

## جلد سوم

۵	..... مقدمه مترجم
۷	..... بخش ۲: درمان در طول عمر
۷	..... فصل ۲۱: روان‌داروشناسی
۳۷	..... ۲۱-۱ داروهای ضدروان‌پریشی
۶۷	..... ۲۱-۲ داروهای ضدافسردگی
۱۱۱	..... ۲۱-۳ داروهای تثبیت‌کننده خلق
۱۴۷	..... ۲۱-۴ داروهای ضداضطراب
۱۶۶	..... ۲۱-۵ داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات خواب
۱۷۱	..... ۲۱-۶ داروهای محرک
۱۷۹	..... ۲۱-۷ داروهای مورد استفاده در درمان اختلال‌های مصرف مواد
۱۹۷	..... ۲۱-۸ داروهای مورد استفاده در تقویت قوای ساختنی
۲۰۲	..... ۲۱-۹ داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی
۲۰۶	..... ۲۱-۱۰ داروهای مورد استفاده در درمان عوارض جانبی داروهای روان‌گردان
۲۲۱	..... ۲۱-۱۱ مکمل‌های تغذیه‌ای و موارد مرتبط
۲۵۰	..... فصل ۲۲: سایر درمان‌های جسمی
۲۷۸	..... فصل ۲۳: روان‌درمانی
۳۵۹	..... فصل ۲۴: توان‌بخشی روان‌پزشکی و سایر مداخلات
۳۷۰	..... فصل ۲۵: مشاوره با سایر رشته‌ها
۳۷۰	..... ۲۵-۱ روان‌پزشکی رابط - مشاور
۳۷۹	..... ۲۵-۲ روان‌پزشکی سالمندان
۳۸۹	..... ۲۵-۳ فوریت‌های روان‌پزشکی
۴۱۴	..... فصل ۲۶: سطح مراقبت
۴۲۱	..... نمایه



جدول ۲-۲۱

برخی داروهای مرتبط با اختلالات حرکتی: تأثیر بر گیرنده‌های عصبی مربوطه

نوع (نوع فرعی)	نام (نام تجاری)	انسداد D <sub>2</sub>	انسداد 5-HT <sub>2</sub>	انسداد mACh
ضد روان پریشی‌ها				
فنوتیازین (آلیفاتیک)	کلرپرمازین (Thorazine)	پایین	بالا	بالا
فنوتیازین (بیبیریدین‌ها)	تیوریدازین (Mellaril)	پایین	متوسط	بالا
	مزوریدازین (Serentil)	پایین	متوسط	بالا
فنوتیازین (بیبیرازین‌ها)	تری‌فلوپرازین (Stelazine)	متوسط	متوسط	متوسط
	فلوفنازین (Prolixin)	بالا	پایین	پایین
	پرفنازین (Trilafon)	بالا	متوسط	پایین
تیوگزانتین‌ها	تیو‌تیکسین (Navane)	بالا	متوسط	پایین
	کلرپروتیون (Taractan)	متوسط	بالا	متوسط
دی‌بنزوکسازپین‌ها	لوکسپین (Loxitane)	متوسط	بالا	پایین
بو‌تیروفنون‌ها	هالوپریدول (Haldol)	بالا	پایین	پایین
	دروپریدول (Inapsine)	بالا	متوسط	—
دی‌فنیل - بوتیل‌بیبیریدین‌ها	پیموزاید (Orap)	بالا	متوسط	پایین
دی‌هیدروآندولون‌ها	مولیندون (Moban)	متوسط	پایین	پایین
دی‌بنزودیازپین‌ها	کلوزاپین (Clozaril)	پایین	بالا	بالا
بنزوسویازول	ریسپریدون (Risperdal)	بالا	بالا	پایین
تی‌انوبنزودیازپین‌ها	الانزاپین (Zyprexa)	پایین	بالا	بالا
دی‌بنزوتیازپین‌ها	کوئتیاپین (Seroquel)	پایین/متوسط	پایین/متوسط	پایین
بنزوسوتیازولویل‌ها	زیبراسیدون (Geodon)	متوسط	بالا	پایین
کینولون‌ها	آرپی‌پرازول (Abilify)	بالا (به‌عنوان آگونیست نسبی)	بالا	پایین
روان‌گردان‌های غیر از داروهای ضد روان پریشی	لیتیوم (Eskalith)	N/A	N/A	N/A
داروهای ضد تشنج		پایین	پایین	پایین
داروهای ضد افسردگی		پایین (بجز آموکسپین)	(متغیر)	(متغیر)
داروهای غیر روان‌گردان	پروکلرپرازین (Compazine)	بالا	متوسط	پایین
	متوکلوپرامید (Reglan)	بالا	بالا	—

D<sub>2</sub>: گیرنده دوپامینی نوع ۲؛ 5-HT<sub>2</sub>: ۵- هیدروکسی‌تریپتامین نوع ۲؛ mACh: استیل‌کولین موسکارینی؛ N/A: بدون ارتباط

فسفوکیناز، آنزیم‌های کبدی، میوگلوبین پلاسما، و میوگلوبینوری که گاهی با نارسایی کلیوی همراه است.

همه گیرشناسی. حدود ۰/۰۱ تا ۰/۰۲ درصد بیماران که با داروهای ضد روان‌پریشی درمان می‌شوند دچار سندرم

علائم حرکتی و رفتاری این سندرم عبارت‌اند از سفتی عضلانی و دیستونی، آکینزی، موتیسم، تیرگی شعور<sup>۱</sup> و سرآسیمگی (آزیتاسیون). علائم دستگاه خودکار (اتونوم) در این اختلال شامل تب بالا، تعریق، افزایش نبض و فشارخون (BP) هستند. یافته‌های آزمایشگاهی عبارت‌اند از افزایش تعداد گلبول‌های سفید (WBC) و افزایش سطح کراتینین

1- obtundation



نام ژنریک	نام تجاری	دوز معمول روزانه	موارد کاربرد
داروهای انتی‌کولینرژیک			
بنزتروپین	Cogentin	۰/۵ تا ۲ میلی‌گرم خوراکی سه بار در روز؛ ۱ تا ۲ میلی‌گرم عضلانی یا وریدی	دیستونی حاد، پارکینسونیسم، آکینزی، نآرامی (آکاتیزیا)
بی‌پریدین	Akineton	۲ تا ۶ میلی‌گرم خوراکی سه بار در روز؛ ۲ میلی‌گرم عضلانی یا وریدی	
پروسیکلیدین	Kemadrin	خوراکی ۲/۵ تا ۵ میلی‌گرم دو تا چهار بار در روز	
تری‌هگزی‌فنیدیل	Tremin, Artane	خوراکی ۲ تا ۵ میلی‌گرم سه بار در روز	
اورفنادرین	Norfex, Disipal	خوراکی ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم ۲ تا چهار بار در روز؛ ۶۰ میلی‌گرم وریدی	سندرم خرگوش
انتی‌هیستامین			
دیفن‌هیدرامین	Benadryl	خوراکی ۲۵ میلی‌گرم چهار بار در روز؛ عضلانی یا وریدی ۲۵ میلی‌گرم	دیستونی حاد، پارکینسونیسم، آکینزی، سندرم خرگوش
آمانتادین	Symmetrel	خوراکی ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم چهار بار در روز	پارکینسونیسم، سندرم خرگوش، آکینزی
انتاگونیست‌های بتا-آدرنرژیک			
پروپرانولول	Inderal	خوراکی ۲۰ تا ۴۰ میلی‌گرم سه بار در روز	نآرامی (آکاتیزیا)، لرزش
انتاگونیست‌های آلفا-آدرنرژیک			
کلونیدین	Catapres	خوراکی ۰/۱ میلی‌گرم سه بار در روز	آکاتیزیا (نآرامی)
بنزودیازپین‌ها			
کلونازپام	Klonopin	خوراکی ۱ میلی‌گرم دو بار در روز	آکاتیزیا، دیستونی حاد
لورازپام	Ativan	خوراکی ۱ میلی‌گرم سه بار در روز	
بوسپیرون	Buspar	خوراکی ۳ تا ۴۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز	دیس‌کینزی دیررس
ویتامین E	—	خوراکی ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ IU در روز	دیس‌کینزی دیررس

درمان. علاوه بر درمان حمایتی طبی، رایج‌ترین داروهای مورد مصرف برای این عارضه عبارت‌اند از دانتریول (Dantrium) و بروموکرپیتین (Parlodel). البته از آمانتادین (Symmetrel) هم گاهی استفاده می‌شود (جدول ۴-۲۱). بروموکرپیتین و آمانتادین تأثیر آگونیستی مستقیم روی گیرندهٔ دوپامین دارند و ممکن است بر اثر انسدادی داروی ضد روان‌پریشی روی گیرندهٔ دوپامین غلبه کنند. مصرف داروی ضد روان‌پریشی باید با کمترین دوز مؤثر باشد تا احتمال بروز سندرم نورولپتیک بدخیم کم شود. داروهای

نورولپتیک بدخیم می‌شوند. مردان بیش از زنان و افراد جوان بیشتر از سالمندان به این سندرم مبتلا می‌شوند. در صورت استفاده از اشکال انبازه‌ای<sup>۱</sup> داروهای ضد روان‌پریشی، میزان مرگ‌ومیر این اختلال به ۱۰ تا ۲۰ درصد و حتی بالاتر می‌رسد.

سیر و پیش‌آگهی. علائم معمولاً طی ۲۴ تا ۷۲ ساعت بروز کرده و در صورت عدم درمان، این سندرم ۱۰ تا ۱۴ روز طول می‌کشد. غالباً سندرم نورولپتیک بدخیم در مراحل ابتدایی تشخیص داده نمی‌شود و کناره‌گیری یا سرآسیمگی بیمار ممکن است اشتباهاً ناشی از تشدید روان‌پریشی تصور شود.

جدول ۴-۲۱  
درمان سندرم نورولپتیک بدخیم



میزان تاثیر	مقدار مصرف	مداخله درمانی
به صورت تک‌درمانی یا درمان ترکیبی مؤثر است. میزان مرگ را کم می‌کند.	۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی‌گرم در روز - خوراکی در دوزهای منقسم	امانتادین
میزان مرگ را در تک‌درمانی یا درمان ترکیبی کم می‌کند.	۲/۵ میلی‌گرم خوراکی ۲ یا ۳ بار در روز. می‌توان تا ۴۵ میلی‌گرم در روز بالا برد.	بروموکریپتین
مواردی از بهبود چشمگیر گزارش شده	لوودوپا ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز، وریدی به صورت انفوزیون مداوم	لوودوپا/اکربی‌دوپا
وقتی داروها جواب نمی‌دهد می‌تواند مؤثر باشد. همچنین برای درمان اختلال روان‌بزشکی زمینگی مفید است.	نتایج خوبی با درمان یک‌طرفه یا دوطرفه گزارش شده. پاسخ درمانی ممکن است حتی با ۳ جلسه حاصل شود.	تشنج‌درمانی الکتریکی (ECT)
ممکن است ظرف چند دقیقه یا چند ساعت نتایج مفید آن در درمان تکی یا ترکیبی مشاهده شود.	۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم در روز برای ۸ روز - سپس ادامه درمان خوراکی برای ۷ روز دیگر	دانترولن
در موارد مقاوم به داروهای دیگر، اثربخشی آن گزارش شده است.	۱ تا ۲ میلی‌گرم عضلانی به عنوان تست؛ اگر مؤثر نباشد، خوراکی تغییر یابد؛ اگر علائم بیماری زمینگی به صورت کاتاتونی باشد، تجویز آن را مدنظر قرار دهید.	بنزودیازپین‌ها
اغلب در اوایل بیماری به عنوان اولین اقدامات حمایتی مفید است.	تزریق مایعات وریدی، پتوهای خنک، کسسه یخ، تنقیه با آب سرد، اکسیژن، داروهای تسکین‌دهنده	اقدامات حمایتی

ترس آور باشد و غالباً منجر به عدم پذیرش درمان دارویی در آینده می‌شود.

همه گیرشناسی. به طور مشخص این عارضه در اوایل درمان با داروهای نورولپتیک روی می‌دهد. دیستونی حاد مردان، افراد جوان تر از ۳۰ سال و با مصرف دوزهای بالای داروهای پر قدرت بیشتر دیده می‌شود.

سبب شناسی. هر چند تزریق عضلانی داروهای ضد روان‌پریشی پر قدرت شایع‌ترین حالتی است که سبب دیستونی می‌شود، ولی عارضه مذکور می‌تواند به دنبال مصرف هرگونه داروی ضد روان‌پریشی روی دهد. تصور می‌شود مکانیسم بروز این عارضه، افزایش فعالیت دوپامینرژیک عقده‌های قاعده‌ای است و هنگامی روی می‌دهد که سطح داروهای ضد روان‌پریشی در فاصله میان دوزها در CNS افت می‌کند.

پر قدرت مثل هالوپریدول، بیشترین خطر را در بر دارند. ظاهراً داروهای ضد روان‌پریشی که خواص آن‌ها لینه‌رژیک دارند کمتر موجب سندرم نورولپتیک بدخیم می‌شوند. تشنج‌درمانی الکتریکی (ECT) در درمان این سندرم به کار رفته است.

دیستونی حاد ناشی از داروها

تشخیص، نشانه‌ها و علائم. دیستونی‌ها شامل انقباض‌های گذرا یا طولانی عضلات هستند که منجر به حرکات واضحاً غیرطبیعی یا وضعیت‌گیری‌های ناهنجار می‌شوند و شامل موارد زیرند: بجران گردش چشمی<sup>۱</sup>، بیرون زدن زبان، تریسموس (فک بست)، تور تیکولی (کجی گردن)، دیستونی‌های حنجره‌ای - حلقی و وضعیت‌گیری دیستونیک اندام‌ها و تنه. سایر انواع دیستونی عبارت‌اند از: بلفارواسپاسم و دیستونی زبانی - حلقی؛ حالت اخیر سبب نارساگویی (دیزآرتری)، دیسفاژی و حتی اشکال در تنفس می‌شود که ممکن است منجر به کیودشدن شود. کودکان به ویژه احتمال دارد به اوپیتوتونوس، اسکولیوز، لوردوز و حرکات پیچ‌وتابی<sup>۲</sup> دچار شوند. دیستونی می‌تواند دردناک و

درمان. سه مرحله اساسی در درمان نازاری عبارت‌اند از: (۱) کاهش دوز داروی مصرفی، (۲) تلاش برای درمان با داروهای مناسب، و (۳) تغییر احتمالی داروی نورولپتیک. مؤثرترین داروها آنتاگونیست‌های گیرنده بتا-آدرنرژیک هستند؛ البته داروهای آنتی‌کولینرژیک، بنزودیازپین‌ها و سیپروهپتادین (Periactin) نیز ممکن است برای برخی بیماران مفید باشند. ظاهراً در بعضی موارد نازاری (اکاتیزیا) هیچ درمانی مؤثر واقع نمی‌شود.

#### دیس‌کینزی دیررس

تشخیص، نشانه‌ها و علائم. دیس‌کینزی دیررس یکی از اثرات دیررس داروهای ضد روان‌پریشی است؛ این عارضه به ندرت زودتر از ۶ ماه پس از شروع درمان روی می‌دهد. این اختلال شامل حرکات کره آنتونید ناهنجار، غیرارادی و نامنظمی است که در عضلات سر، اندام‌ها و تنه بروز می‌کند. شدت این اختلالات حرکتی از یک حالت خفیف - که غالباً بیمار خانواده‌وی متوجه آنها نمی‌شوند - تا حرکات شدید و ناتوان‌کننده متغیر است. حرکات اطراف دهان شایع‌ترین این حرکات هستند و شامل پرش، پیچ خوردن و بیرون آمدن زبان؛ حرکات‌های جانبی و جویدن در فک، غنچه کردن لب و شکک در آوردن در صورت هستند. حرکات انگشتان و مشت کردن دست‌ها نیز شایعند. کج کردن گردن به طرفین (تورتیکولی) یا به عقب، پیچش تنه و حرکات لگن در موارد شدید بروز می‌کنند. در موارد بسیار وخیم، ممکن است بی‌نظمی‌های تنفس یا بلع موجب بلع هوا، آروغ زدن و خرناس کشیدن شوند. دیس‌کینزی تنفسی نیز گزارش شده است. دیس‌کینزی در اثر استرس تشدید شده و هنگام خواب برطرف می‌شود.

همه گیرشناسی. دیس‌کینزی دیررس تقریباً در ۱۰ تا ۲۰ درصد بیمارانی که بیش از یک سال تحت درمان بوده‌اند روی می‌دهد. حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد بیمارانی که به مدت طولانی بستری بوده‌اند، دیس‌کینزی دیررس دارند. احتمال ابتلای زنان بیش از مردان است. کودکان، بیماران مسن‌تر از ۵۰ سال و بیماران دچار آسیب مغزی یا اختلالات خلقی نیز در معرض خطر بالای ابتلا به این اختلال قرار دارند.

تشخیص‌های افتراقی. تشخیص‌های افتراقی عبارت‌اند از: تشنج‌ها و دیس‌کینزی دیررس.

سیر و پیش‌آگهی. شدت دیستونی ممکن است به صورت خودبه‌خود نوسان یافته و با اطمینان بخشی بهبود یابد، به طوری که بالینگر به اشتباه تصور کند اختلال مزبور هیستریک بوده و یا کاملاً تحت کنترل آگاهانه بیمار است.

درمان. درمان پیشگیرانه با آنتی‌کولینرژیک‌ها یا داروهای وابسته (جدول ۳-۲۱)، معمولاً از بروز دیستونی جلوگیری می‌کند، هرچند باید خطرات درمان پیشگیرانه را با فواید آن مقایسه نمود. درمان با آنتی‌کولینرژیک‌های عضلانی یا دیفن‌هیدرامین (Benadryl) وریدی یا عضلانی (۵۰ mg) تقریباً همواره علائم این اختلال را برطرف می‌کند. دیازپام (والیوم) (۱۰ mg وریدی)، آموباربیتال (آمیتال)، کافئین سدیم بنزوات، و هینوتیزم نیز برای درمان این عارضه مؤثر گزارش شده‌اند. با اینکه معمولاً نسبت به این عارضه جانبی تحمل پیدا می‌شود، ولی وقتی بیمار مخصوصاً نگران عود این واکنش است، گاهی بهتر است داروی ضد روان‌پریشی را تغییر دهیم.

#### نازاری حاد ناشی از دارو

تشخیص، نشانه‌ها و علائم. نازاری (اکاتیزیا) عبارت است از احساس ذهنی بی‌قراری، نشانه‌های عینی بی‌قراری، یا هر دو. تظاهرات آن می‌توانند به صورت حبس، اضطراب، آرام نگرفتن، عصبی بودن، دایم قدم زدن، حبسین در حالت نشسته و نشستن و برخاستن پیاپی باشند. نازاری به دنبال مصرف طیف وسیعی از داروهای روان‌پزشکی از جمله ضد روان‌پریشی‌ها، ضدافسردگی‌ها و داروهای مقلد سمپاتیک ممکن است روی دهد. پس از تشخیص نازاری، باید دوز داروهای ضد روان‌پریشی را تا کمترین حد مؤثر ممکن کاهش داد. نازاری (اکاتیزیا) ممکن است با نتیجه ضعیف درمان ارتباط داشته باشد.

همه گیرشناسی. زنان میانسال بیشتر در معرض خطر اکاتیزیا (نازاری) هستند و سیر زمانی این عارضه مشابه پارکینسونیسم ناشی از نورولپتیک‌ها است.