتوز مطالعات بیوشیمیابی، کلینیکی و بافت شناسی نشان داد که حدود ۸۵٪ مبتلا به سیروز بودند [۹]. در یک پژوهش دیگر تعداد ۳۸ نفر از بیماران مبتلا به هپاچیت ب مزمن انتخاب شدند و روزانه مقدار ۱۰۰ میلی گرم از لامی و دین به آنان تجویز شد، مشخص گردید که لامی

مقدمه

تحقیقات نشان داده است که بیماران مبتلا به کارسینومای هپاتو سلولار مقادیر سرمی بالای فربین دارند [۱]. یکی از دلایل افزایش آهن سرم ابتلا به بیماری تالاسمی و یا انتقال خون است [۲]. فرمهای مختلف هپاچیت ویروسی ب در سالهای اخیر شناسایی و کشف شده است، در واقع هپاچیت ب، عفونت ویروسی است که بافت کبد را در گیر می کند. فیبروز کبدی، عارضه ای است که در آن تخریب بافت کبد دیده می شود [۳.۴]. مشخص شده است که بین مقدار متوسط آهن سرم در بیماران با هپاچیت ب و سیروز کبدی و گروه کنترل تفاوتی وجود ندارد، اما مقدار

برای هر بیمار بیوپسی کبد به همراه آزمایش های بیوشیمیایی، اندازه گیری آهن، فربین و TIBC سرم انجام گرفت. بیوپسی کبد شامل قطعه ای بافت سوزنی بطول ۱ و قطر ۰/۱ سانتی متر به رنگ زرد صورتی با قوام شکننده بود. در آزمایش ریزبینی، نواری از نسج کبد با تقریباً هفت فضای پورت و تغییرات میکروسکوپی آن در بررسی های میکروسکوپی مشاهده شد. برای بررسی ابتلا به هپاتیت ب، نمونه آزمایش های ایمونولوژیکی بیماران بررسی شد. برای ارزیابی درجه شدت فیبرоз کبدی و تعیین درجه بندي آن از معیار استاندارد Knodelt استفاده شد.

معیارهای خروج از مطالعه دریافت فرآورده های آهن و یا داشتن بیماری هایی که خود از دسته بیماریهای ذخیره ای ناشی از آهن محسوب می شوند نظیر هموسیدروز و تالسمی مژور و یا بیماری زمینه ای داشتند، بود.

اندازه گیری آهن سرم توسط کیت استاندارد انجام شد، جذب لوله ها در طول موج ۵۶۲ نانومتر قرائت شد. برای اندازه گیری فربین سرم از روش کرو ماتو گرافی و الکتروفورز برای جدا سازی استفاده شد، سپس در طول موج ۲۸۰ نانومتر جذب نوری توسط اسپکتروفوتومتر قرائت و غلظت فربین محاسبه شد.

مقادیر بر حسب Mean \pm SD ارائه شدند و برای مقایسه نتایج بیماران گروه کنترل از آزمون آماری استفاده شد و برای اختلاف دو گروه مورد مطالعه مقدار $0/05 < p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

هر دو گروه از نظر جنس و سن همسان سازی شدند. میانگین سن زنان $5/5 \pm 3/4$ سال و $5/8 \pm 1/8$ سال در آقایان بود. مدت زمان ابتلا به بیماری در خانم ها $5/3 \pm 1/4$ سال، آقایان $7/2 \pm 1/1$ سال بود.

مقدار میانگین TIBC در مردان گروه مبتلا به فیبروز کبدی ناشی از هپاتیت ب برابر با $7/18 \pm 1/9$ و $24/6$

و دین می تواند میزان فربین سرم را در بیماران مبتلا به هپاتیت ب کاهش دهد [۱۰].

دوره نهفته هپاتیت ب، حدود ۱ تا ۶ ماه است و متوسط زمان آن $2/5 - 2/2$ ماه می باشد [۱۱]. رابطه بین فیبروز کبدی و آهن سرم در هپاتیت C مورد بررسی قرار گرفته است و نشان داده شده است که شدت هپاتیت به جراحت کبد و سن بیمار در زمان بیوپسی بستگی دارد [۱۱]. هایپر انسولینمی در هپاتیت مزمن ب روی می دهد [۱۲]. در حال حاضر مارکر آزمایشگاهی مناسب برای بررسی ایجاد، پیشرفت فیبروز و تعیین وسعت آن وجود ندارد و هنوز هم روش بیوپسی کبد معتبر ترین راه برای تعیین وسعت فیبروز کبدی است، اما بیوپسی کبد روش تهاجمی و پر هزینه برای بیماران است. لذا ضرورت دارد از روش آزمایشگاهی غیر تهاجمی در تشخیص فیبروز کبدی کمک گرفته شود. در این پژوهش به موازات بیوپسی و بررسی های میکروسکوپی، بررسی تغییرات شاخص های بیوشیمیایی مورد نظر بود، تا از روش های آزمایشگاهی غیر تهاجمی در تشخیص فیبروز کبد کمک گرفته شود. هدف این مطالعه اندازه گیری پارامترهای آهن، فربین و TIBC سرم در بیماران با فیبروز کبدی ناشی از ویروس هپاتیت ب است.

روش کار

این مطالعه به روش مورد- شاهدی انجام شد. تجهیزات مورد استفاده: اسپکتروفوتومتر مدل سیسیل ۱۰۲۰ CE، ساتریفوژ مدل کلمنت ۲۰۰۰، ورتسس مکانیکی بود. کیت های اندازه گیری آهن و TIBC مواد شیمیایی و بافرها از شرکت های شیمیایی تهیه شد. تعداد بیماران 50 نفر و تعداد کنترل 26 نفر بودند. بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهید یحیی نژاد و بیمارستان شهید بهشتی بودند. تعداد بیماران خانم، 18 نفر و 32 نفر مرد بود. گروه کنترل از نظر جنس و سن همسان با گروه بیمار بود. از بیماران رضایت نامه اخذ شد.

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که مقدار میانگین TIBC در افراد مبتلا به فیروز کبدی ناشی از هپاتیت ب نسبت به افراد کنترل بالاتر است، اما اختلاف دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود($P > 0.05$). همچنین نتایج نشان می دهند که اختلاف مقدار میانگین TIBC در بین گروه زنان و مردان نیازمنظر آماری معنی دار نیست. این یافته ها باگزارش سایر محققان که اختلاف بین مقدار میانگین TIBC را در دو گروه کنترل و بیمار مبتلا به فیروز کبدی بسیار کم گزارش داده اند، منطبق وقابل مقایسه است [۳، ۴]. بنابر این مقدار میانگین TIBC برای تشخیص بیماری فیروز کبدی قابل استفاده نمی باشد. مقدار میانگین آهن سرم در گروه کنترل پایین تر است، اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی باشد و نتایج دو گروه با هم، قابل مقایسه است ($P > 0.05$). مقدار فریتین سرم در افراد مبتلا به فیروز کبدی نسبت به افراد کنترل بدون ابتلا به فیروز کبدی ناشی از هپاتیت ب بالاتر است و از نظر آماری معنی دار می باشد ($P < 0.05$). این نتایج با یافته های سایر محققان منطبق وقابل مقایسه است [۵، ۶].

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهند که رابطه بین فریتین سرم و ابتلا به فیروز کبدی ناشی از هپاتیت ب بطور مستقیم و مثبت است. همانگونه که در نمودار یک نشان داده شده است مقدار α برابر با 68 ± 14 است. مثبت بودن α نمودار نشان دهنده همبستگی مستقیم بین میانگین فریتین سرم و درجه شدت فیروز کبدی است. بطوریکه با افزایش شدت فیروز کبدی به موازات مقدار میانگین فریتین سرم نیز افزایش می یابد. نتایج بدست آمده از این مطالعه مشابه گزارش سایر محققان که مقدار فریتین سرم در بیماران فیروز کبدی افزایش می یابد، هماهنگ و منطبق است [۱، ۳، ۴]. همانطوریکه یافته های حاصل از این پژوهش نشان می دهند، مقدار آهن و TIBC سرم در گروه بیماران مبتلا به فیروز کبدی ناشی از هپاتیت ب و گروه کنترل اختلاف قابل توجیه ندارند، بنابر این این دو شاخص

و در گروه کنترل برابر با 19 ± 4 میکرو گرم در لیتر بود.

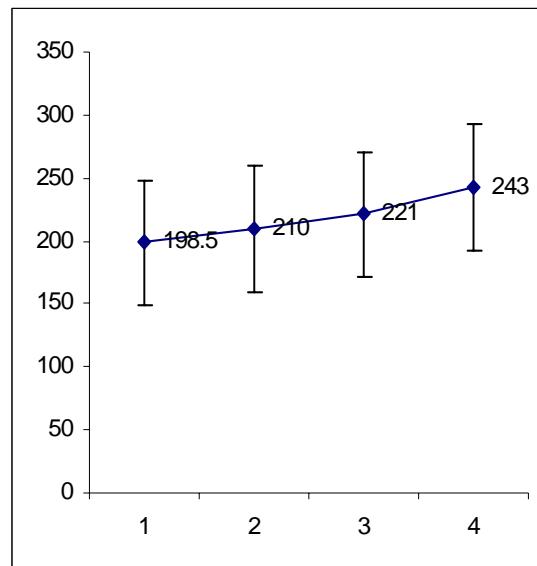
مقدار میانگین TIBC در گروه زنان مبتلا به فیروز کبدی ناشی از هپاتیت ب برابر با 4 ± 17 و 237 ± 6 در گروه کنترل برابر با 5 ± 16 میکرو گرم در لیتر بود.

مقدار میانگین آهن سرم در مردان گروه مبتلا به فیروز کبدی برابر با 83 ± 8 و در گروه کنترل برابر با 94 ± 9 میکرو گرم در لیتر بود.

مقدار میانگین آهن سرم در زنان گروه مبتلا 69 ± 3 و در گروه کنترل برابر با 73 ± 4 میکرو گرم در لیتر بود.

میانگین فریتین سرم در مردان گروه مبتلا برابر با 243 ± 7 و در گروه کنترل برابر با 198 ± 5 میکرو گرم در لیتر بود.

مقدار میانگین فریتین در زنان گروه مبتلا برابر با 14 ± 14 و در کنترل برابر با 182 ± 7 میکرو گرم در لیتر بود. در نمودار ۱ رابطه بین درجه شدت فیروز کبدی بر اساس معیار استاندارد Knodelt و مقدار فریتین سرم نشان داده شده است ($r = +0.68$).



نمودار ۱. رابطه بین درجه شدت ابتلا به فیروز کبدی و میانگین فریتین سرم ($r = +0.68$)

نتیجه گیری

مقدار فریتین سرم در افراد مبتلا به فیبروز کبدی ناشی از هپاتیت ب در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بود و با درجه شدت بیماری فیبروز کبدی نیز همانگی داشت. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که اندازه گیری فریتین سرم می تواند در افراد مبتلا به فیبروز کبدی ناشی از هپاتیت ب به عنوان شاخص کمک کننده در تشخیص فیبروز استفاده شود.

بیوشیمیایی برای تشخیص بیماری فیبروز کبدی قابل استفاده نمی باشد. اما شاخص فریتین سرم در گروه بیماران مبتلا به فیبروز کبدی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری، دارد لذا می تواند به عنوان شاخص کمک کننده در تشخیص فیبروز کبدی در نظر گرفته شود [۸,۷,۴]. محدودیت این تحقیق تعداد کم بیماران مورد مطالعه بود که به دلیل مشکلات تامین هزینه تحقیق بود.

References

- 1- Huang CW, Bai L, Cai JJ, Guo W, Lan L. Relationship of serum iron and ferritin with the indicator for hepatic fibrosis. *Diyi Junyidaxue Xuebao*. 2003; 23(5): 466-468.
- 2- Lao TT, Tse KY, Chan LY, Tam KF, Fong HO L. HBSAg carrier status and the association between gestational diabetes with increased serum ferritin concentration in Chinese women. *Diabetes Care* 2003; 26: 3011-3016.
- 3- Bayraktar Y, Koseoglu T, Temizer A, Kayha B, Vanthiel DH, Uzunalmoglu B. Relationship between the serum alanine transferase level at the interferon treatment and histologic in wild- type and precore mutant hepatitis B virus infection J Viral Hepat. 1996; 3(3): 137-142.
- 4- Bayraktar Y, Koseoglu T, Sommer C, Kayhan B, Mizer A, Uzunalmoglu B, De maria N, Vanthiel DH. The use of deferoxamine infusions to enhance the response rate to interferon-alpha treatment of chronic viral hepatitis. J Viral Hepat. 1996; 3(3): 129-135.
- 5- Jurczyk K, Wawrzynowicz M, Broron Z. Serum iron parameters inpatients with alcoholic and cirrhosis and hepatitis. Med. Sci Monit. 2001; 7(5): 962-965.
- 6- Chen H, Weng L. Comparison on efficacy in treating liver fibrosis of hepatitis B between astragalus polygonum anti-fibrosis detection and jinshuibao capsula. Zhongyuo zhong xi yo jie he za zhi, 2000; 20(40): 255-257.
- 7- Chrobot A, Chrobot AM, Szaflarska A. Assessment of iron metabolism in children with chronic hepatitis B prognostic factor in interferon alpha. Med. Sci monit. 2002; 8(40): cr269-273.
- 8- Piperno A, Vergani A, Malosio, Parma L, Fossati L, Ricci A, Boari G, Mancia G. Hepatic iron overload in patients with chronic viral hepatic role of HFE gene mutations. Hepatology 1998; 28(4): 1105-1109.
- 9- Conte D, Piperno A, Mandelli C, Fargion S, Cesana M, Brunelli A, Ferrario L, Velio P, Zaramella MG, Tiribelli C. Clinical ,biochemical and histological features of primary haemochromatosis. A report of 67 cases. Liver, 1986; 65 (5): 310-315.
- 10- Liu ZW, Han QY, Zhang N, Kang W. Sequential changes of serum ferritin levels and their significance in lamivudine treated patients with chronic hepatitis B, World J Gastroenterol. 2004; 10(7): 972-6.
- 11- Lin TJ, Liao LY, Lin SY Lin Cl, Chang Ta: Influence of iron on the severity of hepatic fibrosis in patients with chronic hepatitis C. World J Gastroenterol 2006, 14, 12(30): 4897-901.
- 12- Mohammad Alizadeh AH, Fallahian F, Alavian SM: Insulin resistance in chronic hepatitis B and C. Indian J Gastroenterol 2006, 25 (6): 286-289.