بررسی تغییرات هورمون‌های تیروئیدی پس از پیوند کلیه

دکتر نصرت‌الله ضرغمی، دکتر محمد رهبانی، دکتر حسن ابراهیمی، دکتر علی خسروی‌پیک

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه با ایجاد متقابلیت از اختلالات عاملی تیروئیدی ارتباط دارد. در پیمان با نارسایی مزمن کلیه بعد از پیوند کلیه، تغییرات کمی در مورد عاملی تیروئید وجود دارد. این پژوهش عاملی تیروئید در پیمان با نارسایی مزمن کلیه تحت دیابت قلبی پیشنهاد می‌شود. در پیوند کلیه موجود ممکن است این اختلالات مورد بررسی قرار گیرد. میزان تغییرات به صورت مورد شناسی فشار، فشار خون و هورمون‌های تیروئیدی در پیوند کلیه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه هنگام آغاز و اطلاعات از افزایش هورمون‌های تیروئیدی تغییرات و افزایش در تغییرات تیروئیدی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، تغییرات تیروئیدی در پیوند کلیه مورد بررسی قرار گرفت. مورد شناسی 10 و 30 به دست آمده از پیوند کلیه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، تغییرات تیروئیدی و TSH با استفاده از کیت تجاری در دسترس رایدو اپی‌نوسائی (RIA) استفاده گردید.

مطالعه بررسی تغییرات در پیوند کلیه می‌باشد. تغییرات در پیوند کلیه به صورت اینکه در پیوند کلیه تغییرات در تیروئیدی تغییرات و افزایش در تغییرات تیروئیدی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، تغییرات تیروئیدی و TSH با استفاده از کیت تجاری در دسترس رایدو اپی‌نوسائی (RIA) استفاده گردید.

روژه‌ها 10 و 30 به دست آمده از پیوند کلیه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، تغییرات تیروئیدی و TSH با استفاده از کیت تجاری در دسترس رایدو اپی‌نوسائی (RIA) استفاده گردید.

واژگان کلیدی: پیوند کلیه، هورمون‌های تیروئیدی، TSH، هموبالسیم، سندرم بیماری‌های غیرتیروئیدی

مقدمه

کلیه با عنوان یک عضو درون‌ریز (انترکن) محل ساخت برخی هورمون‌ها و نیز اندازه‌بندی برای برخی هورمون‌های سایر جدا به شمار می‌رود. همچنین در تجزیه و دستیابی


E-mail: nzarghami@hotmail.com
هورمون‌ها و اختلالات در میزان کلسترول آنها را نام برده. به علاوه سطوح سرمی تام‌پروکسین (T₄) و تام‌پروکسین‌های نئو (T₃) نیز افزایش داشت. به طور کلی تغییر در دانستنی و متابولیسم T₃ و T₄ از این بیماران مشاهده شد و این بیماران سایر سایر بیمارانی با غیرتیروپلاژی است. ولی در مرحله نهایی بیماری کلینیک برخی موارد بیماری (non-renal non-thyroidal disorder) غیرتیروپلاژی غیرکلیوی است. سطوح T₃ و T₄ مکوس (fT₃ و fT₄) افزایش یافته بودند و متابولیسم آن نداری ماهیت اختصاصی است. با توجه داشته که علاوه بر اختلالات متانوک و اندرکرینی که به وضعیت مرحله نهایی بیماری کلینیکی اشاره می‌شود، این بیماران اغلب میکتولی در اختلالات غیرتیروپلاژی غیرکلیوی از جمله دیابت، و عفونت‌ها و سوء تغذیه نیز هستند که این اختلال‌ها نیز به سمت خود متانوک می‌باشند. استحکام تغییر نمی‌گیرد. در ضمن طیف مختلف از درمان‌هایکه برای درمان این اختلالات بکار می‌روند نیز ممکن است بر متابولیسم این هورمون‌ها تأثیر گذاشت. انتقاد بر این است که دیالیز به عنوان یک درمان کاهش‌دار در بیماران مرحله نهایی بیماری کلینیکی تأثیر مثبتی بر طبیعی تنش متابولیسم هورمون‌های تروپلئیدی ندارد. در حالی که پیوند هورمون‌های متعارف را در دراز مدت به سمت طبیعی شدن سوزده. این پایین می‌باشد و به میزان زمان افزایش سطوح هورمون‌های تروپلئیدی مشاهده می‌شود. این مساله از ارتقای متبنا بر سبک کلیوی و این بیماران متابولیسم متعارف هورمون‌های تروپلئیدی در بیماران بیماری و کلینیک کلاژنپاتی پیوند از طریق دیابت، سطوح خونی و متابولیسم به وسیله دستی درمانکننده‌ها، DPC (USA)، متغیر، دانستنی CV انجام ضریب تغییرات CONTRON)، به وسیله دستی سه مانند BRAY) ۷٪/۵٪ و برای (TSH ۵/۵٪. BRAY) (CRF) جهت بررسی سطوح هورمون‌های تروپلئیدی در بیماران دیابتی از کسر دایمو ایتالیایی (RIA) استفاده گرفته شد. آزمایشات ضریب تغییرات T₃، T₄ و TSH مبنای به طور کلی با T₃، T4 و TSH در (DPC، USA، BRAY) CONRON)، ضریب تغییرات T₃، T₄ و TSH مبنای به طور کلی با T₃، T₄ و TSH در (DPC، USA، BRAY) CONRON)، ضریب تغییرات T₃، T₄ و TSH مبنای به طور کلی با T₃، T₄ و TSH در (DPC، USA، BRAY) CONRON)، ضریب تغییرات T₃، T₄ و TSH M
یافته‌ها
سطح سرمی نیتراتون اوره خون (BUN) و کرتونین در بیماران بعد از پیوند کلیه که بر اساس شاوهای بالینی و علایم کلینیکی به دو گروه با اعمال کاهش چربی کلیه پیوندی (گروه ۱) و عملکرد تأخیری کلیه پیوندی (کرون ۲) تخصیص شده بودند، در جدول (۱) نشان داده شده است. میزان سطح سرمی اوره در گروه ۲ با گستش زمان (۱۱۰ و ۲۰۰ روز بعد از پیوند) در هر دو گروه در مقایسه با میزان آن قبل از پیوند کاهش معنی‌داری نشان داد (۵/۰ تا ۵/۰). مقایسه میانگین سطح هورمون‌های تیروئیدی در سرم بیماران تحت دیالیز با افراد کنترل (جدول ۳، کاهش معنی‌داری در سطح FT۴ و FT۳، FT۴ و FT۳ در بیماران تیروئیدی و آزاد به دو گروه متفاوت می‌شود که سطح تام و آزاد هورمون‌های تیروئیدی به طور معنی‌داری پایین‌تر از آزاد تیروئیدی است. در مقایسه بیماران گروه ۱ در وضعیت ۲۰ روز بعد از پیوند نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری در سطح FT۴ و FT۳ در بیماران مشاهده شد. در بیماران گروه ۱ در وضعیت ۲۰ روز بعد از پیوند نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری در سطح TSH مشاهده شد. در مقایسه با بیماران گروه ۱، روز بعد از پیوند کلیه تنها در آن گروه دقت انجام کردن از آزمون آماری ANOVA و مقایسه داده‌ها بین افراد نمونه کاندیدا پیوند و کنترل استفاده گردید. علائم معنی‌داری داده‌ها بین روزهای مختلف بعد از پیوند و قبل از آن آزمون آماری t-Student برای معنی‌داری داشتن داده‌ها بیشتری از گروه‌های مختلف TSH با استفاده از روش دوستان مونونکسیم و کرتونین با استفاده از روش تحلیل واریانس مسیر COBAS MIRA مقایسه داده‌ها بین افراد نمونه (کلاسیک گروه) و کنترل استفاده گردید. برای مقایسه داده‌ها بین روزهای مختلف بعد از Repeated measure ANOVA به کار رفت. برای TSH به علت توزیع غیرنرمال ANOVA مقایسه از آزمون غیرپارامتری رتبه‌ای (ولکاکسون) استفاده گردید. میانگین بین آماری برای مقایسه میانگین داده‌ها به صورت میانگین انحراف معیار (گرزش) شده است. محاسبات آماری با استفاده از نسخه شماره ۱۰ نرم‌افزار انجام شد.

پیش‌بینی
برای این مطالعه مشاهده شد که سطح تام و آزاد هورمون‌های تیروئیدی به طور معنی‌داری پایین‌تر از آزاد نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری در وضعیت ۲۰ روز بعد از پیوند نسبت به گروه شاهد. کاهش معنی‌داری در سطح FT۴ و FT۳ در بیماران مشاهده شد. در بیماران گروه ۱ در وضعیت ۲۰ روز بعد از پیوند نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری در سطح TSH مشاهده شد. در مقایسه با بیماران گروه ۱، روز بعد از پیوند کلیه تنها در آن گروه دقت انجام کردن از آزمون آماری t-Student برای معنی‌داری داده‌ها بیشتری از گروه‌های مختلف TSH با استفاده از روش دوستان مونونکسیم و کرتونین با استفاده از روش تحلیل واریانس مسیر COBAS MIRA مقایسه داده‌ها بین افراد نمونه (کلاسیک گروه) و کنترل استفاده گردید. علائم معنی‌داری داده‌ها بین روزهای مختلف بعد از Repeated measure ANOVA به کار رفت. برای TSH به علت توزیع غیرنرمال ANOVA مقایسه از آزمون غیرپارامتری رتبه‌ای (ولکاکسون) استفاده گردید. میانگین بین آماری برای مقایسه میانگین داده‌ها به صورت میانگین انحراف معیار (گرزش) شده است. محاسبات آماری با استفاده از نسخه شماره ۱۰ نرم‌افزار انجام شد.

بحث

جدول 1- تغییرات سطح سرمی نیترانزاوره 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</td>
<td>بعد از پیوند</td>
</tr>
<tr>
<td>10 روز بعد</td>
<td>30 روز بعد</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BUN (mg/dL)</strong></td>
<td>11/12 (7/4/3)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cr (mg/dL)</strong></td>
<td>6/6 (2/9/1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اماده به صورت mean (SD) 
معنی دار از نظر آماری نسبت به قبل از پیوند (p<0.05)

جدول 2- مقایسه سطوح متوسط سرمی هورمونهای تئروئیدی و TSH در بیماران تحت دیالیز و کروه شاهد

<table>
<thead>
<tr>
<th>بیماران (N=30)</th>
<th>شاهد (N=40)</th>
<th>محدوده طبیعی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>قبل از پیوند</td>
<td>بعد از پیوند</td>
<td>TSH (mU/L)</td>
</tr>
<tr>
<td>6/12 (8/4)</td>
<td>6/3 (29/7)</td>
<td>6/4 (8/9)</td>
</tr>
<tr>
<td>10/12 (7/8)</td>
<td>10/12 (7/8)</td>
<td>10/12 (7/8)</td>
</tr>
<tr>
<td>4/3 (1/7/3)</td>
<td>4/3 (1/7/3)</td>
<td>4/3 (1/7/3)</td>
</tr>
<tr>
<td>1/3 (1/7/3)</td>
<td>1/3 (1/7/3)</td>
<td>1/3 (1/7/3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اماده به صورت mean (SD) 
معنی دار از نظر آماری (p<0.05)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>قبل از پیوند</th>
<th>بعد از پیوند</th>
<th>TSH (mU/L)</th>
</tr>
</thead>
</table>

اماده به صورت mean (SD) 
معنی دار از نظر آماری (p<0.05)

جدول 4- تغییرات سطح سرمی هورمونهای تئروئیدی و TSH در بیماران با عملکرد تأخیری کلیه پیوندی

<table>
<thead>
<tr>
<th>قبل از پیوند</th>
<th>بعد از پیوند</th>
<th>TSH (mU/L)</th>
</tr>
</thead>
</table>

اماده به صورت mean (SD) 
معنی دار از نظر آماری (p<0.05)
ناقل دوزهای بالایی کورتیکوکستروئیدها که با مکانیسمی
وابسته به دوز می‌باشد، تریپین از مدل‌های تریپین‌های
قابل چسبش‌پذیری است. کاهش T4، تهیه کننده‌ی تناول تریپین،
با اسپیپ، جریان افزایش می‌یابد.

سطح پایین می‌تواند نشان‌دهنده‌ی استرس جسیمی باشد.

یکی از کاسته‌های مطالعه‌ای که از داده‌های بیماران
در مرحله نهایی بیماری کلیه، بدون اینکه بیمار دچار
بیماری تریپیدی باشد، استفاده می‌کنیم. همبستگی میان
تریپین و تیتر هپاتیت‌ال Santoros و همبستگی تریپین
با تریپین در دیگر بیماران است. در نظر گرفتن این جنبه،
آزمون همبستگی T4 با T3 را بررسی کرده‌ایم.

بتا از تاثیرات مصرف بیماری تریپیدی خوانده شد.

می‌باشد.

تغییرات هورمون‌های تروپوندین پرتره دیپ

176

یکی از کاسته‌های مطالعه‌ای ما تعداد کم‌ترین بود.

مطالعه تعداد نمونه‌ی پیشتر به خصوص برای بررسی

یکی از کاسته‌های مطالعه‌ای ما تعداد کم‌ترین بود.

مطالعه تعداد نمونه‌ی پیشتر به خصوص برای بررسی

یکی از کاسته‌های مطالعه‌ای ما تعداد کم‌ترین بود.

مطالعه تعداد نمونه‌ی پیشتر به خصوص برای بررسی

یکی از کاسته‌های مطالعه‌ای ما تعداد کم‌ترین بود.

مطالعه تعداد نمونه‌ی پیشتر به خصوص بررسی
References


