بررسی تظاهرات رادیولوژیک بیماران تالاسمی دچار شکایات

استخوانی - بیمارستان بوعلى سینای ساری - سال 1377

مریم برزین (M.D.)
اسرافیل کوثریان (M.D.)

چکیده

سابقه و هدف: عوارض استخوانی در مبتلایان به تالاسمی، ناشی از آنآمزی مزمن و پرکاری و افزایش حجم مغز استخوان و میهمان، عناصری است از درمان از جمله مصرف دسفلار است. امروزه بر کشورهای بیشتری به عنت درمان‌های کامپیوتری و منظم، از شدت دفعم‌های استخوانی بیماران، کاملاً شده است. مطالعه حاضر به منظور ثبت نوی و شدت ضایعات استخوانی در بیمارستان بوعلى سینای کندنه به بیمارستان بوعلى سینای ساری، انجام شده است.

مواد و روش ها: مبتلایان به تالاسمی که دارای یکی از شکایات درد، شکتگی استخوانی یا دفعمی بودند، انتخاب شدند. پس از توضیح طرح، از بیمار با والدین آنها کسب رضایت شد و از هر بیمار، رادیوگرافی باید ثبت گردد. سپس استخوانی بیماران براساس استاندارد Greulish-pile تعیین شد.

یافته ها: در این مطالعه، 60 بیمار که 40 درصد مونه و 20 درصد مادر بودند شرکت داشتند. سن بیماران 64 ± 15 سال بود. 32 درصد از درد استخوانی شکاتی داشتند. در 64 درصد، سابقه شکتگی وجود داشت و 20 درصد، دچار دفعمی و 64 درصد در صورت بودن. با بررسی کلیه‌های رادیوگرافی در 100 درصد بیماران، اوستیپوزیون دیده شد. علائم ناشی از مسمومیت دسفلار در 24 درصد بیماران وجود داشت. سن علائم مسمومیت و مدت مصرف بالای 2 سال، رابطه و جود داشت (P<0.05). ضایعات استخوانی متعدد دیگری نیز در استخوانها مشاهده شد.

استنتاج: عوارض استخوانی و از جمله اوستیپوزیون در بیماران ممکن است. دفعمی استخوانی به وفور دیده می‌شود که می‌تواند نشان دهنده درمان و ترفندریون تاکیفی در این بیماران باشد. احتمال مسمومیت با دسفلار نیز باید ملاحظه گردد.

واژه‌های کلیدی: تالاسمی، بیماری‌های استخوانی، پتروگاری، اوستیپوزیس، شخصیت

مقدمه

بیماران ماور، بیماری خویی ارثی است که مبتلایان در تمام طول زندگی، نیاز به ترفندریون منظم خون و استفاده از باند کندنه‌های آهن دارند(1). بیماران

(1) این تحقیق طی شماره 97-149 در شرایط پزشکی دانشگاه تبریز گردیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام یافته است.

(2) شناخت رادیولوژی استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

(3) مبتلایان، بیمارستان بوعلى سینای مازندران

(4) تحقیق شخصی بیماری‌های، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

(5) تاریخ دریافت: 8/11/2016

(6) تاریخ پذیرش: 9/11/2017

(7) تاریخ ارسال به هیئت اصلاحات: 8/11/2017

(8) تصویر اول

18. سال 97 (97/12/3) شمسی

19. پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

20. بیمارستان بوعلى سینای مازندران

21. 1377

22. 1377
تغییرات راينژوئیک بيماران تلاصیک

1. Platyspondylly
آنتها نگیر کرد، در کشور ما درمان‌ها و عوارض شدید استخوانی و محلک عمده بیماران می‌باشند. نگاهی و گزارش‌های وضعیت استخوانی بیماران، تحقیق حاضر در بیماران مراجعه کننده به درمان‌گاه تالاسمی بیمارستان پویتو سیتا که از درد و درمان‌های استخوانی با سابقه شکستگی شکایت داشته‌اند در سال 1377 انجام گرفت.

مواد و روش‌ها
این مطالعه به روش توصیفی بر روی بیماران تالاسمی استدعا شده در سال 76 جدایی در بیماران تحت نظر این مرکز بوده، بیمارانی که از شکایات درد استخوانی، شکستگی یا دفورمیتی استخوانی بودند، پس از توضیح طرح، از بیماران با وابستگی آن‌ها کسب رضایت گردید. اطلاعات سابقه بیمار، از پرونده‌ها استخراج شد.

افرادی که تالاسمی با ترکیبی از هر یک از پنج گروه خاص، از هر بیمار به‌همراه کلیه‌های رخ فذ سیستمی و رخ و تندرست ستون فقرات، رخ لک‌گر، دست چپ و وارز انجام می‌شود، کلیه‌ها توسط 2 رادیولوژیست خوانده وگزارش می‌شوند. برای استخوانی به‌واسطه راهنمای گروی-پیل (Grouich-pile) تعیین می‌شود و از میزان استاندارد برای همان سن و جنس مقایسه می‌شود (۵). سه استخوانی افراد مسنتر از ۲۹ سال، با وضعیت نرمال در ۲۰ سالگی، مقایسه می‌شود.

یافته‌ها
۹۰ بیمار (۹ دصد کل بیماران) که ۱۰ دصرصد مرد و ۴ دصرصد زن بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. همه بیماران دارای تشخیص تالاسمی مزدور بودند و هر ماه جهت تریبی خون، مراجعه می‌کردند. خصوصیات یا پایه بیماران در جدول شماره ۱ نامیش داده است. در

تصویر شماره ۱: رادیوگرافی نخست سنون فقرات کمی تغییر یافته‌های انسانی و همچنین با توجه به اینکه برخلاف کشوهای غیری که نوع ضایعات استخوانی در بیماران
همین جدول، خصوصیات کلی بیماران تحت نظر مرکز را ملاحظه می‌کنید.

جدول شماره ۱: خصوصیات کلی بیماران تالسیکت مورد بررسی داده‌برداری بیمارستان بیمارستان سینا سال ۱۳۷۷ در مقایسه با خصوصیات
کلی تمام بیماران مرکز بیمارستان ماهواره

<table>
<thead>
<tr>
<th>خصوصیات بیماران</th>
<th>مرکز بیمارستان ماهواره</th>
<th>بیمارستان سینا سال ۱۳۷۷</th>
<th>نتیجه‌گیری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن در مقطع مطالعه (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۲/۷</td>
<td>۱۳۷۶/۴/۳</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>سن در مقطع تشخیص (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۲/۷</td>
<td>۱۳۷۶/۴/۳</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>سن در مقطع شروع درمان (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۲/۷</td>
<td>۱۳۷۶/۴/۳</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن کناره (mg/kg/nights)</td>
<td>۹ ± ۴</td>
<td>۹ ± ۴</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>نتیجه‌گیری</td>
<td>۳</td>
<td>۵</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>استانداردی‌اند</td>
<td>۵</td>
<td>۵</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط وزن‌درگیر</td>
<td>۱۵۰/۶/۳</td>
<td>۱۵۰/۶/۳</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>سن در مقطع درمان (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۴/۳</td>
<td>۱۳۷۶/۴/۳</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>سن در مقطع آخرین مراحل درمان (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۳/۴</td>
<td>۱۳۷۶/۳/۴</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>نتیجه‌گیری</td>
<td>۵</td>
<td>۶</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط وزن‌درگیر</td>
<td>۱۵۰/۶/۳</td>
<td>۱۵۰/۶/۳</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>سن در مقطع انتهای درمان (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۳/۴</td>
<td>۱۳۷۶/۳/۴</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>سن در مقطع آخرین مراحل درمان (سال)</td>
<td>۱۳۷۶/۳/۴</td>
<td>۱۳۷۶/۳/۴</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>نتیجه‌گیری</td>
<td>۵</td>
<td>۶</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط وزن‌درگیر</td>
<td>۱۵۰/۶/۳</td>
<td>۱۵۰/۶/۳</td>
<td>نشان‌دهنده تفاوت نسبی وجود ندارد</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جوان تینی بیمار، ۷/۳ سال و مسن‌ترین، ۴ سال
سن داشت. به ترتیب، قراردادی، ۱۲ بیمار (۴۳ درصد) اینترنتی شناخته شدند. دامنه ظنی شروع خون‌گیری از ۴ سالگی تا ۱۸ سالگی مقدس بود. ۴۵ درصد از درد استخوان شکایت داشتند که شایع ترین محل، کمر بود. ۶۵ درصد، سایه‌های حاد نیک دکتر کیکی داشتند که شایع ترین محل ساعد بود. ۸۰ درصد، دچار دافرمیتی واقع در بیماران تیم و مصمم بودند.

در چند بیمار ۳ از ۴ انجام در گروه استخوان بیماران، دافرمیتی حساسیت فرمات و میزان تایپ سن استخوان بیماران، مشخص شده است.

جدول شماره ۲: تایپ سن استخوانهای تجربه شده بیماران در گروه استخوان (۱۴ درصد)

<table>
<thead>
<tr>
<th>نام</th>
<th>تایپ سن استخوان (۱۴ درصد)</th>
<th>نتیجه‌گیری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Measuring</td>
<td>۰</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>اندازه‌گیری تایپ سن استخوان</td>
<td>۱</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
<tr>
<td>نتیجه‌گیری</td>
<td>۱</td>
<td>استانداردی‌اند</td>
</tr>
</tbody>
</table>

علی‌اکرمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی از دانشگاه‌های سال سیزدهم شماره ۲۹، تابستان ۱۳۷۷
تاریخ بررسی رادیولوژیک بیماران، در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌شود، استنوتروپزی در ۱۰۰ درصد بیماران وجود دارد. دفرمینی تولید قطعات در حدود نیمی از بیماران دیده شد که شامل مواردی است که در جدول شماره ۳ آورده شده است. شاخص ترین آن باقی‌مانده نوزادان جسم مهره‌ای است که در حدود نیمی از بیماران دیده شد.

عوارض استخوانی که تاکنون به مساندن دسرمال شرح داده شده است، در ۸ بیمار دیده شد. تمام این بیماران، پیش از ۲ سال، دسرمال مصرف کرده بودند. ویژه‌ترین آنها، در مدت‌های طولانی‌تر از ۲ سال، ارزاب معنی‌داری مصرف و علائم مسومیت، مشاهده شد. هیپولپازی سیزمه‌ها، پاتازیال با شیوع بیشتر در سیزمه‌ها، مکزیکا و سپس فروتنال در ۵ درصد موارد دیده شد. در ۷ درصد موارد، دفرمینی ادامه فوقال مشاهده شد که می‌تواند کشش قاشقی فعلی را رادیکال‌زایی، فنجان‌های دستگاه استخوان رادیوس، تغییرات کستیک در اپی‌فیز و کسپالیم بازو و فنجانی شدن متافیز و واروی سراسر استخوان بازو بود.

در ۵ درصد موارد، دفرمینی درمان تحتی مشاهده شد که به صورت خمیدگی و تومور در دستگاه فمور و ضعایع کستیک در اپی‌فیز و متافیز زانو و زنولوگی بود. 

بحث

تغییرات کستیک در اپی‌فیز و کسپالیم بازو و فنجانی شدن متافیز و واروی سراسر استخوان بازو بود.

در ۵ درصد موارد، دفرمینی درمان تحتی مشاهده شد که به صورت خمیدگی و تومور در دستگاه فمور و ضعایع کستیک در اپی‌فیز و متافیز زانو و زنولوگی بود.

بحث
نتایج رایانه‌ای بیماران تالاسیمیک

دشمال، اولین بار توسط Brill استفاده شد و عبارت از تغییراتی در متابولیک استخوان‌های بدن و ستون مهره‌های می‌باشد که شامل شدت سیگنال صفحه رشد، خورده‌گی در لبه‌های میانفی، نواحی لویست در متابولیک و علائم شیب ریگر است. تغییرات مهره‌ای نیز شامل خورده‌گی در لبه‌های فوقانی و تحتانی جسم مهره، نیای محض، انحراف، و پهن دندان شدن مهره می‌باشد(13). لازم بیان می‌شود که این عضو در این مقاله اکثر مورد توجه قرار گرفته و همچنان در کم مرجع ذکر شده است. اما در مطالعات خود که جمعی از هیپوپلازی سینوس‌ها و دفرمیتی‌های صورت و اندازه‌های فوقانی ندارند و ستون قطعه‌های در این مقاله گزارش نمی‌شود.

در مقاله‌ها از 29 ناسیلی که در اتیالیا بر روی بیماران دیبدش می‌باشد. در دنبالی نزدیک مشاهده شده که در آن مهره‌ای دیسپلایزی نیز 24 درصد و در همین مهره‌ای 17 درصد بیماران گزارش شده است(9). در مطالعه‌های شرکت زندگی، تغییرات استخوانی‌انجام و 80 mg/kg/day (دو روزه) و یا پیده‌ای به‌وجود می‌آید که ممکن است 100 بیمار تالاسیمیک که در طرح انتخابی انجام گرفته شده بودند، اندازه‌ای 43 درصد آنها درویشی از اسکولیوز داشتند که علت شور زایادی این بیمار مشخص نبود(20).

علایم مسمومیت با دشمال در 13 درصد (8 نفر) از بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، تغییرات مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد از بیماران دیده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی N

ارجاع

2. گروه می‌باشد که شامل شدت سیگنال صفحه رشد، خورده‌گی در لبه‌های میانفی، نواحی لویست در متابولیک و علائم شیب ریگر است. تغییرات مهره‌ای نیز شامل خورده‌گی در لبه‌های فوقانی و تحتانی جسم مهره، نیای محض، انحراف، و پهن دندان شدن مهره می‌باشد(13). لازم بیان می‌شود که این عضو در این مقاله اکثر مورد توجه قرار گرفته و همچنان در کم مرجع ذکر شده است. اما در مطالعات خود که جمعی از هیپوپلازی سینوس‌ها و دفرمیتی‌های صورت و اندازه‌های فوقانی ندارند و ستون قطعه‌های در این مقاله گزارش نمی‌شود.

در مقاله‌ها از 29 ناسیلی که در اتیالیا بر روی بیماران دیبدش می‌باشد. در دنبالی نزدیک مشاهده شده که در آن مهره‌ای دیسپلایزی نیز 24 درصد و در همین مهره‌ای 17 درصد بیماران گزارش شده است(9). در مطالعه‌های شرکت زندگی، تغییرات استخوانی‌انجام و 80 mg/kg/day (دو روزه) و یا پیده‌ای به‌وجود می‌آید که ممکن است 100 بیمار تالاسیمیک که در طرح انتخابی انجام گرفته شده بودند، اندازه‌ای 43 درصد آنها درویشی از اسکولیوز داشتند که علت شور زایادی این بیمار مشخص نبود(20).

علایم مسمومیت با دشمال در 13 درصد (8 نفر) از بیماران مشاهده شد. در این مطالعات، تغییرات مهره‌ای دیسپلایزی نیز 30 درصد از بیماران دیده شد. در این مطالعات، 4 بهره‌ای از بیماران این مهره‌ای دیسپلایزی N

ارجاع

2. گروه می‌باشد که شامل شدت سیگنال صفحه رشد، خورده‌گی در لبه‌های میانفی، نواحی لویست در متابولیک و علائم شیب ریگر است. تغییرات مهره‌ای نیز شامل خورده‌گی در لبه‌های فوقانی و تحتانی جسم مهره، نیای محض، انحراف، و پهن دندان شدن مهره می‌باشد(13). لازم بیان می‌شود که این عضو در این مقاله اکثر مورد توجه قرار گرفته و همچنان در کم مرجع ذکر شده است. اما در مطالعات خود که جمعی از هیپوپلازی سینوس‌ها و دفرمیتی‌های صورت و اندازه‌های فوقانی ندارند و ستون قطعه‌های در این مقاله گزارش نمی‌شود.

در مقاله‌ها از 29 ناسیلی که در اتیالیا بر روی بیماران دیبدش می‌باشد. در دنبالی نزدیک مشاهده شده که در آن مهره‌ای دیسپلایزی N

ارجاع

2. گروه می‌باشد که شامل شدت سیگنال صفحه R

ارجاع

2. گروه M
فرینی به زیر ۱۰۰۰ نانوگرم در میلی لیتر نرسد و سرعت رشد کودکان مورد توجه قرار گیرد (۹). در بیماران ما نیز درگیری منتفی در ۱۳۲ نیز و در ۲۴ مرها در ۱۱/۲ درصد موارد مشاهده شده است. علت شیوع نسبتاً پایین بروز این عارضه در بیماران ما احتمالاً در ارتباط با استفاده از دوز نسبتاً پایین دسفارال (کمتر از ۵۰ mg/kg day می‌باشد) (۴). اگر چه تعدیالی از پژوهشگان معتقدند درفوماماتیکس حقیقی دارای استفاده در یافته است سبب اختلال رشد و ایجاد ضایعات استخوانی شود (۲۰).

تأخیر سن استخوانی در ۱۲ درصد بیماران، دیده شد و هرچه سن تقویمی بالاتر می‌رفت، تأخیر سن استخوانی بیشتر می‌شد (جدول شماره ۴). به طوری که بیشترین میزان تأخیر سن استخوانی در سنین ۲۰۰ تا ۲۰ سالگی دیده شد. در مطالعات دیگر نیز دیده می‌شود که اختلال رشد و کوتاهی اندام، یک مسئله بالینی شایع در این بیماران می‌باشد (۱۸)، از جمله در مطالعه caruso-nicolleti بروی ۱۷۹ بیمار مبتلا به تالاسمی مازور در ایتالیا ۱۸ درصد بیماران دچار اختلال کوتاهی و ۱۴ درصد دچار عدم توانایی به نیمه فوقانی و تجاع بدن بودند (۲۳). همچنین مشاهده شد که حدود ۴۰ درصد بیماران تالاسمیک دچار تأخیر رشد و تأخیر در بلوغ جنسی می‌باشند (۹)، در مطالعه صالحزاده (۱۳۷۸) بروی ۴۸ بیمار مبتلا به تالاسمی مازور در اردن (۷۸)، روي ۸۱ درصد از کل بیماران، تأخیر سن استخوانی (با میانگین

فضای ۱۵/۸ هفته علی‌آباد، بروز مشکلات علوم پزشکی مازندران
سال سیزدهم، شماره ۲۹، تابستان ۱۳۸۹

Downloaded from jmums.mazums.ac.ir at 9:43 +0330 on Monday November 29th 2021


15. Greulich WW, Pyle SI. *Radiographic Atlas of skeletal Development of the hand*
24. صالحزاده فرهاد، اخلاصی ناهید، بررسی میزان تأثیر سن استحوانی و کوتاهی قد و ارتباط بین آنها در بیماران مبتلا به تالاسمی مازور، مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، 1381، دوره پنجم، شماره 10، صفحه 103-108.