پرسی تغییرات هورمون‌های تیروئیدی پس از پوند کلیه

دکتر نصرالله ضرغمی، دکتر محمد رهامی، دکتر حسن ارکانی، دکتر علی خسرویکی

چکیده

مقیده: نارسایی مزمن کلیه با افزایش متابولیسم اسید و افزایش فعالیت جهشی تیروئیدی ارتباط دارد. در پیاموابیان با نارسایی مزمن کلیه، افزایش متابولیسم اسید و جهشی تیروئیدی افزایش می‌یابد. همچنین افزایش متابولیسم اسید و جهشی تیروئیدی تأثیر عمده‌ای بر سلامتی و روش‌ها دارد. بنابراین این مطالعه به صورت مورد شاهد طراحی شد.

مطالعه‌های پیشین نشان داد که در پیوند با نارسایی مزمن کلیه، کلیه به عنوان یک عضو درون‌پزشکی (اندرکرین) محسوب می‌شود. ساخت برخی هورمون‌ها و تغییرات هورمون‌های تیروئیدی سایر عده به شمار می‌روند. همچنین در تجزیه و دفسیسیاری یکی از محاسبات اصلی غیربیولوژیک رخ می‌دهد.

توجه گری: مراکز تحقیقات کاربردی علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی دانشگاه تهران (RIAT) تحقیقات کاربردی علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دکتر نصرالله ضرغمی

E-mail: nzarghami@hotmail.com
کلیه گراف قرنطین. این گروه شامل 11رنز و 19رنز با میانگین سنی 27/7±6/2 بود. علائم نارسایی مزمن کلیه شامل پلیورفیمی (2 مورد)، گلوتلورفیم(3 مورد)، و پروتئورفیم(9 مورد) بودند. در سه مورد از این گروه افزایش اولاراکسی هورومن و در 2 مورد افزایش فسفاتورفیم و در 7 مورد افزایش نیتروگلیکورین رخ داد.

در گروه مانیتریا کلیه هپاتوپنی (23 مورد) و بقیه موارد تن در نیشانه بهبود می‌باشد. کاهش گامان از این گروه عارضه ترین و مشخصه‌ترین این گروه قرنطین. 30 فرد سالمنده سنی 17 دو و 32 مورد میانگین سنی 27/9±6/2 بود که این افزایش پرستاری کلیه مانیتریا مشخصی نداشتند. پس در هر گروه با علل مشخص اولاراکسی هورومن (گروه 1) و هپاتوپنی (گروه 2) قسمتی شدند. در این گروه، با پرستاری درمان نگهدارنده سه دارویی قرار داشت که با شرح زیر آمده است:

- پرپنزولون (شیلیکوئولز تزریقی) بار دوز 2000 تا 2000 میلی گرم در روز
- میکست (الپارازول) بار دوز 20 میلی گرم در روز
- میکست (الپارازول) بار دوز 20 میلی گرم در روز

در جهت تریکوم نیروگلیکورین و افزایش اولاراکسی هورومن با این ابتیالی به علت افتراق هپاتوپنی (گروه 2) با تشخیص پزشک مرخصک، تحت درمان حمامی دایالز و یا دوزهای بهتر داروها سرکوب کننده ایمیی قرار گرفت. با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌تواند می‌تواند با توجه به شرایط بیمار، درمان نگهدارنده نظر آنچه پیشنهادی می‌باشد و غیره نیز می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانند می‌توانن
یافته‌ها

سطوح سرمی نیتروژن اوره خون (BUN) و کرئاتین در بیماران بعد از پیوند کلیه، که بر اساس شواهد بالینی و علایم کلیبیکی به دو گروه با مکاتب مناسب اولیه کلیه پیوندی (گروه 1) و عملکرد تأخیری کلیه پیوندی (گروه 2) تقسیم شده بودند، در جدول 1 نشان داده شده است. میزان سطوح سرمی اوره و کرئاتین با گفته زمان (10 و 20 روز بعد از پیوند) در هر دو گروه در مقایسه با میزان آن قبل از پیوند کاهش یافت. نتایج داده شده مشخص که بیماران در سرم بیماران تحت دیالیز با افراد کنترل (جدول 2) کاهش معنی‌داری در سطوح $T_2$, $T_3$, $T_4$ در بیماران نشان داد. در مقایسه بیماران گروه 1 در وضعیت 20 روز بعد از پیوند نسبت به گروه شامل، کاهش معنی‌داری در $T_2$, $T_3$, $T_4$ در بیماران مشاهده شد. در بیماران گروه 2 در وضعیت 20 روز بعد از پیوند نسبت به گروه شامل، کاهش معنی‌داری مشاهده شد.

بحث

در این مطالعه مشاهده شد که سطوح تام و آزاد هورمون‌های نیتروژنی به طور معنی‌داری پایین‌تر از انرژا طبیعی بود اما سطوح $T_2$, $T_3$, $T_4$ در بیماران نشان داد. در مقایسه بیماران گروه 1 در وضعیت 20 روز بعد از پیوند نسبت به گروه شامل، کاهش معنی‌داری در $T_2$, $T_3$, $T_4$ در بیماران مشاهده شد. در بیماران گروه 2 در وضعیت 20 روز بعد از پیوند نسبت به گروه شامل، کاهش معنی‌داری نشان داد. در میانگین سطوح $T_2$, $T_3$, $T_4$ کاهش معنی‌داری مشاهده شد.
جدول 1- تغییرات سطح سرمی نیتروژن اوره خون (BUN) و کراتینین (Cr) در بیماران با عملکرد مناسب اولیه و عملکرد تأخیری کلیه پیوندی

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیماران با عملکرد تأخیری</th>
<th>بیماران با عملکرد مناسب اولیه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قبل از پیوند 10 روز بعد</td>
<td>قبل از پیوند 30 روز بعد</td>
</tr>
<tr>
<td>BUN (mg/dL)</td>
<td>Cr (mg/dL)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
<td>28/5 (2/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
<td>28/5 (2/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
<td>28/5 (2/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
<td>28/5 (2/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
<td>28/5 (2/9)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اعاده به صورت mean (SD) گزارش شده است.

معنی دار از نظر آماری نسبت به قبل از پیوند (p<0.05).

جدول 2- مقایسه سطح متوسط سرمی هورمونهای تیروئیدی و TSH در بیماران تحت دیابتیز و ویروش شاهد

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیماران (N=30)</th>
<th>شاهد (N=40)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>محدوده طبیعی (μg/dL) TT4</td>
<td>TT4 (ng/dL)</td>
</tr>
<tr>
<td>5/25 (4/5)</td>
<td>5/25 (4/5)</td>
</tr>
<tr>
<td>5/25 (4/5)</td>
<td>5/25 (4/5)</td>
</tr>
<tr>
<td>5/25 (4/5)</td>
<td>5/25 (4/5)</td>
</tr>
<tr>
<td>5/25 (4/5)</td>
<td>5/25 (4/5)</td>
</tr>
<tr>
<td>5/25 (4/5)</td>
<td>5/25 (4/5)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اعاده به صورت mean (SD) گزارش شده است.

معنی دار از نظر آماری نسبت به قبل از پیوند (p<0.05).

جدول 3- تغییرات سطح سرمی هورمونهای تیروئیدی و TSH در بیماران با عملکرد مناسب اولیه کلیه پیوندی

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیماران با عملکرد تأخیری کلیه پیوندی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قبل از پیوند 30 روز بعد</td>
</tr>
<tr>
<td>TSH (μg/dL) TT4</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
</tr>
<tr>
<td>78/5 (7/8)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اعاده به صورت mean (SD) گزارش شده است.

معنی دار از نظر آماری نسبت به قبل از پیوند (p<0.05).

اعاده به صورت mean (SD) گزارش شده است.

معنی دار از نظر آماری نسبت به قبل از پیوند (p<0.05).
در مرحله نهایی بیماری کلیه، بدون ایجاد بهبود جراحی، بیمار تقویی‌پزشکی واگیر به دوز منجر به مهار تبدیل $T_2$ به $T_1$ می‌شود. نتیجه اصلی $T_2$ است (به عنوان جزئی از $T_1$) به عنوان $T_2$ و سطح پایین نسبت داده می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در مورد $T_2$ این تغییر بر اساس میزان $T_2$ در چه اندازه تغییر می‌کند، نتیجه $T_2$ و مواردهای مفترضی در $T_1$ که گوناگون سطح تغییر می‌شود.
References


