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

دکتر منوچهر نخجوانی، دکتر علی‌اصغر استقامتی، دکتر روابی زمانی، دکتر هاجر سلطانی

چکیده
ندولهای داغ حدود 75% ندولهای تیروئید را تشکیل می‌دهند. در زمینه شیوه‌ای این ندوله‌ها، احتمال بروز هیپوثروئیدی و رایگانسی درمانی، آمارهای متعددی در هنگام تعیین نوع درمانی داغ و نزایی به دست آمده از روش‌های متداول درمانی مانند بدآوری 1400، ورزش و روم‌سازی شده. تشخیص درمان تعیین تیروئیدی در آن‌ها با انجام اسکن رادیوازوتیو، مایعات بالینی و آزمون‌های تیروئید به اثبات رسیده. بود بررسی و 13 بیمار که حاصل به مدت یکسال پیگیری شده بودند، مطالعه شدند. بیماران در 2 گروه هیپوثروئیدی و بیوتروئیدی قرار داشتند و بیماران که داشتنی به مدت یکسال پیگیری متغیر محدود داشتند مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌ها: مدت پیگیری بیماران 40/96 (0/30-10/6) سال بود و بیماران در محدوده سنی 15-65 سال قرار داشتند. 105 بیمار زن و 17 بیمار مرد و نسبت بیماران زن به مرد بود 81/17. بیمار (170/5) در اولین مراحله هیپوثروئیدی بودند و 8 نفر چهار هیپوثروئیدی شدند. در مجموع 84 نفر. 77 بیمار تحت درمان بود تا پیاده‌لایی ندولهای تیروئیدی تحت بالینی و 13/19 بیمار تحت مراحل تیروئیدی شدند. در پایان مطالعه ندولهای داغ 22/23 بیماران از زمان با متوسط 47/28 سال تحت عمل جراحی قرار گرفتند. در 17 مورد نیکوکوری و در مورد تیروئیدکومپسابنوات انجام شد. در این بیماران عکس هیپوثروئیدی و نحوه تغذیه و نوع درمان تحت بالینی در 67 بیمار بود. هیپوثروئیدی بالینی در 62 بیمار و هیپوثروئیدی تحت بالینی نیز در 22 بیمار طی 2 ماه از جراحی بروز کرد (8/6). از 66 بیمار که در اولین مراحله بیوتروئیدی بودند، در 10 بیمار هیپوثروئیدی ایجاد شد. 16 بیمار دیگر نیرو به علت بزرگ بودن ندوله در پویزه‌بندی پویزه‌بندی بالینی نمودند. 23 بیمارکه بیوتروئیدی بالینی ندیدند در گروه اول نکوداشتند. تیروئیدکومپسابنوات انجام شد. در پایان 10 بیمار هیپوثروئیدی در گروه درمان، طی 2 ماه، درمان با داروهای آنتی‌تیروئید قرار گرفتند. این بیماران حاضر به دریافت مصرف رادیوازوتیو با انجام جراحی بودند. نتایج: در این مطالعه داشتنی بیماران، در این بیماران پویزه‌بندی ندوشته ندیده شدند. در پایان بیماران به 10 بیمار از نظر سلامتی و نحوه تغذیه انتخاب شدند. نتایج نکوداشتند. تیروئیدکومپسابنوات انجام شد.
سن فرد مبتلا و تمايل شخص بيمار در تسميوي براي استفاده از جراحي در درمان نقش دارد. در صورتی که اين جراحی توسط فراهم انجام شود، عوارض مرگ و مير آن بسيار جزیي است و اين نجا نيز هيپيرتريوديز پس از جراحی نكتر در امهار هيپيرتريوديز مرا زمينه ويژه موجود هيپيرتريوديز پس از جراحی آراي هيپيرتريوديز به دنبال یاد رادياپناکتيست. در زمينه شيعه اين ندلارها، احتمال بروز هيپيرتريوديز در آنها و نتایج روپناکدهي مختلف درمانی، امکان منتقدي شده از نقطه نظر احساسات مختلف نبا مفاوت است. چون در كشور ما مطالعه مشابه در زمينه سبيروالي و تواناي درمانی ندوله با دخ تريوديد انجام نشد است، بن آشديه كه سير باليني ندوله داغ تريوديد اندازه نگه داشته باست تا بست آنها از روپناکدهي خارجي، داروهاي آنتيروپناکي و پيكيري بدون درمان در دهه 1366-47 مورد بررسی قرار رفت.

مواد و روشها

در اين مطالعه بيماران و كي ندوله تريوديد داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. ميان تشخيص و وجود ندول در م уникаيي فيزيگي، افزادن جثا كانوني ماده رادياپناکتي در محل هر مرا به ماده بقية زديه تريوديد در اسکن رادياپناکتيي با لختيگي بود. هورمون های T3 و T4 با روش IRMA رادياپناکتيي و TSH با روش کيتوپناکي شدن. جدای از تريوديد در گروه هيپيرتريوديز، آساهييي شده ونرد هيپيرتريوديز با هيپيرتريوديز تيروپنالتيي، و بيماران هاي خاصي نمسي در داشتند وارد TSH 1/5 m/L و مورد مطالعه قرار گرفتند. بيماران با تفاوت آنژي شدن و توانايي اثر درمانی یاد رادياپناکتي و درمان جراحی از آزمایشهای تأثیرگذار است. تا 40 ساله ثابت باقي مانيد. بن آنها از آزمایشهای تعيين گردند. 1/15 ساله ثابت باقي مانيد. بن آنها از آزمایشهای تعيين گردند. 1/15 ساله ثابت باقي مانيد. بن آنها از آزمایشهای تعيين گردند. 1/15 ساله ثابت باقي مانيد. بن آنها از آزمایشهای تعيين گردند.
ملاک تشخیص هیپوتروپیدی پس از درمان به صورت
ژیر بود:
1- هیپوتروپیدی آشکار: علائم و نشانه‌های بالینی
هیپوتروپیدی و T4/5 μg/dL + TSH > 5 mmU/L
2- هیپوتروپیدی تحت بالینی: T4 ≥ 1 μg/dL و TSH = 5-7 μmU/L

در سال‌های 1387-6، بیمار که تشخیص ندول
داغ تیروئید از آنی با ادامه امکانات رادیوئوتیپ با
تکنیک‌های معنی‌دار بالینی و آزمون‌های عامل‌کرد تیروئید به
اثبات رسیده بود و در 1 سال بیمار که نتایج به مدت 18
سال پیگیری شده بود وارد مطالعه شدند. این بیماران از
نظر خصوصی درمانی در 4 گروه زیر قرار داشتند:
1- یک گروه بند 131-2 جراحی و 2- پیگیری بدون
درمان 3- درمان با آنتی‌تیروئید (ATD).

یافته‌ها
مدت پیگیری بیماران 10-14 سال بود و
بیماران در محدوده سنی 15-5 سال قرار داشتند. 115
بیمار زن و 17 بیمار مرد و نسبت بیماران زن به مرد
بود. 66 بیمار (50%) در اولین مراحل هیپوتروپیدی آشکار
داشتند و در 18 بیمار (17%5) وقتی پیگیری هیپوتروپیدی
بروز کرد که در مجموع در طول مطالعه 28 بیمار
هیپوتروپیدی آشکار داشتند. اگر فراوانی ندول داغ و
هیپوتروپیدی بررسی سن بیماران در جدول 1 نشان داده
شد است، اکثر بیماران (85%) سن سه‌یک 29-30 سال قرار
داشتند. بروز پرکاری تیروئید در سنین بالای 50 سال
شاخص آدر بود و نحوه که در بیماران بیش از 50 سال
(22%) و در بیماران 40-49 سال، 56% بیماران (43)
هیپوتروپیدی آشکار داشتند. فراوانی هیپوتروپیدی آشکار
در ندول داغ با قطر بیش از 3 سانتی‌متر بیشتر از ندول داغ
با قطر کمتر از 3 سانتی‌متر بود. از 83 بیمار با
هیپوتروپیدی آشکار 28 بیمار (57%) دوول بزرگتر از 3
سانتی‌متر داشتند.

درمان جراحی: 23 بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفتند
که در 17 مورد لوکتوپی و در 6 مورد تیروئیدکومی
سابقه توال انجام شد. میانگین سن بیماران 47 سال بود.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن</th>
<th>ندول داغ پرکار</th>
<th>ندول داغ غیرپرکار</th>
<th>کل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>≤ 10-14</td>
<td>8</td>
<td>14</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>15-29</td>
<td>12</td>
<td>20</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39</td>
<td>15</td>
<td>24</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>20</td>
<td>30</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59</td>
<td>18</td>
<td>22</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69</td>
<td>15</td>
<td>19</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 70</td>
<td>12</td>
<td>18</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>106</td>
<td>158</td>
<td>264</td>
</tr>
</tbody>
</table>
در این مطالعه درمان با پد رادیاکتیو در مقایسه با درمان جراحی سبب هیپوتروتوئیدی بالینی بیشتر بود.

نتایج آزمون‌های عملکرد تبریزی در گروه‌های مختلف قبل از درمان و در پایان مطالعه در جدول ۲ و مقایسه نتایج درمان با پد رادیاکتیو و جراحی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲ - مقایسه سن، و آزمون‌های تبریزی در گروه‌های مختلف درمانی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن (سال)</th>
<th>پد رادیاکتیو</th>
<th>جراحی</th>
<th>پد رادیاکتیو</th>
<th>جراحی</th>
<th>پد رادیاکتیو</th>
<th>جراحی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۲۰/۹۹/۱۸</td>
<td>۸/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۰/۹۹/۱۸</td>
<td>۱/۱/۲</td>
<td>۱/۱/۲</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۰/۹۹/۱۸</td>
<td>۱/۱/۲</td>
<td>۱/۱/۲</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۰/۹۹/۱۸</td>
<td>۱/۱/۲</td>
<td>۱/۱/۲</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
<td>۴/۲/۲</td>
<td>۱/۷/۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳ - مقایسه نتایج درمان با پد رادیاکتیو و جراحی

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعداد بیماران</th>
<th>پد رادیاکتیو</th>
<th>جراحی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۸۷</td>
<td>۶۷</td>
<td>۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۶۹</td>
<td>۶۷</td>
<td>۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۶۳</td>
<td>۶۷</td>
<td>۲۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۶۳</td>
<td>۶۷</td>
<td>۲۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* اعداد به صورت \( \text{mean} \pm SD \) تنظیم شده است.

** نشان دهنده تفاوت معنادار آماری است (۵/۰<\( p \<0/05 \))
بحث

در جریان یک پیکر گی ۱-۵۰ ساله سیر بالینی ندیل‌های تیروئیدی و نتایج درمان‌های متعدد آن در بیماران مورد مطالعه قرار گرفت.

ندیل‌های تیروئیدی می‌توانند به صورت متنرد باشد یا به صورت یک گره واضح در زمینه گوارش می‌توانند در بروز نمایند. اندازه این ندیل‌ها می‌توانند ثابت باقی بمانند، رشد کنند یا یک زمان مشخص بعد از ندیل به تدریج توکسیک می‌شوند. در یک مطالعه ۱۰٪ بیمارانی که مشکل در سال گی نگیری شدند توکسیک شدند. پرکری می‌تواند مستقل از سن و دیگر عوامل در بروز یک ندیل بیش از ۳ سانتی‌متر (تا ۸۲٪) بیشتر است.

در مطالعه انجام شده در این مرکز طی سال‌های ۱۳۶۱-۱۳۶۷، از ندیل‌های داغ تیروئیدی پس از توکسیکومی در گزارش آسیب‌گیری گوارش تنول داشتند. در مطالعه ۱۵٪ بیمارانی که از لحاظ تیروئیدی و کربنات کوارتین ندارند داشتند که مشابه بررسی امسال است.

فرآیند توکسیکومی در بیماران ممکن است به دنیل نحاج انتخاب بیماران باشد که حداکثر این پیگیری‌ها منظم باشد.

هرچنین در بیماران چرا پرکری تیروئید در سنین زیادی در ۵۰ ساله بود که می‌تواند در این سن‌ها حالت معالج مشابه شوید. در مطالعه معاینات در سال ۱۹۸۸ هیپرتروئیدیسم را در ۲۵٪ بیماران خود گزارش نمودند. شوی بایلی هیپرتروئیدیسم در مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل ناحیه انتخاب بیماران باشد که حداکثر یکسال پیگیری منتظم باشد.

در مطالعه بیمارانی که پرکری تیروئید در سنین زیادی در ۵۰ ساله بود پرکری داغ با ۳ سانتی‌متر در افزایش بروز عبرات معاینات، ۳۰٪ در فاصله نیک‌نمایی (۵۰٪ ندول بیش از ۳ سانتی‌متر) هیپرتروئیدیسم در گروهی از بیماران که بیش از ۷۰۵ درون می‌توانند درون، از کدهای توکسیکومی دا ۱۰-۱۱ ساله بروز کرد، مهم‌ال‌مرافی که آدنوم توکسیکومی یا گوارش می‌تواند داشتن دی‌بیگ افزایش بازی در افزایش توکسیکومی دارد ۲۰۰ تا ۳۱۰ میکروکوییک به ازار گرم باید شوید. درون می‌تواند توکسیکومی داشتن و بدان آسیب‌ها در گروه‌های می‌تواند درون توکسیکومی دارد با دش‌ها پرکری در می‌شوند و برای افزایش گردیدن توکسیکومی دارد ۲۰۰ تا ۳۱۰ میکروکوییک به ازار گرم باید شوید. درون می‌تواند توکسیکومی داشتن و بدان آسیب‌ها در گروه‌های می‌تواند درون توکسیکومی دارد با دش‌ها پرکری در می‌شوند و برای افزایش گردیدن توکسیکومی دارد ۲۰۰ تا ۳۱۰ میکروکوییک به ازار گرم باید شوید. درون می‌تواند توکسیکومی داشتن و بدان آسیب‌ها در گروه‌های می‌تواند درون توکسیکومی دارد با دش‌ها پرکری در می‌شوند و برای افزایش گردیدن توکسیکومی دارد ۲۰۰ تا ۳۱۰ میکروکوییک به ازار گرم باید شوید.
شده است. در این مطالعه هیپوتیروئیدیسم در تمامی بیماران با تجویز دوز متفرد با مقدار 1/25 درمان شدند. در گروه 1/25 و 2/5 درمان دهار عود پرگاری تیروئید شدت. همچنین هیپوتیروئیدی باینی ناشی و همچنین تیروئیدنس پایین و بالا نداشتند. درمان 3 بیمار از 4 و 5/25 درمان شدند.

در یک مطالعه، 10 سال پس از درمان 360 بیمار عادی با تجویز دوز 121 بیمار در هیپوتیروئیدیسم در مطالعه مختلف و 300 بیمار در هیپوتیروئیدیسم در مطالعه مختلفی داشتند. در این مطالعه م nguyện 121 با ویترین 121 در هیپوتیروئیدیسم در مطالعه مختلف و 300 بیمار در هیپوتیروئیدیسم در مطالعه مختلفی داشتند. در این مطالعه مUILT.

در یک مطالعه، 10 سال پس از درمان 360 بیمار عادی با تجویز دوز 121 بیمار در هیپوتیروئیدیسم در مطالعه مختلف و 300 بیمار در هیپوتیروئیدیسم در مطالعه مختلفی داشتند. در این مطالعه م.MiddleLeft.
از جراحی یک مورد هیپوثروئیدم بالینی و یک مورد تحت بالینی برود کرد.
در یک مطالعه از ۶۰ بیمار که برای ندول داغ تیروئید جراحی شده بودند، ۶۰% هیپوثروئیدی شدند. ۲ نفر از این بیماران قبل از جراحی دور درمان را دارا بوده بودند. آنتی تیروئیدی به مدت طولانی دیابت کرده بودند. ۳ در یک مطالعه دیگر ۵ از ۲۵ بیماری که دلیل ندول تولکوک درآمده بودند، دیپا هیپوثروئیدی شدند.
که ۲ نفر از این هیپوثروئیدی گویا داشتند.
کمترین یک میزان پروئز یک هیپوثروئیدیم در پی جراحی در مقایسه با درمان یک رادیواکتوئیت می‌تواند به ولی درمانی این مطالعه محدودیت‌های این مطالعه به یکی از مهارشترین محدودیت‌های این مطالعه بی‌گیری داشته است. شاید مطالبی با تعداد بیماران بیشتر و اندازه نظیر در زمینه نقش این دارو به ما ارائه گردیده که از همه روندهای مربوط به سایر موارد است. این مطالعه از بیماران جهت ارزیابی سیر بالینی بیماری تیروئید در درمان، مراجعه ناقص سپ از درمان و یک متغیر استفاده از سونوگرافی به صورت روندی یک مدل تحلیلی ندول در تمام بیماران ای توجه به غیر اینکه در نتیجه تحقیق بود.
غیرضویوری به بیماری می‌باشد.
در این مطالعه استفاده از میزان یک رادیواکتوئیت و جراحی در درمان ندول داغ تیروئید موفقیت‌آمیز بود.
ولی این پروئز یک هیپوثروئیدیم به پی تجویز یک رادیواکتوئیت در مقایسه با جراحی بیشتری بود. این مقایسه سنی بیماران که یک رادیواکتوئیت در آنها از افراد بود که جراحی شدند و در پی تجویز یک رادیواکتوئیت در افراد بیماران ندول بالای می‌باشد.

References

7. باستان‌حق محمد حسن، نخجوانی مهرچهر، اسدی افسر، اشتباه رادیا. بررسی خصوصیات ندول داغ تیروئید کتابچه مطالعات اولین کنگره بین‌المللی بیماری‌های غددی. تهران: شهریور ۱۳۸۸ صفحه ۲۴.

www.SID.ir


