

# بررسی عوارض روانی و عصبی ۵۰۰ بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید

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

دکتر علیرضا مفید - استادیار گروه داخلی - بیمارستان 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 سکتة 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 می باشد بلکه با درمان پرکاری تیروئید معمولاً برطرف خواهند شد. واژه های کلیدی: هیپرتیروئیدی؛ عوارض روانی - عصبی

## مقدمه

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

بیماران مبتلا به پرکاری تیروئید ممکن است با عوارض روانی<sup>(۱)</sup> یا عوارض عصبی<sup>(۲)</sup> یا مجموعه ای 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 می توانست این گونه اختلالات را در آنها ایجاد نماید بدقت بررسی و رد شد. اکثر بیماران در گروه های سنی ۲۹-۲۰ سال و ۳۹-۳۰ سال قرار داشتند. ۸۳/۴٪ آنها زن و ۱۶/۶٪ آنها مرد بودند (نسبت زن به مرد ۵ به ۱ بود). شایعترین عوارض روانی، عصبی بودن، بدخلقی تنشی، بی خوابی و اضطراب بود و شایعترین عوارض عصبی، لرزش، تشدید شدن رفلکس های وتری، میوپاتی تیروتوکسیک و فلج هیپوکالمیک دوره ای تیروتوکسیک بودند. کلیه عوارض روانی و غالب عوارض عضلانی و لرزش و سندرم تونل کارپ همزمان با تشخیص پرکاری

توجه بیشتری در پیگیری بیمارانی شود که برای اولین بار به درمانگاههای مغز و اعصاب و روانپزشکی مراجعه می‌نمایند و در واقع با پرچسب 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 (۷۶-۷۳) 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 باشند 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 معاینه بالینی

عملکردی عصبی و روانی و عضلانی<sup>(۱)</sup> (۵،۴،۳،۲،۱) می‌باشد، این گونه تظاهرات، از این بابت که می‌توانند کلید تشخیص پرکاری تیروئید باشند بسیار اهمیت دارند. بیمار بیشتر این عوارض را حین مراجعه به پزشک عنوان خواهد نمود و نکته مهم دیگر اینکه، بیشتر این عوارض وقتی که هورمونهای تیروئیدی متعاقب درمان به سطح طبیعی برگردند بازگشت‌پذیر خواهند بود. پرکاری تیروئید طیف وسیعی از اختلالات در سیستم اعصاب مرکزی (CNS) و سیستم اعصاب محیطی (PNS) و سیستم عصبی خودکار (۲) ایجاد می‌کند از جمله:

۱- تغییرات در قوای دماغی<sup>(۲)</sup> که عمدتاً به صورت عصبی بودن<sup>(۳)</sup>، بدخلقی تنشی<sup>(۴)</sup>، بی‌خوابی، اضطراب، افسردگی، روان‌پریشی<sup>(۵)</sup>، حملات هراس<sup>(۶)</sup>، آباتی، ترس، مانیا<sup>(۷)</sup> و ناپایداری هیجانی<sup>(۸)</sup> می‌باشد.

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

۲- گرفتاری سیستم حرکتی و عضلات بصورت میوپاتی<sup>(۱۲)</sup> (۵،۳)، میاسنزی‌گراو<sup>(۱۳)</sup> (۱۰،۲،۱) و فلج ناشی از هیپوکالمی می‌باشد (۵،۱۲،۱۱،۱۳)، اختلال در راه رفتن بعلت گرفتاری سیستم پیرامیدال (۵)، تشدید شدن رفلکس‌های تری (۵،۳،۱)، حرکات غیرطبیعی بصورت لرزش، کره (۱۵،۱۴،۵) و غیره.

۳- گرفتاری اعصاب محیطی و اعصاب کرانیال (۵،۴،۳) به صورت سندرم تونل کارپ، سندرم پای بی‌قرار<sup>(۱۴)</sup> (۳،۱)، فلج عصب صورتی<sup>(۱۵)</sup> و عصب باصره.

۴- گرفتاری سیستم اعصاب مرکزی به صورت سردرد، صرع (۱۶،۵)، سکتة مغزی و طوفان تیروئیدی<sup>(۱۵)</sup>.

۵- گرفتاری سیستم اتونوم بصورت بیش‌فعالی سیستم سمپاتیک<sup>(۱۶)</sup> (۵،۳،۱) که با طپش قلب، تعریق، تاکیکاردی 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 توجه همراه با پرکاری تیروئید داشته باشند

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 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 |

بیمار وجود داشت. د - یافته‌های آزمایشگاهی. لازم به تذکر است که پس از اینکه تشخیص پرکاری تیروئید برای بیمار مسجل می‌شد، وقوع عوارض روانی و عصبی یا 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 عوارض 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 ایجادکننده علائم روانی و عصبی مورد بررسی قرار گرفتند و زمانی این گونه عوارض به پرکاری تیروئید نسبت داده شد که سایر علل ایجادکننده تابلوی مشابه در آنها رد شده بود. عوارض ایجاد شده در بیمار در دو گروه روانی و عصبی مورد ارزیابی قرار گرفت. عوارض روانی ۱۰ مورد و شامل اضطراب، عصبی بودن (Nervousness)، بدخلقی تنشی (Tense dysphoria)، بی‌خوابی، آپاتی، ماتی، افسردگی، روان‌پریشی، حملات هراس، ترس بود. عوارض عصبی ۱۶ مورد و شامل صرع، سردرد (تنش و میگرنی)، عوارض چشمی، لرزش، کره، سندرم تونل کارپ، ماستنی گراو، فلج دوره‌ای هیپوکالمی، انواع دیگر میوپاتی، پلی‌نوروپاتی، سندرم پا‌های بی‌قرار، سکتة مغزی، فلج اعصاب کرانیال، علائم اتونومیک، گرفتاری راههای پیرامیدال و تشدید شدن رفلکس‌های تری 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.

جدول ۱- توزیع گروه سنی و جنسی

گروه سنی	زن	مرد	جمع کل	درصد تقریبی
زیر ۲۰ سال	۱۶	۲	۱۸	۳/۶
۲۰-۲۹	۱۴۶	۳۳	۱۷۹	۳۵
۳۰-۳۹	۱۵۰	۳۲	۱۸۲	۳۶
۴۰-۴۹	۶۰	۸	۶۸	۱۳/۶
۵۰-۵۹	۳۷	۵	۴۲	۸/۴
۶۰-۶۹	۸	۳	۱۱	۲/۲
جمع	۴۱۷	۸۳	۵۰۰	۱۰۰ درصد

**فراوانی 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- فراوانی عوارض رفتاری و روانی شایعترین عوارض روانی و رفتاری این بیماران، عصبی بودن، بدخلقی تنشی، بی‌خوابی و اضطراب بود. سایر عوارض بترتیب فراوانی در جدول ۳ آمده است. بیماران مبتلا به آپاتی در دهه سنی ششم و هفتم بودند. در تمامی موارد یاد شده، تشخیص پرکاری تیروئید همزمان با وقوع عوارض روانی و رفتاری بوده است (جدول ۳).

## نتایج

**توزیع سنی و جنسی:** سن بیماران بین ۶۵-۱۵ سال و ۸۳/۴ درصد آنها زن و ۱۶/۶ درصد آنها، مرد بودند

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

نوع عوارض	مردان		زنان		درصد کل بیماران	درصد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
فقط روانی	۹	۸۳	۱۰	۸۱	۹۰	۱۸
فقط عصبی	۳۶	۸۳	۴۴	۷۷	۱۱۳	۲۳
مخلوط عوارض روانی و عصبی	۲۸	۸۳	۴۶	۲۵۹	۲۹۷	۵۹

جدول ۳- فراوانی عوارض رفتاری و روانی

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

و آیا با درمان پرکاری تیروئید، برطرف شده است یا نه، امکان‌پذیر 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 حوادث عروقی مغزی<sup>(۶)</sup> 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 هیپر تیروئیدی، ۴ نفر از بیماران ما (۰/۸ 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 (۱۴ درصد) سابقه فامیلی پرکاری تیروئید داشتند.

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

نوع عارضه	تعداد مبتلایان		جمع کل	درصد تقریبی
	زن	مرد		
لرزش	۲۷۴	۶۶	۳۴۰	۶۸
شدید شدن رفلکس‌ها	۸۷	۳۰	۱۱۷	۲۳
سردرد	۱۸	۲	۲۰	۴
انواع صرع	۳	۱	۴	۰/۸
کره	۲	۰	۲	۰/۴
سکته مغزی	۲	۰	۲	۰/۴
ضعف اندام به علت گرفتاری پیرامیدال	۰	۱	۱	۰/۲
توفان تیروئیدی	۰	۰	۰	۰

- فراوانی عوارض عضلانی: همه بیماران که مبتلا به Thyrotoxic myopathy شده بودند زن بودند، ضعف عضلانی آنها عمدتاً در اندامهای تحتانی و در عضلات خم‌کننده زان و چهارسر رانی بود و خستگی‌پذیری 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 فلج ناشی از هیپوکالمی در

۲- فراوانی عوارض عصبی: شایعترین عوارض عصبی برحسب فراوانی، لرزش، تشدید شدن رفلکس‌های و تری، میوپاتی و فلج ناشی از هیپوکالمی بود. جهت بررسی بیشتر بالینی، عوارض عصبی به زیرگروههایی تقسیم شدند که نتایج آن به شرح زیر است:

عوارض ناشی از گرفتاری سیستم اعصاب مرکزی (CNS): ۶۸/۴ درصد جامعه مورد مطالعه حرکات غیرطبیعی<sup>(۱)</sup> داشتند. ۳۴۰ نفر از بیماران (۶۸ درصد) لرزش اندامها و بخصوص در اندامهای فوقانی تجربه کرده بودند، و نوع لرزش آنها فعالیتی<sup>(۲)</sup> و وضعیتی<sup>(۳)</sup> بود. فقط دو نفر از زنان مورد مطالعه که یکی ۴۰ ساله و دیگری ۴۵ ساله بودند با حرکات کره‌ای اندامها مراجعه کرده بودند و سایر علل کره با بررسی کامل در آنها رد شد و حرکات کره‌ای آنها متعاقب درمان پرکاری تیروئید برطرف گردید. سایر حرکات غیرطبیعی و اختلالات سیستم اکستراپیرامیدال (از جمله دیستونی پارکینسونیسم، کره اتنوز پاروکسیمال<sup>(۴)</sup>) در بیماران وجود نداشت. ۲۰ نفر از بیماران (۴ درصد) سردرد داشتند که در همه آنها سردرد از نوع نشتی<sup>(۵)</sup> بوده 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 قضاوت 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 سندرم تونل کارپ، بی‌خوابی نیز داشتند (جدول ۶).

جدول ۶- فراوانی عوارض عصبی (گرفتاری اعصاب محیطی و اعصاب

کرانیال و سیستم عصبی خودکار)

نوع عارضه	تعداد مبتلایان		جمع کل	درصد تقریبی
	زن	مرد		
بیش‌فعالی	۱۲	۰	۱۲	۲/۴
سببستم سمپاتیک				
سندرم تونل کارپ	۹	۰	۹	۲
سندرم پای بیقرار	۴	۰	۴	۰/۸
پلی‌نوروپاتی	۲	۰	۲	۰/۴
قلج عصب‌صورتی	۱	۰	۱	۰/۲

## 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 ۷۶-۷۳ به بیمارستان سینا مراجعه کرده و یا بستری 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 تحت‌های 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. نسبت زنان به مردان ۵ به ۱ بود، بیماران در سنینی بین ۶۵-۱۵ سال بودند. میانگین سن برای زنان ۳۹ و برای مردان ۳۸ سال بود. شایعترین عوارض روانی بترتیب عصبی بودن، بدخلقی تنشی، بی‌خوابی و اضطراب بود و شایعترین عوارض عصبی بترتیب شامل لرزش، تشدید شدن رفلکس‌های وتری، میوپاتی تیروتوکسیک و قلج ناشی از

این گروه قرار نگرفتند.

### قلج ناشی از هیپوکالمی: کلیه بیماران مبتلا به این عارضه

مردان جوان ۳۰-۲۵ 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 بعداً اندامهای فوقانی رامبتلا کرده بود و با پتاسیم درمانی بهبودی داشتند و در بررسی‌های تشخیصی پرکاری تیروئید آنها آشکارگشت دو نفر از این بیماران برادر بودند و هر دو پرکاری تیروئید، حملات هیپوکالمی و لرزش در اندامهای فوقانی داشتند.

### عوارض چشمی<sup>(۱)</sup>: شانزده بیمار، مبتلا به عوارض چشمی

پرکاری تیروئید شده بودند که در ۹ نفر از آنها علاوه بر تظاهرات چشمی، سایر علائم بیماری گرایو<sup>(۲)</sup> نیز، در معاینه بالینی دیده شد. شایعترین نوع دوبینی در بیماران، Vertical Diplopia بود. کلیه این بیماران مجموعه‌ای از عوارض عصبی و روانی دیگر پرکاری تیروئید را داشتند. بیماران مبتلا به افتالموپلژی میاستنیک در این گروه منظور نشد.

### میاستنی گراو<sup>(۳)</sup>: تمامی ۸ نفر بیمار مبتلا به این عارضه

خان‌های ۳۵-۲۵ ساله بودند، اکثر آنها با افتادگی پلک مراجعه کرده بودند (جدول ۵).

جدول ۵- فراوانی عوارض عضلانی

نوع عارضه	تعداد مبتلایان		جمع کل	درصد تقریبی
	زن	مرد		
میوپاتی تیروتوکسیک	۳۳	۰	۳۳	۶/۶
قلج ناشی از هیپوکالمی	۰	۲۲	۲۲	۴/۴
افتالموپاتی تیروتوکسیک	۱۲	۴	۱۶	۳
میاستنی گراو	۸	۰	۸	۱/۶

کلیه عوارض عضلانی فوق همزمان با تشخیص پرکاری تیروئید در بیمار ایجاد شده‌اند ولی در مورد بیماران مبتلا به میاستنی گراو فقط دو نفر از بیماران 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.

### عوارض ناشی از درگیری اعصاب محیطی، سیستم

### خودکار و اعصاب کرانیال: کلیه بیماران مبتلا به این نوع عارض

خانم بودند. غیر از سندرم تونل کارپ که همزمان با تشخیص پرکاری تیروئید در بیماران ایجاد شده بود سایر عوارض یاد شده در

1- Dysthyroid orbitopathy 2- Grave's disease

3- Myasthenia gravis

هیپوکالمی بود.

## مقایسه با گزارشهای خارجی:

در مواردی که آمار در دسترس نبود 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 ۲۰-۱۰ درصد برآورد 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، ۸/۰ درصد می‌باشد، در حالیکه در آمار خارجی خیلی بیشتر و ۱۰٪ برآورد شده است. درصد سایر عوارض عصبی و عضلانی در بیماران 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 یاد شده در مطالعه، برای کلیه عوارض روانی و غالب عوارض عضلانی و لرزش و سندرم تونل کارپ، همزمان با تشخیص پرکاری تیروئید بود؛ در حالیکه بیماری که مبتلا به سکنه مغزی شده بودند، بعد از تشخیص پرکاری تیروئید، مبتلا به این عارضه شده بودند؛ بقیه عوارض یاد شده در مطالعه، قبل از تشخیص پرکاری تیروئید در بیماران ایجاد شده بود. ۱۸٪ از بیماران مورد مطالعه فقط عوارض روانی، ۲۲٪ فقط عارضه عصبی و ۵۹٪ 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 فلج ناشی از هیپوکالمی و ضعف بعلت گرفتاری سیستم پیرامیدال که در مردها 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 تیروئید و توکسیک	۶/۶	۴
فلج ناشی از هیپوکالمی	۴/۴	۲-۸
افتالمیوپاتی تیروئید و توکسیک	۳	۲-۵
سندرم تونل کارپ	۲	۵
میاستنی گراو	۱/۶	کمتر از ۱
حملات صرعی	۰/۸	۱۰
عوارض روانی و رفتاری	۱۸	۱۰-۲۰
آپاتی	۰/۸	۱۰

در پایان لازم است به نکات زیر تأکید شود:

- ۱- هر بیماری با عارضه روانی یا عوارض عصبی و عضلانی که در این مقاله متذکر شدیم به پزشک مراجعه نمود باید بفکر پرکاری تیروئید باشیم.
- ۲- عصبی بودن، بدخلقی تنشی، 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

بمنفع پرکاری سیستم سمپاتیک داشته باشد بفکر پرکاری تیروئید باشیم.

۴- در اوربیتوپاتی‌هایی 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 پایان از کارکنان نایگانی بیمارستان سینا و کارکنان درمانگاه غده، نورولوژی و داخلی بیمارستان سینا که به صورت مختلف، در این بررسی ما را یاری نمودند تشکر می‌کنیم.

## 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, P.I, A case of paranoid disorder associated with hyperthyroideism. Can - J - Psychiatry. 1994 Apr; 39(3): 153-6.
- 7- Kezachian, B., Horners Syndrome secondary to benign multinodular goiter with hyperthyroidism. Eur - J - Med. 1993 Aug - Sep; 2175: 440-1.
- 8- Moster - M.L., Thyroid ophthalmopathy presenting as superior oblique paresis, J - Clin - Neurophthalmol. 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 gravi shortly after administration of methimazole for hyperthyroidism. Jpn-J - Med, 1991 Nov - Dec; 30(6): 578-81.
- 11- Stedwell - R.E. Hypokalemic paralysis : a review of the etiology, Am. J. Emerg. Med., 1992 Mar; 10(2): 143-8.
- 12- Capobianco - D.J. 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 - G.B. 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.