



موسسه فرهنگی انتشاراتی پارسیان دانش

مجموعه آموزشی

پذیرش دستیار تخصصی

اندوکرینولوژی

منطبق بر رفرانس وزارت بهداشت و درمان
بر مبنای هاریسون ۲۰۰۸ و سیسیل ۲۰۱۰

۱۳۹۰



پارسیان دانش



عنوان و نام پدیدآور	اندوکرینولوژی متعلق بر رفرانس وزارت بهداشت و درمان (بر مبنای هاریسون ۲۰۰۸ و سیل ۲۰۱۰) /تألیف کمیته علمی پارسیان دانش.
مشخصات نشر	تهران: پارسیان دانش، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری	۱۰۲ ص.: مصور، جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۵۷۷۹-۳۴-۹: ۱۳۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	فیا
یادداشت	کتاب حاضر خلاصه بخش اندوکرینولوژی از کتاب "مبانی طب داخلی سیل" Cecil essentials of medicine, 8th.ed, 2010 و کتاب "اصول طب داخلی هاریسون Harrison's principles of internal medicine, 17th.ed, ۲۰۰۸" است.
یادداشت	بالای عنوان: مجموعه آموزشی پذیرش دستیار تخصصی.
عنوان دیگر	اصول طب داخلی هریسون.
عنوان دیگر	مبانی طب داخلی سیل.
عنوان دیگر	مجموعه آموزشی پذیرش دستیار تخصصی.
موضوع	هورمون شناسی
شناسه افزوده	هریسون. تنسلی راندولف، ۱۹۰۰ - ۱۹۷۸ م. اصول طب داخلی هریسون
شناسه افزوده	سیل، راسل لافایت، ۱۸۸۱ - ۱۹۶۵ م. مبانی طب داخلی سیل
شناسه افزوده	انتشارات پارسیان دانش
رده بندی کنگره	RC۶۴۸.۱۳۹۰۶۴۸۴ /تلف
رده بندی دیویی	۶۱۶/۴
شماره کتابشناسی ملی	۲۴۱۳۵۳۵
تاریخ درخواست	۱۳۹۰/۰۴/۲۷
تاریخ پاسخگویی	۱۳۹۰/۰۴/۲۹
کد پیگیری	۲۴۱۳۲۲۴



پارسیان دانش

عنوان: اندوکرینولوژی بر اساس رفرانس وزارت بهداشت و درمان

تألیف: کمیته علمی پارسیان دانش

ناشر: پارسیان دانش

نویت چاپ: اول - ۱۳۹۰

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

ویراست: اول

شابک: 978-600-5779-34-9

نشانی: تهران، سیدخندان، تقاطع شریعتی، ضلع شمال غربی، ساختمان ۱۰۰۰، بلوک ۳، واحد ۳

تلفن: ۲۲۸۸۱۱۶۲، ۲۲۸۸۱۱۶۱، ۲۸۶۵۲۰۳

دورنگار: ۲۲۸۸۱۱۶۳

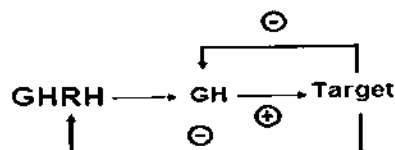


عنوان صفحه	عنوان صفحه
۴) دیابت ۵۳	۱) اختلالات هیپوفیز - هیپوتالاموس ۱
- تعریف DM I ۵۵	- تومورهای هیپوفیز ۱
- تعریف DM II ۵۶	- اختلالات هورمون رشد ۳
- حالات مقاومت به انسولین ۵۷	- اختلالات پرولاکتین ۵
- عوارض حاد دیابت ۵۸	- اختلالات ACTH ۷
- عوارض مزمن دیابت ۶۲	- هیپوفیز خلفی ۹
- عوارض میکروواسکولار دیابت ۶۳	۲) آدرنال ۱۱
- عوارض ماکروواسکولار دیابت ۶۶	- هیپرپلازی مادرزادی آدرنال ۱۲
- عوارض غیر عروقی دیابت ۶۸	- نارسایی آدرنال ۱۴
- درمان دیابت ۶۹	- سندروم کوئینگ ۱۷
۵) هیپوگلیسمی ۷۷	- هیپرآلدوسترونیسم ۲۱
۷) چاقی ۸۰	- فئوکروموسایتوم ۲۴
۸) اختلالات متابولیسم چربی ۸۳	- توده‌های اتفاقی آدرنال ۳۴
۹) اختلالات مربوط به فلزات و متالوپروتئین‌ها ۹۰	۳) تیروئید ۴۵
- ویلسون ۹۰	- تست‌های ارزیابی تیروئید ۴۶
- هموکروماتوز ۹۱	- کم کاری تیروئید ۴۱
- پورفیری ۹۲	- پرکاری تیروئید ۴۵
۱۰) اندوکرینولوژی دستگاه تناسلی مردان ۹۲	- تیروئیدیت‌ها ۴۲
- علل کمبود آندروژن ۹۳	- سندرم تیروئید بیمار (SES) ۴۴
- ژنیکوماستی ۹۵	- گواتر ۴۵
۱۱) فیزیولوژی طبیعی در خانم‌ها ۹۷	- کنسرهای تیروئید ۴۶
۱۲) بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی ۹۸	- ندول تیروئید ۵۱
۱۳) سوء تغذیه و ارزیابی تغذیه و حمایت تغذیه‌ای در بزرگسالان ۱۰۰	

Kasper DL, et al. Cecil Essential of Medicine 8The dition /2010

- Braunwald Eugene, et al. Harrison's Principles of Internal medicine/ 17 thedition /2008

1. Diseases of Thyroid Gland
2. Diabetes Mellitus



نکته: هورمون‌های Releasing از طریق جریان خون پورت (باب) به هیپوفیز قدامی می‌رسند. در مسیر، خون شریانی از هیپوتالاموس هورمون را به هیپوفیز آورده و از هیپوفیز مجدداً بصورت شریان خارج می‌شود و ورید در این سیستم نداریم. علت این مسئله کم بودن هورمون‌های Releasing است و بدن سعی می‌کند مستقیماً این میزان کم هورمون به هیپوفیز برساند.

Stalk effect: اگر یک اختلال عروقی یا یک تومور، به ساقه هیپوفیز فشار آورد یا به آن آسیب برساند، هورمون‌های آزاد کننده هیپوتالاموس و نیز دوپامین به هیپوفیز نمی‌رسند. بنابراین ترشح تمام هورمون‌های هیپوفیز کاهش می‌یابد، به جز ترشح پرولاکتین که افزایش می‌یابد (چون اثر مهار دپامین برداشته می‌شود).

تومورهای هیپوفیز

شایعترین اختلال اولیه هیپوفیز، آدنوم و شایعترین نوع آن، آدنوم غیر مترشح (non secretory) می‌باشد که بیشترین علائمی که ایجاد می‌کند علائم فشاری است. شایعترین آدنوم مترشح (Functional) پرولاکتینوماست، که در مردان شایعتر است.

نکته: ۲۰-۳۰٪ افراد بدون علامت، دارای میکروآدنوم فاقد ترشح در هیپوفیز هستند که بطور تصادفی در MRI معلوم می‌شود
علائم آدنوم هیپوفیز عبارتند از:

۱. زودرس‌ترین تظاهر بالینی تومورهای هیپوفیزی، علائم ناشی از افزایش ترشح هورمونی است.
۲. اگر آدنوم بزرگ باشد علائم موضعی ناشی از فشار روی اعضاء مجاور ایجاد می‌شود. سردرد یک یافته شایع است. اگر کیاسمای بینایی تحت فشار قرار گیرد، بای تمپورال همی آنوپسی (دید تونلی) ایجاد می‌شود و گسترش لترال تومور به سینوس کاورنو باعث نقایص عملکردی اعصاب کرانیال III, IV, VI و در نتیجه دوبینی، افتالموپلژی و پتوز می‌شود.
۳. آتروفی سلول‌های مترشح ناشی از فشار تومور منجر به کاهش هورمون‌های هیپوفیز و نهایتاً پان هیپوئیتراریسم می‌شود

هیپوفیز - هیپوتالاموس

غده هیپوفیز وزنی در حدود ۵۰۰-۹۰۰ میلی گرم دارد و در قاعده جمجمه در داخل Sella Turcica قرار گرفته است. غده هیپوفیز کمتر از ۳۰-۲۵٪ حجم این حفره را اشغال می‌کند. این ناحیه در بالای سینوس اسفنوئید واقع شده است و بالای آن دیافراگم سلا قرار دارد که بخشی از دورا است و این ناحیه را از کیاسمای بینایی جدا می‌کند.

سینوس کاورنو که حاوی شریانهای کاروتید و اعصاب کرانیال ۳ و ۴ و ۶ است در دو طرف این غده قرار دارد. اگر این غده به هر علتی بزرگ شود، می‌تواند علائم فشار بر ساختمانهای مجاور را ایجاد نماید.

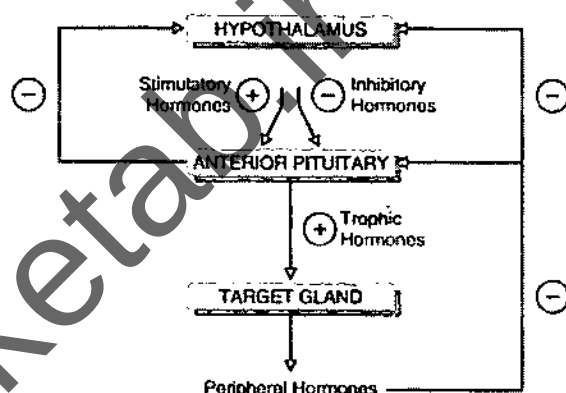


Figure 64-1 Feedback control of the hypothalamic-pituitary target-gland axis.

هیپوفیز از دو بخش تشکیل شده است:

۱- هیپوفیز قدامی:

که ۲/۳ حجم هیپوفیز را شامل می‌گردد و ۵ نوع سلول دارد که از آنها ۶ هورمون زیر ترشح می‌گردد:

GH, TSH, ACTH, LH, FSH و پرولاکتین
(LH و FSH توسط یک نوع سلول تولید می‌شود).

نکته: TSH, LH, FSH و نیز hCG زنجیره α مشترک دارند و تفاوتشان در زنجیره β است.

۲- هیپوفیز خلفی:

که ۱/۳ حجم هیپوفیز را شامل می‌گردد و در حقیقت ادامه هیپوتالاموس است و محل ذخیره هورمون‌های اکسی‌توسین و ADH ساخته شده توسط هیپوتالاموس است، ولی خود هورمونی نمی‌سازد.

هورمونهای تولید شده در هیپوفیز قدامی هورمونهای تروفیک هستند و هر یک در هیپوتالاموس یک هورمون آزاد کننده (releasing) دارند (TSH: TRH, ACTH: CRH, GH: GHRH, LH: GnRH) (FSH: GnRH). به جز پرولاکتین که توسط دوپامین تولیدی در هیپوتالاموس مهار میگردد.