مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ششم، شماره اول، بهار 1386، 24-42

ارزیابی عوامل مؤثر در پراکسیداسیون لیپیدی بیماران همودیالیزی و یوندی

دکتر گلرضا مشتاقی کاشانیان، دکتر نادره رشتجی، دکتر حسن اردکانی، دکتر امیر فرباش حق گو

چکیده
زمینه و هدف: آتواسکلوژ به‌کی یکی از دلایل عمده مرگ و میر بیماران همودیالیزی و یوندی کلیه‌ای می‌باشد که دلیل به وجود آمدن آن هیپرلیپیدمی و افزایش پراکسیداسیون حیثی است. لذا هیمیشته‌ی یکی از اهداف اصلی درمان این گونه بیماران، حفظ عوامل خطر از وی باید. مطالعات گذشته نشان داده که عوامل مختلی در پراکسیداسیون حیثی گونه تحقیق، این رویکرد که کمک به کاهش تعداد بیمارانی است که در این مطالعه به بررسی سطوح سرمی کلسترول نام، تری-گلیسرید، کلسترول-لیپورتین با دانسته‌ی مربوط به (MDA، HDL-c)، کلسترول-لیپورتین با دانسته‌ی پایین (c)، الیومن، لنزهای سویه (Mg)، والون مربوط دیده و مورد سنجش قرار گرفت.

مواد و روش: در این مطالعه، سه گروه به‌کارگیری شد. اکسیده‌های فوق بر اساس دستورالعمل کارخاره‌ای سانزانی که از آزمایشگاهی بر روی سرم به دست آمده از خون ناشتا بیماران انجام شد و نتایج با مقادیر سرمی ۳ فرد سالم که هر یک گروه کنترل را تشکیل می‌دادند مقایسه‌گردد. به علاوه در بیماران با یوندین کلیه سطح سیلپکسورین تا نشان دهنده مصرف شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان سرمی تری-گلیسرید (p<0.001) (MDA) و کلسترول-لیپورتین با دانسته‌ی پایین (p<0.001) (یوندی) بالاتر بود. بیماران پیوندی و همودیالیزی بیشتر از گروه کنترل می‌باشد در صورتی که غلتکه آنتی اکسیدان ثانست کمتر برود (p<0.001). بیماران پیوندی و همودیالیزی به بیشتر از گروه کنترل می‌باشد، در صورتی که غلتکه آنتی اکسیدان ثانست کمتر برود (p<0.001). در غلات نشان داد که سطح سرمی مینزیم بیماران همودیالیزی در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری نداشت (p>0.05) (چپ گروه). را نشان داد. سطح سرمی الیومن از دو گروه بیماران در مقایسه با گروه کنترل نیز کاهش معنی‌داری داشت (p<0.001). نتایج همبستگی پیروزت نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین غلتکه‌ها و سطح سرمی مینزیم ثابت شد و میزان مصرف در سطح سرمی مینزیم با دست آمده (p<0.001) (c) و (p<0.01) (Mg).

نتیجه‌گیری: از تحقیق حاضر این گونه می‌توان نتیجه گرفت که درمان با سیلپکسورین درلی اکسیده با میزان کاهش می‌باشد. نتیجه‌گیری برای بیماران پیوندی تجویز گردید. همچنین، کاهش سطح آنتی اکسیدان‌های موجود در بیماران ناشتا یک نکته می‌باشد که تجویز آنتی اکسیدان‌های طبیعی همچون ویتامین E و C و توانایی باعث کاهش ریسک آتواسکلوژ در این بیماران گردید.

واژه‌های کلیدی: بیماران همودیالیزی، آنتی اکسیدان‌ها، تری-گلیسرید، والون مصرف دی‌آیدین، مینزیم کلیه‌ای
 ave مقدمه

اتوژستاتور می‌تواند از طرف علائم مزمن کلیوپ تحت درمان با هومودایلز و بیماران پس از بیوند کلیه می‌باشد. هک، به اثر یپرلیپیدومی و پراکسیداسیون چربی‌ها به وجود می‌آید (۸-۹). همچنین مزمن و می‌بیماران یا بیوند کلیه حدود ۱۴ برابر بیشتر از افزایش سالم به همان سرانه و سال در شده است (۱۰). در خصوص افزایش بروقیت لیپیدی بیماران کلیوپ دل‌خورده کلیه، که از جمله هیپولیپیدمی، تحرک بیوسنتز لیپوپورتین‌ها به دلیل تغییرات سیستمی و اپیدمی‌ای خاص جلد آزاد به کبد، اختلال فعالیت انسیم‌های لیپاز و اکسیژن و اکسیژن عنصر کلیز را می‌توان نام برده (۱۰-۰). در این میان، مسیر عناصر کلیز و کلیز چربی‌های مزمنی کمتر مورد توجه و بررسی قرار می‌گرفته است. نخستین مطالعات کمپین نیز را دلیل افزایش سطح سرمی تری‌گلیسرید و کاهش غلظت کلسترول لیپوپورتین‌ها یا جالکن (HDL) به‌عنوان یکی از الگوها به بیماران (۱۱). مطالعات دیگری که به دلیل افزایش استرس اکسیدان در پراکسیداسیون لیپیدی بیماران کلیوپ را کاهش سطح پلاسمایی آنتی‌اکسیدان‌های مختلف داشته‌اند [۱۲-۱۳] سطح سرمی آنتی‌اکسیدان‌های طبیعی همچنین ویتامین E نیز در پراکسیداسیون چربی‌ها نقش دارد و کاهش آن‌ها عامل اصلی است که باعث افزایش پراکسیداسیون چربی‌ها می‌گردد.

با توجه به نظرات ارائه شده فوق می‌توان نتیجه گرفت که پراکسیداسیون چربی‌ها به دلایل مختلف صورت می‌گیرد و نیاز بررسی یک عامل نمی‌تواند در مراحل مناسبی چشته درمان این گونه بیماران باشد. از طرفی، نتایج تحقیقاتی که کلیه عوامل مؤثر در پراکسیداسیون چربی‌ها در بیماران کلیوپ را بررسی کنند، انجام نشده است. به علاوه، نظرات صریح و روش‌های اجتناب نیز در پراکسیداسیون لیپیدی بیماران کلیوپ را قابل بررسی است که در کتاب دیگر عوامل بررسی گردید. از این رو، در تحقیق حاضر علوه به بررسی سطح سرمی چربی‌ها در کنار غلظت سرمی مزمنی به بررسی عوامل دیگری دخیل در

اوکلین موثر در پراکسیداسیون...

سال، ۱۳۸۵

ازیرا و علمی ژنماج

Downloaded from journal.rums.ac.ir at 20:20 +0430 on Wednesday April 15th 2020
پراکسیداسون لیپیدی (سطح سرمی مالون دی آلده davonو انترنکب) نیز برداختن، شاید به کمک نتایج به دست آمده بنابراین راهی برای جلوگیری از پراکسیداسون جریه‌ها در این گونه بیماران باید قابل ذکر است که این مالون دی آلده‌ای یکی از محصولات فرآیند فعال‌دهی‌های پراکسیداسون لیپیدی است و غلظت سلقلاسمای آن از مهیا‌ترین بیومارکرهای قابل استفاده برای دستیابی به یک شاخص کلی سطح پراکسیداسون لیپیدی می‌باشد [17].

مواد و روش‌ها
در این مطالعه مقطعی، تعداد 30 نفر بیمار پیوند کلینیکی که بیش از 6 ماه از زمان پیوند کلینیکی آنها گفته شده بود و تعداد 20 نفر بیمار تحت درمان به همراه دی‌بی‌دی‌ال که حداکثر 6 ماه سابقه دی‌بی‌دی‌ال داشتند و به طور متوسط در هفته 20 بار به مدت تقریباً 4 ساعت تحت عمل دی‌بی‌دی‌ال بودند، به عنوان دو گروه بیمار توسط پزشک متخصص انتخاب شدند. این بیماران تحت نظر پزشک متخصص طرح بوده و مدتی توسط ایشان ویزیت می‌شدند. تعداد 20 نفر سالم که از نظر سن و جنس و وزن با گروه‌های بیماران یکسان بودند، با نظر گرفتن عنوان کلینیکی و پاراکلینیکی و پس از معاینه بالینی، توسط پزشک به عنوان گروه کنترل نظر گرفته شدند. به علاوه، جهت جلوگیری از ثبت داروهای داخل‌هگر، از افرادی که تحت درمان با داروهای مهار‌کننده HMG-CoA ریدوکس نظیر استاتین قرار داشتند و نیز بیماران هیپرتانزیک تحت درمان با فورماید و هیدرولوپرولیترید در مطالعه حاضر وارد نشدند.

ساعت شناسایی بدن گرفته شد و نمونه‌ها پس از انعقاد در دمای آزمایشگاه به مدت دو دقیقه دستگاه G80 را گرفتند. تا که جهت مقایسه بین گروه‌های مختلف بیماران و گروه (one way ANOVA) کنترل از تست آنالیز واریانس یک طرفه (Post Hoc multiple یا استفاده از مدل پس اماری نویک استفاده شد. اختلاف‌های میان‌گروهی تلقی شده که p از آن کمتر از 0/05 بود. جهت تعیین همبستگی‌ها بین پارامترهای بررسی‌شده از آزمون همبستگی مسنج گرفتگی در لوله حاصل ماده ضد

۱۷
به عنوان نگهداری شد. از بیماران پیوند کلینیکه میلی لیتر خون بیشتر گرفته شد و در لوله حاصل ماده ضد
نمونه 1- همبستگی سطح سرمی تری کلسترول و کلسترول (برایم)، LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) از بیماران تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تست رسانده. تیکه‌هایی که سطح همبستگی بین کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) داشتند و همبستگی بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) داشتند، در این مطالعه از آنها استفاده شد. همبستگی بین کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.

نتایج
بررسی آماری نتایج به دست آمده نشان داد که سطح باعث گلیسرید بیماران همبودپلیازی (0.05) و پوندی (p<0.05) در مقایسه با گروه کنترل کاهش دارد. لیکن کاهش مشاهده شده در بیماران همبودپلیازی شدیدتر نیست.

(برای مثال، در نمونه‌هایی که کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.

نتایج
بررسی آماری نتایج به دست آمده نشان داد که سطح باعث گلیسرید بیماران همبودپلیازی (0.05) و پوندی (p<0.05) در مقایسه با گروه کنترل کاهش دارد. لیکن کاهش مشاهده شده در بیماران همبودپلیازی شدیدتر نیست.

(برای مثال، در نمونه‌هایی که کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.

نتایج
بررسی آماری نتایج به دست آمده نشان داد که سطح باعث گلیسرید بیماران همبودپلیازی (0.05) و پوندی (p<0.05) در مقایسه با گروه کنترل کاهش دارد. لیکن کاهش مشاهده شده در بیماران همبودپلیازی شدیدتر نیست.

(برای مثال، در نمونه‌هایی که کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.

نتایج
بررسی آماری نتایج به دست آمده نشان داد که سطح باعث گلیسرید بیماران همبودپلیازی (0.05) و پوندی (p<0.05) در مقایسه با گروه کنترل کاهش دارد. لیکن کاهش مشاهده شده در بیماران همبودپلیازی شدیدتر نیست.

(برای مثال، در نمونه‌هایی که کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.

نتایج
بررسی آماری نتایج به دست آمده نشان داد که سطح باعث گلیسرید بیماران همبودپلیازی (0.05) و پوندی (p<0.05) در مقایسه با گروه کنترل کاهش دارد. لیکن کاهش مشاهده شده در بیماران همبودپلیازی شدیدتر نیست.

(برای مثال، در نمونه‌هایی که کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.

نتایج
بررسی آماری نتایج به دست آمده نشان داد که سطح باعث گلیسرید بیماران همبودپلیازی (0.05) و پوندی (p<0.05) در مقایسه با گروه کنترل کاهش دارد. لیکن کاهش مشاهده شده در بیماران همبودپلیازی شدیدتر نیست.

(برای مثال، در نمونه‌هایی که کلسترول سرمی تری کلسترول و LDL-c (عوم) و بین کلسترول سرمی و کلسترول (برایم) LDL-c (قلود) و 4ً.LDL-c (عوم) در افراد تشن دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌طور کلی کمتر از 0.05 بود که نشان‌دهنده استفاده مناسب محاسبه نشده نیست در نمونه‌های 0.05 تر.ر.ک. (Two-tailed Pearson correlation test) استفاده گردید.
در این مطالعه سطح سرم سیکلوپورسین ۲ برای میزان ۲۶۶/۵/۱ داروی سرکوب‌گر اینمی قوی بوده و می‌باشد که جهت جلوگیری از رضی‌پر شدن کلیه استفاده جدول ۱- پارامترهای اندازه‌گیری شده در گروه‌های مختلف تحت مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>پارامتر</th>
<th>نری گلیسرید (mg/dl)</th>
<th>کلسترول (mg/dl)</th>
<th>LDL-C (mg/dl)</th>
<th>HDL-C (mg/dl)</th>
<th>آئومین (gr/dl)</th>
<th>آئومیناتات (mmol/L)</th>
<th>مالون دی‌آلفید (mmol/L) (mg/dl) منزیم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیماران</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پ/ک</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۵</td>
<td>۱/۶ ± ۰/۱</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>پ/ک</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۵</td>
<td>۱/۶ ± ۰/۱</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۵</td>
<td>۱/۶ ± ۰/۱</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۵</td>
<td>۱/۶ ± ۰/۱</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۵</td>
<td>۱/۶ ± ۰/۱</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۲۷/۵/۱ ± ۴/۲</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۱۰۵/۸ ± ۷/۳</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۵</td>
<td>۱/۶ ± ۰/۱</td>
<td>۲/۵ ± ۰/۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تنویع‌های معنی‌دار بین گروه‌های مختلف تحت مطالعه با علائم در جدول مشاهده شد که نتایج معنی‌دار بین دو گروه بیمار در ستون سمت چپ لناره داده شده است. علائم * اختراف (p<0.05) و علائم ** اختراف (p<0.1) بین گروه کنترل و بیماران هموفیل بی‌دی و پارامترهای دیگر نشان می‌دهد.

در زمانی که حداقل سطح سرمی حساسیت می‌شود زمان به‌INCLUDED در می‌آید. میزان گلیسرید و الزان‌های هنگامی که رابطه مکانیکی معنی‌دار بین غلظت منزیم و سطح سرمی سیکلوپورسین وجود دارد (۱/۰۰۰<۰<۴/۰۴) همچنین هسته‌ی مرکزی سطح خونی منزیم و سطح سرمی آئومیناتات نام (۱/۰۰۰<۰<۴/۰۴) در بیماران پارسیان وجود دارد. این همبستگی‌ها در نموندار ۳ لناره داده شده است.
نوان‌می‌دهد، افزایش تری‌گلیسرید خود عاملی برای تغییرات
کلسترول‌های LDL و یا کاهش‌های HDL-کربسیدمی‌شوند. است. 
یکی از درمان‌های افزایش تری‌گلیسرید و کاهش‌های HDL-کربسیدمی‌شوند. 
لیپیدها عواملی از می‌دهد. افزایش تری‌گلیسرید و کاهش‌های HDL-کربسیدمی‌شوند. 
راشدگی نهایی آزاد یکی از درمان‌های افزایش تری‌گلیسرید و کاهش‌های HDL-کربسیدمی‌شوند. 
مختلفی ساخته می‌شود. یکی از درمان‌های افزایش تری‌گلیسرید و کاهش‌های HDL-کربسیدمی‌شوند. 
به‌طوری نیز داروی دی‌الدید می‌باشد [161]. 
در مطالعه حاضر نوان‌می‌دهد که مقدار مالون 
ده‌الدیدی در بیماران با پوست کلیه و همودیالیزی در مقایسه با 
گروه کنترل افزایش عضوی را نشان می‌دهد. افزایش سطح 
سرمی مالون دیده‌الدیدی در میان گروه‌های بیماران، که حاکی 
از افزایش پراکسیدیامین‌ها است. 

بحث
مطالعات ایمپلورژی افزایش داده‌های که آنتروکلسترولین 
در بیماران همودیالیزی و بیماران با پوست کلیه در رأس سایر 
علع مرگ و بیماری از بین برده، منجر به خود 
بیماران با تارسایی مردم کلیه با افزایش تری‌گلیسرید و 
کاهش مواجهه می‌باشد که این عوامل خود 
روند آنتروکلسترولین را در این بیماران تسهیل می‌بخشن 
[21 - 20]. افزایش تری‌گلیسرید و کاهش HDL-کربسیدمی‌شوند. 
شده در بین بیماران همودیالیزی [43 - 24] و پوست [46 - 25].

نخست به دست آمده در مطالعه حاضر نیز تایید بر 
مطالعات قبلی بوده و نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به 
نارسایی مردم کلیه حتی پس از پوست کلیه نیز افزایش 
تری‌گلیسرید و کاهش HDL-کربسیدمی‌شوند. 
دلیل بر روند سریع‌تر آنتروکلسترولین در میان بیماران 
همودیالیزی و بیماران پوست در مقایسه با افراد سالم جامعه
می‌باشد [241]. از طرفی، افزایش کلسترول و LDL-کربسیدمی‌شوند. 
کاهش HDL-کربسیدمی‌شوند نظر گرفته شده و کمک به افزایش تری‌گلیسرید به عنوان عاملی در ایجاد بی‌بایدکه 
آنتروکلسترولین پرداخته شده است. 
همان‌گونه که نتایج آزمون 
هستی‌های معمول در ذکر شده در نمودار 1 مطالعه حاضر 

\[
y = -75.459x + 395.24 \\
R = 0.1956 \text{(cyclosporin)}
\]

\[
y = 0.3657x + 0.4132 \\
R = 0.4237 \text{(Total Antioxidant)}
\]

نمودار 3 - همبستگی سطح سرمی مینیمیم همبستگی سرمی 
أتی‌کلسترولین نمایش داده می‌کند، که در نتیجه آن 
تها بیشتر به افزایش سطح سرمی HDL-کربسیدمی‌شوند. 

\[
y = 0.545x + 1.693 \\
R = 0.2656 \text{(Total Antioxidant)}
\]

نمودار 4 - همبستگی سطح سرمی مینیمیم همبستگی سرمی 
أتی‌کلسترولین نمایش داده می‌کند، که در نتیجه آن 
تها بیشتر به افزایش سطح سرمی HDL-کربسیدمی‌شوند.
کمپوزیت منیزیم در انسان با کاهش ترشح منیزیم توسط کلیه‌ها جهان می‌شود. اگر این منیزیم از طریق کلیه‌ها بیش از یک میلی مول در لیتر باشد و سطح منیزیم بالا می‌آید، می‌تواند در اثر کاهش بازد و باعث روز عوض است. هیپومنزیمی می‌شود. 

ترشح منیزیم در ادارات می‌تواند به علت دیابت ملی، استفاده از عوامل اسپروتک، و داروهای نظیر سیکلوسپورین (Cycoспорین) و ایفوامید (Cisplatin) تأثیر گذاشته شود. 

همگرایی [3] ناشی می‌شود که منیزیم و سیکلوسپورین می‌توانند کلیپاکس تشکیل دهد و این می‌تواند است. 

کاهش سطح سرمی منیزیم در بیماران پوبدی مشاهده شده در مطالعه حاضر باشد. در مطالعه حاضر هیپمنزیمی معکوس و منعی داری سطح منیزیم و سیکلوسپورین سرم در بیماران پوبدی مشاهده شد. که نشان دهنده این است که منیزیم نیز به طریقی در پراکسیدازین پوبدی و با خاصیت آنتی‌اکسیدانی نشان داده. این هیپمنزیمی ها در میان بیماران هودیالیس با سطح منعی داری کمتری مشاهده شد که نشان دهنده این است که افزایش سطح منیزیم به خاطر نمای مکرر با مابین درالب بوده، همان گونه که قبل از اجرای گردیده است. [32]

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که افزایش تری‌کلریدی عاملی است که باعث به وجود آمدن پلاک‌های آلودگی می‌شود. به علاوه، در بیماران هودیالیسی و بیماران پوبدی از تغییرات غلظتی کلسترول می‌شود. در نتیجه تعداد بین اکسیدساتورها و انتی‌اکسیدان‌ها به هم خورده و استرس اکسیداتورها ایجاد می‌شود که به‌طور معمول معکوس از آن روش‌ها و افزایش می‌گردد در این بیماران محصول می‌شود. بنابراین در این بیماران باید تدبیری اندیشید که با

Downloaded from journal.rums.ac.ir at 20:20 +0430 on Wednesday April 15th 2020
ویتامین‌های ذکر شده برای این گونه بیماران، منیزیم خوراکی نیز تجویز گردید تا کاهش منیزیم آن چربان گردد.

تشکر و قدردانی

بودجه این مطالعه تحت طرح شماره ۸۴۲۴۴ توسط معاونت محترم پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان برداخت گردیده، که نویسندگان بدين وسیله قدردانی خود را اعلام می‌نمایند.

افزایش قدرت آنتی‌اکسیدان‌های بدن میزان پراکسیداسیون لپیتیدها را کاهش داد. یکی از راه‌های پیشنهادی تجویز ویتامین‌هایی (ویتامین C و مصرف محدود ویتامین A) است که چاپی آنتی‌اکسیدان‌های دارد. همچنین، تجویز سیکلوسپورین در بیماران با بیمار کلیه باید با احتیاط پیشتری صورت گیرد، زیرا مصرف این دارو با کاهش معنی‌دار منیزیم همبستگی می‌باشد. در این باره نیز پیشنهادی می‌گردد که همبستگی با

References


