

چکیده

سابقه و هدف: تاکی آریتمی‌های فوق بطنی و در راس آنها فیبریلاسیون دهلیزی از آریتمی‌های شایع قلبی محسوب می‌شوند. فیبریلاسیون دهلیزی می‌تواند از ظاهرات قلبی پرکاری تیروئید باشد ولی در مورد نقش تیروئید در سایر تاکی آریتمی‌های فوق بطنی و نیز نقش فرمهای تحت بالینی اختلالات عملکرد تیروئید در این آریتمی‌ها، اطلاعات ناکافی است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح TSH سرم به عنوان شناسنامه اصلی اختلالات عملکرد تیروئید با بررسی تاکی آریتمی‌های فوق بطنی در بیمارستان شهید بهشتی زنجان در سال ۱۳۷۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه مورد - شاهدی است که بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران با تشخیص تاکی آریتمی فوق بطنی که هیچ علت خاصی برای آن یافت نشده بود و ۱۰۰ فرد شاهد به ظاهر سالم که از نظر سن و جنس با گروه قبلی هم خوانی داشتند، انجام شد. سرم کلیه افراد جهت اندازه گیری سطح T4 آزاد، T3 آزاد و TSH به روش رادیوایمونومتریکاسی، اخذ و توسط یک مرکز اندازه گیری شد. تشخیص نوع تاکی آریتمی توسط متخصص قلب و عروق تایید شده و اطلاعات مربوط به هر نوع آریتمی جداگانه بررسی شد. برای تعزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t و کای دو و معاسبه نسبت شناسنامه و برآورده آن در جامعه استفاده شد.

یافته‌ها: ۱۸٪ افراد گروه بیمار و ۷٪ افراد گروه شاهد اختلال سطح TSH داشتند ($p < 0.05$). هیپرتیروئیدی واضح در ۹٪ بیماران و ۱٪ گروه شاهد یافت شد ($p < 0.01$). ۴٪ گروه بیمار و ۳٪ گروه شاهد فرم تحت بالینی پرکاری تیروئید را داشتند که تفاوت معنی داری نداشت. ۵٪ بیماران و ۳٪ گروه شاهد TSH بالا داشتند که این اختلاف معنی دار نبود. نسبت شناسنامه کم کاری تیروئید در افراد با فیبریلاسیون دهلیزی ۲/۶ برابر گروه شاهد بود. نسبت شناسنامه هیپرتیروئیدی در افراد با فیبریلاسیون دهلیزی نسبت به گروه شاهد ۱۱ به ۱ در افراد با تاکی آریتمی حمله‌ای سوپراونتریکولار (PSVT) نسبت به گروه شاهد ۱/۵ به ۱ بود. نسبت شناسنامه فرم‌های تحت بالینی پرکاری تیروئید در افراد بیمار نسبت به گروه شاهد ۱/۳ به ۱ بود. در تعمیم به جامعه تنها آمار مربوط به نسبت شناسنامه پرکاری تیروئید در افراد با AF معنی دار بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: اختلاف سطح TSH سرم در افراد با تاکی آریتمی فوق بطنی شایع بالاتری نسبت به افراد سالم دارد. ولی انجام تست‌های تیروئیدی تنها در افراد با فیبریلاسیون دهلیزی و بیشتر به منظور یافتن هیپرتیروئیدی و به میزان کمتری جهت یافتن هیپوتیروئیدی توصیه می‌گردد. در افراد با PSVT در صورت وجود شک بالینی انجام تست‌های تیروئیدی ضروری است. انجام مطالعات با حجم نمونه بیشتر برای تعیین تغییک نهایی بیماران با PSVT از جهت انجام تست‌های روتین تیروئیدی توصیه می‌شود.

وازگان کلیدی: تاکی آریتمی‌های فوق بطنی، TSH، عملکرد تیروئید، فیبریلاسیون دهلیزی

مقدمه

(IRMA) سنجیده شود بهترین معیار برای تشخیص اختلالات عملکرد اولیه تیروئید است (۱). برخی اوقات اختلالات عملکرد تیروئید بدون ایجاد مشکل بالینی تنها در حد تغییر

بیماری غده تیروئید از بیماری‌های شایع در جامعه بوده که از جمله مهمترین آنها پرکاری و کم کاری تیروئید می‌باشد. سطح سرمی تیروتروپین (TSH) اگر با روش‌های حساس رادیوایمونومتریک

فشار خون و یا بدون سابقه قبلی ولی دارای فشار خون بالاتر از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه در هنگام بررسی وجود هم زمان بیماری تبدیل یا عفونی حاد نداشتند. پس از کسب رضایت از کلیه افراد شرکت کننده، شرح حال مختصر و معاینات شامل علاطم حیاتی و معاینه تیروئید انجام و فرم اطلاعاتی حاوی اطلاعات فردی مورد نیاز تکمیل می شد. C_c خون وریدی در حالت خوابیده از ورید کوبیتال اخذ و پس از سانتریفیوژ و جداسازی سرم به یک مرکز آزمایشگاهی ارسال شد. سطح TSH سرم به روش Radio Immunometric Assay (IRMA) و به شکل دوبل و بوسیله دستگاه گاما کانتر و با کیت های کاوشیار با حساسیت شناسایی $\text{mIU/L}^{0.27}$ و میزان دقیق در یک Run کاری معادل $\text{CV}^{5/8}$ برای مقادیر پایین (Coefficient of Variatration) در $\text{CV}^{1/2}$ برای مقادیر بالای TSH و در صورت تکرار تست در زمانهای متفاوت (Inter-assay Variation) دارای $\text{CV}^{4/9}$ در مقادیر پایین سرمی و $\text{CV}^{1/7}$ در مقادیر بالای سرمی TSH تعیین شد. در صورت غیر طبیعی بودن سطح TSH سرم، سطوح سرمی $\text{T4}^{0.4}$ و $\text{T3}^{0.4}$ (آزاد) با روش رادیوایمونوواسی (RIA) بوسیله کیت های Immunotech اندازه گیری می شد. دقیق در یک Run کاری برای کیت های $\text{T3}^{0.5/1}$ و $\text{C.V}^{5/1}$ برای مقادیر پایین سرمی و $\text{CV}^{6/4}$ برای مقادیر بالای سرمی در انجام آزمایشات در زمان های مختلف (Inter-assay) دارای $\text{CV}^{5/5}$ برای مقادیر پایین و $\text{CV}^{3/6}$ برای مقادیر بالای سرمی T3 بود. برای کیت های $\text{FT4}^{0.5/7}$ برای مقادیر پایین سرمی $\text{CV}^{6/7}$ و برای مقادیر بالای سرمی $\text{CV}^{3/9}$ در Inter-assay میزان CV برای مقادیر پایین سرمی $\text{CV}^{5/8}$ و برای مقادیر بالای سرمی $\text{CV}^{3/3}$ بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون t و کای دو و برآورد نسبت شانس و محاسبه آن در جامعه استفاده شد.

یافته ها

تعداد ۱۰۰ نفر بیمار با میانگین سنی $۶۲/۸ \pm ۱۱/۳$ سال و ۱۰۰ نفر فرد سالم با میانگین سنی $۶۱/۳ \pm ۱۳/۹$ سال مورد بررسی قرار گرفتند که تفاوت معنی داری از نظر سن نداشتند. در هر گروه $۵/۷$ ٪ افراد را زنان و $۴/۳$ ٪ را مردان تشکیل می دادند. ۶۰ ٪ افراد مطالعه شهری و ۴۰ ٪ روستایی بودند. ۶۶ ٪ بیماران حمله تاکی آریتمی را در کمتر از 72 ساعت گذشته و بقیه (۳۴ ٪) در فاصله زمانی طولانی تری ذکر می کردند. میانگین TSH سرم در گروه بیماران با تاکی آریتمی $۱/۸ \pm ۰/۲$ میلی واحد در لیتر و میانگین TSH افراد شاهد $۱/۶ \pm ۰/۷$

سطح تیروئیدین سرم محدود مانده و سطح سرمی هورمونهای T3 و T4 طبیعی باقی می ماند. این فرم از اختلالات با عنوان فرم های تحت بالینی پرکاری و کم کاری تیروئید شناخته می شوند (۲). اختلالات ریتم قلب از علل مهم و شایع مراجعه بیماران به بخش های اورژانس و قلب بیمارستانها می باشند. تاکی آریتمی های فوق بطنی از جمله شایع ترین این آریتمی ها هستند (۳) که بعضاً به علت واضحی همچون اختلالات دریچه ای، ایسکمی قلبی وغیره هستند و گاه علت واضحی برای آنها یافت نمی شود. رابطه فیبریلاسیون دهلیزی با پرکاری تیروئید از مدت ها قبل شناخته شده و انجام تست های تیروئید در افراد با AF بدون علت مشخص توصیه می شود (۳) ولی در مورد سایر تاکی آریتمی های فوق بطنی اطلاع دقیق موجود نیست. در ضمن رابطه موارد تحت بالینی اختلالات عملکرد تیروئید با فیبریلاسیون دهلیزی به وضوح مشخص نیست. در برخی گزارشات بروز AF در افراد هیپرتیروئیدی تا ۳۰ ٪ و در یک مورد در افراد با فرم تحت بالینی پرکاری تیروئید تا ۵۱ ٪ گزارش شده است (۴). در باره سایر تاکی آریتمی های فوق بطنی اطلاعات ناقص است. از طرقی تجربیات بالینی نویسنده حاکی از شیوع بالاتر کم کاری تیروئید در افراد با فیبریلاسیون دهلیزی است که این مطلب در متون علمی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین انسواع اختلالات عملکرد تیروئید در افراد با انواع مختلف تاکی آریتمی های فوق بطنی و مقایسه آن با گروه شاهد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شهید بهشتی زنجان طی سالهای $۱۳۷۹-۸۰$ انجام گرفت.

مواد و روش ها

در این مطالعه مورد - شاهدی تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران که بر اساس نوار قلب و با تائید یک نفر متخصص قلب و عربوق دارای یکی از انواع تاکی آریتمی های فوق بطنی شامل فیبریلاسیون دهلیزی، فلوتر دهلیزی، تاکی کاردی حمله ای فوق بطنی (PSVT) و MAT بودند و ۱۰۰ نفر افراد سالم که از لحاظ سن و جنس با گروه مورد یکسان بوده و معیارهای ورود به تحقیق را داشتند، انجام شد. حجم نمونه برای هر گروه بر اساس فرمول $P_1 = 0/2$ و $P_2 = 0/05$ محاسبه شد. کلیه افراد بی حال بوده با احتساب $P_1 = 0/2$ و $P_2 = 0/05$ محاسبه شد. سایه مصرف دوپامین و دوبوتامین در روزهای اخیر، بیماری شناخته شده دریچه ای قلب، استفاده از لیتیوم، کورتیکوسسترئوئید، سولفونیل اوره و سولفانامیدها یا مصرف هورمونهای تیروئید، سایه

پرکاری تیروئید بودند که از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت.
 نسبت شانس فرم تحت بالینی پرکاری تیروئید در گروه بیماران
 نسبت به گروه شاهد $1/3$ برابر بود و این میزان با اطمینان 95% در
 جامعه بین دو عدد 0.3 و 0.47 برآورد شد که از نظر آماری
 معنی دار نیست. در مجموع بیشترین نسبت شانس برای
 هیپرتیروئیدی در افراد با AF و سپس PSVT بود و بیشترین نسبت
 شانس برای هیپو تیروئیدی در افراد با AF بود. جداول ۱ و ۲ توزیع
 فراوانی انواع اختلالات عملکرد تیروئید را در گروه شاهد و بیمار و
 بیز به تفکیک نوع تاکی آریتمی نشان می دهند.

جدول ۱- توزیع فراوانی انواع اختلالات عملکرد تیروئید در افراد با تاکسی آرتمی بین میانه در مقایسه با افراد سالم، زنجان ۱۳۹۰

افراد مورد بررسی	عملکرد تیروئید پرکاری	فرم تحت بالینی تیروئید	طبیعی تیروئید	کم کاری تیروئید	کم کاری پرکاری	عملکرد تیروئید
سالم	۹۳ (۹۳) **	۱ (۱)	۲ (۲)	۲ (۲)	۰ (۰)	پرکاری تیروئید
بیمار	۸۲ (۸۲)	* ۹ (۹)	۵ (۵)	۴ (۴)	۲ (۲)	کم کاری تیروئید

جدول ۲- توزیع فراوانی انواع اختلالات عملکرد تیر و نیز به نگاهیک نوع آریتمی در بیماران با تاکی آریتمی فوق بطيء، زنجان ۱۳۸۰

نوع آریتمی	عملکرد تیروئید	طبعی	پرکاری	کم کاری	فرم تحت بالینی	تیروئید	تیروئید	پرکاری تیروئید	فرم تحت بالینی	عملکرد تیروئید
فیریلایسیون*	دهلیزی	تیروئید	۷(۱۰/۴)	۵(۷/۴)	۲(۸/۹)	۲	۵	۷	۷(۱۰/۴)	۵(۷/۴)
تاسکی کاردی	دهلیزی	تیروئید	۲۱(۸۴)	۲(۸)	۲(۸)	۲	۰	۰	۰	۲(۸)
حمله‌ای فوق بطنی	فلوتوت دهلیزی	تیروئید	۵(۱۰۰)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
تاسکی کاردی	دهلیزی	تیروئید	۲(۱۰۰)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
MAT	جمع	۸۲	۹(۹)	۵(۵)	۴(۴)					

* اعداد داخلا بر انتز سانگ در صد است.

۱۷

این مطالعه نشان داد که شانس هیپر تیروئیدی واضح در بیماران با تاکی آریتمی فوق بطنی ۹/۷ برابر افراد سالم است. اگر چه شانس هیپوتیروئیدی در افراد با ۲/۶۸F برابر افراد سالم گزارش شد ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. همچنین اختلاف معنی داری برای فرم های تحت بالشی، بر کاری تیروئید بی: اف اد سا

میلی واحد در لیتر بود. این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. حداقل میزان TSH در گروه شاهد $0/05$ و حداکثر آن $9/9$ میلی واحد در لیتر بود. حداقل میزان TSH در گروه بیماران $0/08$ و حداکثر آن $30/5$ میلی واحد در لیتر گزارش شد.

نفر (۷۶٪) از بیماران شامل ۲۵ زن و ۳۲ مرد، فیبریلاسیون دهلیزی داشتند که شایع ترین فرم آریتمی ثبت شده را تشکیل می‌داد. در مجموع ۱۴ نفر (۲۰٪) از افراد با فیبریلاسیون دهلیزی سطوح TSH غیر طبیعی داشتند که شامل ۵ مورد TSH بالاتر از طبیعی (همگی کم کاری تیروئید Overt) و ۹ مورد TSH پایین‌تر از طبیعی داشتند که ۲ مورد فرم تحت بالینی و ۷ مورد هیپرتیروئیدی واضح بود. نسبت شناسی هیپرتیروئیدی در افراد با (AF) فیبریلاسیون دهلیزی) نسبت به گروه شاهد ۱۱ به ۱ بود. در جامعه نسبت احتمال هیپرتیروئیدی در افراد با فیبریلاسیون دهلیزی با اطمینان ۹۵٪ نسبت به افراد سالم بین ۱/۳۳ تا ۹۰ برابر برآورد گردید که از نظر آماری معنی دار می‌باشد. نسبت شناسی هیپوتیروئیدی در افراد با فیبریلاسیون دهلیزی ۲/۶ برابر گروه شاهد بود. این میزان شناسی با اطمینان ۹۵٪ در جامعه برای افراد با فیبریلاسیون دهلیزی نسبت به افراد سالم بین دو مقدار ۱۰/۷ و ۶۳/۰ قرار دارد که از نظر آماری معنی دار نیست.

۲۰ نفر از افراد مورد بررسی تاکی کاردی دهلیزی داشتند که هیچ یک اختلال در سطح TSH نداشتند. ۲۵ بیمار دارای PSVT بودند (۱۶ زن و ۹ مرد) که ۴ مورد (۱۶٪) آنها اختلال در سطح TSH داشتند که هر ۴ مورد پایین بودن TSH را نشان دادند. این ۴ نفر شامل ۲ نفر با فرم تحت بالینی و ۲ نفر با هیپرتیروئیدی واضح بودند. نسبت شانس هیپرتیروئیدی واضح (Overt) در افراد با PSVT نسبت به گروه شاهد ۸/۵ به ۱ بود. برآورده این میزان شانس در جامعه با احتمال ۹۵٪ بین ۰/۷۴ و ۰/۹۰ برآورده شد که از نظر آماری معنی دار نیست. ۵ بیمار با فلوتور دهلیزی و یک فرد با MAT تشخیص داده شد که در هیچ یک اختلال عملکرد تیریوئید به اثبات نرسید.

در مجموع ۱۸٪ گروه بیمار و ۷٪ گروه شاهد اختلال سطح داشتند ($p < 0.05$). هیپرتریوئیدی واضح در ۹ درصد بیماران و ۱ درصد گروه شاهد یافت شد ($p < 0.01$). نسبت شانس هیپرتریوئیدی واضح در گروه بیماران نسبت به گروه شاهد ۹/۷ به ۱ بود که با اطمینان ۹۵ درصد در جامعه نسبت شانس هیپرتریوئیدی در افراد با تاکی آریتمی فوق بطنی نسبت به گروه شاهد بین دو عدد ۷۰ و ۱/۳ قرار می‌گیرد که از نظر آماری معنی دار است. در مجموع ۴ درصد گروه بیماران و ۳٪ شاهد دارای فرم تحت بالینی

در AF می‌تواند مربوط به عوامل مداخله‌گر نظیر مصرف آمیودارون باشد که در برخی مطالعات به آن توجه شده و در برخی در نظر گرفته نشده است.

مزیت مطالعه کنونی نسبت به مطالعات قبلی وارد کردن انواع دیگر تاکی آریتمی‌های فوق بطنی از جمله PSVT در مطالعه می‌باشد که در مطالعات قبلی کمتر به آن پرداخته شده است. این مطالعه نشان داد که اگر چه PSVT بعد از AF دومین آریتمی همراه با هیپرتیروئیدی می‌باشد و شناسن هیپرتیروئیدی در این افراد ۸/۵ برابر افراد سالم است ولی در تعمیم به جامعه این شناسن از نظر آماری معنی دار نیست. ضمناً هیپرتیروئیدی در افراد با انواع دیگر تاکی آریتمی از جمله فلورت، تاکی کاردی دهلیزی و MAT نیز شیوع بالاتری از افراد سالم ندارد. لذا به نظر می‌رسد بررسی هیپرتیروئیدی تنها در بیماران با AF توجیه علمی داشته باشد. با این وجود چون در این مطالعه در برآورد تعداد نمونه‌ها، کل تاکی آریتمی‌های فوق بطنی لحاظ شده است شاید اگر تعداد نمونه‌ها در هر یک از زیر گروه‌های تاکی آریتمی بیشتر در نظر گرفته می‌شد، بخصوص در گروه PSVT، امکان معنی دار شدن آمار مربوط به پرکاری تیروئید در جامعه فراهم می‌شد. لذا تکرار بررسی در افراد با PSVT با تعداد نمونه بیشتر توصیه می‌گردد.

اگر چه تفاوت آماری معنی داری از نظر میزان هیپوتیروئیدی بین افراد بیمار و سالم یافت نشد ولی تنها در مورد افراد با AF شناس هیپوتیروئیدی ۲/۶ برابر افراد سالم بود و تمامی افراد هیپوتیروئید در گروه بیماران دارای آریتمی از نوع AF بودند، این در حالی است که در تعمیم به جامعه این میزان شناسن از نظر آماری معنی دار نبود ولی توجه افراد را به این نکته جلب می‌کند که در فیریلاسیون دهلیزی تنها هیپرتیروئیدی مورد انتظار نیست بلکه هیپوتیروئیدی نیز می‌تواند با آریتمی به شکل AF بروز نماید. فرمهای تحت بالینی پرکاری تیروئید تا ۲ درصد افراد جامعه را در گیر می‌سازد (۱۲). در مطالعه ما نیز در ۳ درصد افراد سالم این اختلال وجود داشت. از آنجا که فرمهای تحت بالینی پرکاری تیروئید بین گروه بیمار و سالم تفاوت معنی داری نداشتند و ضمناً در مورد تأثیر درمان تیروئید در این گونه بیماران بر آریتمی آنها شک و شباه وجود دارد لذا این گونه اختلالات عملکرد تیروئید در افراد با تاکی آریتمی فوق بطنی کم اهمیت به نظر می‌رسند. Sawin در مقاله‌ای که در سال ۲۰۰۲ به چاپ رسید TSH سرکوب شده را به عنوان یک فاکتور خطر برای بروز فیریلاسیون دهلیزی دانسته و درمان را به خصوص در مواردی که همراه با گواتر مولتی ندولر و یا وجود علامت باشد توصیه نموده

تاکی آریتمی فوق بطنی و افراد سالم دیده نشد. افراد با ۸/۵ PSVT برابر افراد سالم شناس وجود هیپرتیروئیدی واضح را داشتند.

مطالعه Krahn در کانادا بر روی ۷۰۰ بیمار AF و فلوتر دهلیزی شیوع اختلال TSH را ۱۲/۴٪ نشان داد که کمتر از ۱۸ درصد شیوع آن در مطالعه حاضر می‌باشد. علت این مسئله را می‌توان در نوع نمونه‌ها دانست به طوری که PSVT که در مطالعه ما بعنوان یکی از تاکی آریتمی‌های با نسبت شناسن بالای وجود هیپرتیروئیدی آمده در مطالعه Krahn وارد مطالعه نشده بود. در مطالعه فوق ۴/۷ درصد افراد TSH پانین و ۷/۷٪ TSH بالا داشتند که با میزان شیوع ۵٪ هیپوتیروئیدی در مطالعه ما تفاوت چندانی ندارد. در مطالعه مذکور ریسک هیپوتیروئیدی در افراد با سن بالاتر بیشتر بود که این مطلب در مطالعه ما نیز صادق بود (۷).

مطالعه دیگری توسط Kerr انجام شد و شیوع اختلال TSH در افراد با AF را ۱۹ درصد نشان داد که تنها ۱ درصد آنها هیپرتیروئیدی واضح داشتند. این آمار در مقایسه با مطالعه ما با ۱۰ درصد هیپرتیروئیدی واضح در افراد با AF بسیار پانین می‌باشد. اختلاف در میزان مصرف ید و نیز اختلاف سنی در افراد مورد مطالعه در مطالعه فوق با مطالعه حاضر می‌تواند عامل این اختلاف باشد به طوری که میانگین سنی افراد مورد مطالعه ما بالاتر از افراد مورد مطالعه فوق بوده است (۸).

مطالعه Donatelli در ایتالیا روی ۴۳۳ فرد با AF ۵/۲ درصد هیپوتیروئیدی و ۲۶ درصد هیپرتیروئیدی را نشان داد که شیوع هیپوتیروئیدی مشابه مطالعه ما ولی هیپرتیروئیدی به مرتب بالاتر بوده است (۹).

در استرالیا Auer و همکاران بروز AF را در افراد با هیپرتیروئیدی واضح و تحت بالینی مشابه دانسته ولی در مطالعه ما ۱۶٪ در افراد با PSVT به طور مشابه در افراد با هیپرتیروئیدی واضح و تحت بالینی یافت شد. البته مطالعه فوق آینده‌نگر بوده و از نظر طراحی با مطالعه حاضر متفاوت است (۱۰). لذا در مورد بروز AF در افراد با فرم تحت بالینی هیپرتیروئیدی در مطالعه حاضر در صورت عدم پیگیری بیماران نمی‌توان اظهار نظر نمود.

در مطالعه‌ای در برزیل در ۷۲ بیمار مراجعه کننده به اورژانس قلب با فیریلاسیون دهلیزی ۱۶/۶ درصد دارای اختلالات عملکرد تیروئید بودند که تقریباً مشابه آمار مطالعه کنونی می‌باشد (۱۱) و ۶/۹ درصد کل این اختلالات مربوط به هیپرتیروئیدی بوده است. تفاوت در آمارهای ارائه شده از نقاط مختلف دنیا در مورد شیوع هیپرتیروئیدی

افزایش خطر ایجاد آریتمی‌های دهلیزی و افزایش تعداد ضربان قلب و افزایش توده بطن چپ و مسگ و میر قلبی همراه دانسته‌اند و نتیجه گیری کرده‌اند که قلب به تغییرات کم ولی ماندگار هورمون‌های تیروئید پاسخ می‌دهد و باید درمان شود. با این وجود انجام مطالعات تکمیلی جهت بررسی پاسخ به درمان در افراد با انواع تحبت بالینی اختلالات عملکرد تیروئید و آریتمی هم زمان توصیه می‌شود.

در مجموع با توجه به مطالعه فوق انجام تستهای تیروئیدی تنها در افراد مبتلا به فیریلاسیون دهلیزی و بیشتر به منظور یافتن هپر تیروئیدی و به میزان کمتر به منظور یافتن هیپو تیروئیدی توصیه می‌شود. در افراد با PSVT در صورت شک بالینی انجام تستهای تیروئید توصیه می‌گردد. در بقیه تاکی آریتمی‌ها انجام این تستها معرون به صرفه نمی‌باشد.

است (۱۳). همچنین در مطالعه‌ای در روسیه (۱۴) ۲۰ فرد با کم کاری تیروئید تحت بالینی و ۳۲ فرد با پرکاری تحت بالینی تیروئید همراه فیریلاسیون دهلیزی بررسی شده و موفقیت درمان AF در آنها بررسی شد که ۸۰ درصد گروه اول و ۶۲ درصد گروه دوم دارای موفقیت در درمان AF بودند. در مقاله مروری که توسط Biondi و همکاران در سال ۲۰۰۲ چاپ شد (۱۵) به نقش کم کاری تحت بالینی تیروئید بر روی قلب به شکل اختلال عمل دیاستولیک بطن به شکل اختلال عمل دیاستولیک بطن چپ در حالت استراحت و اختلال عمل سیستولیک بطن در حالت فعالیت و افزایش خطر اسکلروزیس و انفارکتوس میوکارد در افراد با کم کاری تحت بالینی تیروئید اشاره شده است. همچنین پرکاری تحت بالینی تیروئید را با

REFERENCES

- Mark E, Zimetbaum P. The tachyarrhythmia. In: Braunwald EU, Fauci As, Karper D, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York: McGraw Hill Conclusion; 2001; p:2109-27.
- Hershman JM, Pekary AE, Bery L, et al. Serum thyrotropin and thyroid hormone levels in elderly and middle-aged euthroid persons. J Am Geriatrics 1993; 41: 823-8.
- Levy S. Epidemiology and classification of atrial fibrillation. J Cardiovasc Electrophysiol 1998; 9: 578-82.
- Douglas P. Specific arrhythmias: Diagnosis and treatment. In: Braunwald EU, Zipes DP, Libby P, editors. Braunwald Heart Diseases. 5th edi. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997; p: 640-46.
- Osmon F, Gammie MD, Sheppard MC, et al. Clinical review: 142 cardiac dysrhythmias and thyroid dysfunction. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 963-7.
- Mohacsi A, Worum F, Lorincz I, et al. Incidence of rhythm disorders in hyperthyroids with special respect of old age. Acta Med Hung 1990; 47: 21-9.
- Krahn AD, Klein GJ, Kerr CR, et al. How useful is thyroid function testing in patients with recent-onset atrial fibrillation. Arch Intern Med 1996; 156: 2221-4.
- Kerr C, Boone J, Connolly S, et al. Follow up of atrial fibrillation: The initial experience of the Canadian Registry of AF. Eur Heart J 1996; 17: 48-51.
- Donatelli M, Abbadi V, Bucalo ML, et al. Atrial fibrillation and hyperthyroidism, the results of a retrospective study .Cardio Angiol 1998; 46: 157-62.
- Auer J, Scheibner P, Mischel T, et al. Subclinical hyperthyroids as a risk factor for atrial fibrillation. Am Heart J 2001; 142: 838-42.

11. Barbisa JN, Fuchs FD, Dagrod B. Prevalence of thyroid dysfunction in patients with acute atrial fibrillation attend at cardiology emergency room. Sao Paulo Med J 2003; 12: 159-62.
12. Woeber KA. Subclinical thyroid dysfunction. Arch Intern Med 1997; 157: 1065-8.
13. Sawin CT. Subclinical hyperthyroidism and atrial fibrillation. Thyroid 2002; 12: 501-3.
14. Rachmatullon FK, Bondarenko LA, Bibarsava AM. Hemodynamic and electrophysiological parameters of heart and different therapy of atrial fibrillation on patients with subclinical thyroid dysfunction. Kardiologija 2003; 43: 48-51.
15. Biondi B, Palmerli EA, Lombardi GO. Effects of subclinical thyroid dysfunction on the heart. Ann Intern Med 2002; 137: 904-14.