

## بررسی ارتباط سطح سرمی تری‌یدوتیرونین با عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی در مطالعه قند و لیپید تهران

دکتر رؤیا حسینی، دکتر پیمان‌ه حیدریان، الهه عینی، پروین میرمیران، دکتر فریدون عزیزی

### چکیده

**مقدمه:** به تازگی برخی از مقالات به ارتباط سطح  $T_3$  پایین و افزایش مرگ و میر در بیماران قلبی اشاره کرده‌اند، ولی تاکنون درباره ارتباط سطح  $T_3$  و عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در جمعیت طبیعی جامعه مطالعه‌ای انجام نشده است. با توجه به افزایش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر در کشورمان و لزوم شناسایی عوامل خطر شناخته نشده، این مطالعه انجام شد. **مواد و روش‌ها:** مرحله اول مطالعه تیروئید تهران با هدف تعیین شیوع بیماری‌های تیروئید، توزیع غلظت TSH، ید دفعی ادرار و فراوانی آنتی‌بادی‌های تیروئید در بخشی از جمعیت مطالعه قند و لیپید تهران انجام شد. در ۲۵۰ نفر از جمعیت بالای ۵۰ سال مطالعه تیروئید تهران سطح  $T_3$  بررسی شد و ارتباط آن با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی که در مطالعه قند و لیپید تهران اندازه‌گیری شده بود ارزیابی شد. هم‌چنین در تحلیل زیر گروهی، افراد دیابتی و افراد با تست تحمل گلوکز مختل و افراد با شواهد انفارکتوس قلبی در نوار قلبی نیز جداگانه بررسی شدند و ارتباط  $T_3$  با عوامل خطر ساز قلبی - عروقی در این زیر گروه‌ها نیز بررسی شد. با توجه به طبیعی بودن سطح  $T_3$  در تمام افراد، زیر گروه‌های  $T_3$  به صورت چارک محاسبه شد: چارک اول  $>132 \text{ ng/dL}$ ، چارک دوم  $149-132 \text{ ng/dL}$  و چارک سوم  $167-150 \text{ ng/dL}$ ، چارک چهارم  $\leq 168 \text{ ng/dL}$ . یافته‌ها: میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه  $59/3 \pm 6/5$  سال بود. از ۲۵۰ نفر، ۵۵/۲٪ مرد و ۴۴/۸٪ زن بودند. بین چارک‌های  $T_3$  رابطه معنی‌داری بین  $T_3$  و متغیرهای سن، جنس، چاقی، اندازه دور کمر، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، سیگار، قند خون و آنزیم‌های قلبی بر اساس پرسشنامه رز وجود نداشت. رابطه ضعیف و مثبت ولی معنی‌داری بین  $T_3$  و کلسترول تام و تری‌گلیسرید مشاهده شد ( $p=0/008$  و  $r=0/16$  برای کلسترول تام،  $p=0/03$  و  $r=0/13$  برای LDL،  $p=0/003$  و  $r=0/18$  برای تری‌گلیسرید). فراوانی تجمعی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در چارک‌های  $T_3$  تفاوت نداشت ( $p=0/37$ ). در زیر گروه افراد دیابتی و آزمون تحمل گلوکز مختل و همچنین در افراد با شواهد انفارکتوس میوکارد در نوار قلبی ارتباط معنی‌داری بین سن، نمایه توده بدنی، اندازه دور کمر، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، کلسترول تام، LDL-C، HDL-C، سطح تری‌گلیسرید و قند خون ناشتا با سطح  $T_3$  مشاهده نشد. نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در جمعیت بالای ۵۰ سال جامعه شهری تهران سطح  $T_3$  با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی رابطه معنی‌داری ندارد.

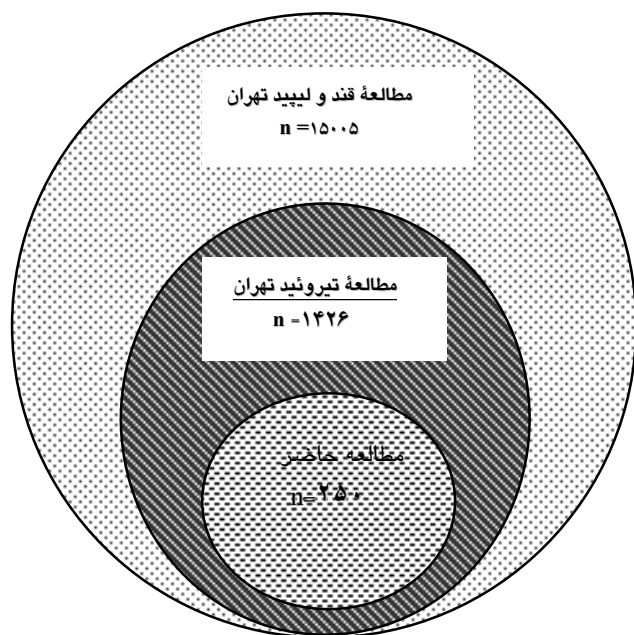
**واژگان کلیدی:** عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی، میزان مرگ‌ومیر، سطح تری‌یدوتیرونین

### مقدمه

در حال حاضر با توجه به موفقیت‌های اخیر در آرایه خدمات بهداشتی اولیه در کشور، مجموعه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر کمتر از بیماری‌های غیرواگیر شده است. در حالی که در بسیاری از کشورها طی سال‌های اخیر

مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم،  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی  
نشانی مکاتبه: تهران، صندوق پستی ۴۷۶۳-۱۹۳۹۵، دکتر  
فریدون عزیزی

E-mail: azizi@erc.ac.ir



نمای ۱- نمای کلی نحوه انتخاب جمعیت مورد مطالعه

رادیواکتیو، مورد جدید یا قدیمی تیروتوکسیکوزیس یا هیپوتیروئیدی، سابقه مصرف داروهایی که تبدیل محیطی  $T_4$  به  $T_3$  را کاهش می‌دهند مثل انواع گلوکوکورتیکوئیدها و پروپرانولول و...، ابتلا به یک بیماری مزمن یا صعب‌العلاج (به غیر از دیابت یا بیماری قلبی)، سابقه مصرف داروهایی که سطح تیروگلوبولین را تغییر می‌دهند: مثل آندروژن و گلوکوکورتیکوئیدها و...

با در نظر گرفتن معیارهای حذف، تمامی افراد بالای ۵۰ سال مطالعه تیروئید تهران ۲۵۰ نفر بودند. اطلاعات مربوط به سوابق بیماری‌های تیروئید و درمان‌های انجام شده و سایر مسایل مربوط به بیماری‌های تیروئید برای این افراد از پرسشنامه مطالعه تیروئید تهران استخراج شد. اطلاعات مربوط به عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی شامل وضعیت مصرف سیگار، آنژین صدری با استفاده از پرسشنامه رز، تغییرات نوار قلبی با استفاده از معیارهای مینه سوتا،<sup>۱۹</sup> نمایه توده بدنی، نسبت دور کمر به باسن، فشارخون و مقادیر قند و لیپیدهای سرم از مطالعه قند و لیپید تهران استخراج شد.

اندازه‌گیری قد و وزن بدون کفش‌ها و لباس‌های سنگین رویی انجام شد. نمایه توده بدنی (BMI) حاصل تقسیم وزن به  $kg$  به مجذور قد به متر است و به صورت زیر تقسیم‌بندی

میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی کاهش یافته است،<sup>۱۲</sup> در کشورما میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عروق کرونر همچنان بالاست.<sup>۲۴</sup> از این رو به‌جاست که اقدامات گسترده اپیدمیولوژیک در زمینه شناخت به موقع گروه‌های در معرض خطر انجام گیرد.

به تازگی در برخی از مقالات به ارتباط سطح  $T_3$  پایین با افزایش مرگ و میر در بیماران قلبی اشاره شده است. در چندین مطالعه ارتباط  $T_3$  پایین با شدت بیماری قلبی و افزایش مرگ و میر تأیید شده است.<sup>۱۶-۵</sup> به عنوان مثال در یکی از این مطالعات مشخص شد که  $FT_3$  مهمترین عامل غیر وابسته مرگ و میر در بیماران با نارسایی قلبی می‌باشد.<sup>۵</sup> در مطالعه دیگری مشخص شد که در بیماران با انفارکتوس حاد عارضه‌دار شده میزان  $T_3$  بسیار پایین‌تر از بیماران با انفارکتوس بدون عارضه است.<sup>۶</sup> با توجه به موارد فوق و امکان ارتباط  $T_3$  پایین با عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی مطالعه‌ای جهت بررسی ارتباط احتمالی عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی و سطح  $T_3$  در جامعه شهری تهران طراحی شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه قند و لیپید تهران یک مطالعه اپیدمیولوژیک گسترده با هدف تخمین میزان شیوع اختلالات متابولیک و شناسایی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی است.<sup>۱۷</sup> در این مطالعه ۱۵۰۰۵ نفر از جامعه شهری تهران به صورت تصادفی انتخاب شدند. با دعوت از خانوارها، مصاحبه و معاینات پزشکی انجام و نمونه‌های خون برای اندازه‌گیری قند و چربی‌های خون گرفته شد. در افراد بالای ۲۰ سال، دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز میزان قند خون اندازه‌گیری و نوار قلبی از این افراد تهیه شد. در سال ۱۳۷۸، ۱۴۲۶ نفر از افراد بالای ۲۰ سال مطالعه قند و لیپید تهران، از نظر بیماری‌های تیروئیدی بررسی شدند.<sup>۱۸</sup> در مطالعه کنونی در تمامی افراد بالای ۵۰ سال مطالعه تیروئید تهران پس از در نظر گرفتن معیارهای حذف سطح  $T_3$  اندازه‌گیری و رابطه عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی با سطح  $T_3$  بررسی شد (نمای ۱).

### معیارهای حذف

سابقه مصرف لووتیروکسین، لیوتیرونین، متیمازول یا پروپیل تیوراسیل، سابقه جراحی تیروئید، دریافت ید

شد: کم وزن  $BMI < 18/5$ ، طبیعی  $18/5 < BMI < 24/9$ ، اضافه وزن  $24/9 < BMI < 29/9$ ، چاق  $BMI \geq 30$ . برای اندازه‌گیری دور کمر در حالی که فرد راست ایستاده، متر نواری در باریکترین نقطه کمر، در ناحیه ناف، بسته می‌شد. برای اندازه‌گیری دور باسن متر نواری دور عریض‌ترین نقطه باسن، برجسته‌ترین نقطه عضله گلوئوس، بسته می‌شد. عدد به دست آمده به سانتی‌متر ثبت می‌شد. نسبت دور کمر/ دور باسن<sup>۱</sup> با ارزیابی نسبت دور کمر به دور باسن تعیین شد. چنانچه نسبت به دست آمده در زنان بالاتر از  $0/8$  و در مردان بالاتر از  $0/95$  و دور کمر  $> 88$  cm در زنان یا  $> 102$  cm در مردان می‌بود، یک عامل خطر مستقل برای بیماری‌های قلبی - عروقی به شمار می‌رفت. اندازه‌گیری فشار خون به صورت میانگین دو بار اندازه‌گیری فشار خون سیستمیک و دیاستولیک بر حسب میلی‌متر جیوه، پس از ۵ دقیقه استراحت و بدون تغییر وضعیت و در حالت نشسته انجام می‌شد و در صورتی که  $SBP \geq 140$  یا  $DBP \geq 90$  بود یا داروی ضد فشار خون مصرف می‌شد، پرفشاری خون به شمار می‌رفت.

#### آزمون‌ها

در تمامی افراد یک نمونه خون ناشتا گرفته شد. نمونه‌های خون ۱۰ دقیقه با سرعت ۳۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفوژ و تمام اندازه‌گیری‌ها در همان روز با استفاده از دستگاه اتوآنالیزر Selectra انجام شد. کلسترول تام به روش آنزیمی با استفاده از کلسترول استراز و کلسترول اکسیداز اندازه‌گیری شد. HDL کلسترول پس از رسوب لیپوپروتئین‌های حاوی apo-B به وسیله اسید فسفوتنگستیک به همان روش آنزیمی کلسترول تام اندازه‌گیری شد. TG با روش آنزیمی و با استفاده از گلیسرول فسفات اکسیداز اندازه‌گیری شد. LDL کلسترول در نمونه‌های سرمی با مقادیر  $TG \leq 400$  mg/dL با استفاده از فرمول فریدوالد محاسبه شد. اختلالات لیپید طبق تعریف در مطالعه قند و لیپید تهران به صورت زیر تعریف شدند:

کلسترول تام (برحسب mg/dL): مطلوب:  $< 200$ ، حد مرزی بالا:  $239 - 200$ ، بالا:  $\geq 240$ ؛ کلسترول LDL (برحسب mg/dL): مطلوب:  $< 130$ ، حد مرزی بالا:  $159 - 130$ ، بالا:  $\geq 160$ ؛ کلسترول HDL (برحسب mg/dL): پایین:  $< 35$ ، بالا:

$> 60$ ؛ تری‌گلیسیرید (برحسب mg/dL): طبیعی:  $< 200$ ، حد مرزی بالا:  $400 - 200$ ، بالا:  $1000 - 400$  خیلی بالا:  $\geq 500$ . با توجه به اپیدمیولوژیک بودن مطالعه (همانند مطالعه قند و لیپید تهران): کلسترول تام  $\leq 240$ ، کلسترول LDL  $\leq 130$ ، کلسترول HDL  $< 35$  و تری‌گلیسیرید  $\leq 400$  mg/dL از عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی در نظر گرفته شدند.

TSH با روش RIA-IRMA با استفاده از کیت تجاری TSH-IRMA ساخت شرکت کاوشیار ایران در نمونه سرمی ناشتا اندازه‌گیری شد. حد طبیعی آزمایشگاه برای TSH  $2/5 - 0/3$   $\mu\text{m/L}$  بود. تغییرات درون سنجش  $9/1 - 5/2$ ٪ و تغییرات برون سنجش  $5/6 - 2/4$ ٪ بود.  $T_3$  و  $T_4$  با روش RIA با استفاده از کیت تجاری IZOTOP (شرکت کیمیا پخش شرق ایران) در نمونه سرمی ناشتا اندازه‌گیری شد. حدود طبیعی برای  $T_4$   $4/27 - 12/2$   $\mu\text{g/dL}$  بود. تغییرات درون سنجش  $6 - 2/8$ ٪ و تغییرات برون سنجش  $6/8 - 2/3$ ٪ بود. حدود طبیعی برای  $T_3$   $220 - 60$  ng/dL بود. تغییرات درون آزمون  $6 - 2/8$ ٪ و تغییرات بین آزمون  $6 - 4/5$ ٪ بود. آنتی‌بادی آنتی تیروئید پراکسیداز (Anti TPO) با روش Anti TPO IEMA<sup>ii</sup> با استفاده از کیت تجاری Anti TPO IEMA WELL ساخت RADIM در نمونه سرمی ناشتا اندازه‌گیری شد. مقادیر  $100$  IU/mL  $>$  مثبت گزارش شد. تغییرات درون سنجش  $12/5 - 6/9$ ٪ و تغییرات برون سنجش  $11/8 - 7/4$ ٪ محاسبه شد.

#### تجزیه و تحلیل آماری

آنالیز اطلاعات پس از وارد نمودن کردن به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۹/۰۵ انجام شد. برای داده‌های کمی پیوسته دامنه، میانگین، انحراف معیار و برای داده‌های کیفی جداول توزیع فراوانی تهیه شد. با توجه به این که در تمام افراد مورد مطالعه  $T_3$  در محدوده طبیعی قرار داشت، زیر گروه‌های  $T_3$  براساس چارک<sup>iii</sup> در محدوده طبیعی مشخص شد: در چارک اول، سطح  $T_3 > 132$  ng/dL در چارک دوم  $132 - 149$  ng/dL و در چارک سوم  $150 - 167$  ng/dL و در چارک چهارم  $168 \leq$  ng/dL بود. بین چارک‌های  $T_3$  اختلاف از نظر عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی بررسی شد و رابطه سطح  $T_3$  با این عوامل خطر بررسی گردید. همچنین در دو زیر گروه جمعیت مورد مطالعه یعنی افراد دیابتی و آزمون تحمل گلوکز مختل و افراد با شواهد انفارکتوس قلبی در نوار قلبی رابطه سطح  $T_3$  با عوامل خطر سازه بیماری‌های قلبی - عروقی سنجیده شد.

ii- Immunoenzymometric assay

iii- Quartile

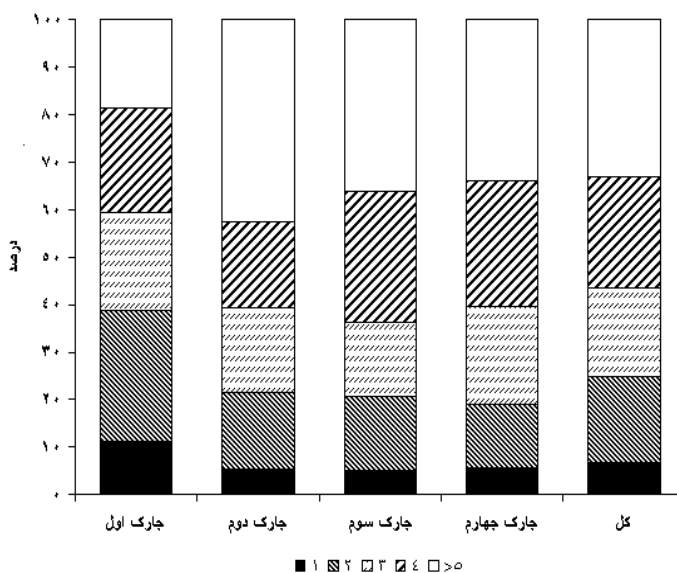
i- Waist to Hip ratio

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمی در چارک‌های T<sub>3</sub>

چارک‌های T <sub>3</sub>					متغیر
کل (n=۲۵۰)	چارک چهارم (n=۶۶)	چارک سوم (n=۶۱)	چارک دوم (n=۶۳)	چارک اول (n=۶۰)	
۵۹ (۶)	۵۸ (۷)	۵۹ (۶)	۶۰ (۸)	۶۰ (۶)	سن (سال)
۲۸ (۴/۵)	۲۷/۷ (۴/۱)	۲۸/۹ (۴/۵)	۲۸/۱ (۴/۸)	۲۷ (۴/۶)	نمایه توده بدنی (kg/m <sup>2</sup> )
۹۵ (۱۱)	۹۴ (۹)	۹۷ (۱۱)	۹۵ (۱۱/۳)	۹۳ (۱۳)	دور کمر (cm)
۱۲۸ (۲۰)	۱۲۸ (۲۱)	۱۲۸ (۱۶)	۱۲۹ (۲۲)	۱۲۶ (۲۰)	فشارخون سیستولیک (mmHg)
۷۸ (۱۱)	۷۹ (۱۳)	۷۹ (۸)	۷۹ (۱۲)	۷۷ (۹)	فشارخون دیاستولیک (mmHg)
۲۲۶ (۴۳)	۲۴۰ (۳۷)*	۲۲۹ (۵۰)	۲۲۱ (۴۷)	۲۱۳ (۳۵)	کلسترول تام (mg/dL)
۱۴۸ (۳۶)	۱۶۰ (۳۳)	۱۴۶ (۴۰)	۱۴۴ (۳۷)	۱۴۱ (۳۰)	کلسترول LDL (mg/dL)
۴۱ (۱۱)	۴۰ (۱۱)	۴۱ (۱۲)	۴۰ (۱۰)	۴۲ (۱۱)	کلسترول HDL (mg/dL)
۱۹۰ (۱۱۰)	۲۰۸ (۱۱۸)	۲۰۰ (۱۰۵)	۱۸۹ (۹۸)	۱۶۱ (۱۱۳)	تری‌گلیسرید (mg/dL)
۷۸ (۱۱)	۷۹ (۱۳)	۷۹ (۸)	۷۹ (۱۲)	۷۷ (۹)	قند خون ناشتا (mg/dL)
۱۴۰ (۶۹)	۱۳۵ (۷۰)	۱۶۴ (۷۸)	۱۴۷ (۶۵)	۱۳۱ (۶۲)	قند خون ۲ ساعت پس از ۷۵ گرم گلوکز (mg/dL)

\* با انجام آزمون ANOVA، مقدار p معنی‌دار شده است.

همچنین فراوانی تجمعی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی در چارک‌های T<sub>3</sub> تفاوت نداشت (p=۰/۳۶) (نمودار ۱).



نمودار ۱- فراوانی تجمعی ریسک فاکتورهای قلبی - عروقی در چارک‌های T<sub>3</sub>. چارک اول T<sub>3</sub> > ۱۳۲، چارک دوم T<sub>3</sub>: ۱۳۲-۱۴۹، چارک سوم T<sub>3</sub>: ۱۴۹-۱۶۷ و چارک چهارم T<sub>3</sub> ≤ ۱۶۸ ng/dL؛ عوامل خطر ساز شامل: فشارخون، چاقی عمومی، چاقی شکمی، مصرف سیگار، دیابت، کلسترول تام HDL ≤ ۲۴۰ و کلسترول LDL ≥ ۱۶۰، کلسترول تام ≤ ۳۵ و تری‌گلیسرید ≤ ۴۰۰ mg/dL می‌باشد.

برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون مربع کای و برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون ANOVA استفاده شد. برای تعیین ضریب همبستگی از همبستگی اسپیرمن و پیرسون استفاده شد. مقادیر p < ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

### یافته‌ها

از ۲۵۰ نفر جمعیت مورد مطالعه ۱۳۸ نفر (۵۵/۲٪) مرد و ۱۱۲ نفر (۴۴/۸٪) زن بودند. میانگین سنی این افراد ۵۹/۳±۶/۵ سال (کمترین سن ۵۰ و بیشترین سن ۸۲ سال) بود. در چارک‌های T<sub>3</sub> توزیع سنی و جنسی افراد تفاوت معنی‌داری نداشتند (p=۰/۰۸) برای توزیع جنسی و p=۰/۴۵ برای توزیع سنی).

از نظر سایر متغیرها مانند نمایه توده بدنی، اندازه دور کمر، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، مصرف سیگار، قندخون و آنژین صدری براساس پرسشنامه رز اختلاف یا رابطه معنی‌داری بین T<sub>3</sub> و متغیرهای فوق‌الذکر یافت نشد (جدول ۱). یک رابطه مثبت و معنی‌دار بین کلسترول تام و LDL کلسترول و تری‌گلیسرید با سطح T<sub>3</sub> یافت شد (جدول ۲).

بین چارک‌های T<sub>3</sub> از نظر مقدار Anti TPO (Anti TPO > ۱۰۰ و ≤ ۱۰۰ IU/mL) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۲۹).

جدول ۲- میزان همبستگی  $T_3$  با متغیرها در ۲۵۰ فرد مورد مطالعه

رابطه با $T_3$ سرم		متغیر
p	ضریب همبستگی	
۰/۴	-۰/۰۵	سن
۰/۶۳	۰/۰۳	نمایه توده بدنی
۰/۱۳	۰/۰۹	نسبت دور کمر به باسن
۰/۵۸	۰/۰۳	دور کمر
۰/۴۲	۰/۰۵	فشارخون سیستولیک
۰/۵۷	۰/۰۳	فشارخون دیاستولیک
۰/۰۰۸*	۰/۱۶	کلسترول تام
۰/۰۰۳*	۰/۱۸	تری‌گلیسرید
۰/۰۳	۰/۱۳	کلسترول LDL
۰/۳	-۰/۰۶	کلسترول HDL
۰/۷۳	۰/۰۲	قندخون ناشتا
۰/۹۵	۰/۰۰۴	قندخون ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز

\*علی‌رغم مقادیر p معنی‌دار از نظر آماری، مقادیر ضریب همبستگی (Pearson) r اهمیت بالینی ندارد.

در زیر گروه افراد دیابتی و افراد با آزمون تحمل گلوکز مختل مورد مطالعه (n=۹۴) یک رابطه معکوس بین سطح  $T_3$  و قند خون ناشتا مشهود بود که این رابطه از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۳). سایر متغیرها (سن، نمایه توده بدنی، دور کمر، فشارخون سیستولیک، فشارخون دیاستولیک، کلسترول تام، کلسترول LDL، کلسترول HDL و قندخون ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز) نیز رابطه معنی‌داری با  $T_3$  نشان ندادند. رابطه مثبت و معنی‌داری بین تری‌گلیسرید با سطح  $T_3$  در زیر گروه افراد دیابتی یافت شد (جدول ۳).

در زیر گروه افراد با شواهد انفارکتوس میوکارد در نوار قلبی (n=۲۷) بین سطح  $T_3$  و سن، نمایه توده بدنی، دور کمر، فشارخون سیستولیک، فشارخون دیاستولیک، کلسترول تام، کلسترول LDL، کلسترول HDL و قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز رابطه از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۴).

## بحث

این مطالعه نشان داد که بین چارک‌های  $T_3$  اختلاف معنی‌داری بین  $T_3$  و عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی

(سن، نمایه توده بدنی، اندازه دور کمر، فشارخون، سیگار و قند خون و آنژین صدری براساس پرسشنامه رز) وجود ندارد و فراوانی تجمعی عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی نیز در چارک‌های  $T_3$  تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نداشت. همچنین در زیر گروه افراد دیابتی و آزمون تحمل گلوکز مختل و افراد با شواهد انفارکتوس در نوار قلبی نیز، رابطه معنی‌داری بین  $T_3$  و عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی یافت نشد.

جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق از نظر ترکیب سنی به گونه‌ای انتخاب شد که بیشترین عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی را داشته باشد. به نظر می‌رسد که این گروه سنی از نظر حوادث قلبی - عروقی نسبت به گروه‌های سنی دیگر جامعه پرخطرتر باشد و طبق فرضیه مطرح شده، در این جمعیت اگر تری‌پروتیرونین سرم با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی ارتباط داشت، می‌بایست با افزایش تعداد عوامل خطر ساز قلبی - عروقی، سطح  $T_3$  سرم نیز کاهش بیشتری می‌داشت ولی برخلاف انتظار در کل جمعیت مورد مطالعه ارتباطی بین شدت عامل خطر ساز یا تعداد عوامل خطر ساز قلبی - عروقی با سطح  $T_3$  مشاهده نشد.

اثرات متعدد هورمون تیروئید بر سیستم قلبی - عروقی در دو دهه اخیر از تأثیرات مولکولی و سلولی تا تغییرات همودینامیک به خوبی شناخته شده است.<sup>۲۰،۲۱</sup> در حال حاضر مشخص شده است که بسیاری از متغیرهای مربوط به عملکرد قلبی مثل ضربان قلب، برون‌ده قلبی و مقاومت سیستم عروقی ارتباط بسیار نزدیکی با وضعیت عملکرد تیروئید دارد.  $T_3$  (فرم فعال هورمون تیروئید) مقاومت سیستمیک عروقی را با تأثیر مستقیم بر سلول‌های عضلات صاف آرتریول‌ها کاهش می‌دهد.<sup>۲۲،۲۳</sup> ارتباط بالینی این یافته از آن جا مشخص می‌شود که دوزهای بالای  $T_3$  سبب کاهش مقاومت سیستمیک عروق و افزایش برون‌ده قلبی در مدت چند ساعت پس از عمل جراحی بای‌پس کرونر قلبی می‌شود.<sup>۱۳</sup> در نتیجه کاهش مقاومت عروقی، حجم مؤثر داخل عروقی کاهش و فعالیت سیستم رنین - آنژیوتانسین - آلدوسترون افزایش می‌یابد و سبب افزایش بازجذب سدیم و افزایش حجم مؤثر داخل عروقی و افزایش بیشتر برون‌ده قلبی می‌شود.<sup>۲۴</sup>

جدول ۳- رابطه T<sub>3</sub> با متغیرها در جمعیت دیابتی، جمعیت با تست تحمل گلوکز مختل و مجموع این دو جمعیت

رابطه T <sub>3</sub> با متغیرها در دیابتی‌ها (n=۴۷)		در افراد با GTT مختل (n=۴۹)		در دیابتی‌ها و افراد با GTT مختل (n=۹۶)	
متغیرها	ضریب همبستگی	P	ضریب همبستگی	P	ضریب همبستگی
سن	-۰/۰۲	۰/۸۸	-۰/۰۷	۰/۵۹	-۰/۰۴
نمایه توده بدنی	۰/۲۰	۰/۱۷	-۰/۰۱	۰/۹۴	-۰/۰۶
دور کمر	۰/۰۴	۰/۷۶	۰/۰۲	۰/۸۵	-۰/۰۱
فشارخون سیستولیک	-۰/۰۰۱	۰/۹۹	۰/۰۶	۰/۶۸	۰/۰۰۱
فشارخون دیاستولیک	۰/۰۸	۰/۵۷	۰/۰۴	۰/۷۴	-۰/۰۳
کلسترول تام	۰/۱۷	۰/۲۵	۰/۱۲	۰/۴۱	-۰/۱۱
تری‌گلیسرید	۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۷۸	-۰/۱۹
کلسترول LDL	۰/۰۲	۰/۸۶	۰/۰۶	۰/۷	-۰/۰۴
کلسترول HDL	-۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۱۸	۰/۲۱	-۰/۰۳
قندخون ناشتا	-۰/۱۱	۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۲۴	-۰/۱۴
قندخون ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز	۰/۰۲	۰/۸۷	۰/۳۱	۰/۳	۰/۰۰۵

جدول ۴ میزان همبستگی متغیرها با T<sub>3</sub> در ۲۷ بیمار با شواهد انفارکتوس میوکارد در نوار قلبی

رابطه با T <sub>3</sub> سرم		متغیرها
P	ضریب همبستگی	
۰/۷۸	-۰/۰۵	سن
۰/۰۸	-۰/۳۳	نمایه توده بدنی
۰/۷۵	-۰/۰۶	نسبت دور کمر به باسن
۰/۱۷	-۰/۲۶	دور کمر
۰/۵۰	۰/۱۳	فشارخون سیستولیک
۰/۶۱	-۰/۱۰	فشارخون دیاستولیک
۰/۲۷	۰/۲۱	کلسترول تام
۰/۳۵	۰/۱۹	کلسترول LDL
۰/۶۰	۰/۱۰	کلسترول HDL
۰/۶۸	-۰/۰۸	تری‌گلیسرید
۰/۸۳	-۰/۰۴۱	قندخون ناشتا
۰/۹۰	-۰/۰۲	قندخون ۲ ساعت پس از ۷۵ گرم گلوکز

در سطح سلولی علاوه بر اثراتی که از طریق گیرنده هسته‌ای T<sub>3</sub> در میوسیت‌ها اعمال می‌شود، اثرات غیر هسته‌ای نیز از طریق تأثیر بر کانال‌های یونی سدیم، پتاسیم و کلسیم اعمال می‌شود.<sup>۲۵</sup>

با وجود دانسته‌های بسیار درباره تأثیر هورمون تیروئید بر عملکرد قلبی - عروقی، اطلاعات درباره تأثیر بیماری‌های قلبی و به تبع آن عوامل خطر بیماری‌های قلبی بر هورمون تیروئید بسیار اندک است.

کاهش سطح T<sub>3</sub> و افزایش rT<sub>3</sub> از شایع‌ترین تغییرات هورمون‌های تیروئیدی در بیماری‌های غیرتیروئیدی به شمار می‌روند که به آن سندرم «T<sub>3</sub> پایین»<sup>۲۸</sup> اطلاق می‌شود. این الگو در بیماری‌های حاد و مزمن شامل بیماری‌های عفونی،<sup>۲۶</sup> بیماری‌های قلبی - عروقی،<sup>۲۷</sup> بیماری‌های ریوی،<sup>۲۸</sup> بیماری‌های متابولیک و انفیلاتراتیو،<sup>۲۸</sup> بدخیمی‌ها،<sup>۲۸</sup> بیماری‌های گوارشی و سیروز کبدی،<sup>۲۹</sup> سوختگی و تروما<sup>۳۰-۳۳</sup> دیده می‌شود.

در چندین مطالعه ارتباط T<sub>3</sub> پایین با شدت بیماری قلبی تأیید شده است.<sup>۵-۱۶</sup> به عنوان مثال در یک مطالعه روی ۵۷۳ بیمار قلبی مشخص شد که FT<sub>3</sub> مهم‌ترین عامل غیروابسته مرگ و میر است.<sup>۵</sup> همچنین مشخص شد که شیوع پایین FT<sub>3</sub> در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیشرفته نسبت به درجات خفیف‌تر نارسایی قلبی بیشتر است و نویسنده این مقاله نتیجه گرفت که سطح پایین T<sub>3</sub> عامل مهم مرگ و میر در بیماران قلبی است و می‌تواند به عنوان یک شاخص با پیش آگهی بد برای ارزیابی این بیماران کاربرد داشته باشد.<sup>۵</sup>

مشخص شد که در جمعیت این بیماران نیز  $T_3$  با سن، نمایه توده بدن، اندازه دور کمر، فشارخون سیستولیک، سطح تری‌گلیسرید و قند خون ناشتا و قندخون ۲ ساعت پس از غذا رابطه معنی‌داری ندارد. هر چند حجم نمونه در این زیر گروه نیز بسیار کوچک بود.

با مراجعه به داده‌ها در بخش نتایج دیده می‌شود که تقریباً در همه بررسی‌ها سطح لیپیدهای سرم با  $T_3$  رابطه مستقیم دارد. هر چند این رابطه ضعیف است، از نظر آماری معنی‌دار است. یکی از علل توجیه کننده این مسأله شاید اشکال در اندازه‌گیری  $T_3$  در حضور هیپرلیپیدمی است که می‌تواند سبب ایجاد تداخل و شاید سبب افزایش کاذب این هورمون گردد،<sup>۳۵</sup> هر چند این رابطه مثبت بین لیپیدها با سطح  $T_4$  دیده نشد. توجیه علت این ارتباط نیاز به بررسی‌های بیشتری در این زمینه دارد.

در انتهای بحث به محدودیت‌های این مطالعه اشاره می‌شود: اولاً حجم نمونه چه در جمعیت کل و چه در زیرگروه‌های دیابتی و افراد با شواهد انفارکتوس میوکارد در نوار قلبی، پایین بود و این حجم پایین می‌تواند بر بسیاری از نتایج از نظر معنی‌دار بودن تفاوت‌ها و روابط تأثیر بگذارد. ثانیاً  $T_3RU$  در این مطالعه اندازه‌گیری نشد که بهتر بود برای تأیید صحت نتایج اندازه‌گیری می‌شد. ثالثاً بهتر بود برای بررسی بیماری‌های عروق کرونر قلبی بیمار به جای استفاده از پرسشنامه رز یا معیارهای نوار قلبی از تکنیک‌هایی با حساسیت بیشتر استفاده می‌شد چرا که استفاده از پرسشنامه یا معیارهای نوار قلبی می‌تواند تعداد افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر را کمتر از حد واقعی نشان دهد.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در جمعیت بالای ۵۰ سال جامعه شهری تهران سطح  $T_3$  با عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی ارتباطی ندارد. هر چند برای اثبات کامل این مدعا نیاز به مطالعات با حجم وسیع‌تر و طراحی بهتر است.

همچنین مشخص شد که شیوع پایین  $FT_3$  در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پیشرفته نسبت به درجات خفیف‌تر نارسایی قلبی بیشتر است و نویسنده این مقاله نتیجه گرفت که درجه شدت کاهش  $T_3$  با شدت آسیب قلبی رابطه مستقیم دارد و از شدت کاهش این هورمون می‌توان به عنوان یک شاخص پیش‌آگهی کننده بد در بیماران قلبی استفاده کرد.<sup>۵</sup> لیکن در بررسی متون و جستجوی وسیع، مطالعه‌ای یافت نشد که سطح  $T_3$  پایین را در جامعه طبیعی به عنوان یک شاخص پیش‌گویی کننده عوامل خطر بیماری‌های قلبی معرفی کند. به نظر می‌رسد در جمعیت طبیعی یک جامعه به جهت وجود عوامل مداخله‌گر فراوان و شاید به جهت زمان طولانی مواجهه فرد با عامل خطر ساز بیماری‌های قلبی - عروقی و آترواسکلروز، برخلاف بیماری‌های حاد، سطح  $T_3$  به عنوان شاخص پیش‌بینی کننده عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی قابل استفاده نباشد.

در تحلیل زیر مجموعه‌ای این مطالعه جمعیت بیماران دیابتی و افراد با آزمون تحمل گلوکز مختل جداگانه مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص شد که در این جمعیت سطح قندخون ناشتا که شاخصی از وضعیت کنترل دیابت بیماران است با سطح  $T_3$  رابطه منفی دارد هر چند این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود. در برخی از مطالعات نیز ارتباط معکوسی بین سطح  $HbA1c$  و  $T_3$  سرم در بیماران دیابتی ذکر شده است.<sup>۲۴،۲۳،۲۸</sup> به عنوان مثال در یکی از این مطالعات مشخص شد که در ۲۱۲ بیمار دیابتی سطح  $T_3$  ارتباط معکوس و معنی‌دار با  $HbA1c$  دارد و نویسنده نتیجه گرفت که شدت کاهش  $T_3$  با درجه هیپرگلیسمی رابطه معکوس دارد.<sup>۳۴</sup>

بنابراین شاید بتوان نتیجه گرفت که سطح  $T_3$  سرم در بیماران دیابتی و احتمالاً در افراد با آزمون تحمل گلوکز مختل می‌تواند شاخصی از وضعیت کلی بیماری باشد و هر چه  $T_3$  پایین‌تر، شدت بیماری بیشتر و کنترل بیماری ضعیف‌تر است؛ هر چند تعداد افراد دیابتی مورد مطالعه ما حجم کوچکی داشت.

در این مطالعه افرادی که شواهدی از انفارکتوس میوکارد در نوار قلبی داشتند نیز جداگانه بررسی شدند و

## References

1. Sytkowski PA, D'Agostino RB, Belanger A, Kannel WB. Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: the Framingham Heart Study, 1950-1989. *Am J Epidemiol.* 1996 Feb 15;143(4):338-50.
2. Beaglehole R, Stewart AW, Jackson R, Dobson AJ, McElduff P, D'Este K, et al. Declining rates of coronary

- heart disease in New Zealand and Australia, 1983-1993. *Am J Epidemiol.* 1997 Apr 15;145(8):707-13.
3. World Health Organization, Eastern Mediterranean Regional Office. Prevention and control of cardiovascular disease, WHO-EMRO, Alexandria, Egypt, 1995. p. 24.
  4. Zali M, Kazemi M, Masjedi MR. Health and Disease in Iran. Deputy of Research, Ministry of Health, Tehran. 1993. Bulletin No. 10.
  5. Iervasi G, Pingitore A, Landi P, Raciti M, Ripoli A, Scarlattini M, et al. Low-T3 syndrome: a strong prognostic predictor of death in patients with heart disease. *Circulation.* 2003 Feb 11;107(5):708-13.
  6. Pavlou HN, Kliridis PA, Panagiotopoulos AA, Goritsas CP, Vassilakos PJ. Euthyroid sick syndrome in acute ischemic syndromes. *Angiology.* 2002 Nov-Dec;53(6):699-707.
  7. Ascheim DD, Hryniewicz K. Thyroid hormone metabolism in patients with congestive heart failure: the low triiodothyronine state. *Thyroid.* 2002 Jun;12(6):511-5.
  8. Klein I, Ojamaa K. Thyroid hormone treatment of congestive heart failure. *Am J Cardiol.* 1998 Feb 15;81(4):490-1.
  9. Hamilton MA, Stevenson LW, Fonarow GC, Steimle A, Goldhaber JJ, Child JS, et al. Safety and hemodynamic effects of intravenous triiodothyronine in advanced congestive heart failure. *Am J Cardiol.* 1998 Feb 15;81(4):443-7.
  10. Moruzzi P, Doria E, Agostoni PG. Medium-term effectiveness of L-thyroxine treatment in idiopathic dilated cardiomyopathy. *Am J Med.* 1996 Nov;101(5):461-7.
  11. Katzeff HL, Powell SR, Ojamaa K. Alterations in cardiac contractility and gene expression during low-T3 syndrome: prevention with T3. *Am J Physiol.* 1997 Nov;273(5 Pt 1):E951-6.
  12. Ojamaa K, Sabet A, Kenessey A, Shenoy R, Klein I. Regulation of rat cardiac Kv1.5 gene expression by thyroid hormone is rapid and chamber specific. *Endocrinology.* 1999 Jul;140(7):3170-6.
  13. Klemperer JD, Klein I, Gomez M, Helm RE, Ojamaa K, Thomas SJ, et al. Thyroid hormone treatment after coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med.* 1995 Dec 7;333(23):1522-7.
  14. Holland FW 2nd, Brown PS Jr, Weintraub BD, Clark RE. Cardiopulmonary bypass and thyroid function: a "euthyroid sick syndrome". *Ann Thorac Surg.* 1991 Jul;52(1):46-50.
  15. Cimochoowski GE, Harostock MD, Foldes PJ. Minimal operative mortality in patients undergoing coronary artery bypass with significant left ventricular dysfunction by maximization of metabolic and mechanical support. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1997 Apr;113(4):655-64; discussion 664-6.
  16. Cimochoowski GE, Harostock MD, Foldes PJ. Minimal operative mortality in patients undergoing coronary artery bypass with significant left ventricular dysfunction by maximization of metabolic and mechanical support. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1997 Apr;113(4):655-64; discussion 664-6.
  17. Azizi F, Rahmani M, Emami H, Madjid M. Tehran Lipid and Glucose Study: rational and design. *CVD Prev.* 2000; 3: 242-7.
  ۱۸. حیدریان پیمانہ، عزیزی فریدون. بررسی بیماری‌های تیروئید بالغین در تهران (مطالعهٔ تیروئید تهران). پایان نامهٔ دورهٔ فوق تخصصی غدد. تهران: مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۰.
  19. Prineas RJ, Crowe RS, Blackburn H. The Minnesota Code manual of electrocardiographic findings. Bristol: John Wright; 1982.
  20. Graves RJ. A Newly observed affection of the thyroid gland in females. *London Med Surg J;* 1835; 7 (173): 517-523.
  21. Klein I. Thyroid hormone and the cardiovascular system. *Am J Med.* 1990 Jun;88(6):631-7.
  22. Park KW, Dai HB, Ojamaa K, Lowenstein E, Klein I, Sellke FW. The direct vasomotor effect of thyroid hormones on rat skeletal muscle resistance arteries. *Anesth Analg.* 1997 Oct;85(4):734-8.
  23. Ojamaa K, Klemperer JD, Klein I. Acute effects of thyroid hormone on vascular smooth muscle. *Thyroid.* 1996 Oct;6(5):505-12.
  24. Resnick LM, Laragh JH. Plasma renin activity in syndromes of thyroid hormone excess and deficiency. *Life Sci.* 1982 Feb 15-22;30(7-8):585-6.
  25. Klein I, Ojamaa K. Thyroid hormone and the cardiovascular system. *N Engl J Med.* 2001 Feb 15;344(7):501-9.
  26. Chow CC, Mak TW, Chan CH, Cockram CS. Euthyroid sick syndrome in pulmonary tuberculosis before and after treatment. *Ann Clin Biochem.* 1995 Jul;32 ( Pt 4):385-91.
  27. Eber B, Schumacher M, Langsteger W, Zweiker R, Fruhwald FM, Pokan R, et al. Changes in thyroid hormone parameters after acute myocardial infarction. *Cardiology.* 1995;86(2):152-6.
  28. Wilmar M. Wiersinga. Non Thyroidal illness. In: Braverman LE, Utiger RD. *The Thyroid, A Fundamental and Clinical Text.* 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.p.281.
  29. Rink C, Siersleben U, Haerting J, Mende T, Nilius R. Development of the low-T3-syndrome and prognosis assessment in patients with liver cirrhosis. *Gastroenterol J.* 1991;51(3-4):138-41.
  30. Phillips RH, Valente WA, Caplan ES, Connor TB, Wiswell JG. Circulating thyroid hormone changes in acute trauma: prognostic implications for clinical outcome. *J Trauma.* 1984 Feb;24(2):116-9.
  31. Schilling JU, Zimmermann T, Albrecht S, Zwipp H, Saeger HD. Low T3 syndrome in multiple trauma patients--a phenomenon or important pathogenetic factor? *Med Klin (Munich).* 1999 Oct 15;94 Suppl 3:66-9. German.
  32. Becker RA, Vaughan GM, Ziegler MG, Seraile LG, Goldfarb IW, Mansour EH, et al. Hypermetabolic low triiodothyronine syndrome of burn injury. *Crit Care Med.* 1982 Dec;10(12):870-5.
  33. Ogino Y, Toriumi M, Tanaka K. [Endocrine disorders associated with impaired glucose tolerance] *Nippon Rinsho.* 1996 Oct;54(10):2667-71. Japanese.
  34. Yagura T, Ishii H, Yoshimasa T, Ohnishi T, Yonemoto T, Hamada S. Multivariable analysis of serum 3,5,3'-L-triiodothyronine concentration in patients of diabetes mellitus by blood glucose level and body weight. *Horm Metab Res.* 1990 Apr;22(4):237-40.
  35. Weber TH, Kapyaho KI, Tanner P. Endogenous interference in immunoassays in clinical chemistry. A review. *Scand J Clin Lab Invest Suppl.* 1990;201:77-82.

۱۸. حیدریان پیمانہ، عزیزی فریدون. بررسی بیماری‌های تیروئید بالغین در تهران (مطالعهٔ تیروئید تهران). پایان نامهٔ دورهٔ فوق