بررسی اثر ویتامین C خوراکی و تزریقی در درمان آنیمی بیماران همووپالیزی فاقد فقر آهن

دکتر زهرا کاشی، دکتر فاطمه اسپهبدی، دکتر شهروان اعلا، دکتر نرجس هنودتی

چکیده
مقدمة: بیماران هموپالیزی مبتلا به کمبود آهن فاکتور اصلی در درمان آنیمی بیماران با اریتروپیتین‌پاسیپ محسوب می‌شود. مطالعه‌ها نشان داده‌اند که ویتامین C تزریقی می‌تواند در تصحیح آنیمی این بیماران مؤثر باشد. در این مطالعه با هدف معامله اثر ویتامین C تزریقی و خوراکی در تصحیح آنیمی فاکتور‌هایی که در درمان هموپالیزی سپربازداران از جمله فرد، بیماران هموپالیزی در نظر گرفته شدند. به‌طور کلی، نتایج نشان دادند که با توجه به نتایج این مطالعه و اثر ویتامین C در درمان آنیمی بیماران هموپالیزی به بهترین نتایج می‌رسید.

واژگان کلیدی: بیماران هموپالیزی، آنیمی فاکتورهای تزریقی و خوراکی، هایپرگلامیکLN

دریافت مقاله: 8/5/2015، دریافت اصلاحی: 8/5/2015، پذیرش مقاله: 8/5/2015

مقدمه
سرم دارد، در اغلب بیماران هموپالیزی مکمل‌های آهن نیز مور می‌باشد است. برخی از بیماران هموپالیزی با وجود نخوراکی کافی آهن به اریتروپیتین پاسخ مناسبی نمی‌دهند. که می‌تواند ناشی از مانورهای ناکافی آهن باشد. در این بیماران آهن سرم و درصد اشباع ترانسفیت ناپایین و دخایر آنیمی یکی از مهم‌ترین عوامل نارسایی مزمن کلی است که مهم‌ترین علت ترشح گرافیکی است. درکلی‌های نارسایی می‌باشد. از این رو اریتروپیتین‌نوترکیب در تصحیح آنیمی این بیماران نقش به سازمان دارد. در آنها که پاسخ درمانی مناسب به اریتروپیتین نیاز به نخوراکی کافی آهن
آهن، طبیعی یا بالاستر؟ لذا آهن درمانی در این بیماران ممکن است نمایه همبستگی به دختم کرده.

ویتامین C خاصیت آنتی اکسیدان داشته و میتواند ترکیب مرطوبات تهیه و حفظ آهن در سطح استر را افزایش دهد. خصوصیت ویتامین C از آن در بیماران همووپراپیتیزی به ویژه افراد با پاس ناس قناتی، ارتوپروپیتی و فریتنین بالا یا آنی ناشی گرفته در افراد کم تیسنت بالای C.

چندین مطالعه در این بیماران همووپراپیتیزی نشان داده است. در این مطالعه، ترکیب ویتامین C به ویژه افراد با آهن فاکتور بالا از قبیل ارتوپروپیتی و فریتنین بالا، به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

در این مطالعه به مدت 142 بیمار، با بذر میوهی، متوسط (Tsāt) سبی بیماران به صورت تصادفی (بر اساس شماره بیماران در این مطالعه) با دو گروه کنترلی از ترکیب ۱۵۰ میلی‌گرم در هر داعی، در این مطالعه، به ویژه افراد با آهن فاکتور بالا، به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

رابط این بیماران به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی با آهن فاکتور بالا، به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

فیزیکالی: به دو گروه کنترلی از ترکیب ۱۵۰ میلی‌گرم در هر داعی، در این مطالعه، به ویژه افراد با آهن فاکتور بالا، به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

خوراکی: با دو گروه کنترلی از ترکیب ۱۵۰ میلی‌گرم در هر داعی، در این مطالعه، به ویژه افراد با آهن فاکتور بالا، به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

مقدار اکسیدیز در این مطالعه به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

یک مطالعه در این مطالعه با دو گروه کنترلی از ترکیب ۱۵۰ میلی‌گرم در هر داعی، در این مطالعه، به ویژه افراد با آهن فاکتور بالا، به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

در این مطالعه به ویژه این بیماران همووپراپیتیزی مورد استفاده قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه، کارآزمایی با سویه کور که در سه مزایای بیمارستان امام خمینی (ره) و قابلهای زهرا (س) سه و امام رضا (ع) شهر آمل انجام شد، به همراه بیماران همووپراپیتیزی پرسر قرار گرفته، به همراه افراد که

- Clinical Trial
جدول ۱- خصوصیات‌های پایه بیماران

<table>
<thead>
<tr>
<th>کلینیک تریتری</th>
<th>خوراکی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعادل (نفر)</td>
<td>۱۲ نفر (۶ زن، ۶ مرد)</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین سن (سال)</td>
<td>۵۵/۵۵/۴۸/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>مدت همودایلیز (سال)</td>
<td>۲/۹/۶/۲/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>KT/V</td>
<td>۱/۷/۸/۰/۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

علت نارسایی

| دیابت | ۵ |
| فشار خون بالا | ۲ |
| علول متفرقه | ۲ |

جدول ۲- میزان پایه هموگلوبین، فرفین، آهن، 

Tsat، و 

۱۲ نفر گروه خوراکی، ۱۰ نفر گروه تریتری.

۷۵٪ بیماران را زنان و ۲۵٪ را مردان تشکیل دادند. زنان همگی آموزه داشتند. میزان تارسایی مزمن کلیوی در بیماران انفرادی نگهداری شمار خون بالا و دیابت بود و ۴۴ بیماران بیماران۲ به هفته به مدت ۲ ساعت تحت همودایلیز قرار داشتند. (جدول ۱). میزان پایه هموگلوبین، آهن، فرفین، 

و اگزالس سرم بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۱).
بحث

در مطالعه‌ی حاضر سطح هموگلوپین نسبت به قیل از مداخله در هر دو گروه خوراکی و تزریقی افزایش یافت و این افزایش در گروه خوراکی به طور معنی‌دار بیشتر از گروه تزریقی بود. در هر دو گروه از مداخله درصد اشباع ترانسفرین (Tsat) افزایش و فریتین کاهش یافت.

برخی از بیماران آمیک هموگلوپینی به درمان با ارتروپوئین پاسخ ضعیفی می‌دهند. از دلایل مقاومت و پاسخ نامناسب به ارتروپوئین می‌توان به کمبود آهن، النهاب، کمبود ویتامین D یا فوت‌های کربنی 15% اما در این بیماران علت کاهش پاسخ به ارتروپوئین تجویز می‌شود. نخوردها آهن کافی اما غیر قابل دسترس است. این افراد آمیک نیاز به ارتروپوئین دارند. در بیماران گروه B12، سرمی بیشتر از 100 μg/L (عده بالا) هستند. اما به دلیل میانگین سالمندی آهن قادیر به استفاده از این بار مناسب آهن نیست. برخی مطالعه‌ها نشان داده‌اند که ویتامین C با توجه به خاصیت آنتی‌اکسیدانی قادیر است با دخالت در متابولیسم آهن در تزریقی در تحقیق آنی بیماران مقدار واقع شود. ویتامین C تزریقی در تحقیق آنی با گشایش در بیماران هموگلوپینی در مطالعه‌های قبلی نشان داده شده است.

تارک بیمار هموگلوپینی با فریتین بالایی 500 و همپاتورکتی بالایی 30% را مورد مطالعه قرار داد و 200 میلی‌گرم ویتامین C تزریقی بعد از هر دیالیز سه بار در هفته برای 8 هفته به بیماران تجویز کرد و سپس‌هفت گیاههای انجام داد. بیماران، مطالعه را کامل کردن که 18 هفته پس از خوبی به ارتروپوئین دادند و 10 هفته هب 5/8 هب از افزایش یافته و مورد نیاز ارتروپوئین دو سوم کاهش یافت. 1 هفته نیز در مطالعه ی دیگری که توسط کونی به طراحی و اجرای شد، 42 بیمار هموگلوپینی Crossover صورت گرفت و نظر کردن وضعیت آهن و مقاومت به ارتروپوئین به مدت 6 هفته 500 میلی‌گرم ویتامین تزریقی با پلاسیو سه بار در هفته دریافت کردند سپس بیش از دو هفته دیابت به دیابت شد و یا به تدریج معنی‌دار توجه پاسخ C در مداخله‌ی Crossover بهبود در نظر گرفت. ویتامین C به مدت 50 هفته به دو هفته با بار در هفته دریافت کردند سپس بیش از دو هفته دیابت به دیابت شد و یا به تدریج معنی‌دار توجه پاسخ C در مداخله‌ی C crossover بهبود در نظر گرفت. ویتامین C به مدت 50 هفته به دو هفته با بار در هفته دریافت کردند سپس بیش از دو هفته دیابت به دیابت شد و یا به تدریج معنی‌دار توجه پاسخ C در مداخله‌ی C crossover بهبود در نظر گرفت.
References

6. Lipschitz DA, Bothwell TH, Seftel HC, Wapnick AA, Charlton RW. The role of ascorbic acid in the