

به نام خدا

اصول دارو درمانی در بیماران

روانی

تهیه کننده:

آرین محمدی کارشناس پرستاری

DANESHE.ROZBLOG.COM

تجویز منطقی نارو و اداری بیماری‌های پسیکو تیک

گام نخست

همکاران غیر روان پزشکی در برخورد با بیماران پسیکو تیک گاه با یک سوال دشوار

روبرو می‌شوند. محدوددهی کارشان تا کجاست چه اقداماتی باید انجام دهند

و چه نباید بکنند. گاه تردید دارند که آیا درست است که وارد محیطی درمان این

بیماران شوند؟ بعضی از همکاران نیز ممکن است در برخورد با این بیماران، با این

تصور که ممکن است از جانب آنان مورد تهدید و خطر قرار گیرند، دچار حالت

تردید شوند. البته این احساس‌ها و تردیدها منطقی است اما توجه کنیم که

احتمال تهاجم بیمار پسیکو تیک به پزشک ناظر است. در عین حال رعایت

احتیاطات ضروری که شرح داده خواهد شد مفید است، اما یک احتمال نادر

نباید مانع از انجام وظیفه‌ی خطیر پزشکی شود. در CD آموزشی حاضر تلاش

کرده ایم محدوده‌ی کار همکاران پزشک عمومی را در برخورد با انواع بیماران

پسیکوتیک روشن سازیم

❖ بنابراین بخاطر مسئولیت‌های قانونی، شدت و عمق تاثیر و عوارض بیماری

بر فرد و دیگران، و نیز مخاطرات فراوان از کلیه همکاران شیر روانپزشک

درخواست می‌شود از:

- تشخیص قطعی
- شروع درمان اصلی
- تغییر یا کاهش دستورات روانپزشک معالج
- شروع داروهای ضد افسردگی و...

برای بیماران پسیکو تیک جدا خون داری نمایند. چرا که احتمالاً عواقب قانونی و

حقوقی تضییع حق بیمار یا دیگرانی که از او آسیب دیده اند را متقبل خواهند

شده.

بدیهی است کنترل عوارض دارویی مثل افزایش آنتی کولینرژیک ها

(ببیریدین) یا شروع درمان ه وقت برای آرام کردن بیمار تحریکاتی تا قبل از

ویزیت توسط روانپزشک از الزامات کاری همکاران محترم شیر روانپزشک هی

باشد.

اصول اولیه ی برخورد با بیماران پسیکو تیک

1- نکته ی اول حفظ آرامش و خونسردی و حتی گرفتن قیافه ی دوستانه

نسبت به بیمار است. چه بسا بیمار پسیکو تیک با مشاهده ی لبخند شما

ناخودآگاه آرامش یابد و احساس کند که شما یک دوست هستید نه

دشمن

2- توجه کنید که تعداد بیماران پسیکو تیک که به پزشک حمله کنند **بسیار**

ناثر است

3- علیرغم این، فاصله ی لازم را با بیمار حفظ کنید. همراه کادر پرستاری و نه

به تنهایی بیمار را ویزیت کنید

4- اگر احتمال پر خاشگری از طرف بیمار را می دهید معاینه ی جسمی را به

حد اقل ضروری کاهش دهید یا آنرا حذف کرده به زمان آراسته شدن بیمار

هوکول کنید.

5- در معاینه و مصاحبه و بیمار پرخاشگر سعی کنید در وضعیتش در اتاق

معاینه قرار گیرید که در صورت حملهی بیمار امکان خروج داشته باشد.

یعنی شما به طرف در نزدیک تر باشید نه بیمار.

6- از بیان **کلمات تحریک کننده** بشدت پرهیز کنید. با این بیماران کاملاً با

مادیت صحبت کنید. امکان داره یک جمله و تحریک آمیز آغاز گر

پرخاشگری بیمار باشد.

7- در مورد بیمارانی که به هر علتی به شدت پرخاشگری می کنند ده تا پانزده

میلی گرم آمپول HALOPERIDOL 5 با پنج میلی گرم آمپول پیریدن

BIPERIDEN 5MG تجویز کنید. برای مهار یک بیمار به

شدت تحریکاتی پنج نفر باید او را مهار فیزیکی کنند (چهار نفر از اندام ها

ویک نفر از سر بیمار بگیرند) و آنگاه تریق صورت گیرند

8- باز هم تاکید می کنیم که موارد این اشکال پر خاشگری خوشبختانه بسیار

اندک است. نحوه ی برخورد و موارد تجویز دارو به انواع بیماران پسیکوتیک

در ادامه خواهد آمد

اختلالات پسیکوتیک در DSM-5 بترتیب

زیر طبقه بندی شده اند 1- اختلال

هذیانی DELUSIONAL DISORDER

2- BRIEF PSYCHOTIC DISORDER اختلال پسیکوتیک گذرا

3- اختلال اسکیزوفرنیا SCHIZOPHRENIA

4- SCHIZOAFFECTIVE DISORDER اختلال اسکیزوافکتیو

SUBSTANCE/ MEDICATION -INDUCED PSYCHOTIC DISORDER اختلال

پسیکو تیک ناشی از دارو یا مواد-5

PSYCHOTIC DISORDER DUE TO ANOTHER MEDICAL CONDITION اختلال

پسیکو تیک ناشی از یک بیماری طبی 1 b- شرح حال

« حسین 22 ساله، باسوان سوم دبیرستان بیکار، مجرد، اهل و ساکن حاشیه شهر.

یک برادر و سه خواهر دارد. او از 5 سال قبل، از خانه خارج نشده است. حمام

نمیرود. روی سرش را اصلاح نمیکند و خون را در زیر زمین خانه محبوس کرده

است. همانجا زندگی میکند و میخوابد. از خوردن غذائی که مادرش پخته است،

امتناع میکند. فقط تخم مرغ یا چیز مختصری را که خون تهیه میکند، میخورد.

با پدر، خواهران و برادر تقریباً هیچ گونه تماسی ندارند. با کسی حرف نم‌یزند،

رابطه با مادر در حداقل و محدود به رد و بدل کردن چند کلمه ضروری است. زندگی

در انزوای کامل و در لاک تنهائی خون. پدر بارها تصمیم گرفت او را به پزشک

بیاورد، اما حسین با تمام قوا مقاومت کرد. در نهایت پدر، پزشک را به خانه آورد. اما

حسین، با تمام قدرت لحاف را بر سرش کشید. یک کلمه با پزشک حرف نزد، و حتی

چهره اش را نیز به پزشک نشان نداد با این حال پزشک ک با اخذ شرح حال از

خانواده، او را جهت بستری به بخش روان پزشکی ارجاع داد. حسین در فرصتی

توانست دفترچه بیمه های را که دستور بستری اش را بر آن نوشته بودند، بسوزاند.

اما در نهایت در بخش روان پزشکی بستری شد. فقدان رابطه چشمی و کلامی، و

حداقل همکاری در روزهای نخست، موجب شد، درمان به صورت تدریجی شروع

شود.

پس از دو هفته، ارتباطات بین فردی حسین، بهبودی قابل توجه نشان داد. او با

همه حرف می‌زند، و تا حدود زیادی از انزوای اجتماعی او کاسته شده بود.»

بحث

این یک مورد اختلال اسکیزوفرنیا است.

اختلال اسکیزوفرنیا

پسیکوزی است با شروع آهسته و مودیانه که کل شخصیت فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و

غالباً مزمن و ناتوان کننده است.

A- شرط تشخیص گذاری اختلال اسکیزوفرنیا وجود نوبیا بیشتر از علائم زیر در

طول نورهی یک ماهه) یا کمتر اگر درمان موفقیت آمیز نداشته باشد(است. حد

اقل یکی از این علائم باید وجود داشته باش:

1- هذیان

2- توهم

3- تکلم آشفته

4- رفتار آشفته یا کاتاتونیک

5- علائم منفی (کاهش ابراز هیجان یا فقدان اراده)

افت بارز عملکرد در زمینه های شغلی ، روابط بین فردی ، یا مراقبت از خون نسبت به قبل از

بیماری

تداوم حد اقل شش ماهه ی اختلال که حد اقل در یک ماه از این مدت علائم

بیماری وجود نداشته باشد مگر اینکه با موفقیت درمان شده باشد.

در مورد شرح حال ذکر شده، ما با یک مورد **بیمار پسیکوتیک** روبروئیم . همکاران غیر روان

پزشک خون آگاهند که بیمار پسیکوتی ک

1- هذیانی است) اعتقاد به باور نادرستی که با بحث قابل اصلاح نیست)

2- توهم دارن) ترک بدون محرک، شنیدن صداها، دیدن چیزهائی که وجود ندارن)

3- رفتار آشفته دارن) مثلاً آتش زدن منزل یا تخریب و...)

4- تکلم آشفته دارن چون بیربط گوئی

5- بینش به بیماری ندارن) خون را بیمار نمی دانند (و در نتیجه درمان را نمی پذیرن

6- احتمال خطرناک بودن برای خون و دیگران بر مبنای باورهای غلط هذیانی مطرح است.

تجویز دارو به این بیماران برخلاف تمایل شان ، بستری کردن آنها و یا بستری

نکردن آنها هر کدام ممکن است عواقب حقوقی و پی آمده‌های ناگواری داشته

باشد. چون خودکشی ، دیگر کشی ، آسیب به خون و دیگران ، تخریب ، اتلاف

سرمایه ی خانواده رفتارهای بی مهلبای جنسیو... لذا در برخورد با یک بیمار

پسیکو تیک باید به نکات زیر توجه کنیم:

1- آیا بیمار تحریکاتی است و نیاز به تجویز اورژانس آرامبخش دارد؟

2- آیا برای نخستین بار با پسیکوز مراجعه کرده است یا سابقه ی درمان های قبلی برای

پسیکوز دارد؟

3- اگر سابقه ی درمانی دارد از عوارض داروئی رنج می برد؟

4- آیا با درمان داروئی تجویز شده ی قبلی روان پزشکی در وضعیت بهبودی نسبی قرار دارد؟

5- آیا از نظر رفتاری برای خون و دیگران خطرناک است؟

گزینه‌ی نخست **بیمار تحریکاتی** همکاران پزشک عمومی و یا هر متخصصی در

برخوردن با بیمار پسیکوتیک می‌توانند و نیز ضروری است بهیبه‌ها ر تحریکاتی در

اروی آرام بخش تریقی تجویز و آنگاه به بیمارستان یا روان پزشک ارجاع کنند.

نحوه‌ی تجویز در نسخ پیشنهادی ارائه خواهد شد

گزینه دوم **پسیکوز و بی‌ثبات اول** اگر با یک بیمار پسیکوز مراجعه‌ی اول روبروئیم

در صورت تحریکاتی بودن طبق گزینه نخست عمل می‌کنیم و در غیر این

صورت ارجاع به روان پزشک. اما اگر بیمار **سابقه‌ی درمانی قبلی** دارد، در این

صورت در حالت **ثبیت شده بودن وضعیت بیماری و بهبودی نسبی** تکرار نسخه‌ی

روان پزشک از طرف همکاران پزشک عمومی بلامانع است. اما اگر بیمار از

عوارض داروئینج می‌برد باید طبق دستورالعمل گزینه سوم اقدام کرد. اگر

بیمار با سابقه‌ی درمان داروئی **وضعیت آشفت ه دارد و در فاز عود قرار**

دارنده‌ترین گزینه ارجاع به روان‌پزشک است. البته در صورت تحریکاتی بودن

طبق گزینه نخست تجویز آرام‌بخش بلامانع است.

گزینه سوم. **بیمار با عوارض دارویی** بیمار از نظر کنترل پس‌یکوز خوب است اما

از عوارض دارویی رنج می‌برد. همکار پزشک عمومی میتواند نسبت به درمان

این عوارض، دارو تجویز کند. مثلاً بیمار با عوارض پارکینسونی یا لرزش دارویی

مراجعه کرده است. نحوه‌ی درمان‌ناین عوارض را توضیح خواهیم داد.

گزینه چهارم. **بیمار با وضعیت تثبیت شده** بیمار با نسخه‌ی دارویی تجویز شده

در فاز بهبودی نسبی قرار دارد. تکرار نسخه توسط همکار پزشک عمومی بلامانع

است.

گزینه‌ی پنجم. **خطرناک بودن برای خون‌دنیگران** بیمار از نظر رفتاری برای خود و

دیگران خطرناک است. نظیر خطر خون‌کشی، خطر دیگرکشی، خطر ولخرجی

و اتلاف سرمایه خانواده، خطر رفتارهای بی‌مهابای جنسی و.... بیمار باید

بستری شوند. در صورت تحریکاتی بودن تجویز نسخه آرام بخش و ارجاع برای

بستری.

حال نسخ پیشنه‌های به این بیماران را بررسی می‌کنیم

نسخه

TRIFLUOPERAZINE 1MG AMP. IM.

تجویز آمپول تری فلوپرازین از این نظر که یک نورولپتیک تزریقی است شاید

مناسب به نظر برسد. اما این دارو با این دوز برای یک بیمار تحریکاتی، ناکافی

است. البته ممکن است برای آماده کردن بیمار برای بستری یک آنتی

پسیکوتیک تزریقی لازم باشد اما تری فلوپرازین یک میلی‌گرم کارساز نخواهد بود.

DIAZEPAM 10MG AMP. IM. نسخه

نیاز پام یک بنزودنیازین است نه نورولپتیک. لذا تجویز آن در یک بیمار
پسیکوتیک کاربردی ندارد. نکته ی دیگر اینکه نیاز پام عضلانی جذب مطهئنی
ندارد و تزریق وریدی آن هم گاه با مخاطرات جدی همراه است . شاید اگر
نوراز پام تزریقی در دسترس بود- البته نه به عنوان درمان خط اول- جائی در درمان
داشت.

سخه HALOPERIDOL 5MG AMP. IM.

این گزینه تنها درمان مناسب در یک بیمار پسیکوتیک تحریکاتی است . البته در
هر بیماری بویژه اگر مرد جوان باشد حتما جهت اجتناب از بروز عوارض اکسترا
پیرامیدال، تزریق همزمان یک آنتی کولینرژیک مثل BIPERIDEN 5MG

AMP ضروری است. نکته ی دیگری اینکه در این بیماران ممکن است تزریق 5

میلی گرم هالوپریدول **ناکافی از رفع حالت تحریکاتی** بیمار باشد. در صورت

لزوم می توان در شبانه روز تا 60 میلی گرم هالوپریدول (مثلاً هر 6 تا 8 ساعت

پانزده میلی گرم (به بیمار تزریق کرد. تزریق همزمان بیپریدن ضرورتی ندارد.

تزریق 2 تا 5 میلی گرم بیپریدن در هر 12 ساعت کفایت می کند.

شرح حال 2

بیماری با سابقه ی اسکیزوفرنیا، از یک ماه قبل دچار لرزش در لب پائینی شده

است. اخذ شرح حال نشان می دهد که روزانه چهار میلی گرم ریسپریدون،

چهار میلی گرم بیپریدن، یکصد میلی گرم کلرپرومازین و بیست میلی گرم

پروپرانولول مصرف می کند.

بحث

این یک مورد اختلال حرکتی ناشی از دارو است که به سندرم خرگوش

RABBIT SYNDROME موسوم است. لب پائینی بیمار مانند خرگوش تکان

می خورد. این معادلی از پارکینسونیسم دارویی است.

DRUG INDUCED MOVEMENT D. اختلالات حرکتی ناشی از دارو

این اختلالات شامل پارکینسونیسم دارویی، سندرم نورولپیتیک بدخیم، آکاتزی،

دایستونی و دیسکینزی دارویی و بالاخره لرزش ناشی از دارو است. بجز آخری

بقیه بیشتر با داروهای ضد جنون نسل اول موسوم به انتاگونیست های

دوپامین D2 دیده می شوند و البته با ریسپریدون. این عوارض بجز لرزش ناشی

از دارو عوارض عصبی NEUROLOGICAL SIDE EFFECT نامیده می شوند. به

عبارت دیگر سندرم خارجیهی EXTRAPYRAMIDAL SYNDROME هستند.

هر نوع عارضه‌ی داروئی و از جمله این اختلالات موجب کاهش همکاری داروئی و

شاید قطع درمان شوند یا چون دیستونی ناراحتی شدید پدید آورند. لذا پزشک

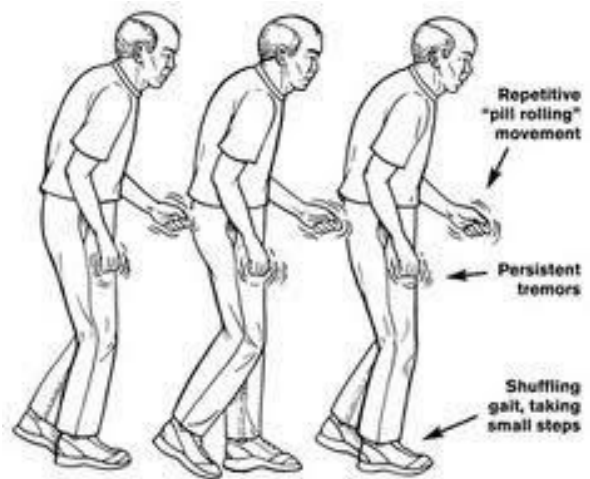
باید به موقع با تجویز داروی کمکی ، یا تعویض آندر تداوم درمان به بیمار کمک

نماید .

پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک بر اساس

ملاک های DSM-5 پارکینسونیسم ناشی از سایر

داروها بر اساس ملاک های DSM-5



لرزش پارکینسونی، سفتی عضلانی، آکینزی) یعنی فقدان حرکت یا اشکال در

شروع حرکت (یا برای کینزی) یعنی آهستگی حرکت (است که در عرض چند

هفته از شروع یا افزایش دوز دارو) مثلاً نورولپتیک (یا کاهش دوز داروهای مورد

مصرف، علائم خارج هرمی پدید می آید. قامت خمیده، راه رفتن شتابنده،

قیافه ی ماسک مانند مشکل در شروع حرکت از علائم پارکینسونیسم دارویی

هستند که معمولاً بین روز 5 تا 90 مصرف داروهای ضد جنون نسل اول ظاهر می

شوند.

سندرم خرگوش RABBIT SYNDROME در واقع شکلی از پارکینسونیسم

دارویی است که در آن لب پائینی بیمار لرزش دارد و درمان آن نیز چون

پارکینسونیسم دارویی است.

درمان: تغییر دارو به انواعی که کمتر عوارض خارج هرمی EPS ایجاد می کنند

نظیر داروهای ضد جنون آتیپیک یا ضد جنون های تیپیک با قدرت کمتر LOW

POTENCY ، استفاده از آنتی کولینرژیک ها مثل تری هگزی فنیدیل

TRIHEXYPHENIDYL و بیپریدن BIPERIDEN استفاده از آگونیست های

دوپامین چون CAP. AMANTADINE و بالاخره استفاده از بنزوتیازپین ها و

آنتی هیستامین ها در خط آخر

نسخ

پیشنهادها

دی را

مرومی

کنیوم

نسخه 1

RISPERIDONE 4MG TAB. شب یک عدد

BIPERIDEN 2MG TAB. روزی دو عدد

شب یک عدد CHLORPROMAZINE 100MG TAB. روزی سه عدد

PROPRANOLOL 10 MG TAB در این نسخه فقط قرص پروپرانولول اضافه

شده است. قرص پروپرانولول یک بتا بلوکر است که در درمان پاکینسونیسم

دارویی جایی ندارد.

نسخه ۲

CLONAZEPAM 1MG TAB. قرص شب 1/2

DIPHENHYDRAMINE SYR. شب یک قاشق مرباخوری

به نظر می رسد همکاری ها فقط برای رفع این مشکل (سندرم خرگوش) نسخه

نوشتند. هر دو رقم ناروی تجویز شده البته به عنوان درمانهای خط دوم می

توانند در پارکینسونیسم ناروی بکار روند اما چرا این همکاری از درمان خط اول

استفاده نگردند است ؟ نسخه 3

RISPERIDONE 4MG TAB. شب یک عدد

BIPERIDEN 2MG TAB روزی سه عدد

CHLORPROMAZINE 100MG TAB. شب یک عدد

PROPRANOLOL 10MG TAB روزی دو عدد

این نسخه کاملاً بجا فقط ناروی آنتی کولینرژیک یعنی بیپریدن را اضافه کرده است . و قابل قبول ترین نسخه محسوب می شوند.

۳ شرح حال

بانوئی 24 ساله به علت تپش قلب، احساس هرگ قریب الوقوع، لرزش، احساس

خفگی، تعریق به اورژانس مراجعه کرده است. از پزشکاستمداد می کند که به

دانش برسد دارند می میرند. پزشک جهت آرام شدن بیمار دستور می دهد یک

عدد آمپول تری فلوپ رازین یک میلی تزریق شوند. دستور اجرا می شوند. سرو

صدای بیمار می خوابد و البته با اخذ نسخه‌ی درمانی و تشکر اورژانس را ترک می

کند. اما ساعتی بعد با گردن کج شده و بسیار ناراحت بر می گردد.

بحث

این بیمار دچار **دایستونی حاد ACUTE DYSTONIA** ناشی از نورولپتیک شده

است. یک اختلال حرکتی ناشی از دارو که البته در در یک بیمار هونث و با این دوز

کمتر محتمل است.

DSM-5 براساس MEDICATION INDUCED ACUTE DYSTONIA دایستونی حاد ناشی از

دارو

انقباض نابهنجار و طولانی عضلات چشم (حملات اوکولوژیر) سر

، گرن) تورتیکولی=انحراف طرفی گرن یا تروکولی= انحراف گرن به عقب)

اندام ها یا تنه که در عرض چند روز از شروع یا افزایش دوز دارو (نظیر

نورولپتیک ها) یا پس از کاهش دوز یک داروی مورد استفاده برای درمان عاظم

خارج هر می پدید می آید. در مردان جوان

و با داروهای قوی تر بیشتر شایع است در 40% افرادی که از ضد جنون های قوی

مصرف می کنند دیده می شوند لذا پیشگیری با آنتی کولینرژیک ها بسیار مفید

است

آهسته در سه دقیقه: I.V. AMP. BIPERIDEN درمان



نسخ

پیشنهاد

ای را

بررسی

کنیم

نسخه

1

NEUROBIONAMP. IM.

به نظر می رسد تشخیص این همکار محترم اختلال تبدیلی **CONVERSION**

D. بوده است که می خواسته با یک دارو نهما بیمار را درمان کند که طبعا بی نتیجه

خواهد بود.

۲ نسخه

DIAZEPAM 10MG AMP. IM.

این نسخه هم درمان خط اول محسوب نمی شود. ممکن است پاسخ درمانی هم

داشته باشد اما توجه کنیم که جذب عضلانی دیازپام نامطمئن است و تزریق

وریدی بسیار پر مخاطره.

۳ نسخه

BIPERIDEN 2MG IV

این تزریق آهسته در سه دقیقه با فاصله حالت نسبی تونی را از بین خواهد برد

لذا درمان انتخابی است البته تزریق عضلانی هم جواب می دهد با تاخیر نیم تا

یک ساعت.

۴ شرح حال

مجتبی 28 ساله مجرد، بیکار از ده سال قبل تحت درمان با داروهای نورولپتیک

بوده است داروهای مختلفی چون هالوپریدول، تریفلوپرازین، آمپول

فلوفنازین دکانوات و..... مصرف کرده است چندین سال است که از مراجعه به

پزشک خوداری و نسخ قبلی را بصورت تکراریمصرف می کند. از چند ماه قبل

دچار حرکات ناهنجاری شده است گویی همواره در حال جویدن است.

هذیان و توهم ندارد. خلق نسبتا نرمال است. خواب و اشتها عادی است.

بحث

این یک مورد دیسکینزی دیررس TARDIVE DYSKINESIA است.



ملاک های تشخیصی دیسکینزی دیررس TARDIVEDYSKINESIA بر اساس DSM5

حرکات غیرارادی آنتونید یا کرده ای فورم) حد اقل به مدت چند هفته (اغلب در

زبان، پائین صورت و فک و انتهاها) اما گاهی عضلات فاریکس، نیافراگم یا تنه را

گرفتار می‌کند) در همراهی با مصرف نورولپتیک‌ها به مدت حداکثر چند ماه.

علائم ممکن است بعد از نوردی کوتاه‌تری از تجویز نارون‌افران‌پیر تر ظاهر شوند.

در بعضی بیماران از این نوع حرکات ممکن است بعد از قطع نارون، کاهش یا تغییر

نورولپتیک دیده شوند. در این صورت اختلال را دیسکینزی ترک ناگهانی

نورولپتیک گویند. از آنجا که این نوع دیسکینزی اغلب در سیر زمان محدود

شونده است کمتر از 4-8 هفته طول می‌کشد، دیسکینزی که بیش از این بطول

انجامد دیسکینزی دیررس خوانده می‌شود. حرکات نورنهان شایع‌ترین

حرکت است.

نورمان:

بهترین نورمان‌پیشگیری است. استفاده صحیح و حداقلی بخصوص از ضد جنون

های نسل اول (آنتاگونیست‌های دوپامین D2).

معاینه مرتب بیماری که از این داروها استفاده می کند. در صورت پیدایش اولین

علائم قطع سریع داروی ایجاد کننده. در صورت امکان استفاده از داروی های

جایگزین مثل کاربامازپین و لیتیموم یا ضد جنون هائی که حد اقل خطر TD را

دارند.

کلوزاپین ضد جنونی است که خون بهترین درمان TD است البته با عوارض و

محدودیت های خاص خود. استفاده از بنزودیازپین ها، تترابنازین

TETRABENAZINE، داروهای ضد پارکینسون چون MIRAPLEX، ترکیبات

ویتامینی چون B6 و آگونیست های دوپامین چون AMANTADINE توصیه

شده است

شرح حال چهار، یک اختلال حرکتی ناشی از ناروهای نورولپتیک است. درست

است که پزشک عمومی می تواند به درمان عوارض ناروئیبیماران اسکیزوفرنیک

بپردازد و نسخه ی این بیماران را در صورت تثبیت بودن وضعیت تکرار کند. اما این

یک مورد استثنائی دشوار از نظر درمان بوده نیاز به دستکاری کامل در نسخه ی

درمانی دارد. بیماری است که متأسفانه با خون درمانی و عدم مراجعه به یکی از

بدترین عوارض داروئی مبتلا شده است. یکی از موارد ضروری در تکرار نسخه ی

این بیماران توجه به همین عوارض و رفع به موقع آن و در صورت لزوم ارجاع به روان

پزشک است دیسکینزی دیر رس در صورت تشخیص به موقع (هفته های اول

شروع) قابل درمان است اما در صورت مزمن شدن پاسخ درمانی ضعیف خواهد بود

. این بیمار حتما باید برای تغییر اساسی در ناروها به **روان پزشکی** ارجاع شوند.

نخستین گام تغییر دارو است.

شرح حال 5

حمید 29 ساله متأهل ناری همسر و سه فرزند از چند هفته ی قبل مثل یک تکه ی

چوب خشک شده است. این اصطلاحی است که به همسرش در توصیف وی بکار می

برد. گله دارد که داروهای ماه قبل وی را بسیار کند کرده است مثل یک پیرهن

قامت خمیده پیدا کرده است. حتی در چهره اش هیچ حرکتی وجود ندارد.

بدنش انگار یخ زده و منجمد شده است. آبریزش دهان دارد. پزشک با تعجب به

بررسی نسیخه ی تجویزی همیشگی بیمار می پردازد. نسخه که بوندی نشان نمی

دهد. از بیمار می خواهد که داروها را روی میز بگذارد. بیمار داروها را به همراه

ندارد. بالاخره به کمک موبایل و تماس با منزل روشن می شود که داروخانه یک

رقم از داروها را به علت موجود نبودن تحویل نداده است. تری هگزی فنیدیل

نایاب بوده است. و متأسفانه این نکته به پزشک گزارش نشده است که

جایگزینی تجویز شوند.

بحث

این یک مورد پارکینسونیسم ناروئی است که در نتیجه ی عدم مصرف ناروی آنتی کولینرژیک

تجویز شده پدید آمده است.

نسخ

پیشنهادها

دی را

بررسی

کنیم

نسخه 1

METHOCARBAMOL AMP. IM

BACLOFEN 25MG TAB. روزی سه عدد

ممکن است این دو دارو با ویژگی مثل کنندگی عضلانی موثر باشند اما برای درمان

پارکینسونیسم دارویی توصیه نشده اند. باکلوفن با دوز

25 میلی گرم سه بار در روز به همراه داروهای روان گرا

بیمار را بیست و چهار ساعت به خواب خواهد برد نسخه

2

DIAZEPAM 2MG TAB. روزی سه عدد

دiazepam البته یک شکل کننده ی عضلانی محسوب می شود و در بهبود علائم

پارکینسونی هم ممکن است تا حدی موثر باشد اما به عنوان درمان دارویی

پارکینسونیسم توصیه نشده است. علاوه بر این خون داروهای نورولپتیک بعد

کافی حالت تسکین ایجاد می کنند. تجویز همزمان شش‌هیلی گرم در روز

دiazepam عمداً بیمار را در تمام روز در رختخواب نگه خواهد داشت.

نسخه 3

BIPERIDEN 5MG AMP. IM

BIPERIDEN 2MG TAB روزی

سه عدد

این مناسب ترین گزینه در درمان پارکینسونیسم دارویی است. برای اثر بخشی سریع تر آمپول

تجویز شده و در ادامه قرص بیپردین.

شرح حال 6

راحله 25 ساله مجرد از سال ها قبل با تشخیص اسکیزوفرنیا تحت درمان روان

پزشکی قرار دارد. دو هفته ی قبل به علت سوءهین عود در مرکز روان پزشکی

بستری شد با توجه به امتناع بیمار از مصرف دارو آنتی پسیکوتیک تزریقی

فلوفنازین دکانوات 25 میلی گرمی 1/2 آپول تجویز شد. پس از سه روز بیمار

تب و عرق کرده و بدنش خشک شده بود سرش را از بالاش بالا نگه می داشت. در بلع

مشکل پیدا کرد. حرف نمی زد در حالت بهت فرو رفته بود. در معاینه بالار رفتن

مختصر فشار خون و افزایش ضربان قلب ثبت شد. آزمایش خون افزایش قابل

توجه CPK و نشان داد. بیمار سر یعا به مرکز مراقبت های ویژه انتقال یافت.

بحث

این یک مورد تیپیک سندرم نورولپتیک بد خیرم است.

NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME سندرم نورولپتیک بد خیم

گرچه سندرم نورولپتیک بد خیم در شکل کلاسیک کاهش خون به سادگی

تشخیص داده می شود، اما اغلب در شروع، شکل، سیر و پی آمد ناهمگن دارد.

شکل بالینی توصیف شده در زیر نوعی است که در تشخیص سندرم مورد وفاق

عمومی است.

ویژگی های تشخیصی:

بیمار در عرض 72 ساعت قبل از پیدایش سندرم در معرض یک آنتاگونیست دوپامین قرار داشته

است.

بالا رفتن درجه حرارت با اندازه گیری دهانی 38 درجه حد اقل در دو موقعیت همراه با تعریق

فراوان



ویژگی تشخیصی سندرم نورولپتیک بدخیم در افتراق با دیگر عوارض

نورولوژیک مصرف ضد جنون هاست. بالا رفتن شدید درجه حرارت، بازتاب از

کارافتادگی تنظیم حرارت مرکزی، احتمال بیشتر سندرم نورولپتیک بدخیم را

مطرح می کند. سفتی تمام عضلات که لوله سربی توصیف می شوند در اشکال

خیلی شدید و معمولاً غیر پاسخگو به داروهای ضد پارکینسونیک ویژگی اصلی از

اختلال بوده که ممکن است با دیگر علائم نورولوژیک همراه شوند) مثل لرزش، آب

ریزش دهان، اکینزیا، دیستونی، تریسموس، میوکلونوس، اختلال تکلم، اختلال

در بلع، رابدو میولیز (بالادرفتن کراتینین کیناز حداقل چهار برابر بالاتر از نرمال

معمولاً دیده می شود. تغییرات در وضعیت روانی با نلیر یوم یا نوسان هشیاری از

استیوپور گرفته تا کوما اغلب علامتی زونرس است. افراڻ هبتاد ممکن است

هشیار بنظر آیند اما گیج و ناپاسخگو که با استیوپور کاتاتونیک سازگار است.

فعالیت اتونوم و بی ثباتی که با تاکیکاردی (25% بالاتر از خط پایه) تعریق،

بالادرفتن فشار خون) سیستولیک یا دیاستولیک 25% بالاتر از خط پایه (یا نوسان

(تغییر 20 میلی متر جیوه دیاستولیک یا تغییر 25 میلی متر جیوه سیستولیک در

24 ساعت (بی اختیاری انزاری، ورنگ پریدگی ممکن است در هر زمانی دیده شود

اما یک کلید اولیه برای تشخیص فراهم می کند. تاکی پنه) تعداد ضربان 50%

بالاتر از خط پایه) معمول است و نیست ریس تنفسی ناشی از آسیدوز متابولیک،

هیبرمتابولیسزم، جمع شدگی دیواره سینه، پنومونی ناشی از اسپیراسیون یا

آهبولی ریوی می تواند رخ داده منجر به ایست تنفسی شوند.

پی گیری شامل بررسی های آزمایشگاهی رد علل عفونی، سمی، متابولیک، علل

عصبی روانی یا عوارض اساسی است (رنگ. تشخیص افتراقی). گرچه

ناهنجاری های آزمایشگاهی با سندرم نورولپتیک بد خیم همراهند، هیچ

ناهنجاری واحدی اختصاصی برای تشخیص نیست. افراد با سندرم نورولپتیک

بد خیم ممکن است لکوسیتوز، آسیدوز متابولیک، هیپوکسمی، کاهش آهن سرم

و بالا رفتن آنزیم های عضلانی و کاته کولامین ها را داشته باشند. یافته ها از

مایع مغزی نخاعی و مطالعات تصویربرداری عصبی معمولاً طبیعی هستند در

حالی که الکتروآنسفالوگرافی آهستگی جنرالیزه نشان می دهد. یافته های

اتوپسی در موارد فوت شده بسته به عوارض، غیر اختصاصی و متغیر هستند.

سیر:

شواهد نشان می دهد میزان شیوع سندرم نورولپتیک بدخیم 02.0%-01.0%

در بین افراد در مان شده با ضد جنون ها است. پیشرفت موقتی علائم و نشانه ها

فراهم کننده ی کلید مهمی در تشخیص و پیش آگهی سندرم نورولپتیک بدخیم

است. تغییرات در وضعیت روانی و دیگر علائم عصبی بطور تپیک قبل از علائم

سیستمیک دیده می شوند. شروع علائم پس از آغاز دارو از ساعت ها تا روزها

تغییر می کند. سندرم در بعضی از موارد 24 ساعت پس از شروع دارو (نورولپتیک)

و اغلب در عرض یک هفته و عمدتاً همگی در عرض یک ماه پدید می آید. از آنجا

که سندرم تشخیص داده شده و ضد جنون

خوراکی قطع می شوند ، سندرم نورولپتیک بد خیم در اغلب موارد خون محدود

شونده است. میانگین بهبودی پس از قطع دارو 7-10 روز است. در اغلب افراد

بهبودی در عرض یک هفته و تقریباً همگی در عرض یک ماه. دوره ممکن است در

تجویز ضد جنون های آهسته رهش طولانی شوند. گزارش شده است که در بعضی

افراد علائم باقی مانده ی عصبی به مدت چند هفته بعد از رفع علائم متابولیک

نوام می یابد. در اغلب موارد علائم سندرم نورولپتیک بد خیم بطور کامل رفع می

شوند معیضاً میزان مرگ و میر در صورت عدم تشخیص 20- 10 % گزارش شده

است. گرچه بعضی افراد عون سندرم را در صورت مصرف مجدد ضد جنون ها

تجربه نهی کنند، بعضی دیگر بخصوص آنها که ضد جنون‌ها را سریع بعد از یک

نورده بیماری دریافت می کنند، دچار عود می شوند.

خطر و عوامل پیش بینی کننده:

سندرم نورولپتیک بدخیم یک خطر بالقوه در هر فردی است که ضد جنون

دریافت می کند. به هیچ تشخیص عصبی روانی خاص وابسته نهی باشد و

ممکن است در هر فردی بدون تشخیص اختلال روانی که آنتاگونیست های

نوپامین دریافت می کند دیده شود. عوامل بالینی، سیستمتیک و متابولیک که

فزاینده ی خطر سندرم نورولپتیک بدخیم هستند عبارتند از تحریک پذیری،

خستگی، نزهیدراتاسیون و کمبود آهن. تقریبا تمام آنتاگونیست های

نوپامین با سندرم نورولپتیک بدخیم توام هستند گرچه آنتی پسیکوتیک های

قوی مطرح کننده ی خطر بالاتری در مقایسه با داروهای ضعیف و آنتی

پسیکوتیک های نسل نهم هستند. اشکال خفیف تر ممکن است با آنتی

پسیکوتیک های جدیدتر دیده شوند اما سندرم حتی با انواع قدیمی تر داروها

از نظر شدت متغیر است. آنتاگونیست های دوپامین مورد مصرف طبی (مثل

متوکلوپراید و پروکلرپرازین) نیز در مظان اتهام قرار دارند. تجویز تزیقی، بالا

بردن سریع دوز و دوز کلی بالاتر با خطر بیشتری همراه است معهدا سندرم

نورولپتیک بدخیم تر محدوددهی دوزهای درمانی دیده می شوند.

تشخیص افتراقی:

عفونت های سیستم اعصاب، وضعیت های التهابی یا اتوایمون استاتوس

اپیلپتیکوس، آسیب های ساختمانی های ساق کورتیکال و بیماری های

سیستمیک چون فنوکرومونسیتوم، تیروکسیکوز ، گزاز، گرمازنگی) HEAT

) STROKE

نیز سندرم نورولپتیک بد خیم باید از سندرم های مشابه ناشی از مصرف مواد یا

داروها نظیر سندرم سروتونرژیک، سندرم هیپرترمی پارکینسونی ناشی از قطع

ناگهانی آگونیست های نوپامین ، ترک الکل و مسکن ها، هیپرترمی ناشی از

هوشبرها، هیپرترمی ناشی از مصرف محرک ها و توهم زاها و مسهویت

اتروپینی ناشی از انتی کولینرژیک افتراق داده شود.

درمان:

درمان سندرم نورولپتیک بد خیم یک اوژانس طبیی است . برخلاف سهیل پنداری

نویسندگان DSM5 آنچه من شاهد بوده ام تقریبا تمامی با ضد جنون های

آهسته رهش (فلوفنازین تزریقی) بوده که بعد از تشخیص نهی توان برای رها

شدن روزانه معادل 700 میلی گرم کلرپرومازین به مدت چند هفته کاری کرد.

لذا این اقدام ورود ضد جنون در خون کار درمانی را بی نهایت دشوار می ساخت.

توصیه من انتقال سریع بیمار به یک مرکز مجهز روان پزشکی و البته درمان در

بخش مراقبت های ویژه توسط متخصصان طب اورژانس، داخلی و روانپزشک

است. البته اگر مورد مربوط به داروی خوراکی باشد شاید قطع درمان کارساز

باشد. اما متأسفانه تمام تجارب درناک ما بجز یک مورد با فلوفنازین تزریقی

طولانی اثر بوده است. اولین اقدام پائین آوردن تب و تعادل آب و الکترولیت ها

است. دانترولن سدیم تزریقی گام بعدی است.

همچنان که گفته شد این شرح حال یک سندرم نورولپتیک بدخیم و یک اورژانس پزشکی است

که سریعاً باید بستری شود

البته با توجه به وضع بیمار و آمانگی بخش روان پزشکی می توان بیمار را در

بخش روان پزشکی یا در صورت وخامت حال عمومی در بخش مراقبت های ویژه

بستری کرد و اگر سندرم نورولپتیک ناشی از یک داروی طولانی اثر مثل

فلوفنازین دکانوات باشد ، درمان نشوایتر خواهدبود. زیرا دارو به مدت چند

هفته هر روز وارد جریان خون شده و آن را نمیتوان از بدن خارج کرد. استفاده از

شل کننده های عضلانی مثل دانترولین سدیم. کنترل الکترولیت ها ضروری

است . بیمار دیگر نباید نورولپتیک دریافت کند و این نشواری درمان بعدی را به

همراه خواهدداشت. ضروری است که همکاران شیر روان پزشک در صورت

مشاهده ی بیمار روانی که نورولپتیک مصرف می کند و دچار تب، سستی

عضلانی شده است، بیمار را سریعاً به روان پزشک یا بستری ارجاع کنند.

شرح حال 7

مبانی قلمی 57 ساله مجرد، دائم در حال حرکت بود. از بی قراری شکایت می کرد.

یک پایش را بلند می کرد زمین می گذاشت و پای دیگر را حرکت می داد پزشک

هوتبانه از او خواست که بنشیند. اطاعت کرد اما لحظه ای بعد بلند شد و باز

حرکات پا به پا شدن را ادامه داد.

بسیست میلی گرم هالوپریدول مصرف می کرد. یک بیمار پسیکوز مزمن بود

که از سال های پیش در بیمارستان ماندگار شده بود. کسی را نداشت.

بحث

این یک مورد **اکاتزیا AAKATHISIA** است. احساس نا آراهی تعیینی یا ذهنی عضلانی

هنگام های تشخیصی آکاتزیای حاد ACUTE AKATHISIA ناشی از دارو بر اساس DSM-5

شکایت ذهنی بیقراری، اغلب توأم با مشاهده ی حرکات اضافی (یعنی حرکات

بیقرار پاها، پا به پا شدن پاندولی، قدم زدن، ناتوانی از نشستن یا ایستادن (که در

عرض چند هفته از شروع یا افزایش دوز دارو ها) نظیر نورولپتیک ها (یا پس از

کاهش دوز یک داروی مورد استفاده در درمان علائم خارج هرمی. کاهش دوز دارو

و تعویض دارو توصیه شده است.

۱ نسخه

BIPERIDEN 5MG AMP. IM.

تجویز آمپول بیپریدین در آکاتزی یا توصیه نشده است.

۲ نسخه

DIAZEPAM 10MG AMP. IM.

تزریق آمپول دیازپام هم در درمان آکاتژیا جایی ندارد.

PROPRANOLOL 10MG TAB T,D,S.

این درمان انتخابی آکاتژیا است.

شرح حال 8

فرج 29 ساله هجرت بیکار با سواند دیپلم، از چهار سال قبل تحت درمان روان

پزشکی قرار داشت. احساس می کرد چیزهایی در بدنش میگردند. روده هایش

را دستکاری می کنند. به سرش ضربه می زنند. آرام و قرار نداشت. در طی این

چند سال چندین بار پزشک معالج خود را

عوض کرده بود. انواع داروهای نورولپتیک از هالوپریول گرفته تا تیوتکسین،

ریسپریدون، آری پیرازول، کوئتیاپین و حتی اشکال تزریقی داروها چون فلوپین

تیکسول و فلوپنازین را مصرف کرده بود. اما حاصلی نداشت. باور داشت که آزار

دهندگان دست از سر او برنمی دارند. صداهای توهین آمیزی هم می شنید که

رنجش می دادند. پزشک معالج به آخرین حربه متوسل شد و برایش کلوزاپین

تجویز کرد. این دارو ظاهرا پس از چند هفته ناراحتی بیمار را کاهش داد اما مشکل

آنجا بود که می بایست هر هفته آزمایش خون بدهد. این کار هم دردناک بود،

هم وقت گیر و هم هزینه بر. فرج پس از چند هفته آزمایش و دریافت جواب

بهنجار، آن را غیر ضروری دانست و آزمایش رفتن را ول کرد. گرچه مصرف دارو را

ادامه داد. سه ماه بعد در مراجعه به پزشک برگ آزمایش همراه نداشت. پزشک

معالج شرط ادامه ی درمان را تداوم آزمایش خون قرار داد. اما فرج از خون دادن

خسته شده بود. با اکراد قبول کرد برگه آزمایش را گرفت اما به آزمایش نرفت.

چند هفته ی بعد احساس کرد که سرها خورده است. دهان و گلویش زخم و

سوزش داشت. تب کرده بود. احساس خستگی می کرد. سر درد داشت و نواحیه

گردن غدد لنفاوی بزرگ شده بودند. فرج به پزشک عمومی محل مراجعه کرد.

پزشک تشخیص سرماخوردگی داد و نسخه ای برایش نوشت. اما هنگام

صفحه زدن دفترچه ی بیمه چشمش به برگه ی آزمایش افتاد و به دنبال آن

نسخه ی کلوزاپین تجویز شده. در یک لحظه انگار پزشک دچار برق گرفتگی

شده است. مکثی کرد. به فکر فرو رفت. بعد آهسته بر روی صندلی خون نشست

و رو به بیمار گفت چرا به موقع به آزمایش نرفته است ؟ این ممکن است از

عوارض ناروی کلوزاپین باشد باید هر چه زودتر جواب CBC را بیاورد.

بحث

این یک مورد **آگرانولوسیتوز** از عوارض کلوزاپین است. کلوزاپین به دلیل همین

عارضه در دهه ی هفتاد میلادی از فارماکوپیه ناروئی حذف شد. اما در دهه ی نود

پژوهش‌ها نشان دادند که این دارو در یک سوم بیماران اسکیزوفرنیک مقاوم به

درمان موثر واقع می‌شود. لذا دارو مجدداً وارد فارماکوپه‌ی شد با این شرط که

بیمار دریافت‌کننده‌ی دارو باید به مدت 18 هفته هر هفته از نظر گلبول‌های

سفید آزمایش‌شود. و البته بعد از 18 هفته هر ماه و سپس هر سه ماه. در صورت

افت تعداد گلبول‌های سفید به 3000 باید دارو قطع شود. اما می‌توان پس از

طبیعی شدن CBC تجویز دارو را از سر گرفت. اما اگر تعداد گلبول‌ها به دو هزار

افت کند باید دارو قطع شود و دیگر در این بیمار کلوزاپین تجویز نشود. بررسی

آزمایشگاهی اولیه قبل از شروع درمان از نظر قند خون، کبد و چربی‌ها نیز

ضروری تشخیص داده شد. تست‌های کبدی ماهانه و قند و چربی هر شش ماه

ضروری است. در مورد این بیمار پس از دریافت جواب آزمایش و با توجه به تعداد

گلبول‌ها باید تصمیم‌گیری شود.

شرح حال ۹

راهین 60 ساله به دنبال یک عمل جراحی دچار بی قراری شدید و بی ربط گوئی

شده است. توهمات بینائی پیدا کرده است. موجوداتی را در اتاق می بیند که

وجود واقعی ندارند. مرتب می گوید لباسهایم را بیاورید برویم. این در حالی

است که روی تخت بیمارستان است و هنوز اجازه پائین آمدن از تخت را پیدا

نکرده است. وقتی پزشک به برادرش اشاره کرده می پرسد او کیست؟ برادر خون را

نمی شناسد. برادر توضیح میدهد که ساعتی قبل با وی حرف می زد و او را می

شناخت. در شناخت زمان و مکان هم سرگردم است. نه در پاسخ چه وقت است

درست جواب می دهد و نه اینجا کجاست. همراه توضیح می دهد که حالا کمی

بهتر شده است. شب ها وضعش بدتر می شود و حتی نگه داشتنش در تخت

بیمارستان به علت تحریکات دشوار می شود. نیشب با آمپول اضافی آرام

گرفت. پزشک توصیه کرده بود که دست هایش را به تخت نینداند، چون تا حد

هرگ مقاومت خواهد کرد. قبل از بستری هیچ گونه مشکل روان پزشکی نداشت.

خانواده نگران رفتار غریب رامین هستند. بحث

ما با یک مورد **دلیریوم** روبرو هستیم. دلیریوم در گروه اختلالات عصبی

شناختی NEUROCOGNITIVE قرار می گیرد. این گروه اختلالات همیشه

یک علت ارگانیکی دارند. مانند تب و عفونت یا تروما، بالارفتن یا افت قند

خون. لذا پزشک باید علت زمینه ای ارگانیک را یافته و رفع کند. حالت

دلیریومی از بین خواهد رفت.

هنگام های تشخیصی دلیریوم در DSM-5 به شرح زیر است:

□ اختلال در توجه (کاهش توانایی تمرکز مستقیم، تداوم آن و تغییر توجه) (و آگاهی) کاهش

آگاهی به محیط)

□ اختلال در زمان کوتاهی پدید آمده (معمولاً چند ساعت تا چند روز) منجر به

تغییر از سطح پایه توجه شده سیر نوسانی دارند. یعنی در شب بدتر می شوند و

ساعتی آگاهی اش بیشتر است و ساعتی کمتر.

□ علاقه بر آگاهی، در یک زمینه ی دیگر شناخت چون حافظه،

زبان، شناخت موقعیت، اختلال وجود دارند.

□ شواهد بالینی، شرح حال، معاینه ی فیزیکی و یا یافته های آزمایشگاهی

نشان می دهد که اختلال ناشی از اثر مستقیم یک بیماری طبی یا مسوومیت یا

ترک مانده است.

ن

س

۱۰

۱۱

۱۲

۱۳

۱۴

۱۵

۱۶

۱۷

۵

1

LORAZEPAM 1MG TAB. هر 12 ساعت یک عدد

۵

یک بنزو دیازپین خوراکی توانائی کنترل تحریکات دلیریومی را ندارد. لذا

نسخه‌ی مناسبی به نظر نمی‌رسد. ولی بعداً برای دلیریوم مقاوم میتواند موثر

باشد یا با دوز بالاتر بصورت گواژ خوراکی شاید موثر افتد.

۲ نسخه

DIAZEPAM 10MG AMP. IM

تجویز آمپول دیازپام فقط در دلیریوم ناشی از عوارض آنتی کولینرژیک

اندیکاسیون دارند. در این مورد ما شواهدی از این نوع دلیریوم نداریم.

بارها گفته شده که جذب عضلانی نیاز پام نامطمئن و تجویزوریدی داروپرمخاطره است.

۳ نسخه

HALOPERIDOL 5MG IM

این نسخه ی صحیح برای یک بیمار دلیر یومی است.

شرح حال 10

قاسم 40 ساله متاهل دارای سه فرزند با تحصیلات دانشگاهی دلیر دلیرستان .

از یک سال قبل نسبت به همسر 36 ساله خون سوء ظن پیدا کرده است. باوردارن

که همسرش با همسایه ی آپارتمان روبروئی سر و سری دارد. قاسم براین ادعای

خون دلایل انکار ناپذیری ارائه می کند میگوید:

یک این همسایه همیشه نیم ساعت دیر تر از من از خانه خارج می شود.

نوه همیشه سر ساعت 7 زباله هایش را بیرون می گذارد.

سه همیشه برای فریب من با من گرم احوالپرسی می کند. حتی اگر

رویم را برگردانم می گوید قاسم آقا سلام عرض شد.

چهار احساس می کنم با دیدن زن من حالش عوض می شود.

پنج از وقتی که او به این آپارتمان نقل مکان کرده است همسرم بد خواب

شده است. قاسم چند بار تصمیم گرفته است با اینهمسایه دوست به یقه شود.

اما همسرش با التماس از او درخواست کرده است که جلوتر و همسایه آبروریزی

نکند و حتی به قران قسم خورده است که حتی با آن همسایه سلام و علیک هم

ندارد. اما قاسم آقا تر اعتقاد خون راسخ است و می گوید روزی صبرم تمام می

شود و هر دو تان را میکشیم. من از آن بی غیرت ها نیستم. از شرفم دفاع می کنم

همسرش با گریه به پایش افتاده و از او خواسته که از این محل بروند تا

خیالش راحت شود. اما قاسم از خر شیطان پائین نمی آید. به نظر می رسد قاسم

برای همسایه و همسرش فکرهای بدی در سر دارد. جالب اینکه قاسم در کار

اداری خود موفق است و بجز این مورد در زندگی روزمره مشکلی ندارد.

بحث

این یک مورد **اختلال هذیانی DELUSIONAL DISORDER** است

DELUSIONAL D. اختلال هذیانی

و چون هذیان غالباً در یک زمینه ی واحد و باور پذیر) و نه غریب، مثلاً احتمال

خیانت همسر (که سیستما نیزه است به این معنی که با دلایل و شواهدی

ظاهراً منطقی به هم گره خورده اند. شخصیت فرد دست نخورده باقی می ماند

و اغلب نسبت به اسکیزوفرنیا دیرتر آغاز می‌شوند (شروع می‌شود) و سی زندگی (غالباً

توهم وجود ندارد.

A - وجود یک هذیان یا بیشتر به مدت حداقل یک ماه

B - فقدان ملاک A اسکیزوفرنیا. توهمات در صورت وجود ناشتن بارز نیستند و با موضوع

هذیانی ارتباط دارند.

C - فارغ از اثر هذیان یا نتایج آن فرود افت عملکرد پیدا نکرده است و رفتار غریب و غیر عادی

ندارد.

با توجه به پسیکو تیک بودن احتمال امکان خطرناک بودن بیمار نسبت به فرود بودن

سوء ظن و عواقب حقوقی ناشی از آن) حتی خطر قتل (، توصیه می‌شود بیمار به

روان پزشکی ارجاع شوند. البته اگر بیمار قبلاً توسط روان پزشکی ویزیت شده و در

وضعیت تثبیت شده قرار دارند تجدید نسخه بلامانع است.

شرح حال 11

واحد 27 ساله، مطلقه از روستاهای اطراف هریس، از سه سال قبل احساس کرد که افرادی دائم

او را می‌پایند. حتی تصور می‌کرد در خانه

اش دوربین کار گذاشته‌اند. گریه می‌کرد. خوابش هم کم شده بود. نمی‌توانست

از افکار منفی رها شود و آرام گیرد. صداهائی می‌شنید که به او تهمت می‌زدند

که کارهای خلاف عفت انجام داده است. اشتهايش را هم از دست داده بود. می

گفت یک لحظه راحت نمی‌گذارند. چند ماه بعد از شروع بیماری خلق پائی ن،

شگینی و بی‌اشتهائی او از بین رفتند. اما توهمات و تصور اینکه او را می‌پایند

همچنان باقی بود و آزارش میداد. می‌گفت دست از سرم بر نمی‌دارند. فقط هرگز

هر می‌خواهند. در نتیجه‌ی همین حالت‌ها بود که همسرش طاقت نیاورد و از

او جدا شد. اما طلاق حال او را بدتر کرد. همسر سابق نیز در جرگه‌ی آزار دهنندگان

قرار گرفت. نسخه‌ی تجویزی روان پزشکی پس از دو ماه آثار خون را نشان داد.

خواب و اشتها حالت عادی پیدا کرده بود توده‌ها تا حد زیادی فروکش کرده بود

و چندان آزار دهنده نبود. از افرادی

هم که او را می‌پاییدند خبری نبود یا حداقل واحده از آنها حرفی نمی‌زد. او

اکنون داروهایش را بروی میز پزشکی درمانگاه در هر یس گذاشته تقاضای درمان

می‌کرد.

نسخه حاوی داروهای زیر بود:

RISPERIDONE 4MG TAB شب یک قرص

BIPERIDEN 2MG TAB. روزی چهار عدد

LITHIUM CARBONATE 300MG TAB. روزی سه عدد

FLUPENTHIXOL 20 MG TAB. هر پانزده روز عضلانی

بحث

این یک مورد اختلال اسکیزوافکتیو و **SCHIZOAFFECTIVE D** است. اختلال

اسکیزوافکتیو پسیدوزی است در حد واسط بین اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا

که قبلاً در طبقه ی اختلالات خلقی طبقه بندی می شد.

نورده ی مداوم بیماری که در آن یک نورده ی خلقی (افسردگی اساسی یا

مانیا) همراه با هالوسن های A اسکیزوفرنیا (هذیان ، توهم و...) وجود دارند.

شرط تشخیص گذاری این است که حد اقل به مدت دو هفته هذیان و توهم **در غیاب علائم**

خلقی وجود داشته باشد. با توجه به این که

بیمار قبلاً توسط روان پزشک ویزیت شده و در وضعیت تثبیت شده قرار دارد

تکرار نسخه بوسیله ی همکار درمانگاه بلا مانع است. البته همکار پزشک به

امکان وجود عوارض دارویی توجه خواهند کرد.

شرح حال 12

همایون 19 ساله با سواندیلپلم پشت کنکور از یک هفته ی قبل به شدت بی خواب

شده است. بطوری که هانرش توضیح می دهد شب قبل حتی یک ساعت هم

نخوابیده است. آرام و قرار ندارد. با کوچکترین صدائی از جایش می جهد. تصور

می کند جزوات درسی اش را که حاصل چندین سال کارش است می نزنند. می

خواهند مانع ورودش به دانشگاه شوند. هانر توضیح می دهد که پیش از کنکور

بیش از حد به خودش فشار آورد. گاهی شب‌ها بیش از سه ساعت نمی‌خوابید و

اعصابش خسته شده است.

همایون اشتها هم ندارد. بشدت عصبی و پر خاشاک شده است. دیروز با ضربه

ای بازوی مادر را شکست. این رفتار از او غریب می‌نمود. با این همه او دیگران را

مقصر قلمداد می‌کند.

بحث

این یک مورد اختلال پسیکوتیک گذرا BRIEF PSYCHOTIC است زیرا از

شروع اختلال بیش از یک هفته نمی‌گذرد. بیمار مشخصا پسیکوتیک است.

یک پسیکوز ویزیت اول که حتما باید به روان‌پزشک ارجاع شود.

اختلال پسکوتیک گذرا، پسیکوزی است تازه آغاز که کمتر از یک ماه از شروع آن

می گذرد. لذا غالباً در این مرحله روشن نیست که ما با چه نوع پسیکوزی

روبروئیم.

تشخیص اختلال پسیکوتیک گذرا در حالتی مطرح می شود که بیمار حداقل یکی از علائم زیر

را به مدت کمتر از یک ماه دارا باشد¹- هذیان

2- توهم

3- تکلم آشفته (بیربط گوئی)...

4- رفتار آشفته

این یک تشخیص هوقتی است که ممکن است بعداً به تشخیص های

دیگری چون اختلال خلقی یا انواع دیگر پسیکوز تغییر یابد **شرح حال**

حانم 29 ساله بیکار از سیزده سال قبل مصرف ماده را شروع کرد. تریاک و

هروئین را تجربه کرد و آخر سر به شیشه (ممت آهفتامین) رو آورد. دوسه

سال هم شیشه مصرف کرد. اما از هفت سال قبل مصرف هر نوع ماده ای را کنار

گذاشت و در پرهیز کامل است. گرچه عوالبان او را رها نمی کند. همیشه از

توهمات شنوائی و هذیان های آسیب و گزند رنج می برد. کم خواب است.

خواب راحت ندارد. از احساس آرامش محروم است. بی قرار است. از خلق پائین

رنج می برد.

بحث

SUBSTANCE /MEDICATION INDUCED PSYCHOTIC D این یک مورد اختلال

پسیکو تیک ناشی از دارو و مواد

است. پسیکوزی است با هذیان یا توهم (ویا هر دو) که تحت تاثیر مواد بوجون

آمده است. امروزه این نوع پسیکوز را در مصرف کنندگان متآهتاهمین (شیشه)

هی بینیم. این نوع پسیکوز متاسفانه به درمان داروئی پاسخ مطلوب ندارد. ولی

بهر حال باید از ناروهای انتی پسیکوتیک بهره برد. چون پورن پسیکوز است به

ناچار باید به روان پزشکی ارجاع شوند.

شرح حال 14

بانوئی 48 ساله، بدون سابقه ی قبلی روان پزشکی ارجاع شده است. توهمات

شنوائی مداوم و افکار خونکشی قوی دارد. با ضربات متعدد چاقو به سینه ی خون

زخم هائی به عمق 7 سانتی متر ایجاد کرده است. هی گوید که این کار را بر اساس

باورهای مذهبی و صدائی الهی انجام داده است. توهمات شنوائی از سه سال

قبل شروع شده است. البته شنیدائی مذهبی از سیزده سالگی شروع شده

است. او به علت یک سندرم پسیکوتیک و هذیان های بزرگ منشی بستری شد

همزمان کندي پسیکوهوتور و حالت انسداد در فرم تفکر داشت. مهار

گسیختگی شدید در عواطف و مهار متوسط در زبان و ابعاد حرکتی. MRI یک

ضایعه ی ILL-PERFUSED OVOID LESION در ناحیه ی خلفی جانبیتالاموس

نشان داد.

بحث

این یک مورد پسیکوز ناشی از توهم مغزی است یعنی **اختلال پسیکوتیک ناشی از یک بیماری**

طبی

PSYCHOTIC.DUE TO ANOTHER MEDICAL CONDITION

پسیکوزی است و ام با هذیان یا توهم که مشخصا به علت یک بیماری جسمی

مانند توهم مغزی بوجود آمده است. اخذ تصمیم در مورد این بیماران قطعا با

جراحی مغز خواهد بود. اما آنان ممکن است بیمار را قابل جراحی تشخیص

ندهند و به درمان دارویی به روان پزشک ارجاع دهند یا همزمان درمان دارویی و

جراحی ضرورت یابد. فاجعه آنجاست که به این بیمار قبل از تشخیص علت

بیماری داروهای آنتیپسیکوتیک تجویز شوند و توهم به رشد خون در مغز ادامه

دهد و زمان از دست بروند. در هر بیمار پسیکوتیک دیر آغاز و آنتیپیک و

پسیکوزاول، باید به مسائل ارگانیک مشکوک شده بررسی کامل به عمل آورند.

ضمیمه لرزش وضعیتی ناشی از دارو POSTURAL TREMOR

لرزش ظریف (معمولاً در محدوده ۸-۱۲ هرتز) در حین تلاش بر حفظ یک

وضعیت و همزمان با مصرف یک دارو (نظیر لیتیموم، ضد افسردگی، والپروات) .

این لرزش خیلی مشابه لرزش ناشی از اضطراب، کافئین و دیگر محرک ها است

توصیه می شود دوز دارو به حد اقل کاهش یابد. تا حد امکان دارو قبل از خواب

مصرف شود تا میزان لرزش روزانه به حد اقل برسد. بیمار مصرف کافئین را نیز به

حد اقل برساند.

درمان:

بتابلوکرها، پروپرانولول 10 میلی گرم چند بار در روز

ANTIPSYCHOTICS داروهای ضد جنون

داروهای ضد جنون در مقایسه با داروهای ضد افسردگی و اضطراب زدا کاربرد محدودتر اما

شاید حساس تری دارند.

پسیکوز اختلالی است که قرن خون را بیمار نمی ناند، بینش به بیماری خون ندارد

و از باورهای غلطی (هذیان) رنج می برد که ممکن است زندگی خون و دیگران را

تهدید کند. لذا استفاده ی بجای و موثر این داروها از اهمیت ویژه ای برخوردار

است .

FIRST-GENERATION ANTIPSYCHOTICS ضد جنون های نسل اول

این گروه داروها که قبلاً آنتاگونیست های دوپامین D2 نامیده می شدند

نخستین بار در 1950 در بیمارستان های پاریس بکار گرفته شدند و انقلابی در

درمان روان پزشکی پدید آوردند . در این سال کلرپرومازین

CHLORPROMAZINE از فنوتیازین ها سنتز شد. دارویی که اثر ملایم انژی

هیستامینی داشت و تسکین ایجاب می کرد. چند جراح از آن به عنوان داروی قبل

از عمل و بعد از عمل نتیجه ی خوب گرفتند . دو سال بعد بود که اثر کلرپرومازین

در اسکیزوفرنیا و مانیا تأیید شد و فضای بیمارستان های روان پزشکی پاریس را

تغییر داد. این دارو کیفیت درمان پسیکوز را دگرگون کرد و موجب ترخیص

بیمارانی شد که دهه‌ها در بیمارستان‌های روانی بستری بودند. البته امروزه بجز

استثناهائی کمتر از این داروها استفاده می‌شود و اغلب داروهای نسل دوم رواج

دارند. اما در کشور ما هنوز از ضد جنون تزیقی نسل دوم خبری نیست. نیز در

بعضی از بیماران و در مواردی این داروها هنوز کاربرد دارند لذا به اختصار مورد

بحث قرار می‌گیرند. ضد جنون‌های نسل اول در دو انتهای طیفی قرار می‌گیرند

که در یک سر آن داروهای ضعیف / LOW POTENCY چون کلرپرومازین و

تیوریدازین قرار دارند و در انتهای طیف داروی قوی / HIGH POTENCY پیموزاید

PIMOZIDE قرار دارند. به گونه‌ای که امیلی گرم پیموزاید معادل صد میلی گرم

کلرپرومازین یا تیوریدازین قدرت دارند. داروی با قدرت بالا به این معنی است که

این داروها بیشترین عوارض خارج هرمی (EPS) پارکینسونیسم دارویی، اکاترثیا

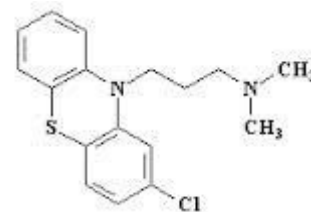
، هایسکینزی و... (و کهترین عوارض آنتی کولینرژیک) تسکین، خشکی دهان

خواب آوری یبوست، احتباس ادراری و.. (را دارند). برعکس داروهای ضعیف با

بیشترین عوارض آنتی کولینرژیک و کهترین عوارض خارج هرمی همراهند.



Chlorpromazine
 $C_{17}H_{19}ClN_2S$



کلرپرومازین و تیوریدازین THIORIDAZINE همچنان که گفته شد هر دو در

خط نهایت ناروهای ضعیف قرار دارند. خواب اور خوبی هستند و می توان گفت

هنوز ناروئی از ناروهای نسل دوم جای انها را پر نکرده است. هر دو نارو به شکل

قرص های 100 و 25 میلی گرمی در دسترس هستند. تیوریدازین قرص 10 میلی

گرمی هم دارند. کلرپرومازین سابقا به شکل امپول 25 میلی گرمی هم تولید می

شد.

پرفنازین PERPHENAZINE از نظر قدرت در خط وسط قرار دارند به گونه ای که 10

میلی گرم از آن معادل صد میلی گرم کلرپرومازین قدرت دارند. والبته این

هوقعیت ویژه ای به پرفنازین میدهد. اگر بیماری تحمل عوارض ناروهای قوی تر

را نداشت می توان این نارو را به وی تجویز کرد. پرفنازین در ایران به شکل قرص

های 2.4 و 8 میلی گرمی تولید می شوند. آپول 5 میلی گرمی آن هم تولید می

شد که اخیراً کمتر قابل وصول است



تری فلوپرازین TRIFLUOPERAZINE دارویی قوی تر از پرفنازین است که هر

5 میلی گرم آن معادل صد میلی گرم کلرپرومازین است. به شکل نراژده های 1،2

و 5 میلی گرمی و آپول یک میلی گرمی در دسترس است





تیوتکسین THIOTEXINE به شکل کپسول 5 میلی گرمی و ترکیبی نزدیک به آن

امپول 20 میلی گرمی فلوپین تیکسول FLUPENTHIXOL از تیوزانتین ها

وارداتی اما تحت پوشش بیمه شتر دسترس است. تیوتکسین از نظر قدرت در حد

تری فلوپرازین بوده 5 میلی گرم آن معادل صد میلی گرم کلرپرومازین است.

امپول طولانی اثر فلوپین تیکسول معمولا هر دو هفته دو عدد یکجا عضلانی عمیق

تزریق می شود.

ZyGenerics
NDC 68382-080-01

HALOPERIDOL
Tablets, USP

10 mg

Rx only

100 TABLETS

Each tablet contains:
Haloperidol, USP.....10 mg

Usual Dosage: See package insert.
Store at 20° to 25°C (68° to 77°F) [See USP Controlled Room Temperature].
Dispense in a tight, light-resistant container.

KEEP THIS AND ALL THE DRUGS OUT OF THE REACH OF CHILDREN.

Mfg. Lic. No. G/1486
Manufactured by:
Cadila Healthcare Ltd.
Ahmedabad, India
Distributed by:
Zydus Pharmaceuticals USA Inc.
Pennington, NJ 08534

2017116

Lot:
Exp: NO VARNISH

Rev.: 08/10

هالوپریدول HALOPERIDOL قوی ترین ابزار پزشکی در مقابل بیماران خشن،

پرخاشگر و پسیکوتیک شدید است که درمان را نهی پذیرند. هالوپریدول یک

داروی قوی محسوب می شود که 2 میلی گرم آن معادل صد میلی گرم

کلرپرومازین است. به شکل قرص های 5.0، 1، 5 میلی گرمی و آمپول 5 میلی

گرمی و نیز آمپول دکانوات 50 میلی گرمی طولانی اثر در دسترس است.

التهبرای موارد اورژانس تزریق عضلانی آمپول معمولی 5 میلی گرمی ارجح

است اگر بیمار وزن معمولی دارد پر خاشگروی شدید ارزیابی نمی شود تزریق یک

امپول کفایت می کند. تزریق را می توان در صورت لزوم یک ساعت بعد تکرار کرد

. اما اگر پر خاشگری و تهییج شدید ارزیابی می شود و وزن بیمار بالاست همان

بهتر که پس از چهار فیزیکی بیمار) که به چهار نفر نیاز دارد (در همان وحله ی اول

سه امپول 5 میلی گرمی یکجا تزریق شود. توجه کنید که بهتر است همزمان اما

در سرنگی جداگانه امپول بیپریدن برای جلوگیری از احتمال نیستونی حاد

تزریق شود امپول های بیپریدن 2 و 5 میلی گرمی است و برای نوز 5 میلی

هالوپریدول 2 میلی گرمی تا 12 ساعت کفایت می کند. نوز کلی

هالوپریدول در بیماران خشن و تحریکاتی تا 60 میلی گرم در 24 ساعت است .

فلوفنازین FLUPHENAZINE فلوفنازین از نظر قدرت معادل هالوپریدول

است) 2 میلی گرم معادل صد میلی گرم کلرپرومازین (به شکل تراژ 1،

5.2 میلی گرمی و اپول 25 میلی گرمی نکانوات A-1 در دسترس است. با توجه به

هوارن عایدی هشاهده شده سندرم نورولپتیک بدخیم با این فراورده‌ی

The image shows the packaging for Fluphenazine Hydrochloride Tablets, USP, 1 mg. The box is white with blue and green accents. Text on the box includes: NDC 0781-1436-01, Fluphenazine Hydrochloride Tablets, USP, 1 mg, Rx only, 100 Tablets, SANDOZ, and 02-2008M. A barcode is visible with the number 3 0781-1436-01 2. To the right of the box is the chemical structure of Fluphenazine Hydrochloride, which consists of a tricyclic core (a benzene ring fused to a five-membered ring containing sulfur and nitrogen, which is further fused to another benzene ring) with a trifluoromethyl group (CF₃) on the second benzene ring, a propyl chain (CH₂CH₂CH₂) attached to the nitrogen of the five-membered ring, and a piperazine ring attached to the nitrogen of the five-membered ring. The piperazine ring is further substituted with a propyl ester group (-CH₂CH₂O-C(=O)(CH₂)₃CH₃).

طولانی اثر، توصیه می شود فقط در بیماران اسکیزوفرنیای مزمنی که نارو مصرف نمی کنند

تجویز شوند.

پیموزاید PIMOZIDE قوی ترین دارو از ضد جنون های نسل اول است که 1 میلی

گرم آن معادل صد میلی گرم کلرپرومازین قدرت دارد. داروی توصیه شده در

تیپک و هذیان های جسمی است به شکل قرص های 4 میلی گرمی قابل تقسیم به

چهار قسمت و با نام تجاری ORAPE با پوشش بیهوده در دسترس است.

اندیکاسیون های مصرف داروهای آنتی پسیکو تیپک

دوره های حاد پسیکو تیپک اسکیزوفرنیا - اسکیز و افکتیو

با توجه به شدت اختلال و میزان همکاری بیمار می توان دارو را به شکل تزریقی

شروع و بعد از چند روز به خوراکی تبدیل کرد یا در همان آغاز از شکل خوراکی دارو

استفاده کرد. البته در صورت تجویز خوراکی امروزه روان پزشکان داروهای نسل

دوم را ترجیح می دهند زیرا این دارو ها بهتر تحمل می شوند و عوارض جانبی

کمتری دارند.

درمان نگهدارنده ی اسکیزوفرنیا و اختلال اسکیزوافکتیو:

یک دوره ی 2-5 ساله برای ادامه ی درمان این بیماران توصیه می شوند.

مانیا:

بیماران در فاز حاد به یک داروی آنتی پسیکوتیک حد اقل برای دوره ای محدود نیاز دارند.

افسردگی با ویژگی های پسیکوتیک:

بیماران افسرده ای که هذیان و توهم دارند علاوه بر آنتی دپرسانت به یک داروی آنتی

پسیکوتیک نیاز دارند.

اختلال هذیانی:

اختلال هذیانی با هذیان های غیر غریب و فقدان افقت عملکرد مشخص می

شوند. این بیماران نیازمند درمان با داروهای آنتی پسیکوتیک هستند.

سایر موارد مورد استفاده ی داروهای ضد جنون:

اختلال شخصیت مرزی

توأم با تشبیت کننده های

خلق اختلال پسیکوتیک

ناشی از داروها و مواد

اختلال کنترل تکانه

دلیریوم و دمانسی

اختلالات نافذ رشد (طیف اوتیسم)

اختلال توره و تیک های مزمن

اختلالات پسیکوتیک ناشی از سایر اختلالات طبی چون بیماری های ارگانیک

مغزی با ویژگی های پسیکوتیک چون هانتینگتون و پارکینسون

اضطراب شدید که به ناروهای معمول پاسخ ندهد.

پر خاشگر

ی های

شدید بهر

علت

احتیاطا

ت ضروری

عوارض خارج هر می: پزشک باید در هر بیماری که از ضد جنون های نسل اول

مصرف می کند گوش به زنگ بروز عوارض خارج هر می بوند و اقدامات پیشگیری و

درمانی لازم را انجام دهد) بخش اختلالات حرکتی ناشی از دارو در CD کلیات

داروشناسی روانی را مطالعه فرمائید)

عوارض رفتاری: خلق دیسفوریک، علائم پارکینسونی ممکن است به کنای روانی

حرکتی، کاهش هیجان، آپاتی و افسردگی منجر شوند که قابل اشتباه با علائم

ذهنی اسکیزوفرنیا است. بی قراری ممکن است اضطراب و تهییج نری داشته

باشد و دوز بالای ضد جنون های نسل اول منجر به تخریب توجه و تمرکز شود.

عوارض قلبی عروقی: تیوریدازین و مزوریدازین با طولانی کردن زمان QT خطر

مرگ ناگهانی را افزایش می دهند. اخیرا هالوپریدول نیز به این لیست اضافه

شده است نیز پیموزاید البته در دوز های بالا 20 میلی گرم و بالاتر این خطر را

دارد. خطر بویژه در سالهندان و مصرف وریدی دارو بیشتر است .

هیپوتانسیون اور تو استاتیک: این عارضه بویژه با داروهای ضعیف و در سالمندان

اهمیت می یابد که ممکن است باعث از دست دادن تعادل، افتادن و صدمه دیدن

شود. شروع با دوز پائین مثلاً 25 میلی گرم دو بار در روز و افزایش تدریجی دوز تا

رسیدن به حد مورد نیاز کمک کننده است .

گوارشی: خشکی دهان و بیخوابی ، اسهال گهگاهی و رتانسینون اثراری ناشی از

عوارض آنتی کولینرژیک داروهای ضعیف است. تهوع و استفراغ نیز با شیوع کمتر

محتمل است نشست و دانه دهان یا استفاده از آدامس بدون قند توصیه شده

است.

کبدی: یرقان انسدادی یا کله ستاتیک عارضه جدی اما بسیار نادر ناشی از کلرپرومازین در

گذشته بود.

خونی: لکوپنی و اگرانولوسیتوز ، ترومبوسیتوپنی و پان سیتوپنی از عوارض ناشی از این داروها

هستند.

پوستی: این عوارض شامل خارش، واکنش های پتشیال و ادماتو که با قطع دارو و

گاه حتی تداوم مصرف از بین می روند. بیشتر با دارو های ضعیف بخصوص

کلریدومازین دیده می شوند. نیز اختلال در رنگ پوست معمولاً همایل رنگ پوست

به آبی خاکستری در مصرف دوزهای بالا و در مناطقی که پوست در معرض تشعشع

آفتاب است دیده می شوند.

چشم: کلریدومازین ممکن است سبب تجمع گرانولر در جلو عدسی و ناحیه

پشتی قرنیه شود. نیز رتینیت پیگمانتوزا از عوارض تیوریدازین در دوزهای بالا

است .

غدندی و جنسی: این داروها سبب بالارفتن سطح پرولاکتین در زنان می‌شوند که

بزرگی پستان‌ها ترشح شیر و بی‌نظمی قاعدگی را در پی دارند. در مردان ممکن

است سبب افت تستوسترون شوند. در مردان کاهش لیبیدو و اختلال در انزال و

نعوظ. اختلال نعوظی در % 23-54 مردانی که این داروها را دریافت می‌کنند

دید می‌شود. در زنان نیز کاهش لیبیدو، آتورگاسمی و کاهش لیز شدگی شایع

است. در هر دو مورد (مردان و زنان) کاهش دوز دارو کمک کننده است.

مصرف در بارداری: شواهدی از افزایش خطر برای جنین با مصرف داروهای قوی

وجود ندارد. پژوهش‌گران خطر ناهنجاری پایه‌ای (بدون مصرف دارو) را 2% و با

این داروها 4.2% ارزیابی کرده‌اند. به نظر می‌رسد خطر قطع دارو و شعله‌ور

شدن پسپاکوز بیشتر باشد.

در شیر نهی توصیه نمی شوند.

تشنج زائی: این خطر با ناروهای ضعیف بالاست اما با ناروهای قوی اندک است.

مسوویت: در مسوویت همان عوارض جانبی عادی با شدت بیشتر رخ می

دهد. بگونه ای که با ناروهای قوی عوارض خارج هر می بیشتر محتمل است در

حالی که با ناروهای ضعیف خطر تسکین، عوارض آنتی کولینرژیک ،

هیپوتانسیون اور تو استاتیک، تهییج، بی قراری، تشنج، تب، خشکی دهان و البته

با تیوریدازین آریتمی و تغییرات الکتروکاردیوگرام محتمل است. درمان

حمایتی است. اگر نارو جدیداً مصرف شده نشسته شوی معده و در غیر این صورت

استفاده از زغال فعال توصیه می شوند. در صورت افت فشار درمان شوک ضروری

است و در صورت مسوویت با تیوریدازین خطر بلوک قلبی جدی است .

دوزاز محدوددهی دوز داروهای نسل اول را تحمل و پاسخ دهی بیمار مشخص می

کند. توصیه به شروع درمان با دوزهای کم و افزایش تدریجی تا پاسخ دهی بیمار

یا عدم تحمل و بروز عوارض خارج هر می است. شاید محدوددهی دوز بین 300 تا

1000 میلی گرم معادل کلرپرومازین از داروهای قوی برای اغلب بیماران مناسب

باشد گرچه در دهه های هفتاد تا معادل 2000 میلی گرم همتجویز می شد .

SECOND GENERATION ANTIPSYCHOTICS ضد جنون های نسل دوم

این ها داروهائی هستند که قبلا با عنوان ضد جنون های آتیپیک یا آنتاگونست

های سروتونین دوپامین معرفی می شدند و از اوایل دهه های نود میلادی به بازار

آمده اند. این داروها عوارض خارج هر می کمتری دارند ، کمتر محتمل است

دیسکینزی دیررس ایجان نمایند هم بر روی عوارض منفی اسکیزوفرنیا و هم

مثبت اثر دارند. البته جایگاه کلوزاپین (باینکه از همین گروه است) همچنان

برجسته باقی مانده است و علیرغم تلاش های دو دهه ی گذشته در ساخت

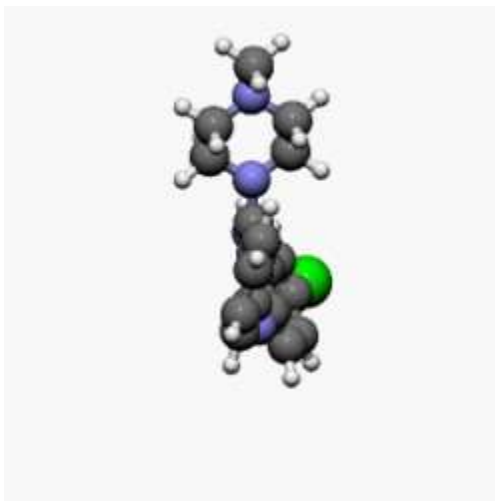
داروئی با اثر بخشی کلوزاپین اما بدون عوارض آگرانولوسیتوز تا کنون بی نتیجه

بوده است. این داروها عبارتند از:

CLOZAPINE کلوزاپین RISPERSION ریسپردون OLANZAPINE اولانزاپین

ARIPIPRAZOL آری پپرازول

QUETIAPINE کوئتیاپین



کلوزاپین

کلوزاپین نخستین دارو از سلسله داروهای موسوم به نسل سوم. SGAS است که

سی سال زودتر از سایر هم نسل هایش در 1958 کشف شد اما برای سه دهه به

علت عارضه آگرانولوسیتوز مورد توجه قرار نگرفت، و حتی در 1975 پس از چند

مورد مرگ و میر ناشی از آگرانولوسیتوز با وظایف بوسیله ی تولیدکننده از بازار

حذف شد اما در نهایت در اوایل دهه ی نود میلادی روان پزشکان ناتوان از درمان

اسکیزوفرنیای مقاوم با داروهای نسل اول مجددا دست به دامن کلوزاپین شدند

و احیاناً موفقوهائی از آن که فاقد عارضه ی آگرانولوسیتوز باشند. این داروها

ساخته شدند اما هیچ یک نتوانستند بر جایگاه رفیع درمان کننده ی

اسکیزوفرنیای مقاوم به درمان تکیه زنند. کلوزاپین از اوایل دهه ی نون میلادی

پیروزهندانه به میدان بازگشت گرچه با شرایطی ویژه.

اندیکاسیون مصرف کلوزاپین

1- داشتن تشخیص اسکیزوفرنیا یا سایر

اختلالات پسیکوتیک و

الف- شکست در پاسخ درمانی به مدت حد اقل شش هفته با دوز موثر و حد اقل

دو طبقه از آنتی پسیکوتیک ها ب- عدم تحمل به سایر داروهای آنتی پسیکوتیک

ج- پژوهش ها نشان دهنده ی آن باشد که کلوزاپین بهترین درمان برای این

هولعبیت است.

2- نتیجه‌ی قابل قبول آزمایش خونی در 18

هفته‌ی اول درمان یعنی الف-

گرانولوسیت بالای MMB2000

ب- تعداد گلبول کلی

سفید بالای MMB3

3500

3- نتیجه‌ی آزمایش خونی قابل قبول پس از

18 هفته‌ی درمان با کلوزاپین الف- تعداد

گرانولوسیت‌ها بالاتر از MMB3 1500

ب- تعداد کلی گلبول های

سفید بالای MMB

3500

4- بیمار همواره تحت نظر یک پزشک

عمومی باشد (۱۹) سایر موارد مصرف

کلوزاپین

نیسکینزی نیر رس شدید SEVERE

TARDIVE DYSKINESIA بیماران خشن و

پر خاشگر بیماران در خطر خونگشی

اسکیزوفرنیای توام با

مصرف مواد مانیای

مقاوم به درمان

افسردگی شدید

پسیکوتیک

بیماری های نورولوژیک (بیماری

پارکینسون)

POLYDIPSIA-HYPONATREMIA SYNDROME سندرم پرنوشی هایپوناترمیا

سایر بیماران مقاوم به

درمان) 4) کمتر

اندیکاسیون مطلق

کلوزاپین

1- حساسیت یا آگرانولوسیتوز قبلی با

کلوزاپین، نوتروپنی با کلوزاپین

2- وضعیت طبی یا درمانی همراه با بیماری های

هیلوپرولیفراتیو یا ایمونوساپرسیون

3- آسیب شدید کلیه، کبد یا قلب

4- صرع کنترل نشده

5- شیر نهی

6- بیمار قادر به دادن رضایت آگاهانه بوده اما

رضایت نهی را رد می کند.

7- ناتوانی تیم درمانی در اطمینان از ارزیابی

نیاز درمانی کمتر اندیکاسیون نسبی تجویز کلوزاپین

اگر بیمار یک یا چند تا از منع مصرف نسبی را داشته باشد مهم است که سود و زیان مصرف

کلوزاپین سنجیده شود.

1- تاریخچه‌ی نارسائی مغز استخوان نظیر لکوپنی ناشی از دارو، گرانولوسیتوپنی

یا آگرانولوسیتوز.

2- ناهنجاری های نامنتظره در تست های آزمایشگاهی در چهار هفته ی قبل از

درمان. این ناهنجاری ها ممکن است ناشی از شرایط طبی تشخیص داده نشده

نظیر عفونت سیستمیک، کانسر، یا دیگر بیماری های باشد که دستگاه قلبی

عروقی، کلیه، کبد یا ریه ها را تحت تاثیر قرار دهد. اگر چنین وضعیتی

تشخیص داده شد و شدید بود، کلوزاپین منع مصرف دارد.

3- در معرض داروهای بالقوه سمی نسبت به اندام های اساسی در چهار هفته ی

قبل

4- سابقه ی بیماری عصبی نظیر اختلال صرع، کوما، آسیب مغزی بسته و عقب

ماندگی ذهنی راهبرند بالینی

1- اطمینان یابید که بیمار ملاک های تجویز کلوزاپین را دارد

2- فرایند ثبت نام کلوزاپین را اجرا کنید

3- کسب رضایت

4- آزمایش خونی اولیه و بیوشیمی خون (قند و چربی)

5- اطلاع به پزشک عمومی بیمار و هشدار در مورد عدم تجویز داروهای که ممکن است

آگرانولوسیتوز بدهند

6- ثبت نتایج آزمایش اولیه در پرونده

7- تعیین یک برنامه‌ی پی گیری برای بیمار

8- داروهای همزمان : کلوزاپین نباید با داروهای ایجان کننده‌ی آگرا نولوسیتوز همزمان

تجویز شوند (به بروشور داروئی یا منابع مربوطه رجوع شوند) کار باهاز پین. سایر انتی

پسیکوتیک ها کاهش داده شده یا قطع شوند. بنزودیازپین در صورت ضرورت با

احتیاط مصرف شوند زیرا مواردی از کودپس قلبی، ریوی در مصرف توام وجود دارند.

شروع درمان

1- 125 میلی گرم یک یا دو بار در روز اول . روز دوم 25 میلی گرم یک یا دو بار

2- اگر دارو خوب تحمل شوند می توان روزانه 25 تا 50 میلی گرم افزوده شوند

.

3- در اغلب بیماران اثر ضد جنون دارو در محدوده ی 250 - 450 میلی گرم

حاصل می شوند. دوز هاگز بهم تجویز شده 600 میلی گرم در روز است

معهدا معدودی از بیماران ممکن است برای کسب حد اکثر اثر بخشی به

دوز بیشتری (تا حد اکثر 900 میلی گرم) نیاز داشته باشند. بعضی

عوارض چون تشنج در دوز های بالای 500 میلی گرم محتمل است .

4- پس از کسب حد اکثر سوندندی درمانی، ممکن است دوز دارو را تدریجا

به حد اقل مورد نیاز برای حفظ بهبودی پائین آورند .

5- توصیه می شوند دارو در دوره ی تنظیم دوز دوبار در روز تجویز شوند اما با

رسیدن به دوز نگهدارنده می توان به شکل دوز واحد تجویز کرد.

6- مراقبت حد اکثری در بیماران سالکمند و نارسائی کلیوی، کبدی یا قلبی

ضروری است. در این موارد باید نارو با دوز 5.12 میلی گرم شروع و

آهسته تر افزایش داده شوند. دوز نگهدارنده نیز معمولاً پائین تر است.

اقدامات پی گیری در 18 هفته ی اول

1- ویزیت روزانه در 5 روز اول و سپس هفتگی تا 18 هفته. در هر ویزیت فشار خون و

درجه حرارت باید اندازه گیری شوند و نتایج به پزشک تجویز کننده ارسال شوند.

2- پزشک باید بیمار را در ویزیت هفتگی چهره به چهره ببیند.

برنامه ی توصیه شده بالینی

1- تهیه برنامه پایه برای ارزیابی پاسخ یا عوارض

2- پزشک تجویز کننده ممکن است برای تسهیل کمی کردن داده ها از مقیاس های

طبقه بندی استفاده کند. این مقیاس های اطلاعات می تواند برای پژوهش و

اهداف مهمیزی مفید باشد. معرهدا این بسته به فرآیند پزشکی است که بخواهد از

این مقیاس ها بهره گیری یانه.

بررسی های فیزیکی قبل از شروع کلوزاپین:

1- معاینه فیزیکی

2- دو آزمایش کامل شمارش خونی ده روز قبل از شروع کلوزاپین

3- تست های کبدی

4- لیبید و قند خون

5- الکترولیت های سرم و کراتینین

6- نوار قلبی

7- درجه حرارت، نبض و فشار خون

8- اندازه گیری وزن و محیط کمر.

کنترل بیمار دریافت کننده ی کلوزاپین پس از اتمام 18 هفته.

موارد زیر ماهانه کنترل شوند. کنترل شمارش گلبول های سفید و نوتروفیل هر 4

هفته توسط پزشک عمومی . پزشک تجویز کننده هم باید سه ماه یکبار بیمار را

کنترل نماید.

کنترل عوارض کلوزاپین

1- توجه اصلی به مهم ترین عارضه یعنی آگرانولوسیتوز معطوف گردن

که بین هفته ی سوم و هجدهم بیشتر احتمال است.

2- اندازه گیری درجه حرارت بدن ، نبض و فشار خون در بعضی از بیماران در

هفته ی اول مورد نیاز است .

3- کنترل درجه ی حرارت نبض و افت وضعیت فشار خون و اندازه گیری

وزن باید هر ماه به عمل آید.

4- شمارش کامل گلبولی تا 18 هفته و پس از آن ماهانه و در صورت نیاز

تست های اضافی در صورت وجود عفونت (گلو درد ، تب (قانون کلی

تب یا عفونت : اگر مشکوکید کنترل کنید .

5- تست های کبدی ماهانه در سه ماه اول

6- قند و چربی ماهانه حداقل 6 ماه کنترل سایر عوارض جدی

اهمیت تعیین سطح سرمی کلوزاپین :

1- اطمینان از همکاری بیمار

2- تعیین تداخل با سایر داروها

3- از آنجائی که پاسخ نرمانی در یک سطح پلاسمائی معین حاصل می شود، این می تواند

یک مقایسه ی مفید بدست دهد اگر هر زمان افتی در پاسخ نرمانی دیده شود.

عدم پاسخ درمائی یا ناشی از تداخل سایر

داروهای است یا عدم همکاری بیمار تشنج

**سطح سرمی ۵۰۰ است راهنمائی در تعیین مجدداً دوز، پس از نصف کردن آن در تعقیب تشنج
باشد .**

افت WBC یا نوتروفیل ها

در شرایط زیر دفعات شمارش گلبولی را افزایش داده و بیمار را از نزدیک کنترل کنید:

افت نامنتظره ی گلبول های سفید یا نوتروفیل ها به زیر 3000 MM3 در هفت

روز) اگر بیمار هر هفته کنترل می شوند (و 28 روز) اگر بیمار ماهانه کنترل می

شوند).

افت تعداد گلبول های سفید یا نوتروفیل ها در سه نوبت متوالی مراقبت را ضروری می سازد.

قطع کلوزاپین و درخواست مشاوره ی هماتولوژی

تعداد گلبول های سفید زیر 3000 MM^3 یا نوتروفیل ها

زیر 1500 MM^3 در 18 هفته ی اول تعداد گلبول های سفید

زیر 2500 MM^3 یا نوتروفیل ها زیر 1000 MM^3 هجده هفته

پس از درمان تب

یک درجه بالا رفتن حرارت بدن در سه هفته ی اول درمان بهنجار بوده و گذراست.

اگر درجه ی حرارت بدن بیش از یک درجه ی سانتیگراد بالا رود قطع دارو و بررسی

ضروری است.

تشنج

سطح پتانسیمائی نارو را اندازه گیری کنید. کلوزاپین را 24 ساعت قطع کنید. اگر

تشنج تکرار نشود درمان را با نصف دوز قبلی ادامه دهید (بررسی کنید EEG و

مشاوره ی نورولوژی). اگر ناهنجاری در نوار مغزی وجود نداشته باشد دوز را شاید

بتوان تدریجی افزایش داد یا درمان ضد تشنجی شروع کرد. سدیم و آلپروات

ناروی توصیه شده است.

سندرم نورولپتیک بد خیم

احتمال پیدایش سندرم نورولپتیک بد خیم در درمان با کلوزاپین وجود دارد. اگر

چنین شود کلوزاپین را قطع کنید. اقدامات استاندارد درمان سندرم باید به عمل

آید) رگ بخش کلیات - اختلالات حرکتی ناشی از نارو (تا 4 هفته پس از قطع نارو

شماره شگلبولی به عمل آید.

سایر عوارض جدی

بالارفتن قند خون . نیابت را بررسی کنید

بالارفتن چربی اقدامات طبی و توصیه ای

افزایش وزن . توصیه به مراجعه به رژیم درمانی و تغییر سبک زندگی .

آب ریزش دهان عارضه ای نه خطرناک اما ناراحت کننده از کلوزاپین است که

اغلب در موقع خواب روی می دهد. استفاده از کلونیدین یک دوم یا یک قرص

2.0 میلی گرمی یا امی تریپ تیلن نه میلی گرم قبل از خواب توصیه می شود.

قطع دارو باید تدریجی و در عرض 1-2 هفته صورت گیرد. در صورت ضرورت قطع

ناگهانی باید از نظر عود پسیکوز بیهوش تحت نظر باشد). (19)

تاثیر کلوزاپین بر ارگان های خاص

تسکین شایع ترین عارضه‌ی کلوزاپین است که در آغاز درمان پدید آمده در عرض

چند روز یا هفته نسبت به آن تحمل بوجونگی آید . تجویز بیشترین مقدار دوز

دارو در وقت خواب ممکن است سبب کاهش تسکین در روز شوند . معیذاً بعضی از

بیماران آن را تحمل نکرده باید با داروی دیگری درمان شوند . گیجی یا سرگیجه

ممکن است ناشی از افت فشار خون وضعیتی باشد .

قلبی عروقی شاهرگ تاکیکاردی و افت فشار خون وضعیتی است . تاکیکاردی

سینوسی در حد بالارفتن 20 تا 25 ضربان در دقیقه به مدت یک هفته با دوز 300

میلی گرم محتمل است . نیز تغییرات غیر اختصاصی ST-T ممکن است دیده

شوند . و بالاخره هیوکاردیت ایدیوپاتیک گزارش شده است .

گوارشی یبوست شایع ترین عارضه‌ی کلوزاپین بیشتر محتمل است که ناشی از

اثر انتی‌هیستامینرژیک دارو باشد. تعدیل رژیم غذایی ممکن است کارساز

باشد. تهوع و استفراغ ممکن است در شروع درمان دیده شود که با کاهش دارو

حل می‌شود

انزاری تناسلی شامل شب‌انزاری، تکرر و احساس اجبار به دفع انزار، ناتوانی از نگاه

داشتن انزار، احتباس انزاری و ناتوانی جنسی. تمام این موارد مستقل از دوز و

سطح سرمی دارو است. بی‌اختیاری انزاری را می‌توان با زنگ و تشکچه یا اوکسی

بوتینین و یا دسه‌پرسین استنشاقی حل کرد. موارد معدودی از پریاپیسم نیز

گزارش شده است.

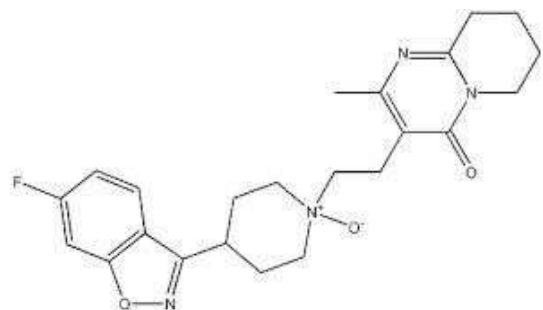
مصرف در بارداری و شیردهی کلوزاپین در بارداری در گروه B قرار می گیرد چرا که

شواهدی از آسیب به جنین مشاهده نشده است. در شیر ترشح می شود لذا در

شیردهی توصیه نمی شود.



RISPERIDONE ریسپریدون



دانشمندان در دهه ی هشتاد میلادی در جستجوی یافتن ضد جنونی با ویژگی

های کلوزاپین بدون عوارض آگرانولوسیتوز بودند که در نهایت پس از چندین

تجربه به داروهای مختلفی دست یافتند که از آن جمله ریسپردون بود. این

دارو در 1984 سنتز شد. دارویی که همزمان آنتاگونیسم قوی با گیرنده های D2 و

5-HT2 داشت و پس از طی مراحل بررسی در 1994 مورد تأیید FDA قرار گرفت.

نخستین دارو از ضد جنون های نسل دوم که به عنوان درمان خط اول در تمام

انواع پسیکوز می توانست مورد استفاده قرار گیرد. گرچه امروزه آری پیرازول

نیز در بسیاری از موارد یک داروی ضد جنون خط اول شناخته می شود. انتخاب

داروی ضد جنون در هر مورد البته به مهارت درمانگر نیاز دارد. اما راهنمای

درمانی کلی در دسترس است که در پایان مبحث به اختصار مورد بحث قرار

خواهد گرفت. این دارو در پژوهش های متعدد برابر و حتی برتر از هالوپریدول و

پرفنازین در پسیکوز حاد شناخته شد (20) نیز دارو در نوز پائین (2-4 میلی گرم

(در نخستین فاز پسیکوز غیر خلقی موثر بود) 21). همچنین ریسپریدون در

درمان کمکی با تثبیت کننده های خلق باعث تاخیر دوره های عود مانیا، هپیو

مانیا، مانیای مختلط و افسردگی شده است) 22).

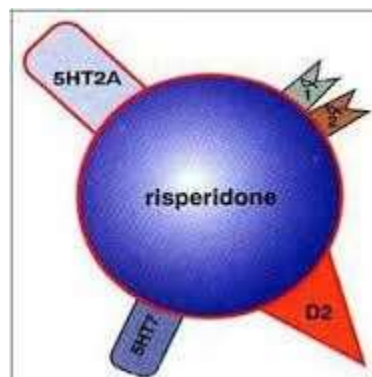
فارماکوکینتیک ریسپریدون

متابولیسم دارو عمدتاً کبدی است به 9-OHRISPERINONE متابولیزه می شود

که خاصیت داروی اصلی را دارد. عمر نیمه دارو و متابولیت آن رویهم رفته 20

ساعت است. جذب خوراکی دارو خوب و با غذا مرتبط نیست.

فارماکودینامی ریسپریدون



ریسپریدون از طریق مهار گیرنده های دوپامینی D2 , ID , 1C , 5HT2A و

آدنرژیک α_1 و α_2 و هیستامینرژیک H1 اثر می کند .

موارد مصرف

اسکیزوفرنیا و سایر پسیکوز ها در فاز حاد (اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنیفورم و

اختلال پسیکوتیک حاد) با دوز پایین دارو از سایر ضد جنون ها برتر یا برابر

بوده است. دوز توصیه شده FDA با شروع 2 میلی گرم دوز هدف 4-8 میلی گرم و

محدوده ی موثر 4-16 میلی گرم می باشد (23). اما با توجه به عوارض خارج

هرمی در دوزهای بالا برخی از پزشکان دوز 3-5 میلی گرم دارو را توصیه می کنند

.

درمان نگهدارنده‌ی اسکیزوفرنیا و سایر پسیکوزها مطالعات نشان می‌دهد که

ریسپریدون با دوز میانگین 5/5 میلی گرم قوی‌تر از داروهای نسل اول از عود

پیشگیری کرده و عوارض خارج‌هرمی کمتری بروز کرده است.

سایر موارد مورد توصیه FDA مانپای بزرگ سالن، مانپای کودکان و نوجوانان،

طیف اوتیسم می باشد. دوز توصیه شده هدف در مانپا 1-6 میلی گرم کودکان 5.2

میلی گرم و اوتیسم 5.0 میلی گرم در روز است.

موارد خارج از توصیه‌ی FDA برای ریسپریدون عبارتند از

اضطراب منتشر: شواهد

اندکی از عدم تاثیر عقب ماندگی

ذهنی: شواهد اندکی از تاثیر

دهانس : کارائی متوسط یا بالا

افسردگی : درمان کمکی کارائی متوسط یا بالا

وسواس : درمان کمکی با SSRIS کارائی متوسط یا بالا

درمان کمکی با سیتالوپرام : کارائی ضعیف یا خیلی پائین

استرس بعد از سانحه : کارائی متوسط یا بالا

اختلال توره : کارائی پائین یا خیلی

پائین) 23 اثر ریسپریدون بر ارگان های

بدن

قلبی، عروقی تپش و افزایش ضربان قلب شایع ترین عارضه‌ی گزارش شده‌ی

ریسپریدون است که با افت فشار خون و هیپوتانسیون وضعیتی دنبال می‌شود.

تپش وابسته به دوز است

تنفسی سرفه و دیسپنه گزارش شده است. ریجیست و عفونت مجاری تنفسی فوقانی در کودکان

شایع ترین عارضه هستند.

گوارشی درد شکم و افزایش ترشح بزاق شایع ترین عارضه گوارشی در بزرگسالان

است. گزارش هائی از دیس پرسی، خشکی دهان، تهوع و اسهال نیز وجود دارند.

در کودکان ترشح بزاق، درد شکم، تهوع، دیس پرسی استفراغ و اسهال گزارش

شایع است

.

خونی لتهی خونریزی از بینی و آنمی از عوارض نادر در بالغین است. در کودکان عارضه‌ی خونی گزارش نشده است.

اعصاب مرکزی بیشترین عارضه‌ی CNS عوارض خارج هرمی است شامل

پارکینسونیسم، دیستونی، لرزش آکاتیزیا، و دیس کینزی. این عوارض در کودکان

نیز شایع است. گنجی نیز به کرات گزارش شده است. وجود آکاتریا شاید

نشانی از فقدان بلوک کامل 5-HT_{2A} باشد

اندراری تناسلی اختلال انزال، پریاپیسم و اختلال جنسی در مردان گزارش شده

است. ترشح شیر غیر زایمانی و بی‌نظمی قاعدگی در زنان و دختران نوجوان

گزارش شده است. عوارض جنسی با سطح پرولاکتین مرتبط است. گزارش‌هایی

از عفونت اندراری و بی‌اختیاری اندراری وجود دارد.

پوستی رانش با مصرف ریسپریدون گزارش شده است نیز گزارش هائی از خارش سلول GIANT و آنژیوادم وجود دارند.

مراقبت ها

اخطار یه تمام ضد جنون های نسل دوم حاوی اخطار یه ای هستند که به احتمال افزایش مرگ و میر با این داروها در مقایسه با داروهای نر افراد سالمند مبتلا به پسیدوز (مرتبط با نهانس (هشدار می دهد. نیز این بیماران بیشتر محتمل است که دچار عوارض عروقی مغزی شوند.

سندرم نورولپتیک بدخیم محتمل است ریسپریدون در مقایسه با سایر ضد جنون های نسل دوم با میزان بالاتری از بروز این سندرم توام باشد. سندرمی که جدی و تهدید کننده ی زندگی است. در بیماران مشکوک ضد جنون باید سریعاً قطع و درمان محافظتی و کنترلی انجام گیرد.

**دیسکینزی ٹیپرس تمام ضد جنون ہا باسٹھنای کلوزاپین و کوئتیاپین ممکن
است خطر دیسکینزی ٹیپرس را نااشتہ باشند .**

این خطر در حد 5.0 تا 5.1% ارزیابی شده است .

بالد رفتن کلسترول ، قند خون و دیابت پڑو ہمیش ہا نشان ہی نھد کہ ریسپریدون

در ہفتایسہ با بعضی از ضد جنون ہای نسل دوم بویتڑہ اولدن زاپین با خطر کہتری

از پیداایش دیابت ہمراہ است . مطالعات نشان ہی نھد کہ تغییرات سطح خونیی

با ریسپریدون تقریباً مشابہ پرفنازین و کوئتیاپین کہتر از اولدن زاپین و بالتر از

زیپراسیدون است . میزان بالد بردن چربی ہا با ریسپریدون مشابہ ضد جنون

ہای نسل اول و اندک است . با این ہمہ کنترل گہ گاهی قند و چربی این بیماران

توصیہ ہی شون .

افزایش وزن بیمه‌ارانی که ریسپریدون مصرف می‌کنند افزایش وزنی در حد 7% را

تجربه می‌کنند که مشابه افزایش وزن باکوئنتیپاین ، پرفنازین و زیپراسیدون

است . جالب اینکه این افزایش وزن در افراد لاغر حد اکثر و در افراد چاق حد اقل

است .

اختلالات حرکتی مطالعات دوسرگور افزایش عوارض خارج هر می وابسته به دوز

را در مصرف‌کنندگان ریسپریدون تأیید کرده‌اند . واکنش نیستونی در دوزهای 4-

16 میلی گرم و آکاترینا نیز گزارش شده است .

هیپوتانسیون اورتو استاتیک و سنکوپ این عارضه در مطالعات 2.0% گزارش

شده است که با شروع با دوز کمتر به حد اقل می‌رسد . در بیماران کلیوی و کبدی

بهتر است دارو با دوز 5.0 گرم دو بار در روز شروع شوند. در بیماران قلبی و مستعد

هیپرتانسیون باید با احتیاط مصرف شوند.

هیپرولاکتینمی ریسپریدون سطح پرولاکتین را بالا می برد. این عارضه

گاهی ولی نه همیشه با مهار عملکردهای تولید مثل و اندامی نظیر گالاکتوره،

آهنوره و بزرگی پستان ها همراه است. هیپرولاکتینمی نواز مدت ممکن است

سبب کاهش رقت استخوانی و هیپوگوناادیسم در هر دو جنس شوند. تقریباً 1/3

کانسرهای پستان با پرولاکتین مرتبط است. تولید کنندگی دارو توصیه کرده

است که بیماران با سابقه ی کانسر پستان بویژه اگر در درمان با ریسپریدون هیپر

پرولاکتینمی یافته اند باید از نظر بدخیمی سریعاً کنترل شوند.

بارداری: ریسپریدون در بارداری در گروه C قرار می گیرد و بی ضرری دارو به اثبات نرسیده است.

شیردهی در شیر ترشح می شود غلظت آن در شیر 5.0% است معناداری ضری

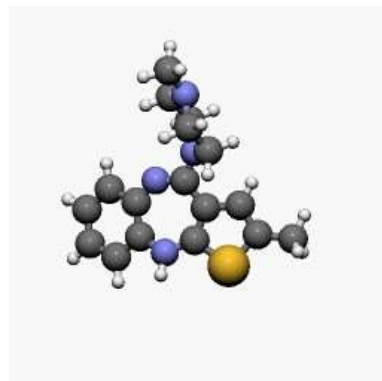
آن را نمی توان تأیید کرد گرچه در گروه 2-اقرار می گیرند.

سرطان زائی : ریسپریدون با افزایش آنزومای هیپوفیز، آنزومای ترون ریز

پانکراس و آنزوکارسینومای غدد پستانی در موش ها همراه است. دوز غیر موثر بر

تومر کمتر از دوز معادل حد کثری توصیه شده در انسان است. شواهدی از ایجاد

جهش وجود ندارد



OLANZAPINE اودن زاپین

اودن زاپین با ساختمانی شبیه کلوزاپین در 1982 از سری داروهای ساخته شد با

همان امید که اثر بخشی کلوزاپین را دارا باشد ولی فاقد عوارض آن باشد. این دارو

میل ترکیبی با گیرنده های

. 5HT_{2A}, 5HT_{2C}, 5HT₃,, ALPHA₁, D₂, D₄, M₁, H₄ 31 ساعته دارو

در یک پژوهش بین المللی دوسرکور اودن زاپین با هالوپریدول فقط اندکی برتر

شناخته شد. در مطالعه ی دوسرکور دیگری اودن زاپین درسه نوز 5.2-5.7، 5.7-

5.12، و 5.17-5.12 با دارو نما و البته هالوپریدول در 431 بیمار اسکیزوفرنیک مورد

مقایسه قرار گرفتند. هر دو دارو در نوز های متوسط و بالا برتر از دارو نما بودند

شواهدی از ایمنی و برتری در دوزهای بالاتر از 25 میلی گرم بدست نیامد. کارائی

اولاد زائین در بیماران مقاوم به درمان نیاز به پژوهش بیشتری دارد. در مطالعات

دیگری برتری اندک در اصلاح علائم منفی نشان داد. (24)

در چند کلمه مزیت اولاد زائین در دسترس ما عبارت است از تسکین و افزایش وزن

و اشتها، ناشتن اثر تثبیت کنندگی خلق، عوارض خارج هر می کمتر نسبت به

ریسپریدون اما نه در حدی که بیمار را بی نیاز از استفاده از آنتی کولینرژیک ها

نماید.

وبالآخره داروی موثری در افسردگی های مقاوم توام با فلوگزتین . لذا

ریسپریدون همچنان به عنوان قوی ترین ضد جنون عائی نسل دوم جایگاه خود

را حفظ کرده است.

سودمندی اولدن زاپین در سایر بیماران پسیکوتیک : اولدن زاپین در بیماران

پارکینسونی پسیکوتیک مورد استفاده قرار گرفته بدون بدتر کردن علائم خارج

هرمی موثر بوده است . گزارش های چندی از سودمندی دارو در بیماران نوقطبی

و سالمندان وجود دارد . موارد مصرف اولدن زاپین را می توان به شرح زیر خلاصه

کرد اندیکاسیون های مصرف اولدن زاپی ن

اسکیزوفرنیا در فاز حاد و درمان نگهدارنده ی آن

اختلال خاکی نوقطبی - با توجه به اینکه اولدن زاپین خون یک تثبیت کننده ی

خلق نیز محسوب می شوند می تواند به عنوان تک درمانی در مانیا و اختلال خلقی

مختلط مورد استفاده قرار گیر د. و بالاخره در تک درمانی فاز نگهدارنده این دارو

قابل استفاده است اگر عوارض متابولیک آن به وقت کنترل شود .

ان

تلاں

اس

کیر

وفا

کتیو

ان

تبادل

توره

درمان کمکی SSRIS در PTSD و در پسیکوز دهانسی (گرچه این مورد با اما و اگر های فراوان همراه است).

خارج از موارد تأیید شده در او تیسوم و افزایش وزن بیماران بی اشتهائی عصبی نیز مصرف شده است.

و هشدار و واکنش های ناخواسته اولان زاپی ن

هشدار FDA به تمام مصرف کنندگان سالمندهانسی و پسیکو تیک که از

داروهای ضد جنون نسل دوم استفاده می کنند هشدار داده است که خطر مرگ و

میر در آنها ممکن است تا دو برابر افزایش یابد. علت چندان روشن نبوده شاید

ناشی از حوادث عروقی مغز باشد.

افزایش وزن: بیشتر مطالعات به افزایش بیشتر وزن با اولین زایین در مقایسه با

سایر ضد جنون های نسل دوم بانستثنای کلوزاپین اشاره کرده اند. این افزایش به

7% می رسد

افزایش چربی های خون . مصرف کنندگان اولین زایین ممکن است افزایش

کلسترول توتال ، کلسترول LDL و تری گلیسرید را تجربه نمایند. افزایش تری

گلیسرید تا حد 500 میلی گرم بیشتر محتمل است . این افزایش فراتر از آن

است که با سایر ضد جنون ها چون پرفنازین ، ریسپریدون و زیپرانسیدون پدید

می آید و نشان می دهد که بیماران تحت درمان با اولین زایین باید در دوره درمان و

پس از آن تحت کنترل از نظر تری گلیسرید قرار گیرند .

با افزایش قند خون - مقاومت به انسولین و پیدایش نیابت مطالعات چندی با افزایش قند خون در مصرف کنندگان اولاد زاپین در مقایسه با سایر ضد جنون ها را نشان داده اند. این افزایش هم در افراد با قند خون نورمال و هم افراد نیابتی و اختلال نظم گلوکوزی دیده می شود. پژوهش دیگر نشان از آن دارد که اولاد زاپین سبب مقاومت به انسولین هم در افراد چاق و هم غیر چاق می شود. این نشان می دهد که اثر اولاد زاپین تنها مرتبط با افزایش وزن نیست. نیز نشان داده شده است مصرف این دارو با افزایش خطر نیابت نوع دو همراه است.

سندرم نورولپتیک بدخیم و دیسکینزی تیررس: احتمال پیدایش این دو عارضه با اولاد زاپین مشابه سایر ضد جنون های نسل اول و دوم است گرچه اغلب مطالعات نشان می دهد که میزان این نوع عوارض در مقایسه با داروهای نسل اول اندک است.

بارداری و شیردهی اولین زایمان در بارداری در گروه C قرار می گیرند. یک پژوهش نشان داد بین

افراد که این دارو را مصرف

کرده اند با غیر مصرف کنندگان تفاوتی در ناهنجاری زایمان مشاهده نشده است.

با این حال در بارداری سونووزیان استفاده از دارو باید سنجیده شود.

شیردهی در شیر ترشح می شود اما غلظت آن در شیر پائین بوده تقریباً یک در

صد غلظت مادر است و نوزادان در معرض عارضه ای نشان نداده اند. با سنجش

سونووزیان باید تجویز شود

آری پیرازول ضد جنونی متفاوت ARIPIRAZOLE

