

بررسی فراوانی آکاتریا با دو روش تشخیصی بالینی و استفاده از BARS در بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

حمید افشار* (M.D)، غلامحسین احمدزاده (M.D)، سیامک امانت (M.D)، معصومه محمودی (B.Sc)
مرکز پزشکی نور، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی

چکیده

سابقه و هدف: آکاتریا یکی از عوارض شایع داروهای آنتی‌سایکوتیک می‌باشد. اختلاف نظر در مورد معیارهای تشخیصی این عارضه و دشواری تشخیص افتراقی آن با اضطراب و بی‌قراری ناشی از بیماری زمینه‌ای موجب گردیده تا گزارشات در مورد میزان شیوع از ۱۲/۵ تا ۷۵٪ متفاوت باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی آکاتریا به وسیله دو روش تشخیص بالینی و استفاده از BARS صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که بر روی ۱۵۶ بیمار بستری و تحت درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. نخست یکی از محققین، اطلاعات مربوط به تشخیص این عارضه توسط پزشک معالج بیمار را از روی پرونده استخراج نمود و سپس محقق دیگر بدون اطلاع از نتایج به‌دست آمده از پرونده بیمار، وی را با استفاده از مقیاس BARS مورد ارزیابی قرار داد. اطلاعات به‌دست آمده با هم مقایسه و توسط آزمون t-student مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: ۱۵/۴ درصد بیماران بر اساس معیار BARS و ۹/۶ درصد بر اساس تشخیص پزشک معالج دچار آکاتریا بودند. میزان تشخیصی آکاتریا توسط BARS به صورت معنی‌داری بیش‌تر از تشخیص بالینی صرف توسط پزشک معالج بود ($P = 0/005$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرات نامطلوب عدم تشخیص آکاتریا در افزایش موربیدیتی و کاهش میزان پذیرش درمانی بیمار، به کار گرفتن روش‌های تشخیص دقیق‌تر این عارضه از جمله استفاده از BARS توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آکاتریا، آنتی‌سایکوتیک، BARS

مقدمه

آکاتریا یکی از عوارض شایع داروهای آنتی‌سایکوتیک است که اولین بار در سال ۱۹۰۱ توسط Haskovec شرح داده شد [۱]. کلمه آکاتریا در یونانی به معنی ناتوانی در نشستن است و تظاهر اصلی این عارضه به صورت بی‌قراری و اضطراب، تحریک‌پذیری و تمایل به حرکت دادن پاها و راه رفتن مکرر است [۲].

در بین عوارض مختلف دارویی شاید تشخیص افتراقی این

عارضه از اضطراب و بی‌قراری ناشی از بیماری زمینه‌ای فرد یکی از دشوارترین موارد باشد. اشتباه کردن این عارضه با تنش و ناآرامی ناشی از بیماری اغلب منجر به افزایش دوز آنتی‌سایکوتیک توسط پزشک و در نتیجه تشدید این عارضه می‌گردد [۳]. در پاره‌ای از بیماران شدت عارضه در حدی است که منجر به رفتارهای تهاجمی و گاهی اقدام به خودکشی می‌شود [۴]. افزایش ریسک ابتلا به سایر عوارض دارویی از جمله تاردیو‌دیس‌کنزی نیز در بیماران مبتلا به آکاتریا گزارش

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ - ۰۳۱۱، شماره: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۲۵۵ - ۰۳۱۱، E-mail: afshar@med.mui.ac.ir

پرسش‌نامه‌ها در قالب جداول و نمودارهای آماری ثبت گردید. یافته‌ها با هم مقایسه و به وسیله نرم‌افزار SPSS و با کمک آزمون آماری t-student مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه، سطح معنی‌دار پیش‌فرض ۹۵٪ ($\alpha=0/05$) و قدرت پیش‌فرض ۹۰٪ ($\beta=0/1$) و $P\text{-value} < 0/05$ معنی‌دار تلقی شد.

نتایج

از ۱۵۶ بیمار مورد مطالعه، ۶۸ نفر زن و ۸۸ نفر مرد بودند. بر اساس ارزیابی توسط BARS ۱۵/۴٪ ($n=24$) بیماران دچار آکاتریا بودند که ۵۸/۳٪ ($n=14$) آنان مرد و ۴۱/۷٪ ($n=10$) زن بودند.

تنها ۹/۶٪ ($n=15$) بیماران توسط پزشک معالج‌شان دچار آکاتریا تشخیص داده شده بودند که از این تعداد ۵۳/۳٪ ($n=7$) مرد و ۴۶/۷٪ ($n=7$) زن بودند. اقدامات درمانی انجام شده توسط پزشک معالج در این بیماران در ۸۰٪ موارد کاهش دوز آنتی‌سایکوتیک و در ۶۰٪ موارد افزودن داروهای ضدآکاتریا و در ۲۰٪ موارد تغییر آنتی‌سایکوتیک بود. در هیچ یک از بیمارانی که آکاتریای آن‌ها توسط پزشک معالج‌شان تشخیص داده شده بود، قطع آنتی‌سایکوتیک توصیه نگردید. در بیمارانی که توسط BARS مورد ارزیابی قرار گرفته بودند؛ ۲/۶٪ بیماران دچار آکاتریا کاذب بودند یعنی علی‌رغم وجود حرکات اختصاصی آکاتریا به صورت عینی (آبرکتیو)، خود بیمار هیچ‌گونه شکایتی از احساس ذهنی ناآرامی و بی‌قراری نداشت. از نظر شدت آکاتریا ۲۹/۲٪ بیماران دچار آکاتریای خفیف و ۵۰٪ دچار آکاتریا در حد متوسط بودند. ۲۰/۸٪ بیماران آکاتریا قابل توجه داشتند ولی هیچ‌یک از بیماران آکاتریا شدید نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

آکاتریا عارضه دارویی شایعی است که معمولاً در شروع درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک دیده می‌شود و به واسطه

شده است [۵]. دشواری تشخیصی این عارضه موجب گردیده تا میزان شیوع آن در مطالعات مختلف از ۱۲/۵ تا ۷۵ درصد گزارش شود [۶،۷].

مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی آکاتریا در بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با استفاده از دو روش تشخیص بالینی و استفاده از مقیاس سنجش آکاتریا بارنز (Barnes akathisia rating scale) صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی و با نمونه‌گیری به روش آسان بر روی ۱۵۶ بیمار بستری در بخش‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سه ماه انجام گردید. بیمارانی که حاضر یا قادر به همکاری نبودند از مطالعه حذف شدند و سایر بیماران صرف نظر از سن، جنس و تشخیص بیماری تنها در صورت مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک وارد مطالعه شدند.

نخست اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس بیمار و نوع و متوسط دوز داروی آنتی‌سایکوتیک مصرفی و همچنین یافته‌های مربوط به تشخیص این عارضه توسط پزشک معالج بیمار (بر اساس ویزیت و گزارشات روزانه دستیار و پزشک معالج) توسط یکی از محققین از پرونده بیمار استخراج می‌گردید و سپس بیمار توسط یکی دیگر از محققین که از نتایج اطلاعات استخراج شده قبلی هیچ‌گونه اطلاعی نداشت با استفاده از BARS مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

قابلیت اعتماد و پایایی BARS در مطالعات مختلفی مورد تأیید قرار گرفته است [۶] و در مقایسه با معیارهای سنجش آکاتریا در راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکان آمریکا DSM-IV معتبرتر بوده است [۸].

مدت زمان لازم برای تکمیل BARS برای هر بیمار ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است و از طریق پرسش و مشاهده تکمیل و نمره‌گذاری می‌شود. اطلاعات آماری به‌دست آمده از

آتیپیک استفاده شده است. مطالعات دیگر نیز فراوانی آکاتریای خفیف را بیش تر گزارش نموده‌اند [۲].

در مجموع نتایج مطالعه حاضر مؤید دقت تشخیصی بیش تر BARS در مقایسه با تشخیص کلینیکی آکاتریا می‌باشد. با توجه به تأثیرات سوء این عارضه بر سیر بیماری و پذیرش درمان از جانب بیماران، پژوهش‌گران توصیه می‌کنند مقیاس BARS بیش تر مورد استفاده قرار گیرد و در مواردی که پزشک در تشخیص کلینیکی آکاتریا با مشکل مواجه است حتماً از این مقیاس استفاده نماید.

منابع

- [1] Brüne M, Sachdev PS. Ladislav Haskovec and 100 years of Akathisia. *Am J Psychiatry*, 2002; 159:727.
- [2] Sachdev P, Kruk J. Clinical characteristics and predisposing factors in acute drug-induced akathisia. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51(12):963-74.
- [3] Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 2002; 63(12):1121-8.
- [4] Leong GB, Silva JA. Neuroleptic-induced akathisia and violence: a review. *J Forensic Sci*, 2003; 48(1):187-9.
- [5] Muscettola G, Barbato G, Pampallona S, Casiello M, Bollini P. Extrapyramidal syndromes in neuroleptic-treated patients: prevalence, risk factors, and association with tardive dyskinesia. *J Clin Psychopharmacol*, 1999; 19(3):203-8.
- [6] Barnes TR. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry*, 1989; 154:672-6.
- [7] Kim JH, Byun HJ. Prevalence and characteristics of subjective akathisia, objective akathisia, and mixed akathisia in chronic schizophrenic subjects. *Clin Neuropharmacol*, 2003; 26(6):312-6.
- [8] Janno S, Holi MM, Tuisku K, Wahlbeck K. Actometry and Barnes Akathisia Rating Scale in neuroleptic-induced akathisia. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005; 15(1):39-41.
- [9] Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. p.998-9.
- [10] Miller CH, Hummer M, Oberbauer H, Kurzthaler I, DeCol C, Fleischhacker WW. Risk factors for the development of neuroleptic induced akathisia. *Eur Neuropsychopharmacol*, 1997; 7(1):51-5.
- [11] American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J psychiatry*, 1997; 154(9):224-7.

تشابه ظاهری با اضطراب و بی‌قراری ناشی از بیماری روانی اشتباه می‌شود و در بسیاری از موارد پزشک با افزودن دوز داروی آنتی‌سایکوتیک موجب تشدید عارضه و در نهایت عدم پذیرش دارو از جانب بیمار می‌گردد [۹،۱۰]. تشخیص صحیح و به موقع این عارضه و اقدامات مناسب جهت رفع آن تأثیر به‌سزایی در کاهش موربیدیتی دارد. در مطالعه حاضر فراوانی آکاتریا بر اساس معیار BARS، ۱۵/۴٪ برآورد شد که بسیار نزدیک به شیوع آن در سایر مطالعات است، اگر چه در مطالعات مختلف این میزان بین ۱۲/۵ تا ۴۵٪ متفاوت بوده است [۶،۱۱]. میزان آکاتریای تشخیص داده شده بر اساس BARS به صورت معنی‌داری بیش تر از میزان آن بر اساس تشخیص بالینی بوده است ($P=0/005$) این مسأله مؤید دقت تشخیصی بیش تر BARS جهت شناسایی عارضه آکاتریا می‌باشد. از سوی دیگر تفکیک انواع مختلف آکاتریا (عینی و ذهنی و کاذب) از طریق BARS امکان‌پذیر است.

فراوانی نسبی آکاتریای عینی (Objective) نیز در مطالعه حاضر تفاوت چندانی با نتایج به‌دست آمده قبلی نداشت [۱۱]. علائم ذهنی آکاتری (Subjective) در تمام بیماران مورد مطالعه مشاهده شد. وجود علائم عینی آکاتریا در غیاب شکایات ذهنی در ۲/۶٪ بیماران ارزیابی شده توسط BARS مشاهده گردید. این مسأله در آن گروه از بیماران که خود از علائم آکاتریا شاکی نیستند اهمیت دارد.

در مطالعه حاضر هیچ موردی از آکاتریای شدید مشاهده نشد زیرا آزمودنی‌ها همگی در زمان بستری مورد ارزیابی قرار گرفتند و نظارت بالینی صورت گرفته است، در ضمن به دوزاز داروها توجه شده و اغلب از آنتی‌سایکوتیک‌های