عفونت کلامیاد دیا پنومونیه بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی در مقایسه با بیماران غیرقلبی
بیمارستان شریعتی و سیتا - 1379

چکیده
مقدمه: بیماری‌های قلبی عروقی یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر در اکثر جوامع بشری محصور می‌شوند، لذا شناخت هر چه بیشتر عوامل مؤثر بر این بیماریها کمک شایانی در پیشگیری، درمان و بهبود زندگی افراد خواهد داشت. امروزه علاوه بر عوامل خطر‌زا...تی-برای عروق قلبی در بیماران دیگری مطرح و مورد بررسی قرار گرفته است که این مقاله می‌تواند به عوامل عفونتی به‌خصوص، عفونت نفوذی با کلامیاد پنومونیه اشاره کرد.

مواد و روش‌ها: تحقیق انحشادی مطالعه توصیفی از نوع Case-Control می‌باشد که 100 نفر بیمار مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی و 100 نفر بیمار غیرقلبی مورد بررسی در بخش‌های CCU و جراحی بستری در بیمارستان شریعتی و سیتا در ماه می 1379 مورد مطالعه قرار گرفته اند و با ELISA تست آنتی‌بادی‌های انتخابی و ضع کلامیاد پنومونیه (IgG & IgM) اندازه‌گیری گردید. در آنها مورد سنجش و مقایسه قرار گرفت است.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که 12 درصد از افراد گروه شاهد و 65 درصد از افراد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی یافت بود کلامیاد پنومونیه داشتند و نشان دادند، این نتایج با نتایج گروه‌های دیگر متفاوت بود. اختلاف آماری مشاهده شد.

P, 0.001, OR= 1.9 (CI: 1.34 to 2.46) نتیجه گیری و نصیحه‌ها: با توجه به ارتباط معنی‌دار موجود بین عفونت کلامیاد پنومونیه و انفارکتوس حاد قلبی تشخیص و درمان مناسب به این نوع عفونت در بیماران مستعد، نمی‌باشد. بیماران صحیح نظارت می‌خواهند.
مقمده

با توجه به شیوع فراوانی بیماری‌های قلبی عروقی و در رأس آن بیماری‌های آنوراسکوپیک، عروقی کروز و سهم عمده‌ای در مرگ و میر افراد، تشخیص همه جانبه عوامل دخیل در این فرآیند نقش بسزایی در بررسی‌های درمان خوشه داشت.

امروزه علاوه بر عوامل خط‌عمر سنی، چون پرفشاری و خون، مرض هیپرچربی، بالاتری در وزن و توده‌ای عوامل جالبی به توجه دیگری مطرح شده اند که به احتمال زیاد در فرآیند آنوراسکوری دخیل می‌باشند.

این مطالعه می‌تواند به عوامل خونی هموسنتیمی، (LP(a) P/LP (α)‌هیپرچربی، اینهای بیماری از عوامل انتها را و در رأس آنها به عنوان پایدار چون و پرستنده سایت‌ها و کلسترول P و کلسترول تری‌کسترون و FBS, CRP بیشتر بتواند از جمله ادی، از آزمون $(\chi^2)$ آماری گردید.

یافته‌ها

Case

ترکیب سنی گروه‌ها به قرار زیر می‌باشد: در گروه Case نماد مردان 66 نفر (77%)، بیماری‌گی سن 1010 ± 48/62 سال و نماد زنان 248/64 نفر (23%)، بیماری‌گی سن 1035 ± 32/32 سال و نماد میانگین سنی کل برای این گروه 9/84 ± 9/48 سال بود.

در گروه Control نماد مردان 55 نفر (22%)، بیماری‌گی سن 117 ± 7/1 سال و نماد زنان 48 نفر (28%)، بیماری‌گی سن 10/4 ± 4/8 سال و میانگین سنی کل برای این گروه 9/84 ± 9/48 بود.

فرآینده با توجه به آنتی باید در گروه و Case 5/4 نفر (100%) تهیه آنتی بتای به کتابخانه کلیه‌ی آنتی باید در بین آنها 86 نفر (100%) و IgG لازم بود که تولید باید باعث تهیه آنتی باید از 1/8 باشد و IgM می‌تواند در نظر گرفته شده است.

مواد و روش‌ها

این تحقیق یک مطالعه توصیفی از نوع Case-Control باشد که بصورت جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه مطالعه پرونده‌های بیماران و تست‌های آزمایشگاهی انجام شده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول ذیل در حضور 34 نفر برای هر گروه معیار شد.

$$n = \frac{\left[ p_1 (100-p_2) + p_2 (100-p_1) \right] z_1^2 (1-z_1-\beta)^2}{(p_1-p_2)^2}$$

$$z_1 = Z_{1-\alpha}$$

$$\alpha = 0.01 \quad Z_{1-\alpha} = 1.96 \quad P_1 = 85\%$$
بحث

امروزه رفاه به احتمال دخالت عامل عفونی در ابتلا اتروسکلروز اشاره شده است. شروط سلولری و ایپیدمیولوژیک زمانی نفسی از پیشتر در کلاسیکی‌های پنورپنونیا و هیپوکربتری بیماری از ویروس‌ها مثل ویروس سیمتومگال (CMV) و ویروس سیستومگال را در پاتوژن اتروسکلروز و انفارکتوس حاد قلبی تامید کرده‌اند (91). پیدا‌گیری این نتایج در اختلاف رصدی و از نظر آماری قابل توجه است. در گروه گروه نسبتی داده و فرضیه اصلی ما را در مورد شیوع بالاتر عفونت کلاسیکی پنورپنونیا در افراد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی نسبت به افراد غیر مبتلا و سالم را به ابتدای می‌رساند. 

\[ OR = 1.9 (95\% CI; 1/34 \text{ to } 2.40) \]

\[ P < 0/001 \]

جدول شماره 1: مقایسه تعدادی از مطالعات انجام شده در جنین کشور در مورد نزدیکی عفونت بالاتر عفونت پنورپنونیا

<table>
<thead>
<tr>
<th>کشور محل انجام</th>
<th>مطالعه</th>
<th>Case (CAD)</th>
<th>Case (MI)</th>
<th>Case (CAD+MI)</th>
<th>Case (non MI)</th>
<th>Case (nonCAD)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>فرانسه</td>
<td></td>
<td>188</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انگلستان</td>
<td></td>
<td>1487</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>آمریکا</td>
<td></td>
<td>2000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انترپوریگن شده</td>
<td></td>
<td>2000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ایران</td>
<td></td>
<td>2000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*CAD: Coronary Artery Disease, MI: Myocardial Infarction

**CAD* + MI**

در افراد سالم و دیگر

در جدول شماره 1، نتایج آزمون‌های کاهشی و از نظر آماری قابل توجه است. در گروه گروه نسبتی داده و فرضیه اصلی ما را در مورد شیوع بالاتر عفونت بالاتر عفونت پنورپنونیا در افراد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی نسبت به افراد غیر مبتلا و سالم را به ابتدای می‌رساند. 

\[ OR = 1.9 (95\% CI; 1/34 \text{ to } 2.40) \]

\[ P < 0/001 \]

در جدول شماره 1، نتایج آزمون‌های کاهشی و از نظر آماری قابل توجه است. در گروه گروه نسبتی داده و فرضیه اصلی ما را در مورد شیوع بالاتر عفونت بالاتر عفونت پنورپنونیا در افراد مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی نسبت به افراد غیر مبتلا و سالم را به ابتدای می‌رساند.
جدول شماره 4- جدول جزییات سروپوزیتیویته در دو گروه

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>control group n=105</th>
<th>case group n=100</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>OR</td>
<td>2</td>
<td>0.88</td>
</tr>
<tr>
<td>p</td>
<td>0.62</td>
<td>0.19</td>
</tr>
<tr>
<td>IgG ≥ 64</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IgM ≥ 50</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total seropositive</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

در این مطالعه با توجه به اختلاف معنی داری که در نتایج سروپوزیویته دو گروه وارد و شاهد از نظر سپید شدن تیتر مایکرواسپورین درآوردند قابل توجه بود. از این مطالعه کاملا در مورد معنای ویژه و اهمیت حداکثر و به مراتب می‌باشد. (12,15)


17.  Altman-R; Reuver-J; Scaziotta-A; Absi-Rs; Gozalez-c. Lack of association between prior infection with chlamydia pneumonia and acute and chronic coronary artery disease clin-cardiol.1999 Feb; 22(2):85-80 (abstract).