

ارزیابی سطح هورمون محرک تیروئید و ید دفعی ادرار در زنان باردار شهرستان ارومیه

رحیم رستمی^۱، اصغر بیرانوند^۲، زهرا اشرفی^۳، جعفر نوروززاده^{۴*}

تاریخ دریافت 1392/06/14 تاریخ پذیرش 1392/08/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: این مطالعه با هدف بررسی سطح ید دفعی ادرار (UIE)، هورمون محرک تیروئید (TSH) و ارتباط بین آن‌ها در زنان باردار سه ماهه انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه ۴۸۵ زن باردار بدون هیچ گونه سابقه اختلالات تیروئیدی (۱۴ سال $<$ سن) که در سه ماهه اول بارداری (هفته ۱۲ بارداری) قرار داشتند، وارد مطالعه شدند. در این مطالعه نسبت شرکت کنندگان (۲۲۳ نفر) ۴۱٫۶ درصد جمعیت از مراکز بهداشت روستایی و (۲۸۳ نفر) ۵۸٫۴ درصد از مراکز بهداشت شهری بود. نمونه ادرار تصادفی و نمونه سرم برای ارزیابی UIE و TSH جمع آوری شد.

یافته‌ها: میان UIE در کل جمعیت $74 \mu\text{g/L}$ شد. بر اساس معیار WHO شیوع کمبود ید 86.4% (UIE < 150) بود. در مناطق شهری و روستایی UIE به ترتیب $76 \mu\text{g/L}$ و $64 \mu\text{g/L}$ و کمبود ید: 88.5% و 83.3% درصد بود. سطح TSH در کل جمعیت 0.8 mIU/L بود و سطح TSH در مناطق شهری و روستایی 1 mIU/L و 0.7 mIU/L شد. ارتباط معنی‌داری بین سطح TSH و UIE مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کمبود ید شدید در سه ماهه اول بارداری 33% درصد بود و سطح TSH در زنان باردار $64\%-12\%$ پایین تر از سطح TSH گزارش شده از مناطق با کفایت ید یا دریافت ید بالاتر از حد مطلوب می‌باشد. نتایج اولیه این مطالعه نشان داد که ذخایر ید بدن احتمالاً برای پیشگیری از کاهش تیروکسین در مراحل اولیه بارداری در مناطق با کمبود ید خفیف تا متوسط کافی باشد.

کلید واژه‌ها: بارداری، فعالیت تیروئید، هورمون محرک تیروئید، ید دفعی ادرار، کمبود ید

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره دهم، ص ۷۵۲-۷۴۵، دی ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۵ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۸۰۸۰۱

Email: jnouroozzadeh@yahoo.co.uk

مقدمه

ید به عنوان یک ریز مغذی برای بیوسنتز هورمون‌های تیروئیدی ضروری است و لذا دریافت ید کافی در گروه‌های سنی خاص همچون زنان باردار و کودکان دارای اهمیت بسیاری است. برآورد شده که در حین حاملگی نیاز بدن به هورمون‌های تیروئیدی نسبت به دوران پیش از بارداری تقریباً ۵۰ درصد افزایش می‌یابد (۱). کاهش دریافت ید در طولانی مدت می‌تواند منجر به کاهش سنتز هورمون‌های تیروئیدی، افزایش حجم تیروئید و افزایش سطح تحریک تیروئید به واسطه افزایش تولید هورمون محرک تیروئید (TSH) گردد (۲). بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که در مناطق با

کمبود ید شواهدی مبنی بر افزایش میزان بروز هیپوتیروئیدسم نوزادی، سقط و مرده زایی مشاهده شده است (۳). کمبود ید می‌تواند برخی عواقب برگشت ناپذیری منجمله آسیب سیستم حرکتی - شناختی و عقب ماندگی ذهنی را برای جنین در پی داشته باشد (۴). سازمان بهداشت جهانی (WHO) دامنه $150-249 \mu\text{g/L}$ به عنوان ید دفعی ادرار (Urinary iodine excretion: UIE) مناسبی برای زنان در دوران بارداری پیشنهاد نموده است (۵). مطالعات محدودی در سال‌های اخیر به منظور بررسی وضعیت ید دریافتی و فعالیت تیروئید در زنان باردار در ایران انجام شده است.

^۱ کارشناس ارشد، گروه بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی - درمانی ارومیه

^۲ کارشناس ارشد، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی - درمانی ارومیه

^۳ کارشناس ارشد، گروه بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی - درمانی ارومیه

^۴ استاد بیوشیمی بالینی، مرکز تحقیقات تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدماتی بهداشتی - درمانی ارومیه (نویسنده مسئول)

مورد نظر وارد مطالعه شدند. با توجه به پیشنهاد مطالعات قبلی در خصوص حجم نمونه‌ای مورد مطالعه، تعداد ۵۰۰ نفر را برای این بررسی در نظر گرفتیم، علیرغم حجم نمونه بر اساس شیوع اختلالات ید در این منطقه ۳۳۵ نفر بود (۱۳). زنانی که خود یا خانواده درجه یک آن‌ها دارای سابقه هر گونه اختلالات تیروئیدی بودند و یا سه ماهه نخست بارداری آن‌ها گذشته بود، از مطالعه کنار گذاشته شدند. همچنین برای کاهش احتمال از دست رفتن افراد تحت مطالعه، از ورود زنانی که سابقه سقط جنین داشتند به مطالعه جلوگیری شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات:

ویژگی‌های جمعیت شناختی و اطلاعاتی راجع به مدت اقامت در شهر و روستا و همچنین مبدأ جغرافیایی آن‌ها در قالبی پرسشنامه عمومی ثبت شد و نمونه خون برای بررسی عملکرد هورمون‌های تیروئیدی اخذ گردید. نمونه‌های خون در سرعت ۱۰۰۰ rpm به مدت ۱۵ دقیقه سانتریفوژ شده و نمونه سرم آن‌ها جدا شد. نمونه‌های سرم از مراکز بهداشت همکار در این مطالعه به پایگاه مرکزی، آزمایشگاه مرجع استان، منتقل شدند و در دمای ۷۰- درجه سانتی‌گراد تا زمان انجام آزمایشات نگهداری شد.

محلول‌ها و مواد شیمیایی:

محلول‌ها و مواد شیمیایی برای سنجش ید شامل: آمونیوم پرسولفات ($H_2N_2O_8S_2$)، اسید آرسنیک (As_2O_3)، اسید سولفوریک (H_2SO_4)، سرب آمونیوم سولفات ($(Ce(NH_4)_4(SO_4)_4)$)، آب دیونیزه و یدید پتاسیم (KIO_3) می‌باشد که تماماً از شرکت مرک (آلمان) تهیه شده است.

ارزیابی هورمون TSH:

سطح TSH در زنان باردار با روش ایمنواسی (ELISA) ارزیابی شد. محدوده نرمال تعریف شده توسط شرکت سازنده کیت برای TSH: ۰.۳۲-۵.۲ mIU/L بود. میزان ضریب تغییرات^۱ (CV%) اینتر-آسی و اینترا-آسی برای TSH در چهار نمونه انجام شده ۷/۳-۲/۲ درصد و ۵/۹-۵/۶ درصد بود.

سنجش ید دفعی ادرار:

غلظت ید ادراری به روش هضم اسیدی و بر پایه واکنش Sandell - Kolthoff سنجش شد (۱۴). در این روش نمونه ادرار به مدت ۶۰ دقیقه در دمای ۱۰۰ C° با آمونیوم پرسولفات انکوبه شده و سپس ید آزاد شده در واکنش ساندل - کولتف با سرب آمونیوم سولفات واکنش داده و کاهش رنگ زرد در طول موج ۴۲۰ نانومتر با دستگاه اسپکتروفوتومتر PERKIN - ELEMER, 550 SE UV /VIS double beam سنجش شد.

^۱ Coefficient Variance (CV)

مطالعات عزیزی و همکاران در سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷ بر روی زنان باردار در سه ماهه اول در شهرهای (تهران، اصفهان، رشت و ایلام) که دارای وضعیت مطلوب ید بودند، نشان داده است که سطح UIE $190-340 \mu g/L$ ($230 \mu g/L$) بود و ۹۲-۷۲ درصد از زنان باردار کفایت ید را ($UIE > 150 \mu g/L$) نشان دادند (۷-۸). در بررسی مشابهی در تهران آئینی و همکاران سطح UIE را در زنان سه ماه اول بارداری ارزیابی نمودند. نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که میانه UIE در سه ماه اول بارداری $196 \mu g/L$ بوده و تنها ۳۳.۲ درصد از زنان باردار کمبود ید داشته و ۳۵.۶ درصد از زنان باردار ید دفعی مازاد ($UIE > 300 \mu g/L$) داشته‌اند (۹). در مطالعه‌ای مقطعی، اردوخانی و همکاران سطح UIE در زنان باردار و نوزادان آن‌ها در شهر تهران با وضعیت ید دریافتی مناسب، ارزیابی شد. این مطالعه نشان داد که میزان UIE در زنان باردار و نوزادان به ترتیب $107 \mu g/L$ و $271 \mu g/L$ بود. کفایت ید دریافتی تنها در ۲۱ درصد زنان باردار و در ۸۰ درصد نوزادان این مادران مشاهده شد (۱۰).

برنامه ید رسانی در آذربایجان غربی از سال ۱۳۶۹ با اجباری شدن قانون مصرف نمک یددار آغاز شد. مطالعاتی که در دو دهه گذشته در زمینه کمبود ید در این استان انجام شده است نشان داده که این استان از نظر وضعیت کمبود ید و اختلالات ناشی از آن رو به بهبود است اما این استان هنوز با کمبود خفیف ید مواجه است (۱۱). در حیطه بررسی وضعیت UIE در زنان باردار در استان آذربایجان غربی تنها یک مطالعه وجود دارد که در سال ۲۰۱۲ توسط نوروززاده و همکاران گزارش شده است (۱۲). نتایج این بررسی نشان داده که میانه UIE در زنان باردار شهرستان ارومیه در سه ماهه اول $73.5 \mu g/L$ ($n=491$) بود و میزان شیوع کمبود ید در زنان باردار ۶۷ درصد گزارش شد (۱۲). این مطالعه با هدف بررسی (۱) ارزیابی سطح ید دفعی ادرار (UIE) در زنان باردار ساکن مناطق شهر و روستا، (۲) ارزیابی سطح TSH (۳) و همچنین بررسی ارتباط سطح UIE و TSH در زنان باردار شهرستان ارومیه در سه ماهه اول بارداری طراحی شد.

مواد و روش کار

جمعیت مورد مطالعه: در این مطالعه بر اساس اطلاعات حوزه‌های ارجاع زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی به رای دریافت خدمات آزمایشگاهی ویژه مراقبت‌های اول و سوم بارداری، پنج ناحیه شهری و هفت ناحیه روستایی انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نظر که شامل یک گروه ۴۸۵ نفری از زنان باردار بود بر اساس سهم هر ناحیه در تعداد بارداری‌های ثبت شده، بین این مراکز توزیع گردید و از مهرماه تا پایان آذر ماه ۱۳۸۸ تعداد

بررسی‌های آماری

برای مقایسه میانگین‌ها بین دفعی ادرار و TSH در نواحی مختلف و گروه‌های سنی از آزمون‌های من ویتنی، کروسکال-والیس و میانه استفاده شد. برای بررسی نواحی مختلف از لحاظ درجه‌های کمبود یُد از آزمون کای دو استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین TSH، UIE، گروه‌های سنی و نواحی مختلف بهداشتی از آزمون Spearman rank و Pearson Correlation استفاده شد. برای تصمیم‌گیری در مورد معنی‌داری ارتباط‌های بررسی شده، $P < 0.05$ ملاک قضاوت قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی زنان باردار بین ۱۴-۴۶ سال با میانه سنی ۲۵ سال بود. بر اساس میزان مشارکت مراکز بهداشتی شهری و روستایی به ترتیب ۴۱٫۶ درصد (۲۰۲ نفر) و ۵۸٫۴ درصد (۲۸۳ نفر) بود. میانگین سنی جامعه تحت بررسی از مراکز بهداشتی شهری و روستایی به ترتیب 24.6 ± 5.3 سال و 25.5 ± 5.6 سال بود. میانگین کل BMI جامعه تحت بررسی $24.9 \pm 4.1 \text{ Kg/m}^2$ و به ترتیب در مراکز شهری و روستائی $25.1 \pm 4.2 \text{ Kg/m}^2$ و $24.6 \pm 3.9 \text{ Kg/m}^2$ بود.

میانگین و میانه UIE در زنان باردار در کل $81.1 \pm 55.7 \mu\text{g/L}$ و $76 \mu\text{g/L}$ بود. در مناطق شهری و روستایی میانگین و میانه به ترتیب $81.5 \pm 53.2 \mu\text{g/L}$ و $76 \mu\text{g/L}$ در مقابل $80.5 \pm 59.4 \mu\text{g/L}$ و $64 \mu\text{g/L}$ بود. زنان باردار بر اساس معیار WHO با توجه به میزان دریافت یُد به ترتیب در پنج گروه ذیل: ۱- کمبود یُد شدید ($\text{UIE} < 50 \mu\text{g/L}$)، ۲- کمبود یُد متوسط ($\text{UIE } 50-99 \mu\text{g/L}$)، ۳- کمبود یُد خفیف ($\text{UIE } 100-149 \mu\text{g/L}$)، ۴- کفایت یُد ($\text{UIE } 150-199 \mu\text{g/L}$) و ۵- یُد بالاتر از حد مطلوب ($\text{UIE} > 200 \mu\text{g/L}$) تقسیم‌بندی شدند (۵). میزان شیوع کمبود یُد در جمعیت مورد مطالعه بر اساس تقسیم‌بندی بالا به ترتیب: ۳۳ درصد، ۳۴٫۸ درصد، ۱۸٫۶ درصد، ۱۰٫۵ درصد و ۳٫۱ درصد بود. فراوانی شیوع کمبود یُد در مناطق شهری و روستایی در نمودار شماره ۱ ارائه شد. تفاوت معنی‌داری در شیوع کمبود یُد در مناطق شهری و روستایی مشاهده نشد.

میانگین TSH در زنان باردار در کل $1.1 \pm 0.9 \text{ mIU/L}$ و $1.0 \pm 0.8 \text{ mIU/L}$ بود. میانگین TSH در مناطق شهری و روستایی به ترتیب $1.1 \pm 0.9 \text{ mIU/L}$ و $1.0 \pm 0.8 \text{ mIU/L}$ (۱) و $0.9 \pm 0.8 \text{ mIU/L}$ (۲) شد که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار بود (نمودار شماره ۲).

جدول شماره (۱): داده‌های دموگرافیک و بیوشیمیایی زنان باردار در سه ماه نخست بارداری

| میانگین | میانه | حداقل | حداکثر |
|-------------------------|-------------------|-------|--------|
| سن | 25.04 ± 5.41 | ۲۵ | ۴۶ |
| BMI | 24.92 ± 4.07 | ۲۴٫۷۷ | ۳۶٫۱۴ |
| TSH (mIU/L) | 1.05 ± 0.87 | ۰٫۸۰ | ۴٫۶۰ |
| UIE ($\mu\text{g/L}$) | 81.09 ± 55.75 | ۷۴ | ۲۸۶ |

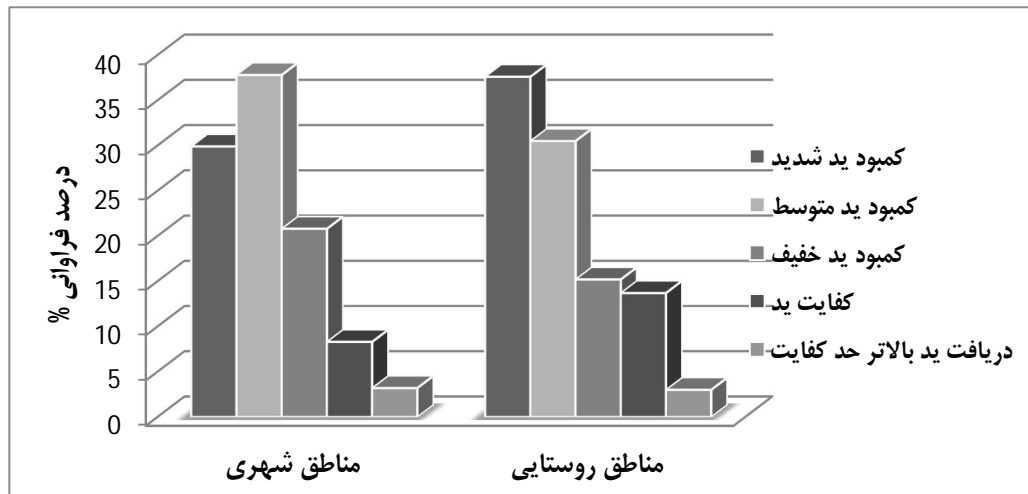
در تجزیه و تحلیل آماری ارتباط معنی‌داری بین سطح TSH و UIE در زنان باردار ساکن مناطق روستایی و شهر مشاهده نشد.

جدول شماره (۲): سطح هورمون محرک تیروئید (TSH) بر اساس وضعیت یُد دفعی ادرار در مناطق شهر و روستا شهرستان ارومیه

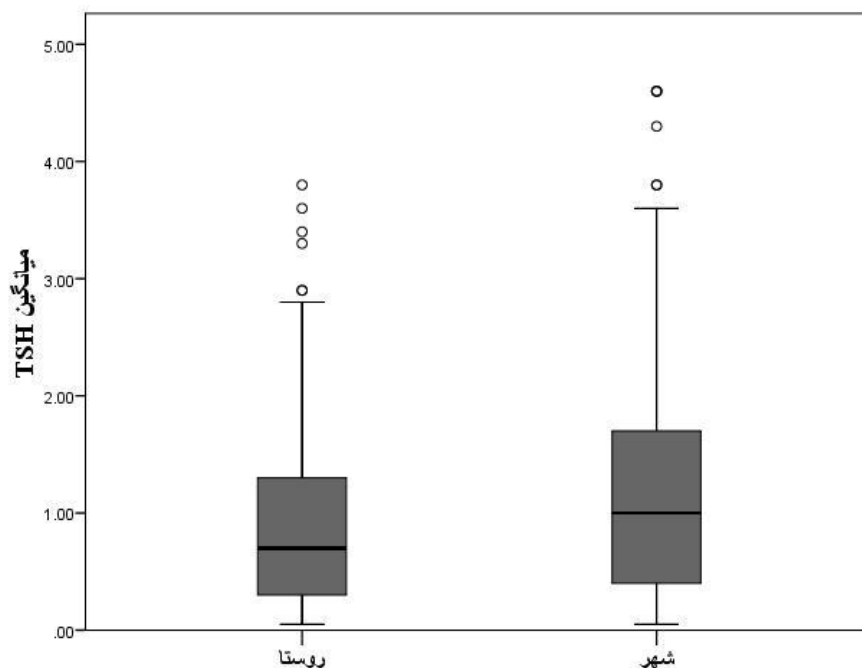
| سطح TSH | مناطق روستایی* | مناطق شهری & |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| کمبود یُد | | |
| کمبود یُد شدید | 0.79 ± 0.64 | 1.23 ± 0.87 |
| کمبود یُد متوسط | 0.87 ± 0.77 | 1.17 ± 0.95 |
| کمبود یُد خفیف | 1.08 ± 0.76 | 0.98 ± 0.85 |
| کفایت یُد | 1.31 ± 1.09 | 1.23 ± 0.98 |
| دریافت یُد بالاتر از حد کفایت | 0.33 ± 0.31 | 0.96 ± 0.80 |

* مناطق روستایی

- 1- تفاوت معنی داری بین گروه‌های با کمبود ید شدید و کفایت ید در سطح TSH مشاهده شد ($P < 0.05$).
 - 2- تفاوت معنی داری بین گروه‌های با کمبود شدید و گروه دریافت ید بالاتر از حد کفایت در سطح TSH مشاهده شد ($P < 0.05$).
 - 3- تفاوت معنی داری بین گروه‌های با کمبود ید متوسط و گروه دریافت ید بالاتر از حد کفایت مشاهده شد ($P < 0.041$).
 - 4- تفاوت معنی داری بین گروه‌های با کمبود ید خفیف و گروه دریافت ید بالاتر از حد کفایت مشاهده شد ($P < 0.008$).
 - 5- تفاوت معنی داری بین گروه‌های با کفایت ید و گروه دریافت ید بالاتر از حد کفایت مشاهده شد ($P < 0.018$).
- (& مناطق شهری
- 1- تفاوت معنی داری بین سطح TSH در گروه‌های با کمبود ید شدید و کمبود ید خفیف مشاهده شد ($P < 0.041$).



نمودار شماره (۱): طبقه بندی میان زنان باردار در شهری و روستائی شهرستان ارومیه بر مبنای ید دفعی ادرار ($UIE \leq 150 \mu g/L$)



نمودار شماره (۲): سطح هورمون محرک تیروئیدی (TSH) در مناطق شهری و روستائی شهرستان ارومیه

بحث

برنامه ید رسانی در ایران با اجباری شدن افزودن ید به نمک خوراکی از سال ۱۳۶۸ در ایران به صورت ملی اجرا شد (۱۵). از اهداف این برنامه افزایش میزان دریافت ید در گروه‌های پر خطر توأم با کاهش گواتر در مناطق مختلف ایران بود. بررسی‌های انجام شده در قالب برنامه دوم و سوم پایش ملی گواتر (در سال ۱۳۷۵ و ۱۳۸۰) در استان آذربایجان غربی نشان داد که سطح UIE در دانش آموزان مدارس ابتدائی از $130 \mu\text{g/L}$ به $140 \mu\text{g/L}$ افزایش یافت است که با کاهش شیوع گواتر از ۴۰ درصد به ۷ درصد همراه شد (۱۱). اما در چهارمین پایش ملی در سال ۱۳۸۶ انجام شد سطح UIE در دانش آموزان استان آذربایجان غربی به صورت چشمگیری کاهش (از $140 \mu\text{g/L}$ به $70 \mu\text{g/L}$) داشته است (۱۶).

یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد که میانه UIE در زنان باردار در سه ماهه اول $74 \mu\text{g/L}$ است که این میزان حدود ۵۰ درصد پایین تر از معیار پیشنهادی WHO برای زنان باردار است. یکی از دلایل کاهش چشمگیر میانه UIE در زنان شهرستان ارومیه در سه ماهه اول بارداری نسبت به معیار پیشنهادی WHO ($\text{UIE} \geq 150 \mu\text{g/L}$) افزایش برداشت ید دریافتی توسط غده تیروئید جهت تأمین نیازهای مادر و جنین در دوران بارداری می‌باشد (۱۷-۱۸). در مقابل بررسی‌های که در مناطق (صفهان، ایلام، تهران و رشت) با میزان UIE بالاتر از حد مطلوب ($\text{UIE} \geq 200$) نشان داده است که میانه UIE در زنان در سه ماهه اول بارداری در این چهار شهر $180-338 \mu\text{g/L}$ بود (۷-۸) که این دامنه با دامنه UIE ($193-312 \mu\text{g/L}$) در دانش آموزان و یا زنان غیرباردار تفاوتی نداشت. شایان ذکر است که میانه UIE زنان باردار شهرستان ارومیه تقریباً ۵۰ درصد پایین تر از میانه UIE دانش آموزان مدارس ابتدائی است که می‌تواند نشان دهنده افزایش برداشت ید دریافتی در حین بارداری در این منطقه با کمبود ید خفیف تا متوسط باشد (۱۷). در مطالعه حاضر میزان کمبود ید شدید ($\text{UIE} < 50 \mu\text{g/L}$) در مناطق شهر روستا به ترتیب ۲۹٫۹ درصد و ۳۷٫۶ درصد شد. در مقابل تنها ۱۱٫۴ درصد از زنان باردار ساکن شهری و ۱۶٫۶ درصد از زنان ساکن مناطق روستایی ید دریافتی کافی ($\text{UIE} > 150 \mu\text{g/L}$) داشته‌اند. این داده‌ها نمایانگر این است که کفایت ذخایر ید بدن پیش از آغاز دوره بارداری نقش اول در تأمین نیاز بدن در حین بارداری را دارد (۱۸). کمبود ید دریافتی در دوران بارداری چه در مادران ساکن در مناطق با کمبود ید و چه در مادران ساکن در مناطق با کفایت ید ممکن است رخ بدهد که منجر به تخلیه شدن ذخایر ید بدن در دوران بارداری باشد (۱۹).

مطالعات مختلفی در سال‌های اخیر به منظور ارزیابی سطح TSH و بررسی وضعیت تیروئید در زنان باردار انجام شده است ولی نتایج قطعی و مشابهی بدست نیامده است (۲۰-۲۳). Fuse و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که میزان TSH در زنان باردار ساکن مناطق با وضعیت ید بالاتر از حد کفایت (More than optimal iodine intake) بالاتر از دامنه TSH زنان غیر باردار بوده است (۲۰). اما در مطالعه‌ای Glinor و همکاران (۱۹۹۷) که روی زنان باردار ساکن مناطق با کمبود متوسط تا شدید انجام شد، هیچ تغییری در سطح TSH زنان باردار نسبت به زنان غیر باردار دیده نشده است (۲۱).

در بررسی حاضر میانگین سطح TSH در زنان باردار mIU/L 10.5 ± 0.87 بود. سطح TSH در مناطق شهری و روستایی تفاوت معنی‌داری را نشان داد. محدوده طبیعی TSH در این مطالعه $0.05-3.30 \text{ mIU/L}$ ارزیابی شد. در بررسی که توسط منصوریان و همکاران در سال ۲۰۱۰ به منظور تعیین محدوده TSH در سه ماهه اول بارداری در استان گلستان (شهر گرگان) انجام شد، ۱۲۰ خانم باردار مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین TSH در سه ماهه اول $1.31 \pm 1.02 \text{ mIU/L}$ شد و محدوده طبیعی TSH در این مطالعه $0.06-3.67 \text{ mIU/L}$ گزارش شد (۲۲). همچنین در مطالعه عزیزی و همکاران سطح TSH در ۴۶۶ زن باردار در سه ماهه اول در شهر تهران ارزیابی شد که نتایج حاصله نشان داد که سطح TSH 1.5 ± 1.07 شد (۲۳). در این مطالعه عزیزی و همکاران صدک ۵ درصد و ۹۵ درصد را برای تعیین محدوده طبیعی TSH در زنان باردار اعمال نموده‌اند که محدوده طبیعی در زنان باردار $0.20-3.90 \text{ mIU/L}$ بدست آمد (۲۳). در مطالعه‌ای مشابه در تهران مرادی و همکاران سطح TSH را در ۵۸۴ زن باردار ساکن شهر تهران ارزیابی نمودند. در این مطالعه صدک ۲٫۵ درصد و ۹۷٫۵ درصد به منظور تعیین محدوده طبیعی TSH به کار گرفته شد که نتایج حاصله $0.5-3.90 \mu\text{g/L}$ را محدوده طبیعی TSH نشان داد (۲۴). در بررسی مقطعی ادروخانی و همکاران در سال ۲۰۰۷ سطح UIE و TSH را در ۴۸ زن باردار شهر تهران ارزیابی نمودند. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح TSH و UIE در زنان باردار $1.4 \pm 0.80 \text{ mIU/L}$ و $1.26 \pm 1.07 \mu\text{g/L}$ شد. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین UIE و TSH مشاهده نشد (۱۰). در آخرین بررسی انجام شده در حیطه فعالیت تیروئید در زنان باردار مهران و همکاران در سال ۲۰۱۳ مطالعه‌ای مقطعی را در شهر تهران با هدف ارزیابی فعالیت تیروئید و تعیین محدوده طبیعی TSH در ۲۱۵ زن باردار با دریافت کافی ید (فاقد هر گونه اختلالات تیروئیدی) انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد که میانه UIE $228 \mu\text{g/L}$ و محدوده

طبیعی آن در زنان باردار تاکید دارد که محدوده TSH می‌بایست با توجه به ویژگی‌های جغرافیایی، نژادی و تغذیه‌ای هر منطقه تعیین گردد تا بتوان درک صحیحی از فعالیت تیروئید و اختلالات آن در این گروه حساس بدست آورد (۲۶).

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ۸۶ درصد از زنان باردار ساکن آذربایجان غربی در معرض کمبود شدید ید ($UIE \geq 150 \mu g/L$) هستند. جالب توجه است که میزان TSH در این جمعیت مورد مطالعه پایین تر از سطح TSH در زنان باردار ساکن مناطق با کفایت ید بالاتر از حد مطلوب می‌باشد. کمبود ید در دوران بارداری چه در مادران ساکن در مناطق با کمبود ید و چه در مادران ساکن در مناطق با کفایت ید ممکن است رخ بدهد که علت آن در واقع افزایش نیاز به ید و تخلیه شدن ذخایر ید بدن در دوران بارداری می‌باشد.

TSH بر اساس صدک ۵ درصد و ۹۵ درصد $0.20-3.90 \text{ mIU/L}$ گزارش شد (۲۵). در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین TSH و سایر هورمون‌های تیروئیدی مشاهده نشد. نتایج بررسی حاضر نشان می‌دهد که سطح TSH و محدوده طبیعی تعیین شده در این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در ایران تفاوت چشمگیری داشته است و سطح TSH نسبت به سایر مطالعات ۳۰ درصد پایین‌تر گزارش شده و همچنین محدوده TSH نیز در مقایسه با بررسی‌های دیگر ۱۲ درصد تا ۶۴ درصد تفاوت نشان می‌دهد. نتایج حاصله از مطالعات متعددی که در سال‌های اخیر انجام شده پیشنهاد می‌نمایند که تفاوت در سطح TSH و همچنین محدوده‌های مختلفی که در بررسی‌های اخیر برای TSH ارائه شده است، نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها در جمعیت‌های تحت بررسی در ایران ممکن است ناشی از تفاوت‌های نژادی و همچنین تفاوت در دریافت ید باشد (۲۴). البته پیشنهادات حاصله از بررسی‌های اخیر بر اهمیت ارزیابی سطح TSH و محدوده

References:

1. Glinioer D. The importance of iodine nutrition during pregnancy. Public Health Nutr 2007; 10(12): 1542-6.
2. Rebagliato M, Murcia M, Espada M, Alvarez-Pedrerol M, Bolumar F, Vioque J, et al. Iodine intake and maternal thyroid function during pregnancy. Epidemiology 2010; 21(1): 62-9.
3. Blumenthal N, Byth K, Eastman CJ. Iodine Intake and Thyroid Function in Pregnant Women in a Private Clinical Practice in Northwestern Sydney before Mandatory Fortification of Bread with Iodised Salt. J Thyroid Res 2012; 6-1.
4. Hetzel BS. Iodine and neuropsychological development. J Nutr 2000; 130(2): 493-5.
5. WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination. A Guide for Programme Managers. (WHO/NHD/01.1), 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
6. Andersson M, de Benoist B, Delange F, Zupan J. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation. Public Health Nutr 2007; 10(12): 1606-11.
7. Azizi F. Iodine nutrition in pregnancy and lactation in Iran. Public Health Nutri 2007; 10 (12): 1596-9.
8. Azizi F, Aminorroaya A, Hedayati M, Rezvavian H, Amini M, Mirmiran P. Urinary iodine excretion in pregnant women residing in areas with adequate iodine intake. Public Health Nutr 2003; 6(1): 95-8.
9. Ainy E, Ordoorkhani A, Hedayati M, Azizi F. Assessment of intertrimester and seasonal variations of urinary iodine concentration during pregnancy in an iodine-replete area. Clin Endocrinol 2007; 67 (4): 577-81.
10. Ordoorkhani A, Pearce EN, Hedayati M, Mirmiran P, Salimi S, Azizi F, et al. Assessment of thyroid function and urinary and breast milk iodine concentrations in healthy newborns and their mothers in Tehran. Clin Endocrinol 2007; 67(2): 175-9.
11. Azizi F, Delshad H, Amouzegar A, Mehran L, Mirmiran P, Sheikholeslam R. Marked reduction in goiter prevalence and eventual normalization of

- urinary iodine concentrations in Iranian schoolchildren, 10 Years After Universal Salt Iodination (Third National Survey of Iodine Deficiency Disorders 2000). Iran J Endocrinol Metab 2008; 10(3): 191-203.
12. Nourooz-zadeh J, Beiranvand A, Rostami R, Salarilak S. Evaluation of Dietary Iodine Status During Pregnancy in Urmia County: Association to the quality of Iodinated-Salt and utilization. Urmia Med J 2012; 23(4) 440-5.
 13. Andersen S, Karmisholt J, Pedersen KM, Laurberg P. Reliability of studies of iodine intake and recommendations for number of samples in groups and in individuals. Brit J Nutr 2008; 99:813-18.
 14. Dunn JT, Crutchfield HE, Gutekunst R, Dunn AD. Two simple methods for measuring iodine in urine. Thyroid 1993; 3:119-23.
 15. Azizi F, Mehran L. Experiences in the prevention, control and elimination of iodine deficiency disorders: a regional perspective. East Med Health J 2004; 10(6): 761-70.
 16. Delshad H, Amouzegar A, Mirmiran P, Mehran L, Azizi F. Eighteen years of continuously sustained elimination of iodine deficiency in the Islamic Republic of Iran: the vitality of periodic monitoring. Thyroid 2012; 22(4): 415-21.
 17. Stilwell G, Reynolds PJ, Parameswaran V, Blizzard L, Greenaway TM, Burgess JR. The influence of gestational stage on urinary iodine excretion in pregnancy. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93 (5): 1737-42.
 18. Glinioer D. The importance of iodine nutrition during pregnancy. Public Health Nutr 2007; 10(12): 1542-6.
 19. Smyth PP. Variation in iodine handling during normal pregnancy. Thyroid 1999; 9(7): 637-42.
 20. Fuse Y, Ohashi T, Yamaguchi S, Yamaguchi M, Shishiba Y, Irie M. Iodine status of pregnant and postpartum Japanese women: effect of iodine intake on maternal and neonatal thyroid function in an iodine-sufficient area. J Clin Endocrinol Metab 2011; 96(12): 3846-54.
 21. Glinioer D. Maternal and fetal impact of chronic iodine deficiency. Clin Obstet Gynecol 1997; 40(1): 102-16.
 22. Mansourian AR, Ahmadi AR, Mansourian HR, Saifi A, Marjani A, Veghari GR, et al. Maternal Thyroid Stimulating Hormone Levels During The First Trimester Of Pregnancy At The South-East Of The Caspian Sea In Iran. J Clinical Diagnos Res 2010;(4):2472-7.
 23. Fereidoun A, Ladan M, Atieh A, Hossein D, Maryam T, Sahar A, et al. Establishment of the trimester-specific reference range for free thyroxine index. Thyroid 2013; 23(3):354-9.
 24. Moradi S, Gohari MR, Aghili R, Kashanian M, Ebrahimi H. Thyroid function in pregnant women: iodine deficiency after iodine enrichment program. Gynecol Endocrinol 2013; 29(6): 596-9.
 25. Mehran L, Amouzegar A, Delshad H, Askari S, Hedayati M, Amirshakari G, et al. Trimester-Specific Reference Ranges for Thyroid Hormones in Iranian Pregnant Women. J Thyroid Res 2013; 1-6
 26. Stricker Rt, Echenard M, Eberhart R, Chevailler MC, Perez V. Evaluation of maternal thyroid function during pregnancy: the importance of using gestational age-specific reference intervals. Eur J Endocrinol 2007; 157: 509-14.

EVALUATION OF THYROID SIMULATING HORMONE AND URINARY IODINE EXCRETION IN PREGNANT WOMEN IN URMIA

Rahim Rostami¹, Asghar Biranon², Zahra Ashrafi³, Jafar Norouzzade^{4*}

Received: 5 Sep, 2013; Accepted: 16 Nov, 2013

Abstract

Background & Aims: This study was aimed to assess the interrelationship between urinary iodine excretion (UIE) and thyroid stimulating hormones (TSH) levels in pregnant women during the first trimester.

Materials & Methods: Women (n=485; age: >14 years old; without any history of thyroid dysfunction) were recruited at their first prenatal consult before 12 weeks of amenorrhea. Proportion of participants from urban and rural population were 41.6% (n=223) and 58.4% (n=283). Random urine and blood samples were collected for the analysis of UIE and TSH, respectively.

Results: The overall median UIE was 74 µg/L and 86.4% of women had iodine deficiency (ID) as defined by UIE < 150. The respective levels for urban and rural populations were 76 µg/L vs. 64 µg/L and 88.5% vs. 83.3%. Median TSH as a whole was 0.8 mIU/L whilst those for urban and rural subjects were 1 mIU/L and 0.7 mIU/L. No correlation was seen between UIE and TSH levels.

Conclusions: Our data reveals that severe ID is present in 33% of the subjects during the first trimester and that TSH levels are 12-64% lower than those reported for with adequate or more than adequate iodine intake regions in Iran. This preliminary result suggest that whole body iodine stores is probably adequate to prevent hypo-thyroxinemia during early pregnancy in regions with mild to moderate iodine deficiency.

Keyword: Pregnancy, Thyroid function, Thyroid stimulating hormone (TSH), Urinary iodine, Iodine deficiency

Address: Clinical Biochemistry Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran **Tel:** +98 441 2780801

Email: jnouroozzadeh@yahoo.co.uk

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(10): 752 ISSN: 1027-3727

¹ MSc., Clinical Biochemistry Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² MSc., Clinical Biochemistry Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ MSc., Clinical Biochemistry Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Professor, Clinical Biochemistry Department, Faculty of Medicine, Nutrition Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)