





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان اردبیل

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت اخذ درجه تخصص رشته داخلی

عنوان:

بررسی اختلال عملکرد تیروئید و خودایمنی در زنان باردار مبتلا به دیابت حاملگی

در شهر اردبیل

استاد راهنما:

دکتر حسین قربانی

اساتید مشاور :

دکتر منوچهر ایرانپور

دکتر فیروز امانی

نگارش:

دکتر حسین درویش خواه

بهار ۱۳۹۲

شماره پایان نامه:

۰۱۹

عدم

م

وباردل

❖ قدم

اتادرا مایار نذ ناب آی دمر ن بان

و

اساید شاور مرم

ناب آی دمر و ا ان ورو ناب آی دمر مروزامان

قد و اوزن

ناب آ سی در ان، ناب آ سی در مر زاده

و ناب آ سی در مرث آبادی

و

ل مر م ا ق ز ا م ا ن و ش ز ن م ا ر ت ا ن ع و ی

و

ل مر م ش دا خ ی ز ن م ا ر ت ا ن ا م ا م (ر ه)

قدم :

مر م ماره

و

د مران م ساو سا

۱ مرشان ودان کار انجام و ریده

بررسی اختلال عملکرد تیروئید و خودایمنی در زنان باردار مبتلا به دیابت حاملگی در شهر اردبیل

چکیده

مقدمه :

بیماری خودایمنی تیروئید اختلالی شایع است. در این بین تیروئیدیت هاشیموتو و بیماری گریوز شایع ترین انواع بوده و از نظر ایمونولوژیک دارای نقاط مشترک بسیاری هستند. عدم تحمل گلوکز با شدت متغیر از آنجایی که اولین بار در طی بارداری شروع و با تشخیص داده شود، دیابت بارداری گفته می شود چرا که سطح گلوکز خون در طی بارداری بالا می رود. تا کنون در برخی مطالعات ارتباط دیابت قندی و GDM با بیماری های خودایمنی تیروئید مورد ارزیابی قرار گرفته است و نتایج مختلفی ذکر شده است. از این رو ما بر آن شدیم تا با طراحی این مطالعه پی به ارتباط اختلالات تیروئیدی در بیماران مبتلا به GDM ببریم.

مواد و روش ها :

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی آینده نگر می باشد. در این مطالعه ۷۰ زن باردار در سه ماه سوم بارداری با تشخیص GDM (گروه مورد) و ۷۰ زن باردار در سه ماهه سوم بارداری و سالم (گروه شاهد) وارد مطالعه شدند. تست های عملکرد تیروئیدی (شامل اندازه گیری سطح سرمی FT4، TSH) و اتوآنتی بادی های Anti-TPO، در تمامی افراد شرکت کننده اندازه گیری گردید. سابقه فAMILIAL دیابت قندی، GDM یا بیماری های تیروئیدی در هر دو گروه تعیین گردید. اطلاعات تمامی بیماران وارد چک لیست شده و پس از تکمیل چک لیست ها اطلاعات حاصل را وارد برنامه آنالیز آماری SPSS v16 شده و به تحلیل داده ها پرداختیم.

نتایج:

در این مطالعه ۱۴۰ خانم باردار شرکت نمودند (۷۰ نفر گروه مورد و ۷۰ نفر گروه شاهد). میانگین سنی افراد گروه مورد $29/98 \pm 6/23$ سال و در گروه شاهد $28/38 \pm 6/15$ سال بود ($P=0.098$). در گروه مورد $27/1$ درصد سابقه خانوادگی تیپ ۲، ۲ درصد سابقه اختلالات تیروئید و $7/1$ درصد سابقه دیابت بارداری قبلی داشتند. میانگین BMI در گروه مورد $30/52$ و در گروه شاهد $29/58$ بود ($P=0.225$). تحلیل داده ها نشان داد که سطح TSH افزایش یافته در گروه مورد بیش از گروه شاهد ($41/42$) در برابر $17/14$ درصد ($P=0.001$)، سطح کاهش یافته FT4 در گروه مورد بیش از گروه شاهد ($17/1$) در برابر ۰ درصد ($P=0.001$) و سطح افزایش یافته Anti TPO در گروه شاهد بیش از گروه مورد ($12/85$) در برابر ۰ درصد ($P=0.002$) می باشد.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اختلالات تیروئیدی در بیماران مبتلا به دیابت بارداری به صورت معنی داری بیش از گروه شاهد می باشد. بنابراین توصیه می شود در بیماران با دیابت بارداری تست های تیروئیدی به صورت روتین انجام شود.

کلمات کلیدی: بیماری خودایمنی تیروئید، دیابت حاملگی، اتوآنتی بادی

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: کلیات	
۱-۱- مقدمه و بیان مساله.....	۲
۱-۲- تعریف واژه‌های کلیدی.....	۳
۱-۳- اهداف و فرضیات.....	۴
۱-۳-۱- هدف کلی.....	۴
۱-۳-۲- اهداف اختصاصی.....	۴
۱-۳-۳- سوالات پژوهش و فرضیات تحقیق.....	۵
۱-۳-۴- هدف کاربردی.....	۵
فصل دوم: پیشینه تحقیق	
۲-۱- دیابت و حاملگی.....	۷
۲-۲- متابولیسم مواد سوختی.....	۷
۲-۳- دیابت حاملگی.....	۸
۲-۳-۱- اپیدمیولوژی.....	۸
۲-۳-۲- اتیولوژی و پاتوفیزیولوژی دیابت بارداری.....	۹
۲-۳-۳- غربالگری و تشخیص دیابت حاملگی.....	۹
۲-۳-۴- عوامل خطر دیابت بارداری.....	۱۱
۲-۳-۵- تشخیص دیابت بارداری.....	۱۳
۲-۳-۶- عوارض مادری.....	۱۵
۲-۳-۷- مرگ و میر حوالی تولد.....	۱۵
۲-۳-۸- تغییر رشد جنین.....	۱۶

۱۶	..... ۲-۳-۹ اختلالات متابولیک
۱۷	..... ۲-۴ هیپوتیروئیدی خود ایمن
۲۴	..... ۲-۵ سایر علل هیپوتیروئیدی
۲۵	..... ۲-۶ مطالعات مشابه

فصل سوم: مواد و روش ها

۳۱	..... ۳-۱ نوع مطالعه
۳۱	..... ۳-۲ محیط پژوهش
۳۱	..... ۳-۳ جمعیت مورد مطالعه و حجم نمونه
۳۱	..... ۳-۴ روش گردآوری اطلاعات
۳۲	..... ۳-۵ روش تجزیه و تحلیل داده ها و بررسی آماری
۳۲	..... ۳-۶ معیار ورود
۳۲	..... ۳-۷ معیار خروج
۳۳	..... ۳-۸ ملاحظات اخلاقی
۳۳	..... ۳-۹ محدودیت مطالعه
۳۴	..... ۳-۱۰ متغیر های مطالعه

فصل چهارم: نتایج

فصل پنجم بحث و نتیجه گیری

۵۹	..... نتیجه گیری
۶۰	..... پیشنهادات
۶۱	..... منابع
	..... چکیده انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۲-۱ : تشخیص دیابت بارداری با مصرف ۱۰۰ گرم گلوکز خوراکی	۱۴
جدول ۲-۲ : تشخیص دیابت بارداری با مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی	۱۴
جدول ۴-۱ : میانگین سن اولین حاملگی افراد مورد بررسی	۴۱
جدول ۴-۲ : میانگین سن حاملگی فعلی بیماران گروه مورد و شاهد	۴۶
جدول ۴-۳ : میانگین BMI بیماران گروه مورد و شاهد	۴۷

فهرست نمودار ها

عنوان	صفحه
نمودار ۱-۴ : توزیع سنی بیماران به تفکیک گروه مورد بررسی.....	۳۶
نمودار ۲-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک محل سکونت.....	۳۷
نمودار ۳-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک تحصیلات.....	۳۸
نمودار ۴-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک شغل.....	۳۹
نمودار ۵-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک شمارش حاملگی.....	۴۰
نمودار ۶-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک سابقه فامیلی دیابت.....	۴۲
نمودار ۷-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک سابقه فامیلی اختلالات تیروئیدی.....	۴۳
نمودار ۸-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک سابقه دیابت بارداری قبلی.....	۴۴
نمودار ۹-۴ : فراوانی افراد گروه مورد و شاهد به تفکیک عوارض دیابت در بارداری قبلی... ..	۴۵
نمودار ۱۰-۴ : میانگین TSH به تفکیک گروه های مورد بررسی.....	۴۸
نمودار ۱۱-۴ : فراوانی بیماران گروه مورد و شاهد به تفکیک سطح TSH.....	۴۹
نمودار ۱۲-۴ : میانگین FT4 به تفکیک گروه های مورد بررسی.....	۵۰
نمودار ۱۳-۴ : فراوانی بیماران گروه مورد و شاهد به تفکیک سطح FT4.....	۵۱
نمودار ۱۴-۴ : میانگین Anti TPO به تفکیک گروه های مورد بررسی.....	۵۲
نمودار ۱۵-۴ : فراوانی بیماران گروه مورد و شاهد به تفکیک سطح Anti TPO.....	۵۳

فهرست علائم اختصاری

GDM : Gestational Diabetes Mellitus.

Anti-TPO : Anti-thyroid peroxidase.

BMI : Body mass index.

OGTT : Oral Glucose Tolerance Test.

GCT : Glucose Challenge Test.

SGA: Small for Gestational Age.

IUGR : Intrauterine growth restriction.

TSH : Thyroid-stimulating hormone.

FT4 : Free thyroxine (T4).

فصل اول

مقدمه و بیان مسئله

۱-۱ مقدمه و بیان مسئله

اثرات زیانبار بیماری های تیروئیدی در دوران بارداری بر سیر بارداری و رشد جنین اثبات شده است. جنین برای رشد طبیعی به ویژه رشد مغز به تیروکسین نیاز دارد و از آنجایی که تولید و ترشح هورمون های تیروئیدی جنین تا هفته ۲۰ بارداری رخ نمی دهد؛ رشد جنین در سه ماهه اول کاملاً وابسته به تیروکسین انتقالی از مادر است. ارتباط نزدیکی بین عملکرد تیروئید مادر و جنین وجود دارد. اتوانتی بادی های تیروئید با افزایش از دست رفتن جنین در اوایل حاملگی همراه بوده است و تیروتوکسیکوز کنترل نشده و هیپوتیروئیدی درمان نشده هر دو با پیامدهای نامطلوب حاملگی همراه بوده اند (۳-۱). وجود هیپوتیروئیدی تحت بالینی در مادران باردار با افزایش عوارض حاملگی از جمله دکولمان جفت (افزایش سه برابر)، زایمان زودرس (دو برابر) و نوزادان با وزن کمتر زمان تولد همراه بوده است (۴، ۵). به علاوه بررسی های مختلفی انجام شده که ارتباط بین اختلالات اتوایمیون تیروئید نظیر افزایش آنتی بادی علیه تیروئید پراکسیداز در زنان باردار با عملکرد طبیعی تیروئید را با عوارض حاملگی از جمله سقط و زایمان زودرس نشان داده اند (۶، ۷).

دیابت بارداری شایع ترین اختلال متابولیک دوران بارداری است که موجب بروز عوارض جدی در مادر و جنین می گردد (۸). بنابراین شناخت عوامل خطر ساز دیابت بارداری از اهمیت زیادی برخوردار می باشد زیرا با شناخت این عوامل می توان برنامه های غربالگری را در زنان مستعد انجام داده و با تشخیص به موقع و جهت کنترل مناسب قند خون از ایجاد عوارض در مادر و جنین پیشگیری نمود (۹). دیابت بارداری به درجاتی از اختلال تحمل گلوکز اطلاق می گردد که اولین بار در طی بارداری ایجاد شده و یا در این دوران تشخیص داده می شود (۱۱، ۱۰). شیوع GDM در حدود ۱-۱۴ درصد بوده (۱۴-۱۲) و اکثریت این بیماران