

بررسی عوارض روانی و عصبی ۵۰۰ بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید

دکتر محمود معتمدی - استادیار گروه مغز و اعصاب - پیارستان سینا - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر علیرضا منفید - استادیار گروه داخلی - پیارستان سینا - دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهرداد مزده - متخصص مغز و اعصاب

Neuropsychiatric Complications of 500 Cases of Hyperthyroidism

ABSTRACT

Hyperthyroidism is often accompanied by diverse types of neuropsychiatric complications. To demonstrate these complications we studied 500 hyperthyroid patients, who developed neuropsychiatric complications of hyperthyroidism for which other causes of these neuropsychiatric findings were carefully excluded. The patients were 15 to 65 years old (female to male ratio was 5:1), most of the cases were in third and fourth decades of life.

Nervousness, tense dysphoria, insomnia and anxiousness were among the most common psychiatric complications, and tremor, hyperreflexia, thyrotoxic myopathy, thyrotoxic periodic paralysis were the most common neurologic complications. Therefore any physician, whether he or she is a general practitioner or a specialist must be aware of these diverse complications, because these neuropsychiatric complications can lead to the diagnosis of hyperthyroidism and treatment of these potentially serious complications.

Key Words: Hyperthyroidism; Neuropsychiatric Complications

چکیده

تیروئید در بیماران ایجاد شده بودند، در حالی که سکته مغزی متعاقب پرکاری تیروئید و بقیه عوارض پیش از پرکاری تیروئید در بیماران ایجاد شده بود. بنابراین هر پزشک عمومی و متخصص باید از عوارض گوناگون پرکاری تیروئید آگاه باشد چون این گونه عوارض عصبی و روانی نه تنها کلید تشخیص پرکاری تیروئید می‌باشد بلکه با درمان پرکاری تیروئید معمولاً برطرف خواهد شد.
واژه‌های کلیدی: هیپر تیروئیدی؛ عوارض روانی - عصبی

مقدمه

پرکاری تیروئید یکی از شایعترین اختلالات گروه بیماریهای غدد درون‌ریز است که اغلب همراه با انواع گوناگون اختلالات

بیماران مبتلا به پرکاری تیروئید ممکن است با عوارض روانی^(۱) یا عوارض عصبی^(۲) یا مجموعه‌ای از این اختلالات به پزشک مراجعه نمایند. در این مقاله ۵۰۰ بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید که مبتلا به عوارض روانی عصبی این بیماری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند، سایر بیماریهایی که می‌توانست این گونه اختلالات را در آنها ایجاد نماید بدقت بررسی و رد شد. اکثر بیماران در گروههای سنی ۲۹-۳۰ سال و ۳۰-۴۳ سال قرار داشتند. آنها زن و ۶/۱۶٪ آنها مرد بودند (نسبت زن به مرد ۵ به ۱ بود). شایعترین عوارض روانی، عصبی بودن، بدخلقی تنفسی، بی‌خوابی و اضطراب بود و شایعترین عوارض عصبی، لرزش، تشدید شدن رفلکس‌های وتری، میوپاتی تیروتوکسیک و فلنج هیپرکالمیک دوره‌ای تیروتوکسیک بودند. کلیه عوارض روانی و غالب عوارض عضلانی و لرزش و سندروم توغل کارپ هم‌زمان با تشخیص پرکاری

توجه بیشتری در پیگیری بیمارانی شود که برای اولین بار به درمانگاههای مغز و اعصاب و روانپژوهی مراجعه می‌نمایند و در واقع با برچسب بیماری روانی یا عصبی تشخیص اصلی آنها، یعنی پرکاری تیروئید فراموش نشود.

بیماران و روش کار

این مطالعه بصورت گذشته‌نگر و آینده‌نگر روی ۵۰۰ بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید که طی مدت ۳ سال (۷۳-۷۶) به بیمارستان سینا مراجعه کرده بودند یا بستری شده بودند صورت گرفت همه این بیماران واجد سه شرط زیر بودند:

۱- قطعی شدن تشخیص پرکاری تیروئید با تستهای سنجش مربوطه (T₃RU, T₃RIA, FTI, T₄) ۲- عدم سابقه مصرف داروهایی که تست‌های تیروئیدی را تغییر می‌دهند و در پرسشنامه منظور شده بودند و همچنین داروهایی را که موجب افسردگی و اضطراب می‌شوند و علائمی شبیه به پرکاری تیروئید ایجاد می‌کنند، مصرف نکرده باشدند ۳- داشتن حداقل یک عارضه عصبی یا روانی و یا داشتن مجموعه این دو نوع عارضه.

۷۴۳ بیمار که بعلت پرکاری تیروئید به درمانگاههای اعصاب، غدد، داخلی بیمارستان سینا مراجعه نموده بودند یا در بخش‌های مربوطه بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۰ نفر به علت نداشتن همکاری برای انجام مطالعه و ۱۰۰ نفر به علت نداشتن شرط دوم و ۱۰۳ نفر به علت نداشتن شرط سوم که در فوق به آن اشاره شد از مطالعه خارج شدند.

اطلاعات از پرونده بیماران و پرسشنامه جمع‌آوری و به چهار دسته تقسیم شدند:

- الف - اطلاعات مربوط به مشخصات بیماران (نام و فامیل، سن، محل تولد، محل سکونت طی ده سال گذشته، شغل)
- ب - سابقه فامیلی و سابقه مصرف دارو
- ج - علائم در شروع بیماری و یافته‌هایی که در معاشه بالینی

1- Neuromuscular	2- Mental states
3- Nervousness	4- Tense dysphoria
5- Psychosis	6- Panic attacks
7- Mania	8- Emotional instability
9- Thyrotoxic ophthalmopathy	10- Diplopia
11- Strabismus	12- Myasthenia gravis
13- Restless Leg Syndrome	14- Facial nerve
15- Thyroid Storm	16- Sympathetic overactivity

عملکردی عصبی و روانی و عصبی عضلانی^(۱) (۵،۴،۳،۲،۱) می‌باشد، این گونه تظاهرات، از این بابت که می‌تواند کلید تشخیص پرکاری تیروئید باشدند بسیار اهمیت داردند. بیمار بیشتر این عوارض را حین مراجعه به پزشک عنوان خواهد نمود و نکه مهم دیگر اینکه، بیشتر این عوارض وقتی که هورمونهای تیروئیدی متغیر درمان به سطح طبیعی برگردند بازگشت پذیر خواهد بود. پرکاری تیروئید طبیعی از اختلالات در سیستم اعصاب مرکزی (CNS) و سیستم اعصاب محیطی (PNS) و سیستم عصبی خودکار (۲) ایجاد می‌کند از جمله:

۱- تغییرات در قواهی دماغی^(۲) که عمده‌تاً به صورت عصبی بودن^(۳)، بدخلقی تنفسی^(۴)، بی‌خوابی، اضطراب، افسردگی، روانپرنسی^(۵)، حملات هراس^(۶)، آپاتی، ترس، مانیا^(۷) و نایابیداری هیجانی^(۸) می‌باشد.

اختلالات چشمی^(۹) (۹،۸،۷،۵،۳،۲) به صورت دوبینی^(۱۰)، محدودیت حرکات چشم، لوجی^(۱۱) و عدم تقارن چشمها و بندرت اختلال دید است.

۲- گرفتاری سیستم حرکتی و عضلات بصورت میوپاتی (۵،۳)، میاستنی گراو^(۱۲) (۱۰،۲،۱) و فلنج ناشی از هیپوکالمی می‌باشد (۱۳،۱۲،۱۱)، اختلال در راه رفتن بعلت گرفتاری سیستم پیرامیدال (۵)، تشدید شدن رفلکس‌های وتری (۵،۳،۱)، حرکات غیرطبیعی بصورت لرزش، کره (۱۵،۱۴،۵) و غیره.

۳- گرفتاری اعصاب محیطی و اعصاب کرانیال (۵،۴،۳)، فلنج صورت سندروم تونل کارپ، سندروم پای بی قرار^(۱۳) (۳۱)، فلنج عصب صورتی^(۱۴) و عصب باصره.

۴- گرفتاری سیستم اعصاب مرکزی به صورت سردرد، صرع (۱۶،۵)، سکته مغزی و طوفان تیروئیدی^(۱۵).

۵- گرفتاری سیستم اتونوم بصورت بیش فعالی سیستم سempاتیک^(۱۶) (۵،۳،۱) که با طیش قلب، تعریق، تاکیکاری و همچنین اضطراب بروز خواهد کرد.

روش و مواد

اهداف کلی

هدف کلی از این مطالعه، بررسی تعیین فراوانی هر یک از عوارض عصبی و روانی منظور شده در بیماران مبتلا به پرکاری تیروئید و مقایسه آنها با آمار خارجی است و در صورتی که این عوارض، بروز قابل توجهه همراه با پرکاری تیروئید داشته باشند

(female/male ratio 5:1). میانگین سنی در گروه مردان ۳۸ سال و در گروه زنان ۳۹ سال بود. اکثر بیماران بترتیب در دهه‌های چهارم و سوم عمر مبتلا به عوارض عصبی روانی پرکاری تیروئید شده بودند. تقریباً ۱۰ درصد در دهه‌های ششم و هفتم عمر بودند. نکته جالب اینکه ۷۲ درصد بیماران مورد بررسی، ساکن شهرستان و جهت تشخیص و مداوا به تهران مراجعه کرده بودند و فقط ۲۸ درصد آنها ساکن استان تهران بودند. در بررسی شغلی بیماران با جمع‌بندی کلی، معلوم شد که اکثریت جامعه زنان مورد بررسی، خانه‌دار و در وهله دوم در آموزش و پرورش شاغل بودند، در حالیکه اکثر مردان به شغل کارگری و در وهله بعدی به مشاغل آزاد اشتغال داشتند. جدول ۱ توزیع سنی و جنسی بیماران مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع گروه سنی و جنسی

درصد تقریبی	درصد کل	جمع کل	مرد	زن	گروه سنی
۳/۶	۱۸	۲	۱۶	۲۰	زیر ۲۰ سال
۲۵	۱۷۹	۳۳	۱۴۶	۴۱-۴۹	
۲۶	۱۸۲	۳۲	۱۵۰	۳۰-۳۹	
۱۲/۶	۶۸	۸	۶۱	۴۰-۴۹	
۸/۴	۴۲	۵	۳۷	۵۰-۵۹	
۶/۲	۱۱	۳	۸	۶۰-۶۹	
۱۰۰ درصد	۵۰۰	۸۳	۴۱۷	جمع	

فراآنی عوارض عصبی و روانی یا مخلوط این دو نوع عارضه: بررسی جامعه مورد مطالعه نشان داد که ۱۸ درصد بیماران، فقط عوارض روانی، ۲۳ درصد آنها فقط عوارض عصبی و ۵۹ درصد آنها مخلوط عوارض عصبی و روانی پرکاری تیروئید را داشتند (جدول ۲).

۱- فراآنی عوارض رفتاری و روانی شایعترین عوارض روانی و رفتاری این بیماران، عصبی بودن، بدخلقی تشنجی، بی خوابی و اضطراب بود. سایر عوارض بترتیب فراآنی در جدول ۳ آمده است. بیماران مبتلا به آپاتی در دهه سنی ششم و هفتم بودند. در تمامی موارد یاد شده، تشخیص پرکاری تیروئید همزممان با وقوع عوارض روانی و رفتاری بوده است (جدول ۳).

بیمار وجود داشت.

۵- یافته‌های آزمایشگاهی.

لازم به تذکر است که پس از اینکه تشخیص پرکاری تیروئید برای بیمار مسجل می‌شد، وقوع عوارض روانی و عصبی با هر دو نوع عارضه به صورت قبل، همزمان و یا بعد از ابتلا به پرکاری تیروئید مورد بررسی قرار گرفت و زمان ۲-۳ ماه برای مواردی که عارض عصبی روانی قبل و یا بعد از ابتلا به پرکاری تیروئید ایجاد شده بودند با توجه به منبع ۱۳ مورد قبول قرار گرفت. معیارهای لازم جهت مطرح نمودن علائم روانی مثل افسردگی، حمله هراس، اضطراب و عصبی بودن بر اساس ملاک تشخیصی DSMIII-R صورت گرفت. کلیه بیماران از نظر سایر علل ایجاد کننده علائم روانی و عصبی مورد بررسی قرار گرفتند و زمانی این گونه عوارض به پرکاری تیروئید نسبت داده شد که سایر علل ایجاد کننده تابلوی مشابه در آنها رد شده بود. عوارض ایجاد شده در بیمار در دو گروه روانی و عصبی مورد ارزیابی قرار گرفت. عوارض روانی در ۱۰ مورد و شامل اضطراب، عصبی بودن (Nervousness)، بدخلقی تشنجی (Tense dysphoria)، بی خوابی، آپاتی، مانیا، افسردگی، روان پریشی، حملات هراس، ترس بود. عوارض عصبی ۱۶ مورد و شامل صرع، سردرد (تشن و میگرنی)، عوارض چشمی، لرزش، کره، سندروم تونل کارپ، میاستنی گراو، فلنج دوره‌ای هیپوکالمی، انواع دیگر میوپاتی، پلی نوروپاتی، سندروم پاهاهای بی قرار، سکته مغزی، فلنج اعصاب کراتیال، علائم اتونومیک، گرفتاری راههای پیرامیدال و تشدید شدن رفلکس‌های وتری بود. بیماریهای اتوایمون همراه و سابقه فامیلی، بصورت دو متغیر جدا مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران تک به تک جهت بررسی مجموعه عوارض عصبی یا مجموعه عوارض روانی به عنوان تنها یافته و یا مخلوطی از این دو مجموعه ارزیابی شدند و اگر بیماری به عنوان مثال چهار نوع عارضه روانی داشت در شمارش جدول عارضه روانی یک بار محسوب شده است و اگر مثلاً سه عارضه عصبی و دو عارضه روانی داشته است یک بار در شمارش آماری مخلوط عارضه روانی و عصبی منظور شده است.

نتایج

توزیع سنی و جنسی: سن بیماران بین ۱۵-۶۵ سال و ۸۲/۴ درصد آنها زن و ۱۶/۶ درصد آنها، مرد بودند

جدول ۲- نتایج بررسی شده عوارض عصبی و روانی یا مخلوط این دو

درصد	کل بیماران	درصد	زن	درصد	مردان	نوع عوارض
۱۸	۹۰	۱۹	۸۱	۱۰	۹	فقط روانی
۲۳	۱۱۳	۱۸	۷۷	۴۴	۳۶	فقط عصبی
۵۹	۲۹۷	۶۳	۲۵۹	۴۶	۲۸	مخلوط عوارض روانی و عصبی

و آیا با درمان پرکاری تیروئید، برطرف شده است یا نه، امکان پذیر نشد. کلیه عوارض ناشی از درگیری سیستم اعصاب مرکزی پیش از تشخیص پرکاری تیروئید بروز کرده بودند، در حالیکه بروز لرزش با تشخیص دادن پرکاری تیروئید همزمانی داشت و فقط بروز دو مورد حادث عروقی مغز^(۹) بعد از اینکه تشخیص پرکاری تیروئید داده شده بود واقع گردیده بود. جدول ۴ فراوانی عوارض عصبی را نشان می‌دهد. در رابطه با همراه بودن بیماریهای دیگر اتوایمون نورولوژیک با هیپرتیروئیدی، ۴ نفر از بیماران ما (۸/۰ درصد) مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) بودند. همراه شدن میاستنی گراو با جامعه مورد مطالعه در زیر توضیح داده خواهد شد.

۷۰ نفر از بیماران مورد مطالعه (۱۶ درصد) سابقه فامیلی پرکاری تیروئید داشتند.

جدول ۳- فراوانی عوارض رفتاری و روانی

درصد نظری	درصد مبتلایان	جمع کل		نوع عارضه
		مرد	زن	
۳۶	۱۸۱	۲۴	۱۵۷	عصبی بودن
۱۷	۸۸	۱۲	۷۶	بدخلقی تنفسی
۱۱/۶	۵۸	۴	۵۴	بی‌خوابی
۱۱/۲	۵۶	۹	۴۷	اضطراب
۲/۶	۱۳	۱	۱۲	افسردگی
۲/۶	۱۳	۱	۱۲	روان‌پریشی
۱/۸	۴	۰	۴	حمله هراس
۱/۸	۴	۰	۴	آپانی
۱/۶	۳	۰	۳	ترس
۰/۶	۱	۱	۰	ماننا

جدول ۴- فراوانی عوارض عصبی ناشی از گرفتاری سیستم اعصاب مرکزی

درجه نظری	درجه مبتلایان	نوع عارضه		-
		مرد	زن	
۶۸	۳۴۰	۶۶	۲۷۴	لرزش
۲۲	۱۱۷	۲۱	۸۷	شدید شدن رفلکس‌ها
۴	۴۰	۲	۱۸	سردرد
۰/۸	۴	۱	۲	انواع صرع
۰/۴	۲	۰	۲	کره
۰/۴	۲	۰	۲	سکته مغزی
۰/۲	۱	۱	۰	ضعف انداز به علت گرفتاری پیرامیدال
۰	۰	۰	۰	توفان تیروئیدی

- فراوانی عوارض عضلانی : همه بیمارانی که مبتلا به Thryotoxic myopathy شده بودند زن بودند، ضعف عضلانی آنها عمدها در اندازهای تحتانی و در عضلات خم کننده ران و چهارسر رانی بود و خستگی پذیری زودرس داشتند، از ۳۳ خانم مبتلا به این عارضه هیچکدام آتروفی عضلانی نداشتند. این بیماران، همزمان عوارض عصبی و روانی همراه دیگر، نظیر لرزش و اضطراب نیز داشتند. بیماران مبتلا به میاستنی گراو و فلنج ناشی از هیپوکالمی در

۲- فراوانی عوارض عصبی : شایعترین عوارض عصبی بر حسب فراوانی، لرزش، تشدید شدن رفلکس‌های وتری، میوپاتی و فلنج ناشی از هیپوکالمی بود. جهت بررسی بیشتر بالینی، عوارض عصبی به زیرگروههای تقسیم شدند که نتایج آن به شرح زیر است :

عارض ناشی از گرفتاری سیستم اعصاب مرکزی (CNS) (۶۸/۴ درصد) جامعه مورد مطالعه حرکات غیرطبیعی (۱) داشتند، ۳۴۰ نفر از بیماران (۶۸ درصد) لرزش اندازها و بخصوص در اندازهای فوقانی تجربه کرده بودند، و نوع لرزش آنها فعالیتی^(۲) و وضعیتی^(۳) بود. فقط دو نفر از زنان مورد مطالعه که یکی ۴۰ ساله و دیگری ۴۵ ساله بودند با حرکات کره‌ای اندازها مراجعته کرده بودند و سایر علل کره یا بررسی کامل در آنها رد شد و حرکات کره‌ای آنها متعاقب درمان پرکاری تیروئید بر طرف گردید. سایر حرکات غیرطبیعی و اختلالات سیستم اکستراپiramidal (از جمله دیستونی پارکینسونیسم، کره اتنازو پاروکسیمال^(۴)) در بیماران وجود نداشت.

۲۰ نفر از بیماران (۴ درصد) سردرد داشتند که در همه آنها سردرد از نوع تنفسی^(۵) بود که پیش از تشخیص پرکاری تیروئید سردرد داشتند و با ظاهر شدن سایر علائم پرکاری تیروئید تشدید شده بود. ۴ نفر از بیماران مورد مطالعه صرعی بودند و هر سه نفر خانم مبتلا پیش از تشخیص پرکاری تیروئید، صرع آنها معلوم شده بود ولی در بیمار مرد، همزمان با معلوم شدن تشخیص پرکاری تیروئید صرع نیز ایجاد شده بود. متأسفانه به علت شهرستانی بودن این بیماران امکان پیگیری بعدی مقدور نشد و قضاؤت کردن در رابطه با اینکه حملات صرعی این بیماران به علت پرکاری تیروئید بوده است یا نه

1- Abnormal movements

2- Action tremor

3- Postural tremor

4- Paroxysmal choreathetosis

5- Tension Headache

6- Stroke

جدول ۶ همگی پیش از تشخیص پرکاری تیروئید در بیماران ظاهر شده بودند، همه بیماران مبتلا به سندروم توبل کارپ، بی خوابی نیز داشتند (جدول ۶).

جدول ۶- فراوانی عوارض عصبی (گرفتاری اعصاب محیطی و اعصاب کرانیال و سیستم عصبی خودکار)

درصد تقریبی	جمع کل	تعداد مبتلایان		نوع عارضه
		مرد	زن	
۲/۴	۱۲	۰	۱۲	بیشفعالی
				سبیست سهپاتیک
۲	۹	۰	۹	سندروم توبل کارپ
۱/۸	۴	۰	۴	سندروم پای بیقرار
۱/۴	۲	۰	۲	پلی فوروپاتی
۰/۲	۱	۰	۱	فلج عصب صورشی

بحث

بیماران مبتلا به پرکاری تیروئید ممکن است با عوارض روانی، عصبی، یا مجموعه این دو عارضه به پزشک مراجعه نمایند. در این مقاله ۵۰۰ بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید که در سالهای ۷۳-۷۶ به بیمارستان سینا مراجعه کرده و یا باسترد شده بودند بصورت گذشته‌نگر و آینده‌نگر مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه بیماران واجد سه شرط بودند: اول اینکه تشخیص قطعی پرکاری تیروئید با تستهای مربوطه را داشتند؛ دوم اینکه داروهایی که تسمت‌های تیروئیدی را تغییر می‌دادند و یا عوارض شبیه به عوارض ناشی از پرکاری تیروئید ایجاد می‌کردند استفاده نکرده بودند؛ سوم اینکه حداقل یک عارضه روانی یا عصبی و یا مجموعه‌ای از این عوارض را داشتند. نتایج کلی بدست آمده از مطالعه نشان داد که ۴۱۷ نفر از جامعه مورد مطالعه زن و ۸۳ نفر مرد بودند. تسبیت زنان به مردان ۵ به ۱ بود، بیماران در سنینی بین ۱۵-۶۵ سال بودند. میانگین سن برای زنان ۳۹ و برای مردان ۳۸ سال بود. شایعترین عوارض روانی بترتیب عصبی بودن، بدخلقی تنفسی، بی خوابی و اضطراب بوده و شایعترین عوارض هضمی بترتیب شامل لرزش، تشدید شدن رفلکس‌های وتری، میوپاتی تیروتوکسیک و فلجه ناشی از

این گروه قرار نگرفتند.

فلج ناشی از هیپوکالمی: کلیه بیماران مبتلا به این عارضه مردان جوان ۲۵-۳۰ ساله بودند و همگی متعاقب مصرف رژیم قندی و بدنبال کار سنگین و پس از استراحت شبانه دچار ضعف عضلانی شده بودند، ضعف عضلانی از اندامهای تحتانی شروع و بعد اندامهای فوقانی را مبتلا کرده بود و با پاتسیم درمانی بهبودی داشتند و در بررسی‌های تشخیصی پرکاری تیروئید آنها آشکار گشت دو نفر از این بیماران برادر بودند و هر دو پرکاری تیروئید، حملات هیپوکالمی و لرزش در اندامهای فوقانی داشتند.

عارض چشمی^(۱): شانزده بیمار، مبتلا به عوارض چشمی پرکاری تیروئید شده بودند که در ۹ نفر از آنها علاوه بر تظاهرات چشمی، سایر علائم بیماری گرايوب^(۲) نیز، در معاینه بالینی دیده شد. بشایعترین نوع دویستی در بیماران، Vertical Diplopia بود. کلیه این بیماران مجموعه‌ای از عوارض عصبی و روانی دیگر پرکاری تیروئید را داشتند. بیماران مبتلا به افتالموپلزی میاستنیک در این گروه منظر نشد.

میاستنی گراو^(۳): تمامی ۸ نفر بیمار مبتلا به این عارضه خانمهای ۲۵-۳۵ ساله بودند، اکثر آنها با افتادگی پلک مراجعته کرده بودند (جدول ۵).

جدول ۵- فراوانی عوارض عضلانی

نوع عارضه	تعداد مبتلایان	درصد تقریبی	جمع کل	مرد	زن
میوپاتی تیروتوکسیک	۳۳	۶/۶	۳۳	۰	۳۳
فلج ناشی از هیپوکالمی	۲۲	۴/۴	۲۲	۰	۲۲
افتالموپاتی تیروتوکسیک	۱۶	۳	۱۶	۰	۱۶
میاستنی گراو	۸	۱/۶	۸	۰	۸

کلیه عوارض عضلانی فوق همزمان با تشخیص پرکاری تیروئید در بیمار ایجاد شده‌اند ولی در مورد بیماران مبتلا به میاستنی گراو فقط هشت نفر از بیماون همزمان با پرکاری تیروئید مبتلا به این عارضه شده بودند و شش نفر از این بیماران، پیش از اینکه پرکاری تیروئید آنها معلوم گردد به میاستنی گراو مبتلا شده بودند.

عارض ناشی از درگیری اعصاب محیطی، سیستم خودکار و اعصاب کرانیال: کلیه بیماران مبتلا به این نوع عارض خانم بودند. غیر از سندروم توبل کارپ که همزمان با تشخیص پرکاری تیروئید در بیماران ایجاد شده بود سایر عوارض یاد شده در

هیپوکالمی بود.

مقایسه با گزارش‌های خارجی:

در مواردی که آمار در دسترس بود انجام شد، در مطالعات خارجی نسبت جنس زن به مرد ۷ به ۱ (۲) است، در حالیکه در مطالعه ما ۵ به ۱ بوده است. عوارض روانی در گزارشات خارجی ۱۰-۲۰ درصد برآورده شده است که با ۱۸ درصد عارضه روانی در جامعه مورد مطالعه ما مطابقت داشته است. بیماران مبتلا به آپاتی در مطالعه ما در دهه سنی ششم و هفتم عمر بودند که با مراجع خارجی مطابقت دارد ولی درصد بروز آپاتی در بیماران ایرانی، ۰/۸ درصد می‌باشد، در حالیکه در آمار خارجی خیلی بیشتر و ۰/۱۰ برآورده شده است. درصد سایر عوارض عصبی و عضلانی در مطالعه مورد مطالعه با آمار خارجی تقریباً هماهنگی دارد ولی لرزش در بیماران پرکاری تیروئید، هرچند در آمار خارجی و بیماران مورد مطالعه ما شایعترین عارضه عصبی بوده است ولی در بیماران مورد مطالعه، نسبت به آمار خارجی کمتر بوده است (۶۷ درصد در مقابل ۹۷ درصد) (جدول ۷).

وقوع عوارض باد شده در مطالعه، برای کلیه عوارض روانی و غالب عوارض عضلانی و لرزش و سندروم تونل کارپ، همزمان با تشخیص پرکاری تیروئید بود؛ در حالیکه بیمارانی که مبتلا به سکته مغزی شده بودند، بعد از تشخیص پرکاری تیروئید، مبتلا به این عارضه شده بودند؛ بقیه عوارض باد شده در مطالعه، قبل از تشخیص پرکاری تیروئید در بیماران ایجاد شده بود. ۱۸٪ از بیماران مورد مطالعه فقط عوارض عصبی و روانی را داشتند. موضوع آنها مجموعه‌ای از عوارض عصبی و روانی را داشتند. موضوع جالب اینکه اکثریت فراوانی عوارض عصبی در مبتلایان گرچه با میزان بروز پرکاری تیروئید در جامعه زنان هماهنگی دارد ولی به هر حال در زنان، بیشتر ایجاد شده است (بجز فلجه ناشی از هیپوکالمی و ضعف بعلت گرفتاری سیستم پیرامیدال که در صردها بیشتر ایجاد شده)، در حالیکه بروز عوارض روانی در گروه مردان و زنان تقریباً به هم نزدیک است.

جدول ۷- مقایسه فراوانی عوارض بیماران با گزارش‌های خارجی

نوع عارضه	درصد در جامعه مورد مطالعه	درصد در آمار خارجی
لرزش	۶۸	۹۷
تشدید شدن رفلکس‌های وتری	۲۳	۲۵
میوپاتی تیروتونکسیک	۶/۶	۴
فلجه ناشی از هیپوکالمی	۴/۴	۲-۸
افتافهویاتی تیروتونکسیک	۳	۲-۵
سندروم تونل کارپ	۲	۵
میاسنتری گراو	۱/۶	کمتر از ۱
حملات صرعی	۱/۸	۱۰
عوارض روانی و رفتاری	۱۸	۱۰-۲۰
آپاتی	۰/۸	۱۰

بنفع پرکاری سیستم سمپاتیک داشته باشد بفکر پرکاری تیروئید باشیم.

۴- در اوریبیتوپاتی‌هایی که با دوبینی همراه باشند و در ضعف عضلات ریشه اندامها و در فلجهای دوره‌ای هیپوکالمیک همیشه باید پرکاری تیروئید را در تشخیص افتراقی مطرح نمود.

سپاسگزاری

در بیان از کارکنان بایگانی بیمارستان سپنا و کارکنان درمانگاه عدد، نورولوژی و داخلی بیمارستان سپنا که به صور مختلف، در این بررسی مارا بازی مسوند، تشکر من کنم

در پایان لازم است به نکات زیر تأکید شود:

۱- هر بیماری با عارضه روانی یا عوارض عصبی و عضلانی که در این مقاله مذکور شدیم به پیشک مراجعه نمود باید بفکر پرکاری تیروئید باشیم.

۲- عصبی بودن، یدخلقی تنفسی، بی‌خوابی و اضطراب را فقط نباید به بیماریهای روانی نسبت داد و همیشه با اینگونه عوارض، پرکاری تیروئید را در ذهن داشته باشیم.

۳- در هر بیماری که با لرزش فعالیتی یا لرزش وضعیتی و تشدید شدن رفلکس‌های وتری مراجعه کرده باشد، بخصوص اگر علائمی

منابع

- 1- Adams, R.D. & Victor, M.: Principles of Neurology:Fifth edition, MC GrawHill, 1993, ch. 51:1233-39.
- 2- Aminoff.M: Neurology and general medicine. Churchill livingstone inc, 1995, 18: 333-38.
- 3- Kenneth L.B: Principles and practice of endocrinology and methabolism, Lippencott, 1990 (a) 109: 1537-1539/ (b) : 99: 1480-1481.
- 4- Wheeler M., Lazarus J: Disease of thyroid. Chapman & Hall, 1994, 5(1) 165-170, 5 (b) 171-191 5(c): 194-198, 5(d) 202-205, 5(e) 213-214.
- 5- Swanson, J, Neurologic aspects of thyroid dysfunction. Myo Clin Proc , 1981 56: 504-512.
- 6- Steinberg, PL, A case of paranoid disorder associated with hyperthyroideism. Can - J - Psychiatry. 1994 Apr; 39(3): 153-6.
- 7- Kezachian, B., Horner's Syndrome secondary to benign multinodular goiter with hyperthyroidism. Eur - J - Med. 1993 Aug - Sep; 2175: 440-1.
- 8- Moster - ML, Thyroid ophthalmopathy presenting as superior olique paresis, J - Clin - Neuroophthalmol. 1992 Jun; 12(2): 94-7.
- 9- Patrick Yeatts R, Grave's ophthalmopathy. Medical Clinics of North America. 1995 Jan 79(1) 195-207.
- 10- Kuroda - Y, Exacerbation of myasthenia gravis shortly after administration of methimazole for hyperthyroidism. JPn-J - Med, 1991 Nov - Dec; 30(6): 578-81.
- 11- Stedwell - RE, Hypokalemic paralysis : a review of the etiology, Am. J. Emerg. Med., 1992 Mar; 10(2): 143-8.
- 12- Capobianco - DJ, Hyperthyroidism and periodic paralysis. J - Fla - Med - Assoc 1990 Oct; 77(10): 884-8.
- 13- Ober - Kp, Thyrotoxic periodic paralysis in the United States. Medicine - Baltimore. 1992 May; 71(3): 109-20.
- 14- Pozzan - GB, Hyperthyroid - induced chorea in an adolescent girl. Brain - Dev. 1992 Mar; 14(2): 126-7.
- 15- Lucantoni - C, Chorea due to hyperthyroidism in old age. A case report. Acta - Neurol - Napoli 1994 Jun; 16(3): 129-33.
- 16- Su - YH, Seizure threshold in juvenile myoclonic epilepsy with Graves disease. Epilepsia, 1993 May - Jun; 34(3): 488-92.