

مقایسه میزان بروز دلیریوم در بیماران تحت درمان با الکتروشوک + لیتیوم و بیماران تحت درمان الکتروشوک به تنهایی

دکتر مجید صادقی، عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر بهروز قلی‌زاده، روانپزشک

Delirium and Concomitant Use of Lithium + Electroconvulsive Therapy (E.C.T) ABSTRACT

Concomitant use of lithium and E.C.T has always been accused to cause delirium in patients receiving such a combination. In this study incidence of delirium in patients who receive lithium + E.C.T. concurrently has been compared with those who have been treated with E.C.T. only.

Of 49 patients who had Bipolar Mood Disorder (B.M.D.) 1 disorder (manic episode) 24 were given E.C.T. + lithium and 25 were treated with E.C.T.

Only, 3 patients of the first group and 2 patients of the second group developed delirium. The difference between two groups was not statistically significant. Another finding was that all cases of delirium developed in patients who were above 35 years old (P value = 0.001).

These findings show that combination of E.C.T. and Lithium may not be so harmful as it was once considered. On the other hand it could be concluded that increased age may be a risk factor for delirium in such a combination.

Key words: Delirium- Lithium- Electroconvulsive Therapy (E.C.T.).

چکیده

بدست نیامد و تمامی موارد دلیریوم نیز در هر دو گروه در افراد بالای ۳۵ سال بروز کرد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ترکیب E.C.T. + لیتیوم نسبت به E.C.T. به تنهایی دلیریوم بیشتری ایجاد نمیکند. از طرفی با توجه به بروز دلیریوم در تمامی موارد در سنین بالای ۳۵ سال، به نظر می‌رسد که افزایش سن عامل مؤثری در بروز اختلالات شناختی بویژه دلیریوم باشد به نحوی که استفاده از این ترکیب در سنین بالای ۳۵ سال باید با احتیاط بیشتری توأم گردد.

مقدمه

از زمان ورود E.C.T. به حیطه درمان‌های روانپزشکی یک نگرانی جدی در مورد بروز عوارض ناشی از این درمان وجود داشته‌است و حتی اکنون که بسیاری از جنبه‌های مبهم و تا حدود زیادی از عوارض آن شناخته‌شده، کماکان این نگرانی وجود دارد.

ترکیب الکتروشوک Electro Convulsive Therapy (E.C.T) و لیتیوم همواره از نظر ایجاد دلیریوم مورد سوءظن بوده، به نحوی که در غالب کتب مرجع روانپزشکی، ترکیب این دو روش درمانی توصیه نشده است. در این مطالعه برای بررسی این موضوع، میزان بروز دلیریوم در بیمارانی که همزمان E.C.T و لیتیوم می‌گرفتند با بیمارانی که فقط E.C.T دریافت می‌کردند مقایسه به عمل آمده است. در این بررسی، ۴۹ بیمار Bipolar Mood Disorder (B.D.M.1) فاز مانیا وارد مطالعه شدند. از این عده ۲۴ نفر ترکیب E.C.T و لیتیوم و ۲۵ نفر فقط E.C.T گرفتند.

تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه از نظر سن و جنس وجود نداشت. از گروه اول ۳ نفر و از گروه دوم ۲ نفر دچار دلیریوم شدند که بین آنها تفاوت آماری معنی دار

۲- سن ۱۸-۶۰ سال

۳-نمره Mini Mental State Examination (M.M.S.E) بالای ۲۵.

معیارهای خروج عبارت بود از:

۱-وجود آسیب مغزی

۲-سوء مصرف مواد

۳-زنان باردار و شیرده

به گروه ۱ E.C.T. و همزمان لیتیوم داده شد و گروه دوم فقط E.C.T. دریافت می کردند. بیماران در فواصل ۶، ۱۰ و ۲۴ ساعت پس از انجام هر جلسه از نظر وجود یا عدم وجود دلیریوم با استفاده از M.M.S.E و معیارهای D.S.M.4 برای دلیریوم مورد بررسی قرار می گرفتند و پس از پایان E.C.T. نیز حداقل یک هفته تحت نظر بودند. هر دو گروه بطور متوسط ۶ جلسه E.C.T. دریافت کردند.

سطح سرمی متوسط لیتیوم در گروه یک برابر ۰/۷ میلی اکی والان در لیتر بود. E.C.T. به صورت هفته ای ۳ جلسه در هر دو گروه انجام شد. تمامی موارد E.C.T. به صورت دو طرفه با دستگاه Thymatron انجام گردید. داروی بیهوشی سدسودال به مقدار مورد نیاز بود. هر گاه در بیماری دلیریوم بروز می کرد بلافاصله لیتیوم و E.C.T. قطع می شد و بیمار تحت نظر قرار می گرفت. بیماران در طول مطالعه داروی دیگری دریافت نمی کردند و فقط هنگامی که وضعیت بیمار غیر قابل کنترل می شد از هالوپریدول به صورت P.R.N. استفاده می شد.

یافته‌ها

تعداد بیماران مورد بررسی ۵۰ نفر بود که در هر گروه ۲۵ نفر قرار داشت. در گروه یک ۱۴ مرد و ۱۰ زن قرار داشتند. در حین مطالعه یکی از بیماران از گروه ۱ خارج شد. گروه ۲ نیز شامل ۱۵ مرد و ۱۰ زن بود. نسبت جنسی تفاوت معنی داری نداشتند. از نظر سنی، طیف بدست آمده در گروه ۱ از ۱۸ تا ۴۸ سال و در گروه ۲ از ۱۸ تا ۵۰ سال بود. میانگین سنی در گروه یک ۳۳ و در گروه دو ۳۶/۵ سال بود که تفاوت آماری معنی داری نداشت. از نظر سن بروز دلیریوم تمامی موارد دلیریوم در هر دو گروه در افراد بالای ۳۵ سال بود. (Fisher's Exact test) Pvalue: 0.017

هم E.C.T. و هم لیتیوم از جهت ایجاد دلیریوم مورد سوءظن هستند. در کتابهای مرجع روانپزشکی (۱-۲) مصرف همزمان آنها توصیه نشده است، زیرا E.C.T. باعث ورود بیشتر لیتیوم به داخل سلول می شود و در نتیجه احتمال بروز دلیریوم را بالا می برد.

Small و همکاران در یک مطالعه ۲۵ بیمار را که E.C.T. + لیتیوم می گرفتند با ۲۵ بیمار که فقط E.C.T. می گرفتند مقایسه و مشاهده کرد که یافته های نورولوژیک غیر عادی و کاهش حافظه در گروه اول بیشتر دیده میشود (۳).

Weiner گزارش کرد که ترکیب E.C.T. + لیتیوم باعث بروز کنفوزیون شدید و طولانی می شود (۴). Mukherjee نیز با توجه به یافته های خود کاربرد همزمان E.C.T. و لیتیوم را توصیه نمی کند (۵).

از طرفی مطالعات Copper (۶) و Kukopulos (۷) و Penny (۸) نشان می دهد که تفاوتی از نظر میزان بروز اختلالات شناختی بین گروهی که E.C.T. + لیتیوم می گرفتند با گروهی که فقط تحت درمان با E.C.T. بودند وجود نداشت.

در این مطالعه دو گروه از بیماران که یک گروه ترکیب E.C.T. و لیتیوم و گروه دیگر فقط E.C.T. می گرفتند با یکدیگر مقایسه شده اند.

روش و مواد

جامعه مورد مطالعه بیماران B.M.D.1 فاز مانیا (بر طبق معیارهای D.S.M.4) و تعداد بیماران با توجه به این که میزان بروز دلیریوم بعد از E.C.T. حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد و در بخش های مختلف بیمارستانی بین ۱۰-۵۰ درصد ذکر شده است بر اساس فرمول

$$N=2(\alpha+z\beta)^2p(1-p)/p_0-p_1$$

درصد، تعداد ۵۰ نفر تعیین گردید.

بیماران B.M.D.1 فاز مانیک پس از این که معیارهای ورود و خروج را دارا شدند به روش جایگزینی تصادفی و با استفاده از جدول اعداد اتفاقی به ۲ گروه ۲۵ نفره تقسیم شدند. معیارهای ورود عبارت بود از:

۱-ابتلا به اختلال خلقی دو قطبی (B.M.D.1) فاز مانیا بر

اساس معیارهای D.S.M.4

مطابقت دارد. همچنین تمامی موارد دلیریوم در بیماران بالای ۳۵ سال بروز کرد که با توجه به این که افزایش سن یک ریسک فاکتور برای بروز دلیریوم محسوب می‌شود یافته مورد انتظاری بود و نشان می‌دهد که باید در استفاده از این ترکیب در سنین بالا احتیاط کرد.

لازم به یادآوری است که این تحقیق تمامی عوارض ترکیب E.C.T. و لیتیوم را بررسی نکرده و تنها به دلیریوم پرداخته است. بدیهی است بررسی تمامی عوارض این ترکیب نیاز به مطالعه جامعتری دارد که در صورتی که به صورت دو سر کور با کنترل پلاسیبو باشد نتایج دقیقتری به همراه خواهد داشت

منابع

1. Kaplan H., Sadock B. Comprehensive textbook of psychiatry. 6 th edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1996; 2135-2137.
2. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry. 8 th edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1998; 1115-1118.
3. Small J, Kellams G, Milstein J. Complication with electroconvulsive treatment combined with lithium. Biological Psychiatry 1980; 15: 103-112.
4. Weiner RD, Whanger AD, Erwin CW, Wilson WP. Prolonged confusional state and EEG seizure reactivity following concurrent ECT and lithium. American Journal of Psychiatry 1979, 137: 1452-1455.

بر اساس نتایج حاصله، اختلاف معنی داری میان دو گروه از نظر میزان بروز دلیریوم بدست نیامد.

بحث

هدف از این مطالعه پاسخ به این سؤال بود که آیا ترکیب E.C.T. و لیتیوم نسبت به E.C.T. به تنهایی دلیریوم بیشتری می‌دهد یا خیر؟ بر اساس نتایج حاصله تفاوتی میان دو گروه از نظر میزان بروز دلیریوم وجود نداشت. بنابراین می‌توان گفت که ترکیب E.C.T. و لیتیوم حداقل از نظر ایجاد دلیریوم ترکیب مضر نیست و می‌توان در موارد لازم از آن استفاده کرد که این یافته با یافته‌های (8) Penny, (7) Kukouls, (6) Copper

5. Mukherjee s. Combined E.C.T. and lithium therapy. Convulsive Therapy 1993;4: 274-284.

6. Copper A, Abou saleh M, Millen P. Lithium continuation therapy following electro convulsive therapy. British Journal of psychiatry 1993; 139: 284-287.

7. Kukopolus A, Tundo A, Foggia D. Electroconvulsive Therapy, in: Neil Johnson: Depression and Mania: Modern Lithium Therapy: 177-179, Oxford University Press, 1988; 177-179.

8. Penny JF, Dinwiddie S.H, Zorumski CF. Concurrent and close temporal administration of lithium and ECT . Convulsive therapy 6 `1990: 139-145.