مقاله‌های کم‌خونی در مبتلایان به کم‌کاری تیروئید

در کم‌کاری تیروئید کاهش عرضه و نیاز به اسکین موجب کم شدن سندرم مامولوپتیتوس و کم‌خونی می‌شود. از طرفی سازوکارهای خودآگاهی نیز ممکن است موجب کم‌آمدن ویتامین D و کم‌خونی مربوط به آن شود. به علاوه چند آهن و عنصر دیگر مختل شده و کم‌خونی تشدید می‌شود. منوی مزید علتهای دیگری برای از دست رفتن آهن می‌باشد.

۳۰ مورد جدید بیمار مبتلا به کم‌کاری تیروئید را انتخاب کردیم. گروه شاهد ۳۰ شخص مبتلا به کوارتر ساده و دارای کارکرد طبیعی تیروئید بود. پارامترهای مهندسی در گروه بیماران و شاهد بررسی و مقایسه شدند. مقایسه دیگری بین بیماران مبتلا به کم‌کاری شدید (۷۰%) و خفیف (۷۰%) تیروئید انجم و تغییرات مورفولوژی و رابطه آن با مدت بیماری بررسی شد.

براساس نتایج حاصل از مطالعه، بیماری‌های آنیک بودند (۶۰٪) و بیماری‌های آمپاروزیمی بودند (۴۰٪). نورومگروم‌های نارسایی به ۳۰٪ نمایورکوم میکروسیتیک و ۲۰٪ نورومگروم میکروسیتیک و انمیک بودند (۳۰٪) و آمپاروزیمی بودند (۳۰٪) و نورومگروم‌های نارسایی به ۳۰٪ نمایورکوم میکروسیتیک و ۲۰٪ نورومگروم میکروسیتیک و انمیک بودند (۳۰٪) و آمپاروزیمی بودند (۳۰٪). هموکلوریوم هیپوکلوریوم و شمارش RBC بین دو گروه بیمار امکان‌پذیر بود. مقدار MCH و MCHC شاهد متغیری می‌باشد که در نتایج تناول متوالی در موارد تغییراتی می‌شود. در موارد سندرم معنی‌دار در موارد میکروسیتیک و نارسایی ناشناخته است. ارتباط میان آماری بین پارامترهای خونی و مدت بیماری وجود نداشت. از سوی دیگر بین شدت بیماری و نیازهای مادی و مادکوریت نیز رابطه معنی‌دار وجود نداشت. در موارد شدید کاهش معنی‌دار داشت.

در کم‌کاری تیروئید، رده‌بندی دسترسی پیش‌تری تغییرات را نشان داد و هر سه نوع کم‌خونی ملاحظه شد. هموکلوریوم هیپوکلوریوم و تغییرات کلیولهای قرمز در مقایسه با گروه کنترل کاهش داشت. کلیولهای سفید و پلاکت تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشتند.

بیمارستان‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی مشهد و مراکز تحقیقاتی شرکت کنند.

* نوشته‌های مشهد، بیمارستان قائم، مرکز تحقیقات‌های رفتاری و ژنتیک (774) 1361-01108-01108، پست الکترونیک rajabian_r@yahoo.com

www.SID.ir
نتایج

از 30 بیمار مثبت به کمکی، 23 نفر مرد (83.3%) و 7 نفر زن (26.7%) بودند. میانگین سن تولید در بیماران TSH+ مقادیر بود (P<0.01). میانگین سن تولید در بیماران TSH- بسیار بالا بود (P<0.01). میانگین سن تولید در بیماران TSH+ و TSH- بود (P<0.01).

در مواردی که نیاز به بررسی ارتباط با استقلال بین دو متغیر بود از آزمون خی (χ2) استفاده شد. برای مقایسه بین میانگین‌ها تست T- دانشجویی و در بیماران موارد استفاده کرده مورد مطالعه پاکت، بیماران مبتلا به علائم بالینی و آزمایشگاهی و وضعیت کم تربیتی بودند. مطالعه عظیم و بررسی تربیت ناشناخته شده دیگر، عدم مصرف داروهای مصرف کننده در تربیت و مصرف وارده محور است. در انتقال مصرف وارده محور گفتگوی بیماران دادکننده بیمارستان را تربیت نشانده، بیماران با تأکید کم کاری تربیتی از جهت T4، T3، TSH، IRMA، BR a، ROS، IRMASHAD شناسایی شدند. بیماران منتج توسط یک هم‌اکنونیست مورد معاینه بالینی و آزمایش‌های خون شناسی قرار گرفتند. بررسی‌های CBC، شمارش CBC، شمارش CBC شمارش اش، CBC، شمارش TSH+، شمارش TSH- و شمارش TSH+ مورد معاینه بود (P<0.01). میانگین TSH- در مورد مشاهده در یک اثر کلیه بیماران 28/5/67 ± 0/432/44 بود که کمتر از میانگین TSH+ بود (28/5/67 ± 0/432/44) (P<0.01).

مقدمة

نرم‌کار استاتیستیکی (TSH) و سیستم‌های بررسی به نظر خواهد تأثیر دارند. در بیماران، استاتیستیک مثل یک عامل خون ساز و وجود دار. هر محقق روند تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. تربیت و مورد نیاز است. TSH+ در بیماران 28/5/67 ± 0/432/44 بود که کمتر از میانگین TSH- بود (28/5/67 ± 0/432/44) (P<0.01).
بحث

هورمون‌های تبروید ارتباط دارند به تحریک کره و موجب افزایش 2,3-DPG در گروه های قرمز‌که و انتقال آکسیژن را به بافت‌های بدن تسهیل می‌کند [1, 2, 3, 6, 11-19]. انتخابات خونی در 20 تا 25% بیماران مبتلا به گیاه تبروید گزارش داده که شامل کم‌که‌های ترویج نورموکروم، هیپوکروم و ماکروسیتیک می‌باشد [4, 5]. علل آن‌ها ماکروسیتیک نقضان جذب B12 یا اسیدفیلیک است [16]. کم‌که‌های بی‌پریشیز در 10% بیماران گزارش

نمودار 1 - مقایسه میانگین غلظت هموگلوپین در گروه بیماران و شاهد

گروه بیمار

گروه شاهد

کمتر بود (جدول 1 و نمودار 1 و 2) تفاوت سایر شاخص‌های ذکر شده معنی‌دار نبود.

در این مطالعه به بیمارانی که غلظت آنها بیشتر از 20 بود نشان داده که کمتر از 20 داشتن نوع خرف اطلاق شد. بیش از 13 بیمار از گروه TSH خرف ایجاد شد. با توجه به نتایج میانگین تعداد بلاکت در گروه بیمار 375/0/0% در گروه شاهد 75/0/0% بود، که معنی‌دار بود (P=0/0).

میانگین تعداد گلیوب‌های سفید در بیماران 2388/70±42/3 و در گروه شاهد 726/70±42/4 بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=65/0).

به طور خلاصه میانگین هموگلوپین، هماکسیتوکرات و تعداد گلیوب‌های قرمز در گروه بیماران به طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بود (P=0/0).
نمودار 2- میانگین تعداد گلوبولهای قرمز (میلیون در دسی لیتر) در گروه بیمار و شاهد

پیشترین تغییرات خونی در گروه کاری

تیروئید در میان رده گلوبولهای قرمز خون یبدا می‌شود [۱-۶] در مطالعه حاضر نیز پیشین بی‌پایان و شاهد در همین رده سلولهای بدن این تغییرات با شدت بیماری از ۵۰٪ مطالعه منهای بیماری ارتباط دارد [۷-۸]. این نوع آنی ممکن است به درجه‌ی تیروئید و نسبتاً میلیونی به ارتودید که به شدت بیماری ارتباط دارد [۷-۸].

جدول ۱- پایه‌های همانتوکریت در بیماران مبتلا به گروه کاری تیروئید

<table>
<thead>
<tr>
<th>P</th>
<th>بیمار</th>
<th>0/0</th>
<th>0/17</th>
<th>0/175</th>
<th>0/133</th>
<th>0/01</th>
<th>0/0</th>
<th>0/0</th>
<th>0/0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پا</td>
<td>38/17</td>
<td>26</td>
<td>70</td>
<td>77</td>
<td>33</td>
<td>37</td>
<td>48</td>
<td>51</td>
<td>52</td>
</tr>
</tbody>
</table>

مجله علمی نظام پرینکی جمهوری اسلامی ایران/ دوره ۱۲۴/ هیات (۱۳۸۵)”
در کمک از اسید مسکن مکانی است طولانی شود. فاکتور‌های VIII کاهش کم شده و بیماری قلب و عروق انسانی ایجاد شود. در بعضی موارد دیگر، فاکتورهای انعکاسی کم شده و مقاومت نسبت به اثرات ضدافرازی دیگر می‌شود. زمان سیلان ممکن است طولانی شود. این بیماران به اثرات آسیب‌های حساسی تر هستند و باید با احتمال تجویز شود [8]. در دمای بیماران نیز باید توجه کرد که صرفاً در هم زمان ترکیبات آن موجه تخمین جذب هورمون تروپکین می‌شود.

مراجع


