بررسی سیر بالینی و نتایج درمانی ندول‌های داغ تیروئیدی طی یک دوره یک ده ساله

دکتر منوچهر نخجویان، دکتر علیرضا استقامتی، دکتر رونا زمانی، دکتر هاجر سلطانی

چکیده
ندول‌های داغ حدود 5% ندول‌های تیروئیدی را تشکیل می‌دهند. در زمینه شیوع این ندول‌ها، احتمال بروز سپتیوماتویوئید و نتایج رویکردی‌های مختلف درمانی، آمارهای متعددی مطرح است. هدف از این مطالعه بررسی سیر بالینی ندول‌های داغ و نتایج بیماری که تحت تولید در دامنه داغ در دهه 60 تا 70 بود. موارد و روش‌ها: طی سال‌های 1967 تا 1987، 30 بیمار که تحت تولید در دامنه داغ در دهه 60 تا 70 بودند به انتخاب آزمون‌های تیروئیدی پیشنهادی بودند. بیماران در گروه‌های قرار داد شدند و در مطالعه شدند. نتایج نشان کرده که در بیش از 130 بیمار، مطالعه شدند. بیماران در گروه‌های قرار داد شدند و در مطالعه شدند. نتایج نشان کرده که در بیش از 130 بیمار، مطالعه شدند.

در مقاله، نکات مهمی که در این مطالعه بیان شده است، به ترتیب به روز می‌رسد.

واژگان کلیدی: ندول داغ، تیروئید، هیپ‌رئیدی، بیماران، نمره، فیلم‌های تولیدی

مقدمه
ندول‌های داغ حدود 5% ندول‌های تیروئیدی را تشکیل می‌دهند. این ندول‌ها در اساس ندول‌های ایزوئتورپ خود را به صورت افزایش قدرت جذب ماده رادیواکتیو نسبت به تأثیرات دقیق مطالعه می‌کنند. منبع: مجله علمی متابولیسم ایران، شماره 3، صفحه‌های 182-199 (پاییز 1382)
سن فرد مبتلا و تکثیر شخص بیمار در تصمیم گیری برای استفاده از جراحی در دمکنش ناشی قرار دارد. در صورتی که این جراحی توسط خرید سایر انجام شود، عوارض مزمن و میران آن بسیار جدی است و لیکو نزی هیپوثیروئیدی پیس از جراحی کننده درخواست انجام سه است که الیت طبق بررسی‌های موجود، هیپوثیروئیدی پس از جراحی دنل های داغ جراحی انجام نشده است. بر این دیدی که سیب بالینی دنل های داغ و همه‌‌ناتی جراحی به دست آمده از روش‌های متفاوت درمانی شامل ید رادیاکتیو، جراحی، داروهای آنتی‌‌ژواتریک و پیگیری بدن درمان در دهه ۶۲ تا ۶۷ مورد بررسی قرار نگرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه بیمارانی که دارای دنل داغ تیروئیدی شدند مورد بررسی قرار گرفتند. میانی تشخیص، وجد دنل در معاینه‌ی فیزیکی، افزایش جذب کانونی علایم رادیاکتیو، در محل گره‌های ماهی با ماهی بیشتر علائم تیروئید در اسکس رادیاکتیو، با اکتیو کردن نور، هورمون‌های T1 و T2 به روش IRMA رادیاپوتوسی و به روش TSH انتقال‌گذاری شدند. مطالعه TSH و T4 رادیاپوتوسی و به روش IRMA بیماران از نظر کلیک تیروئیدی گروه هیپوثیروئیدی آشکار، هیپوثیروئیدی تحت بالینی و پیغور تیروئید قرار داشتند و بیماران که علائم بالینی مشاهده نمی‌شدند و از TSH و T4 به مقدار بالای ۵ میلی‌توترانی وارد مطالعه نشدند. برای مقایسه اثر درمانی ید رادیاکتیو و درمان جراحی از آزمون‌های امریکایی استفاده شد.

در این مطالعه مبتلایان هیپوثیروئیدی آشکار علایم و شناسایی بالینی و گره‌های ماهی با TSH<0.1 میلی‌توترانی پایه‌‌‌گذاری مجموعه‌ی از آزمایش‌های زیر بود:

\[ \text{Total T4} > 200 \text{ ng/dL}, \text{total T4} > 12 \mu g/dL, \text{FT4} > 4.4, \text{FT4} > 2.2 \text{ ng/dL} \]

هیپوثیروئید تحت بالینی به صورت ۳/۶ میلی‌توترانی با TSH رد محدوده طبیعی و بدون وجود علائم بالینی هیپوثیروئیدی تعیین شد.

بافت تیروئودینی اطراف نشان می‌دهند. این نواعه از نظر عملکردی با نیک سالم تيروئودینی قلار دارند و آنها به عنوان دنل‌های کارکردی تیروئودینی (FTNS) نیز نام برده می‌شود.

گرچه هیپوثیروئیدی در بیماران مبتلا به آدنوم تکسیکی، با داروهاهای آنتی‌ژواتریک کنترل نمی‌شود، این روش درمان قطعی محسوب نمی‌شود و تحریک باعث توتالاسیکس تهیه راه درمان قطعی در این بیماران است. در دیز رادیاکتیوی که برای این آدنوم تکسیکی به کار می‌رود به دلیل مقاومت نسبی احتمالی در مقابل اشعه در مقایسه با بیماران مبتلا به گروزی بهتر است.

اغلب تصویر می‌شود که پس از دمکنش است. کارکردی آنتی‌ژواتریک غیر محتل عمده‌ای و وجود دنل که دارای سالم قرار دارد می‌باشد. در این بیماری آدنوم تکسیکی (تأمین آن از دنل با داشتن بل و نیز از هیپوثیروئیدی بودن) با ید رادیاکتیو درمان شده، پس از پیگیری ۳ تا ۶/۸ سال نفر (۳۶%)(۵۱% هیپوثیروئیدی شدند. این بیماری که هیپوثیروئیدی بودن نیز دو نفر (۵۱%)/هیپوثیروئیدی شدند. البته زمان متوسط درمان به نظر دستی که نسبت به سیب ماندگار از مطالعات زمان طولانی‌تری محسوب می‌شود. بررسی‌گریندی که با دور استاندارد ۲-۴ میلی‌کروی ید رادیاکتیوی ۵۵ دنل مبتلا به آدنوم تکسیکی را درمان کرده و به دو مترا/سال پیگیری نموده‌اند، عوامل رادیاکتیوی و هیپوثیروئیدی را فقط در دیز گزارش کرده‌اند. پس بالینی دوره‌‌ی انتقال تیروئودینی به اندازه سال صفر درست است. بیشتر دوره‌‌های تیروئودینی کاردیوی انتقال به کوشش زمان متأخر اندازه دنل. در سالهای اعتیادی انتقال ۱۲/۸۴ درصد تا ۹/۳ درصد می‌باشد. البته به سال ۵۵ نیز بیماران هیپوثیروئیدی می‌شوند و وقتی که اندازه دوره شده و زمان تشخیص ۳ سانتی‌متر یا بیش‌تر باشد بیشترین خطر برای هیپوثیروئیدی وجود دارد. در این بیماران از جراحی ید رادیاکتیو اندازه می‌شود. وقتی که اندازه دوره بیش از ۳ سانتی‌متر باشد، به ویژه در افراد مسن حین دوره علامت بالینی به دلیل حفره هیپوثیروئیدی درمان باید در نظر گرفته شود.

i- Functioning Thyroid Nodules
نتایج پیگیری در گروه‌های مختلف درمانی درمان با ید رادیوآتونی: از 76 بیمار تحت درمان با 131-19808265% هیپوتروئیدی آورشک درمان. سن متوسط بیماران تشخیص 24/32±8 سال بود. سن متوسط پیگیری از تجربیات ید پیگیری پس از تجویز یک نویسید در رادیوآتونی مختلف دریافت نمودند. در کل، پیگیری در درمان همواره هیپوتروئیدی موفقیت آمیز بود. هیپوتروئیدی تحت باینی در 12 بیمار باقی ماند. سن متوسط بیماران پس از درمان به مدت 9.5 ماه بود.

جدول 1- فراوانی دندان‌های داغ پرکار و غیر پرکار بر حسب گروه سنی

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه سنی</th>
<th>نداشته شدن هیپوتروئیدی</th>
<th>شدن هیپوتروئیدی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6-19</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>20-29</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>12</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>14</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69</td>
<td>17</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>54</td>
<td>38</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ملاحظه: تغییرات تنش بر خلاف درمان به صورت زیر بود:

1- هیپوتروئیدی آورشک: علائم و نشانه‌های بالینی
    - Tg 4/0-5 μg/dL و TSH > 5 μm/L

2- هیپوتروئیدی تحت بالینی:
    - Tg 1-2 μm/L و TSH > 5 μ-7 μm/L

چهارم: در محدوده طبیعی و بدون علائم بالینی

هیپوتروئیدی.

طالعه‌ها:

1. رادیوآتونی 131-137 جراحی- پیگیری بدن درمان 4- درمان بالینی آنتی‌تیریودین (ATD) (10-99) (5/34) (42) سال بود و

بیماران در محدوده سنی 12-76 سال قرار داشتند. 115 بیمار زن و 77 بیمار مرد و شش بیماران زن به درمان بودند. 78 بیمار (51%) در اولین مراجعه هیپوتروئیدی آورشک داشتند و 98 بیمار (59%) هنگام پیگیری هیپوتروئیدی بر پایه کرک مربع در مجموع رضایت 34 بیمار (68%) به تمایل درمان بوده می‌تواند باشد. هیپوتروئیدی آورشک داده شد. در این روش از درمان بیش از 20 سال قرار داشتند. بروز پرکار تیریودین در سنین بالای 50 سال شایع است که در میان بیماران به زودی به هیپوتروئیدی (222) (42) و در بیماران (34) (34) هیپوتروئیدی تیروئیدی آورشک داده شد. فراوانی هیپوتروئیدی آورشک در درمانهای طبیعی بیش از 3 سانتی‌متر از دندان‌های با قطر کمتر از 3 سانتی‌متر بود. از 48 بیمار های 7-8 هیپوتروئیدی آورشک 38 بیمار (75%) سطح بزرگ‌تر از 2 سانتی‌متر داشتند.
دلته بیهویتریوتئین از ابتدا تشخیص 2/3±3/2 سال و
دلته بیهویتریوتئین پس از انجام جراحی 3/8±2/3 سال
بود. در این بیماران در دلتاهای بیهویتریوتئین پس از عمل عود
هیپرتریپتئین آشکار مشاهده نشد و لی هیپرتریپتئین تحت
پایین بست. ۱۸/۳ به صورت TSH پایین در ۵ بیمار باقی ماند (۲۰%).
پایین ترین هیپرتریپتئین بالینی در یک بیمار و هیپرتریپتئین تحت
بالینی نیز در یک بیمار طی ۲ ماه پس از جراحی بروز کرد.
(2). از نظر آسیب‌شناسی، پس از جراحی ۲ بیمار آدنوما
(3) نفر آدنوما فولیکولار. ۱ نفر آدنوما سولولی هرتل و ۱۹
بیمار کوارتر دنلر یا کوارتر آدنوماژی داشتند.
گروه بدون درمان: از ۶۶ بیماری که در اولین مراجعه
پتیکیری بودند و بدون درمان بیپرکی شدند. ۱۸ بیمار
(۲۷٪) هیپرتریپتئین ایجاد شده که وارده یکی از گروه‌های
درمان با یک رادیواکتوی یا جراحی شدند. ۴۶ بیمار (۲۴٪)
دبیک نیز به عنوان یکی از دنلر جراحی شدند و ۳۲ بیمار
پتیکیری در این گروه باقی ماندند. سبب بیماران
۱۸/۳ به صورت TSH پایین در ۵ بیمار باقی ماند (۲۰%).

جدول ۲- مقایسه سن و آزمون‌های تیژیوده در گروه‌های مختلف درمانی

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>بدون درمان</th>
<th>پیشاپذیری یا جراحی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سال (سال)</td>
<td>۲۰/۹ (۲۰/۹)</td>
<td>۴۹/۸ (۴۹/۸)</td>
</tr>
<tr>
<td>پیشاپذیری یا جراحی</td>
<td>۴۹/۸ (۴۹/۸)</td>
<td>۴۹/۸ (۴۹/۸)</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی</td>
<td>۴۹/۸ (۴۹/۸)</td>
<td>۴۹/۸ (۴۹/۸)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳- مقایسه نتایج درمان با یک رادیواکتوی و جراحی

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>پیشاپذیری یا جراحی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>هیپرتریپتئین تحت بالینی</td>
<td>۷۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپرتریپتئین تحت بالینی</td>
<td>۸۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>پتیکیری</td>
<td>۷۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد بیماران</td>
<td>۱۶۳</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی</td>
<td>۱۶۳</td>
</tr>
</tbody>
</table>

تنها دهندی تفاوت معنی‌دار آماری است: (۲۰/۹±۲)
درمان جراحی کنترل است. در افرادی که ندول اتوئوم فعال دارای ند نزدیک به ۹۰٪ افراد با یک دوز از درمان، فارماکولوژیکی دارای کلکه حمام و اندازه ندول را کاهش می‌دهد. این درمانی که ندول اتوئوم تیروئید دارد، بروز تجمع هیپرتئودین باعث بالاست و حتی بالاست هیپرتئودین بالینی است. با دو زمان با فرآیند متوسط تعداد ۱ تا ۵ ساله ۱۰٪ است. همچنین در درمانی که ندول اتوئوم تیروئید دارد، بروز تجمع هیپرتئودین باعث بالاست و حتی بالاست هیپرتئودین بالینی است. با دو زمان با فرآیند متوسط تعداد ۱ تا ۵ ساله ۱۰٪ است. همچنین در درمانی که ندول اتوئوم تیروئید دارد، بروز تجمع هیپرتئودین باعث بالاست و حتی بالاست هیپرتئودین بالینی است. با دو زمان با فرآیند متوسط تعداد ۱ تا ۵ ساله ۱۰٪ است. همچنین در درمانی که ندول اتوئوم تیروئید دارد، بروز تجمع هیپر
شده است. در این مطالعه هیپوئورئوتیدแปم در تمامی بیماران با تجویز دون منفرد یا متعدد ۱۷۰۷۵/۲۴ درصد بیمار در مدت متوسط ۱۷/۵ سال در مطالعه نشان داده شده است. هم‌اکنون، گلسترین و هم‌کارانه که راه‌ها و روش‌های مقاومت در کاربرد بیشتر در پی گرفته شده است. در این مطالعه هیپوئورئوتید، بازوی مراحل دیگری بروز بالای هیپوئورئوتید پس از درمان با رادیواکتو ریمده شده است. هم‌کارانه که در پتاسیم، ۱/۷۵ سال از TSH دردایت و رادیواکتو افزایش مختصر TSH داشته‌اند، در حالی که از ۱/۷۵ سال در میزان بیماران هیپوئورئوتید و مدار هموکرین آدنوم عضدهای تکسیکی را می‌توان با دوز کم تری‌فیورید ۱۵تا ۱۵۰ میلی‌کروی در درمان کرد، هیپوئورئوتید پس از درمان بسیار غیرمعمول است."
References


