

بررسی برخی از اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک در جانبازان بستری در بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ایثار اردبیل در سال ۱۳۸۴

* واحد علمی

کارشناس ارشد پرستاری، سوپروایزر بالینی بیمارستان امام خمینی (ره)

خلاصه

مقدمه: عوارض دارویی، چهارمین تا ششمین علت مرگ و میر را در ایالات متحده آمریکا تشکیل می دهد و هزینه درمان این عوارض سالانه چهار میلیارد دلار به بیمارستان ها تحمیل می کند. برخی از این عوارض که با داروهای نورولپتیک بروز می کند، گاهی کشنده بوده و یا غیر قابل برگشت می باشد و بیمار مجبور است که این عوارض را تا آخر عمر تحمل کند. اکثر این عوارض قابل شناسایی و پیشگیری است و با پایش منظم می توان از تشدید آن پیشگیری کرد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که به بررسی و توصیف اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک در جانبازان بستری در بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ایثار اردبیل می پردازد. نمونه های مورد مطالعه در این پژوهش شامل همه ۱۶۰ جانبازی بودند که در طول سال ۱۳۸۴ در یکی از بخش های اعصاب و روان ایثار اردبیل بستری بودند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه دو قسمتی است که قسمت اول شامل مشخصات فردی و اجتماعی و قسمت دوم، اختلالات حرکتی ناشی از داروهای آنتی سایکوتیک را می سنجد. این پرسشنامه توسط محقق از دو پرسشنامه SARS (مقیاس سنجش سپسون، آنگوس) و AIMS (مقیاس حرکات غیر ارادی ناهنجار) تهیه شده است. در تجزیه و تحلیل داده ها برای مقایسه اختلالات حرکتی در گروه های سنی مختلف، طول مدت مصرف دارو و درصد جانبازی از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد. همچنین برای تعیین ارتباط بین سن و نمره کلی اختلالات حرکتی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج: یافته های پژوهش نشان داد که همه جانبازان مورد پژوهش حداقل یک علامت مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک را داشتند (۲۳ نفر (۱۴/۴ درصد) ۱ تا ۳ علامت، ۵۸ نفر (۳۶/۳ درصد) ۴ تا ۶ علامت، ۵۶ نفر (۳۵ درصد) ۷ تا ۹ علامت و ۲۳ نفر بقیه (۱۴/۴ درصد) ۱۰ تا ۱۳ علامت داشتند). در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی مشخص شد، که بیشترین علامت (۷۶/۹٪) یافت شده علامت تغییر حالت چهره و کمترین علامت (۲۲/۵٪) گزارش شده افزایش ترشح بزاق می باشد. همچنین یافته های پژوهش نشان داد که، ارتباط معنی داری بین نمره کلی اختلالات حرکتی و سن جانبازان مورد پژوهش وجود داشت ($P=0/01$)، ولی بین اختلالات حرکتی با درصد جانبازی و یا سال های مصرف دارو ارتباط معنی داری یافت نشد.

بحث: با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که در پرونده جانبازان یک نمونه از ابزارهای ارزیابی اختلالات حرکتی داروهای نورولپتیک موجود باشد و به صورت دوره ای توسط پزشک یا پرستار تکمیل شود تا بتوان با ارزیابی زودهنگام و شناسایی افراد در معرض خطر، آرایه آموزش به بیمار و اطرافیان، تغییر نوع دارو یا تقلیل دوز دارویی مصرفی به پیشگیری ثانویه اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک اقدام کرد.

واژه های کلیدی: داروهای نورولپتیک، اختلالات حرکتی

مقدمه

از زمان پیدایش داروهای روانگردان (۱۹۵۰)، عوارض دارویی ناشی از این داروها مشکلات جدی را برای پرستاران، بیماران و خانواده آنها به وجود آورده است.

آدرس: اردبیل - بیمارستان امام خمینی (ره) دفتر سوپر وایزرین

شماره تماس: ۰۴۵۱۲۲۵۱۶۸۳

تاریخ وصول: ۸۵/۲/۶ تاریخ تایید: ۸۵/۵/۳۱

این عارضه باعث افت عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی بیمار می شود (۷) در حالی که با استفاده از برخی از داروهای آتیپیک خطر بروز این عارضه و خطر افت کیفیت زندگی وجود ندارد (۸)، ابزاری وجود دارد که در کنار سایر مطالعات تشخیصی، می توان با استفاده از آنها علایم مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک را به صورت زود هنگام شناسایی و درمان کرد و اصولاً تشخیص این عوارض برای درمان مناسب و ایمن ضروری است (۹).

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که طی آن به بررسی و توصیف علایم مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک در جانبازان بستری در بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ایتار اردبیل می پردازد.

نمونه های مورد مطالعه در این پژوهش شامل همه جانبازانی بودند که بیماری روانی آنها مزمن بوده در طول سال ۱۳۸۴ در یکی از بخش های اعصاب و روان ایتار اردبیل بستری بودند. این جانبازان دارای سابقه بستری های مکرر بوده و سابقه حداقل مصرف یکنوع داروی آنتی سایکوتیک در پرونده آنها قید شده بود. اگرچه ممکن است برخی از علانم گزارش شده در این پژوهش ناشی از فرایند بیماری اسکیزوفرنی یا عوارض سایر داروهای مصرفی باشد، سعی شد پرونده آنها دقیقاً بررسی شده و تا حد امکان افرادی که دارو یا داروهایی مصرف می کردند یا دارای مشکل نورولوژیکی یا اختلال عملکرد عضو بودند که عوارض دارویی آنتی سایکوتیک ها را تقلید می کنند از نمونه ها حذف شوند. با استناد به تشخیص روان پزشک معالج، اکثریت آنها (۷۲ درصد) مبتلا به انواع اسکیزوفرنی و بقیه نیز مبتلا به سایر اختلالات روانی (از جمله PTSD با هم ابتلایی سایر اختلالات روانی) بودند. علت انتخاب جانبازان این است که این مرکز با هدف بستری جانبازان سراسر کشور به صورت مزمن تأسیس شده است.

برآورد دقیق میزان شیوع عوارض دارویی مشکل است (۱)، اما براساس برخی از پژوهش های صورت گرفته عوارض دارویی چهارمین تا ششمین علت مرگ و میر را در ایالات متحده آمریکا تشکیل می دهد و هزینه درمان این عوارض سالانه چهار میلیارد دلار به بیمارستان ها تحمیل می کند (۲)، مثلاً در درمان پارکینسون، داروهای آنتی کولینرژیک کاربرد دارد و ۵۰ درصد بیماران دارای علانم پارکینسون به ادامه مصرف داروی آنتی کولینرژیک احتیاج پیدا می کنند (۳). برخی از این عوارض که با داروهای آنتی سایکوتیک بروز می کند، گاهی کشنده می باشد و یا غیرقابل برگشت بوده و بیمار مجبور است که این عوارض را تا آخر عمر تحمل کند. یک دسته از داروهای روانگردان داروهای آنتی سایکوتیک یا نورولپتیک است که در درمان اختلالات سایکوتیک مثل اسکیزوفرنی، مانای حاد و سایکوز ناشی از سوء مصرف مواد و داروها به کار می رود. داروهای آنتی سایکوتیک سستی یا تیپیک بیشترین اختلالات حرکتی را ایجاد می کنند اما داروهای آنتی سایکوتیک جدید یا آتیپیک اختلالات حرکتی کمتری ایجاد می کنند.

از اختلالات حرکتی شایع ناشی از داروهای نورولپتیک می توان به حرکات غیرارادی ناهنجار ناشی از این داروها مانند اختلالات حرکتی قابل مشاهده در پارکینسون و دیسکینزی دیررس اشاره کرد. دیسکینزی دیررس در ۳ تا ۵ درصد بیماران در طی ۵ سال اول درمان و در ۶۸ درصد بیماران بعد از گذشت ۲۰ تا ۲۵ سال از شروع درمان دیده می شود و غیرقابل برگشت بوده و متأسفانه درمان ندارد. اکثر اختلالات حرکتی قابل شناسایی و پیشگیری است و با پایش منظم می توان از تشدید آن پیشگیری کرد. به عنوان مثال در صورت مشاهده علانم اولیه دیسکینزی دیررس مانند پلک زدن های مکرر، درهم کشیدن ابروها و حرکات ریز و آرام زبان می توان با کاهش دوز دارو و استفاده از حداقل دوز دارویی موثر و یا با تغییر نوع دارو با جایگزین های جدید از جمله داروهای آتیپیک، اقدام به پیشگیری ثانوی کرد (۴-۶).

به علت بستری های مکرر، تفاوت داروهای تجویز شده توسط پزشکان معالج و سابقه مصرف داروهای مختلف نورولپتیک امکان ارزیابی نام و مدت زمان مصرف دقیق داروهای مصرفی وجود نداشت. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول مشخصات فردی و اجتماعی و قسمت دوم علایم مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک را می سنجد و ۱۳ گزاره داشت. این پرسشنامه توسط محقق از دو پرسشنامه SARS^۱ یا مقیاس سنجش سمپسون، آنگوس (۶) و AIMS^۲ یا مقیاس حرکات غیر ارادی نابهنجار تهیه شده است (۱۰). سوالات یک تا ده از SARS انتخاب شد که در واقع همه سوالات مقیاس بود. سه سوال آخر از AIMS انتخاب شد. بقیه سوالات AIMS با SARS مشترک بود. در واقع علت این انتخاب افزایش سطح دقت و ارزیابی اکثر اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک بود.

در این پژوهش برای کسب اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی استفاده شده است. به این صورت که

پژوهشگر پرسشنامه را به فارسی روان ترجمه و در اختیار ۵ نفر از متخصصین روان پزشکی قرار داد. پس از جمع آوری نظرات ارشادی و انجام اصلاحات لازم جهت پژوهش مورد نظر استفاده گردید. جهت تعیین پایایی ابزار در بخش پرسشنامه از آزمون مجدد استفاده شد به این ترتیب که در مرحله اول علایم مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک در ۲۵ نفر از جانبازان بستری در بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ایثار اردبیل ارزیابی و فرم مربوط تکمیل شد و در مرحله دوم که دو هفته بعد از مرحله اول انجام شد همان نمونه ها مجدداً ارزیابی شدند. سپس همبستگی بین نتایج از طریق ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که ۰/۸۶ محاسبه گردید. ارزیابی علایم توسط محقق و زیر نظر سه روان پزشک شاغل در مرکز انجام شده است و بعد از تایید نتایج در پرونده جانبازان قرار گرفته است. سوالات این پرسشنامه در متن مقاله به طور کامل آمده است (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع جانبازان مورد پژوهش بر حسب وجود علایم اختلالات حرکتی و شدت

اختلالات حرکتی	طبیعی		جزئی		خفیف		متوسط		شدید	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
گامهای سفت و ناموزون با کاهش نوسان دستها	۴۵	۲۸/۱	۶۵	۴۰/۶	۳۹	۲۴/۴	۷	۴/۴	۴	۲/۵
سفتی بازوها و نداشتن حالت پاندولی در دست	۶۷	۴۱/۹	۶۳	۳۹/۴	۲۹	۱۸/۱	۱	۰/۶	۰	۰
سفتی شانه و مقاومت در برابر چرخش	۱۰۳	۶۴/۴	۳۹	۲۴/۴	۱۷	۱۰/۶	۱	۰/۶	۰	۰
سفتی آرنج در هنگام اکستansیون و فلکسیون	۹۳	۵۸/۱	۴۰	۲۵	۲۶	۱۶/۳	۱	۰/۶	۰	۰
سفتی مچ دست در هنگام اکستansیون و فلکسیون	۱۱۲	۷۰	۳۶	۲۲/۵	۱۲	۷/۵	۰	۰	۰	۰
سفتی پاها و نداشتن حالت پاندولی در ساق پا	۷۹	۴۹/۴	۷۰	۴۲/۸	۱۱	۶/۹	۰	۰	۰	۰
سفتی کردن	۹۸	۶۱/۳	۵۶	۳۵	۶	۳/۸	۰	۰	۰	۰
واکنش به ضربه بین دو آبرو (ضربه گلابلا)	۱۰۳	۶۴/۴	۴۱	۲۵/۶	۱۳	۸/۱	۳	۱/۹	۰	۰
لرزش اندام (دستها، پاها و تنه)	۶۵	۴۰/۶	۷۸	۴۸/۸	۱۲	۷/۵	۴	۲/۵	۱	۰/۶
افزایش ترشح بزاق	۱۲۴	۷۷/۵	۲۸	۱۷/۵	۶	۳/۸	۱	۰/۶	۱	۰/۶
تغییر حالت چهره (اخم کردن، شلک در آوردن و حالت عضلات صورت)	۳۷	۲۲/۱	۵۰	۳۱/۳	۶۴	۴۰	۶	۳/۸	۳	۱/۹
لبها ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملوچ ملوچ کردن)	۷۲	۴۵	۶۸	۴۲/۵	۱۶	۱۰	۶	۳/۸	۰	۰
لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان	۴۰	۲۵	۸۳	۵۱/۹	۳۲	۲۰	۵	۳/۱	۰	۰

^۱ Simpson Angus Rating Scale

^۲ Abnormal Involuntary Movement Scale

۵۶ درصد و بالاتر بود. از نظر سابقه مصرف دارو، ۶۲/۵ درصد از آنها سابقه مصرف ۱۰ تا ۱۵ سال، ۲۹/۴ درصد از آنها سابقه مصرف ۱۶ تا ۲۱ سال و بقیه (۸/۱٪) سابقه مصرف ۲۲ تا ۲۷ سال داروهای آنتی سایکوتیک را داشتند. تعداد کمی از آنها قبل از جانبازی سابقه مصرف دارو (فقط آرام بخش) را ذکر می کردند (۶ نفر) و مسلماً بیماری روانی نداشته اند چون ضمن حفظ عملکرد اجتماعی حضور فعال در جبهه داشته اند. با توجه به تعداد کم آنها، این افراد حذف نشدند.

یافته های پژوهش نشان داد که همه جانبازان مورد پژوهش حداقل یک علامت مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از نورولپتیک را داشتند که ۲۳ نفر (۱۴/۴ درصد) ۱ تا ۳ علامت، ۵۸ نفر (۳۶/۳ درصد) ۴ تا ۶ علامت، ۵۶ نفر (۳۵ درصد) ۷ تا ۹ علامت و ۲۳ نفر بقیه (۱۴/۴ درصد) ۱۰ تا ۱۳ علامت داشتند. در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی مشخص شد که بیشترین علامت (۷۶/۹٪) یافت شده علامت تغییر حالت چهره و کمترین علامت (۲۲/۵٪) گزارش شده افزایش ترشح بزاق می باشد. بقیه علائم به ترتیب شیوع عبارتند از:

گامهای سفت و ناموزون با کاهش نوسان دست ها (۷۱/۹٪)، لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان (۷۵٪)، لرزش اندام (دست ها، پاها و تنه) (۵۹/۴٪)، سفتی بازوها و نداشتن حالت پاندولی در دست (۵۸/۱٪)، حرکات لب ها و ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج ملوج کردن) (۵۵٪)، سفتی پاها و نداشتن حالت پاندولی در ساق پا (۵۰/۶٪)، سفتی آرنج در هنگام اکستنسیون و فلکسیون (۴۱/۹٪)، سفتی گردن (۳۸/۶٪)، سفتی شانه و مقاومت در برابر چرخش (۳۵/۶٪)، واکنش به ضربه بین دو ابرو (ضربه گلابلا) (۳۵/۶٪)، سفتی مج دست در هنگام اکستنسیون و فلکسیون (۳۰ درصد) (جدول ۱).

براساس یافته های پژوهش، ارتباط معنی داری بین نمره کلی اختلالات حرکتی و سن جانبازان مورد پژوهش وجود داشت (P=۰/۰۱).

جواب سئوالات به صورت مقیاس ۵ درجه ای لیکرت شامل: طبیعی، جزئی، خفیف، متوسط و زیاد طبقه بندی شده بود. در تعیین ارتباط بین گروه های سنی، درصد جانبازی و سال های بستری با اختلالات حرکتی، برای مقیاس طبیعی نمره صفر و برای جزئی تا زیاد نمره یک منظور گردید یعنی هر جانباز در هر علامت نمره یک را کسب کرده بود علامت اختلالات حرکتی را داشت. از آن جا که هدف این مطالعه ارائه تشخیص کاملاً دقیق نیست بلکه هدف، شناسایی زودهنگام اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک و پیشگیری از تشدید آن است بنابراین به موارد جزئی علائم نیز نمره منظور گردید.

در تعیین ارتباط بین گروه های سنی جانبازان و درصد جانبازی با اختلالات حرکتی برای طبیعی تا جزئی (۰) و خفیف تا زیاد (۱) منظور شد در واقع علائم جزئی مربوط به عوارض دارویی به عنوان عارضه در نظر گرفته نشد (۱۰).

در تجزیه و تحلیل داده ها برای مقایسه علائم عصبی داروها در گروه های سنی مختلف، مقایسه علائم عصبی داروها بر حسب وجود اختلالات حرکتی به تفکیک سال های مصرف دارو و درصد جانبازی از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد. همچنین برای تعیین ارتباط بین سن و نمره کلی اختلالات حرکتی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش تعداد ۱۶۰ جانباز بستری در بیمارستان تخصصی اعصاب و روان ایشار اردبیل شرکت داده شدند. از بین آنها ۳۱ نفر (۱۹/۴٪) در گروه سنی ۳۲ تا ۳۷ سال ($M=35/2$, $SE=1/56$)، ۷۹ نفر (۴۹/۴٪) در گروه سنی ۳۸ تا ۴۳ سال ($M=40/4$, $SE=1/62$)، ۴۰ نفر (۲۵٪) در گروه سنی ۴۴ تا ۵۰ سال ($M=45/8$, $SE=1/61$) و ۱۰ نفر بقیه (۶/۳٪) در گروه سنی ۵۱ سال ($M=57/3$, $SE=8/6$) و بالاتر قرار داشتند. درصد جانبازی ۵۱ نفر (۳۱/۹ درصد) از جانبازان ۱۰ تا ۲۵، ۳۹ نفر (۲۴/۴ درصد) از آنها ۲۶ تا ۴۰، ۳۱ نفر (۱۹/۴ درصد) از آنها ۴۱ تا ۵۵ و ۳۹ نفر بقیه (۲۴/۴ درصد)

این ارتباط در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک و گروه های سنی از مجموع ۱۳ علامت در ۴ علامت معنی دار بود: گامهای سفت و ناموزون با کاهش نوسان دستها ($P=0/002$) سفتی مچ دست در هنگام اکستانسیون و فلکسیون ($P=0/01$) حرکات لب ها و ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج و ملوج کردن) ($P=0/001$) لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان ($P=0/02$) (جدول ۲).

جدول ۲ - توزیع جانبازان مورد پژوهش بر حسب وجود علائم اختلالات حرکتی به تفکیک گروههای سنی ($n=160$)

اختلالات حرکتی	۳۷۶۳۲ (سال)		۴۳۶۳۸ (سال)		۵۰۶۴۴ (سال)		۵۱ و بالاتر (سال)		نتیجه آزمون $df=3$
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گامهای سفت و ناموزون با دستهای بدون نوسان	۲۱	۶۷/۷	۴۸	۶۰/۸	۳۷	۹۲/۵	۹	۹۰	$\chi^2=15/1$ $P=0/002$
سفتی بازوها و نداشتن حالت پاندولی در دست	۱۷	۵۴/۸	۴۵	۵۷	۲۴	۶۰	۷	۷۰	$\chi^2=81/0$ $P=0/84$
سفتی شانه و مقاومت در برابر چرخش	۱۴	۴۵/۲	۳۷	۳۴/۲	۱۲	۳۰	۴	۴۰	$\chi^2=1/9$ $P=0/58$
سفتی آرنج در هنگام اکستانسیون و فلکسیون	۱۷	۵۴/۸	۳۱	۳۹/۲	۱۵	۳۷/۵	۴	۴۰	$\chi^2=2/6$ $P=0/44$
سفتی مچ دست در هنگام اکستانسیون و فلکسیون	۸	۲۵/۸	۱۷	۲۱/۵	۱۷	۴۲/۵	۶	۶۰	$\chi^2=10/2$ $P=0/01$
سفتی پاها و نداشتن حالت پاندولی در ساق پا	۱۲	۳۸/۷	۳۸	۴۸	۲۳	۵۷/۵	۸	۸۰	$\chi^2=6/1$ $P=0/1$
سفتی گردن	۹	۲۹	۳۰	۳۸	۱۸	۴۵	۵	۵۰	$\chi^2=2/4$ $P=0/48$
واکنش به ضربه بین دو ابرو (ضربه گلابلا)	۱۴	۴۵/۲	۲۵	۳۱/۶	۱۳	۳۳/۵	۵	۵۰	$\chi^2=2/8$ $P=0/41$
لرزش اندام (دستها، پاها و تنه)	۱۸	۵۸/۱	۴۶	۵۸/۲	۲۲	۵۵	۹	۹۰	$\chi^2=4/2$ $P=0/32$
افزایش ترشح بزاق	۵	۱۶/۱	۲۰	۲۵/۳	۸	۲۰	۳	۳۰	$\chi^2=1/54$ $P=0/97$
تغییر حالت چهره (اخم کردن، شلخت در آوردن و حالت عضلات صورت)	۲۲	۷۱	۶۱	۷۷/۲	۳۵	۸۷/۵	۵	۵۰	$\chi^2=7/2$ $P=0/06$
لبها و ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج و ملوج کردن)	۱۲	۳۸/۷	۳۷	۴۶/۸	۲۱	۷۷/۵	۸	۸۰	$\chi^2=16/1$ $P=0/001$
لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان	۱۸	۵۸/۱	۵۹	۷۴/۷	۳۳	۸۲/۵	۱۰	۱۰۰	$\chi^2=9/27$ $P=0/02$

معالجه سریعاً معمولاً با یک آنتی‌دپرسانت اقدام به درمان می‌کند و این عارضه به آمی‌تریپ تیلین پاسخ خوبی می‌دهد (۱۱).

علامت لرزش دست‌ها، پاها و تنه (۵۹/۴) را نمی‌توان کاملاً به پارکینسونیسم نسبت داد زیرا در پژوهش حاضر همه لرزش‌ها از جمله لرزش‌های انگشتان نیز ثبت شده است و این علامت علاوه بر داروهای نورولپتیک در مصرف سایر داروها از جمله لیتیم، آنتی‌دپرسانت‌ها و آلپروات سدیم نیز رخ می‌دهد (۱۰). اگر لرزش‌های پارکینسونیسم ارزیابی شده در دست‌ها، پاها و تنه (از جمله سر) در هنگام مقیاس‌بندی جدا شده و به لرزش‌های انگشتان نمره صفر (که در جدول ۱ با مقیاس جزئی مشخص شده است) و به لرزش‌های دست‌ها، پاها و تنه نمره یک (که در جدول ۱ با مقیاس خفیف تا شدید مشخص شده است) منظور شود در این صورت طبق یافته‌های پژوهش ۱۷ نفر (۱۰/۶٪ افراد مورد پژوهش) دارای علائم لرزش دست، پا یا تنه احتمالاً مرتبط با پارکینسونیسم می‌باشد. این عارضه در ۱۵ درصد افراد و معمولاً بعد از گذشت دو ماه از شروع درمان دیده می‌شود (۱۲).

براساس یافته‌های پژوهش، ارتباط معنی‌داری بین اختلالات حرکتی و سن جانبازان مورد پژوهش وجود داشت یعنی با افزایش سن اختلالات حرکتی تشدید می‌شود (۰/۰۱ P). این ارتباط در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی و گروه‌های سنی از مجموع ۱۳ علامت در ۴ علامت معنی‌داری بود (جدول ۲). از بین این چهار علامت، دو علامت حرکات لب‌ها و ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج و ملوچ کردن) و لرزش زبان یا افزایش حرکات آن به دیسکینزی دیررس مربوط می‌شود (۱۰). بر اساس تحقیقات انجام گرفته، این عارضه در ۳ تا ۵ درصد بیماران در طی ۵ سال اول درمان و در ۶۸ درصد بیماران بعد از گذشت ۲۰ تا ۲۵ سال از شروع درمان دیده می‌شود (۱۲) و معمولاً خطر ابتلا در سن بالای ۴۰ سالگی بیشتر است (۱۱).

بین اختلالات حرکتی و درصد جانبازی ارتباط معنی‌داری یافت نشد. اما این ارتباط در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی و درصد جانبازی در ۳ علامت معنی‌دار بود: گام‌های سفت و ناموزون با دست‌های بدون نوسان (۰/۰۰۱ P)، تغییر حالت چهره (۰/۰۲ P) و لرزش زبان یا افزایش حرکات آن (۰/۰۰۱ P) (جدول ۳).

بین اختلالات حرکتی و سال‌های مصرف دارو ارتباط معنی‌داری یافت نشد ولی این ارتباط در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی و سال‌های مصرف، در دو علامت معنی‌دار بود: ضربه گلابلا یعنی واکنش به ضربه بین دو ابرو (۰/۰۰۱ P) و افزایش ترشح بزاق (۰/۰۲ P) (جدول ۴).

بحث و بررسی یافته‌ها

طبق یافته‌های پژوهش ۱۰۰ درصد از جانبازان مورد پژوهش یک تا سیزده علامت مربوط به اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک را داشتند.

در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی مشخص شد که بیشترین علامت (۷۶/۹٪) یافت شده علامت تغییر حالت چهره و کمترین علامت (۲۲/۵٪) گزارش شده افزایش ترشح بزاق می‌باشد. بقیه علائم در جدول یک آمده است. به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر علت بالا بودن علامت تغییر حالت چهره تنها به عوارض دارویی مربوط نیست بلکه طبق نظریه بلولر پایین بودن خلق، گوشه‌گیری و علائم افسردگی یکی از چهار علامت اصلی بیماران اسکیزوفرنی است و از طرف دیگر ۷۲٪ افراد مورد پژوهش همین تشخیص را داشتند بنابراین این یافته‌ها با نظریه بلولر قابل توجیه است (۱۱). به عبارت دیگر بیشترین امتیاز این قسمت به اخم کردن مربوط می‌شود چون در هنگام ارزیابی سایر علائم مربوط به چهره از جمله شکلک در آوردن و تغییر عضلات صورت کمتر دیده شد. در مورد افزایش ترشح بزاق که کمترین علامت (۲۲/۵٪) گزارش شده می‌باشد می‌توان چنین استدلال کرد که تشخیص این علامت توسط کادر درمانی یا پزشک آسان بوده و پزشک

اکستانسیون و فلکسیون) به پارکینسون مربوط می شود که معمولاً خطر ابتلا در سن بالای ۴۰ سالگی بیشتر است. هر چند در بسیاری از بیماران به این عارضه تحمل پدید می آید اما در برخی دیگر ممکن است دوام یافته و مستلزم درمان باشد طوری که ۵۰ درصد افراد به ادامه مصرف داروهای آنتی کولینرژیک احتیاج پیدا می کنند. داروهای قویتر بیشتر موجب این عارضه می شوند و زن ها و افراد مسن بیشتر درگیر می شوند (۱۱، ۱۴).

بسیاری از پزشکان رابطه بین دیسکینزی دیررس و مصرف داروهای ضد جنون را مورد سوال قرار داده و آن را به حرکات کره ای سالمندان، سایر اختلالات مغزی، حرکات کلیشه ای اسکیزوفرنیک نسبت داده اند اما مطالعات همه گیرشناسی اختلاف فاحشی بین افراد سالمند مصرف کننده و غیرمصرف کننده داروهای ضد جنون را نشان می دهد. یک مطالعه فرا تحلیلی ۲۱ مقاله نشان داد که مصرف نورولپتیک ها خطر ابتلا به دیسکینزی را ۲/۹ بار بیشتر می کنند (۱۴).

از بین چهار علامت، دو علامت دیگر (گام های سفت و ناموزون با کاهش نوسان دست ها و سفتی مچ دست در هنگام

جدول ۳- توزیع جانبازان مورد پژوهش برحسب وجود علائم اختلالات حرکتی به تفکیک درصد جانبازی آنها (n=۱۶۰)

اختلالات حرکتی	۲۵ تا ۱۰ درصد (n=۵۱)		۴۰ تا ۲۶ درصد (n=۳۹)		۵۵ تا ۴۱ درصد (n=۳۱)		۵۶ درصد و بالاتر (n=۳۹)		نتیجه آزمون df=۳
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گامهای سفت و ناموزون با دست های بدون نوسان	۲۷	۵۲/۹	۳۰	۷۶/۹	۲۳	۷۴/۲	۳۵	۸۹/۷	$\chi^2=15/8$ $P=0/001$
سفتی بازوها و نداشتن حالت پاندولی در دست	۲۸	۵۴/۹	۲۲	۵۶/۴	۱۷	۵۴/۸	۲۶	۶۶/۷	$\chi^2=57/1$ $P=0/000$
سفتی شانه و مقاومت در برابر چرخش	۱۸	۳۵/۳	۱۰	۲۵/۶	۱۵	۴۸/۴	۱۴	۳۵/۹	$\chi^2=3/9$ $P=0/27$
سفتی آرنج در هنگام اکستانسیون و فلکسیون	۲۲	۴۳/۱	۱۳	۳۳/۳	۱۸	۵۸	۱۴	۳۵/۹	$\chi^2=5/11$ $P=0/16$
سفتی مچ دست در هنگام اکستانسیون و فلکسیون	۱۱	۲۱/۶	۱۲	۳۰/۸	۱۱	۳۵/۵	۱۴	۳۵/۹	$\chi^2=2/8$ $P=0/41$
سفتی پاها و نداشتن حالت پاندولی در ساق پا	۲۵	۴۹	۲۱	۵۳/۸	۱۸	۵۸	۱۷	۴۳/۶	$\chi^2=1/6$ $P=0/64$
سفتی گردن	۲۱	۴۱/۲	۱۵	۳۸/۴	۱۳	۴۱/۹	۱۳	۳۳/۳	$\chi^2=0/74$ $P=0/86$
واکنش به ضربه بین دو ابرو (ضربه گلابلا)	۱۵	۲۹/۴	۱۵	۳۸/۴	۹	۲۹	۱۸	۴۶/۲	$\chi^2=3/4$ $P=0/32$
لرزش اندام (دستها، پاها و تنه)	۳۲	۶۲/۷	۲۶	۶۶/۷	۱۴	۴۵/۲	۲۳	۵۹	$\chi^2=2/6$ $P=0/29$
افزایش ترشح بزاق	۱۸	۳۵/۳	۸	۲۰/۵	۹	۲۹	۶	۱۵/۴	$\chi^2=2/24$ $P=0/52$
تغییر حالت چهره (اخم کردن، شلک در آوردن و حالت عضلات صورت)	۴۲	۸۲/۴	۲۳	۵۹	۲۷	۸۷/۱	۳۱	۷۹/۵	$\chi^2=9/8$ $P=0/02$
لبها و ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج و ملج کردن)	۲۷	۵۲/۹	۱۹	۴۸/۷	۲۰	۶۴/۵	۲۲	۵۶/۴	$\chi^2=1/9$ $P=0/5$
لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان	۴۴	۸۶/۳	۳۳	۸۴/۶	۲۳	۷۴/۲	۲۰	۵۱/۳	$\chi^2=17/1$ $P=0/001$

منظور از درصد جانبازی در واقع شدت بیماری و آسیب های روانی و جسمی بیمار است. با توجه به این که در بیماران دارای علایم بالای روان پزشکی از داروهای قوی یا دوزاز بالایی از داروها استفاده می شود (۱۵) و از طرف دیگر، مطالعات آینده نگر حاکی است که رابطه ای بین بروز دیسکینزی دیررس و دوز تجمعی (کل داروهای مصرف شده) وجود دارد و خطر دیسکینزی دیررس در داروهای قوی افزایش می یابد. همچنین بین قدرت داروها و بروز پارکینسونیسم رابطه معنی داری وجود دارد (۱۳) لذا با توجه به این دو اصل می توان به وجود ارتباط معنی دار گامهای سفت و ناموزون با کاهش نوسان دست ها و تغییر حالت چهره (علامت پارکینسونیسم) و لرزش زبان و افزایش حرکات زبان (علامت دیسکینزی دیررس) و درصد جانبازی (شدت بیماری) پی برد.

یک اصل کلی در مورد اختلالات حرکتی داروهای نورولپتیک این است که داروهای نورولپتیک قوی، بیشتر اختلالات حرکتی و داروهای ضعیف عوارض جانبی غیرعصبی ایجاد می نمایند (۱۲). دیسکینزی در بیماران مزمن مقیم بیمارستان، استفاده کنندگان طولانی مدت شایع است و حرکات لبها و ناحیه دور دهان شایعتر از سایر علائم دیگر دیسکینزی است (۱۶).

بین اختلالات حرکتی و مدت زمان مصرف دارو ارتباط معنی داری یافت نشد و این ارتباط در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی و سال های مصرف دارو فقط در دو علامت معنی داری بود یعنی با افزایش سن اختلالات حرکتی تشدید می شود: سفتی پاها و نداشتن حالت پاندولی در ساق پا حرکات ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج و ملوج کردن). وجود ارتباط بین حرکات لب ها و ناحیه دور دهان و سال های مصرف دارو و وجود ارتباط بین این عارضه با سن جانبازان، نشان می دهد که برای بروز علایم دیسکینزی دیررس وجود مواجهه طولانی با داروهای نورولپتیک و سن بالا لازم است و نظیر این یافته قبلا نیز گزارش شده است. تنها عامل خطر که به طور ثابت در مطالعات دیسکینزی دیررس مورد توجه قرار گرفته است سن بالا می باشد ولی در مواجهه طولانی با داروهای نورولپتیک، افرادی که آسیب پذیری کمتری دارند احتمالا به این عارضه مبتلا نمی شوند (۱۴).

بین اختلالات حرکتی و درصد جانبازی ارتباط معنی داری یافت نشد و این ارتباط در بررسی جزء به جزء اختلالات حرکتی و درصد جانبازی فقط در ۳ علامت معنی دار بود: گامهای سفت و ناموزون با دست های بدون نوسان، حرکات تغییر حالت چهره، لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان.

جدول ۴- توزیع جانبازان مورد پژوهش بر حسب وجود علائم اختلالات حرکتی به تفکیک سال های مصرف دارو (n=۱۶۰)

نتیجه آزمون df=۲	سال ۲۷۵۲۲ (n=۱۳)		سال ۲۱۵۱۶ (n=۴۷)		سال ۱۵۵۱۰ (n=۱۰۰)		اختلالات حرکتی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2=1/1$ P=۰/۵۸	۷۶/۹	۱۰	۷۶/۶	۳۶	۶۹	۶۹	گامهای سفت و ناموزون با دست های بدون نوسان
$\chi^2=2/۲۴$ P=۰/۳۱	۳۸/۵	۵	۶۱/۷	۲۹	۵۹	۵۹	سفتی بازوها و نداشتن حالت پاندولی در دست
$\chi^2=۰/۴۱$ P=۰/۸۱	۳۸/۵	۵	۳۲	۱۵	۳۷	۳۷	سفتی شانه و مقاومت در برابر چرخش
$\chi^2=۰/۶۹$ P=۰/۷۲	۳۰/۸	۴	۴۲/۶	۲۰	۴۳	۴۳	سفتی آرنج در هنگام اکستنسیون و فلکسیون
$\chi^2=۵/۳$ P=۰/۰۷	۵۳/۸	۷	۲۱/۳	۱۰	۳۱	۳۱	سفتی مچ دست در هنگام اکستنسیون و فلکسیون
$\chi^2=۵/۱$ P=۰/۰۷	۶۹/۲	۹	۳۸/۳	۱۸	۵۴	۵۴	سفتی پاها و نداشتن حالت پاندولی در ساق پا
$\chi^2=1/۳۸$ P=۰/۵۰	۵۳/۸	۷	۳۸/۳	۱۸	۳۷	۳۷	سفتی گردن
$\chi^2=1۵/۲$ P=۰/۰۰۱	۸۴/۶	۱۱	۲۷/۷	۱۳	۳۳	۳۳	واکنش به ضربه بین دو ایرو (ضربه گلابا)
$\chi^2=1/۳۷$ P=۰/۵	۶۹/۲	۹	۵۳/۲	۲۵	۶۱	۶۱	لرزش اندام (دستها، پاها و تنه)
$\chi^2=۷/۰۲$ P=۰/۱۴	۱۵/۴	۲	۲۹/۸	۱۴	۱۴	۱۴	افزایش ترشح بزاق
$\chi^2=1/۸$ P=۰/۳۹	۶۱/۵	۸	۷۸/۷	۳۷	۷۸	۷۸	تغییر حالت چهره (اخم کردن، شلک در آوردن و حالت عضلات صورت)
$\chi^2=11/۴$ P=۰/۵	۴۶/۵	۶	۶۱/۷	۲۹	۵۳	۵۳	لب ها و ناحیه دور دهان (جویدن، باز کردن دهان و ملج و ملوج کردن)
$\chi^2=۵/۲$ P=۰/۰۷	۶۱/۵	۸	۶۶	۳۱	۸۱	۸۱	لرزش زبان یا افزایش حرکات زبان

نتیجه گیری کلی

با توجه به یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که بهتر است در پرونده جانبازان (یا سایر بیماران اعصاب و روان) یک نمونه از ابزارهای ارزیابی اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک نظیر پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش موجود باشد تا به صورت دوره ای (مثلا هر ۶ ماه) توسط پزشک معالج یا پرستار ماهر تکمیل شده و نتایج آن تجزیه و تحلیل و با یکدیگر مقایسه شود. سپس با ارزیابی سریع اختلالات حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک افراد در معرض خطر را شناسایی کرد.

در نهایت با آموزش بیمار و اطرافیان (۱۷)، تغییر نوع دارو (با استفاده از داروهای آنتیک یا جدید) یا تقلیل دوز

داروی مصرفی (۱۸) می توان به پیشگیری ثانویه اختلالات حرکتی اقدام نمود. مثلا در بیمارانی که تحمل ادامه هیچ نوع داروی ضد جنون را ندارند داروهای لیتوم، کاربامازپین یا بنزودیازپین ها ممکن است در کاهش علامت اختلال حرکتی و علایم سایکوتیک موثر باشد.

تقدیر و تشکر

در خاتمه لازم است از همکاری بسیار صمیمانه ریاست محترم مرکز و دوست فرهیخته ام جناب آقای مهندس جعفری، همه روان پزشکان، جانبازان همیشه سرافراز بستری در این مرکز، دفتر پرستاری، واحد آموزش و پژوهش و همه همکاران عزیز تشکر و قدردانی کنم.

منابع

1. Lazarou J, Omeranz BH, Covey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalilized patients. JAMA 1998; 279: 1200-5.
2. Bates DW. Drug and adverse drug reactions: how worried should we be? JAMA 1998; 279: 1216-7.
۳. نوقایی ف، محشمی ج، شاهسوندا. بهداشت روان. جلد دوم، چاپ اول، انتشارات سالمی، تهران، ۱۳۸۲، ص ۲۷۰
4. Tandon R. Antipsychotic agents. In: Klein DF, Rowland LP, editors. Current psychotherapeutic drugs. New York; Brunner Publishers; 1998: 120-4.
5. Bilder RM. Neurocognitive impairment in schizophrenia and how it affects treatment options. Can Psychiatry 1997; 42: 255-64.
6. Jibson MD, Tandon R. The negative symptoms of schizophrenia. Directions in Psychiatry 1995; 15: 524-6.
7. Brendel dh, Bodkin ja, Yang jm. Massive serteraline overdose. Ann Emerg Med 2000; 36: 524-6.
8. Glassman AH, Bigger JT. Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade deponits, and sudden death. Am J Psychiatry 2001; 158: 1774-82.
9. Pelonero AL, Levenson JK, Pandorangi AK. Neuroleptic malignant syndrome: a review, Psychiatr Serv 1998; 49: 1163-72.
10. Townsend MC. Psychiatric mental health nursing (concepts of cares). 3rd ed. Philadelphia, F.A davis co; 2000: 655-6.
11. Kaplan VA, Sadock BJ. Comprehensive Kaplan & Sadocks synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical Psychiatry. 8th ed. Philadelphia, lippincott williams and wilkins co; 2000: 2265-2271.
12. Glazer WM, Morgenstern H, Doucette JT. Predicting the long-term risks of tardive dyskinesia in outpatients maintained on neuroleptic medications. J Clin Psychiatry 1998; 54: 133-9.

13. Cardoso F, Jankowic J. Dystonia and dyskinesia. *Psychiatr Clin N Am* 1999; 20: 828-38.

۱۴. گلنبرگ آ، بازوک ا، اسکون اور ا. راهنمای پزشک در تجویز داروهای روانگردان. مترجم پورافکاری نصرت ا..... چاپ اول، تبریز. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۵، ۲۱۵-۱۹۷.

15. Otang DA. Adverse drug reactions associated with antipsychotic, antidepressant, and mood stabilizers. *Nurs Clin N Am* 2003; 38: 161-176.

۱۶- کیقبادی س، اسدی نوقایی ا. روانپرستاری، چاپ سوم، انتشارات بشری، تهران، ۱۳۸۱، صص ۳۲-۳۰.

17. Bezchlibnyk-Butler KZ, Jefries JJ. clinical handbook of psychiatric drugs. 10th ed. Seattle(WA): Hogrefe & Huber Publishers; 2000.

18. Westerink BHC, Kawahara y, De Boer P et al. Antipsychotic drugs classified by their effects on the release of dopamine and noradrenalin in the prefrontal cortex and striatum. *Eur J Pharmacol* 2001: 412-38.