

# بررسی گواتر و اختلالات عملکرد تیروئید همراه در کودکان دبستانی شهر اهواز، سال ۱۳۸۷

دکتر مجید امین‌زاده<sup>۱</sup>، دکتر طاهره ضیایی کجباف<sup>۲</sup>، دکتر احسان ولوی<sup>۳</sup>، دکتر آرتا دخت خشوعی<sup>۴</sup>، دکتر فاطمه حیدری<sup>۵</sup>، بهمن چراغیان<sup>۶</sup>  
<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات دیابت، <sup>۲</sup> استادیار گروه کودکان، <sup>۳</sup> پزشک عمومی، <sup>۴</sup> کارشناس ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

مجله پزشکی هرمزگان سال چهاردهم شماره دوم تابستان ۸۹ صفحات ۱۱۴-۱۰۹

## چکیده

**مقدمه:** فراوانی گواتر در کودکان دبستانی معیاری جهت ارزیابی گواتر و بطور غیرمستقیم کمبود یُد هر منطقه است. این مطالعه جهت تعیین فراوانی گواتر و کارکرد تیروئید در این وضعیت در کودکان دبستانی اهواز انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از مدارس ابتدایی اهواز، ۱۵۹۴ دانش‌آموز از نظر گواتر بررسی شدند. وزن، قد، سن و شاخص توده بدنی (BMI) مشخص شد. افراد مبتلا به گواتر در کلینیک غدد کودکان پیگیری و آزمایشات عملکرد تیروئید (TFT) انجام شد.

**نتایج:** از کل ۱۵۹۴ کودک مورد مطالعه، ۴/۳ درصد (۶۹ نفر) از نظر گواتر درجه ۲ مثبت بودند. ۴۰ نفر از این افراد به کلینیک مراجعه و TFT انجام شد که تنها ۲ مورد نتیجه غیرطبیعی داشتند. یک مورد کم‌کاری واضح و یک نفر کم‌کاری تحت بالینی، BMI دو گروه گواتر و سالم و سن افراد مبتلا به گواتر تفاوت معنی‌داری نداشتند، اما میانگین قد گروه مبتلا به گواتر واضحاً از افراد سالم بیشتر بود ( $P=0.002$ ).

**نتیجه‌گیری:** اگرچه شیوع گواتر در اهواز هنوز نزدیک به اندمیک است ولی تأثیر قابل توجهی در کارکرد تیروئید و رشد کودکان ندارد. رابطه مستقیم گواتر و قد می‌تواند به علت سرعت رشد بیشتر و افزایش نیاز به یُد باشد.

**کلیدواژه‌ها:** گواتر - تیروئید - کودک - دبستانی - ایران

نویسنده مسئول:  
دکتر مجید امین‌زاده  
مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم  
پزشکی جندی‌شاپور اهواز  
اهواز - ایران  
تلفن: ۹۸ ۶۱۱ ۴۴۳۷۱۵  
پست الکترونیکی:  
aminzadeh\_m@ajums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۲۸ اصلاح نهایی: ۸۸/۱۰/۲۷ پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۱

## مقدمه:

ارتباط بین شیوع گواتر و دریافت کم یُد بخوبی ثابت شده است. این کمبود معمولاً با کارکرد بیشتر غده و ساخت بیشتر هورمون جبران می‌شود. این فعالیت افزایش یافته باعث هیپرتروفی و هیپرپلازی جبرانی غده تیروئید (گواتر) می‌شود. در کمبود خفیف یُد، گواتر فقط در شرایط افزایش نیاز فیزیولوژیک مثل دورانهای رشد سریع (نوجوانی) و حاملگی ایجاد می‌شود (۱،۲). در مناطقی که کمبود متوسط یُد وجود دارد، گواتر کودکان دبستانی ممکن است خود به خود رفع شده و با حاملگی یا شیردهی عود کند. فراوانی بیش از ۵٪ کودکان ۶-۱۲

گواتر به بزرگ شدن غده تیروئید گفته می‌شود. در افراد مبتلا غده تیروئید می‌تواند عملکرد طبیعی، کاهش یافته و یا پرکاری همراه با تولید زیاد هورمون‌ها داشته باشند. گواتر ممکن است مادرزادی، اکتسابی، اندمیک یا تک‌گیر باشد. گواتر اغلب ناشی از ترشح زیاد هورمون محرک تیروئید (TSH) در پاسخ به کاهش سطح هورمون‌های تیروئید در خون است. گواتر همچنین می‌تواند ناشی از فرایندهای ارتشاحی بعلت التهاب یا بدخیمی و یا در افراد گریوز و تیروتوکسیکوز بعلت آنتی‌بادی محرک گیرنده TSH ایجاد شود.