

بررسی متقاطع با کنترل دارو نما در مورد تاثیر افزودن

دونپزیل به داروهای ضد روانپریشی آتیپیک

در بهبود علائم مثبت و منفی و آسیب شناسی روانی عمومی

اسکیزوفرنیا

نویسندگان:

دکتر افشین طبیبی - هانیه سامانلو



سال ۱۳۹۶

سرشناسه	طبی، افشین، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور	بررسی مقاطع با کنترل دارو، در مورد تاثیر افزودن دوزبزرگ به داروهای ضد روانپریشی آنتیک در بهبود علائم مثبت و منفی و آسیب‌شناسی روانی عمومی اسکیزوفرنیا/مؤلف افشین طبی، هانیه سامانلو.
مشخصات نشر	تهران: راش، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	۹۹ ص.
شابک	978-600-6078-71-7
وضعیت فهرست نویسی	فبا
موضوع	اسکیزوفرنی -- دارو درمانی
موضوع	Schizophrenia -- Chemotherapy
موضوع	داروهای روانپریشی -- ساختار شیمیایی و فعالیت ریسپشناسی
موضوع	Psychotropic drugs -- Structure-activity relationships
شماره افرو	سامانلو، هانیه، ۱۳۵۸ -
رده بندی کنگره	RC514/49C4 1396
رده بندی دیویی	616/49806 -
شماره کاتالوژی ملی	۴۷ ۲۱۰



آدرس: تهران - نارمک - میدان ۴۱ - کوچه ولی عصر - پلاک ۱۳ - واحد ۳
تلفن: ۰۹۱۲۸۳۹۲۱۰۳

نام کتاب: بررسی مقاطع با کنترل دارو، در مورد تاثیر افزودن دوزبزرگ به داروهای ضد روانپریشی
آنتیپیک در بهبود علائم مثبت و منفی و آسیب‌شناسی روانی عمومی اسکیزوفرنیا
نویسنده: دکتر افشین طبی، دکتر فریادایی، دکتر انیکنام

ناشر: انتشارات راش

لیتوگرافی: فرانقش

چاپ و صحافی: فرانقش

چاپ اول: ۱۳۹۶

شمارگان: ۲۰۰ نسخه

قیمت: ۵۰۰۰ تومان

شابک ۷-۷۱-۶۰۷۸-۶۰۰-۹۷۸

مسئولیت صحت مطالب و مستندات این کتاب برعهده نویسنده است.
کلیه حقوق برای نویسنده محفوظ است.

فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
پیشگفتار.....	۱۱
اسکیزوفرنیا.....	۱۷
تاریخچه اسکیزوفرنیا.....	۱۷
سکالیری و روند.....	۲۲
همه گیر سناس.....	۲۴
سن و جنس.....	۲۶
عقوت و فصل تونس.....	۲۶
توزیع جغرافیایی.....	۲۷
عوامل مربوط به زاد و ولد.....	۲۷
بیماری طبی.....	۲۸
مصرف مواد.....	۲۸
عوامل فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی.....	۲۸
جنبه های اقتصادی.....	۲۹
تخت های بیمارستان های روانی.....	۲۹
بی خانمانی.....	۲۹
اتیولوژی (سبب شناسی).....	۳۰
بررسی های آزمایشگاهی و روانشناختی.....	۳۳
تصویربرداری از مغز.....	۳۵
یافته های فیزیکی.....	۳۶

۳۶	.....	نوع داروها
۳۷	.....	الگوی فشار - کم بینی
۳۸	.....	زیست شناسی عصبی
۳۸	.....	نورایی نفرین:
۳۸	.....	فرضیه یا مینی:
۳۹	.....	سروتونین
۳۹	.....	گابا (GABA)
۴۰	.....	تشخیص اسکیزوفرنی
۴۱	.....	انواع فرعی اسکیزوفرنی
۴۱	.....	نوع بد گمان (پارانوئید)
۴۱	.....	نوع نابسامان:
۴۲	.....	نوع قوام باخته (کاتاتونیک)
۴۲	.....	نوع نامتمایز
۴۲	.....	نوع باقیه ای
۴۳	.....	معیارهای تشخیص DSM-IV-TR در مورد انواع فرعی اسکیزوفرنی
۴۳	.....	نوع پارانوئید
۴۳	.....	نوع نابسامان
۴۳	.....	نوع کاتاتونیک
۴۴	.....	سکوت (موتیسم)
۴۴	.....	نوع متمایز
۴۴	.....	نوع باقیه ای
۴۷	.....	خصایص بالینی

- تفکر آشفته (اختلال فکر صوری) ۴۸
- رفتار حرکتی بسیار آشفته یا نابهنجار (از جمله کاتاتونی) ۴۹
- نشانه‌های منفی ۴۹
- توهمات ۵۴
- تفکر (گفتار) آشفته ۵۴
- رفتار حرکتی بسیار آشفته یا نابهنجار (از جمله کاتاتونی) ۵۵
- نشانه‌های منفی ۵۶
- علائم مثبت و منفی ۵۷
- علائم و نشانه‌ها ۵۸
- خلق، احساسات و حالت عاطفی ۵۹
- توهم‌ها ۶۰
- خطاهای ادراکی ۶۱
- از دست دادن مرزهای ایگو ۶۳
- وضعیت هوشیاری و شناخت ۶۴
- معاینه وضعیت روانی ۶۵
- خلق، احساسات و حالت عاطفی ۶۷
- اختلالات ادراکی ۶۷
- خطاهای ادراکی ۶۸
- فکر ۶۸
- تکانشی بودن و خشونت ۶۹
- ویژگی‌های مرتبط که تشخیص را تایید می‌کنند ۷۰
- سیر و پیش‌آگهی ۷۱

۷۲	خودکشی
۷۳	طرح پژوهش
۷۴	معیارهای انتخاب آزمودنی ها
۷۴	روش اجرا و جمع آوری داده ها
۷۶	متغیرها: تعریف واژه ها
۷۶	متغیرهای این تحقیق در جدول شماره ۱-۳ ارائه شده است
۷۷	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۸	ملاحظات اخلاقی
۸۲	سوال اول پژوهش
۸۳	سوال دوم پژوهش
۸۴	سوال سوم پژوهش
۸۵	مروری بر مطالعات مشابه
۸۸	بحث و نتیجه گیری
۸۸	خلاصه طرح پژوهش و یافته ها
۹۰	محدودیت های پژوهش
۹۱	پیشنهادهای پژوهش
۹۲	فهرست منابع
۹۷	ضمائم

پیش‌گفتار :

اسکیزوفرنیا اختلالی است که مرز نمی‌شناسد، سن، جنس، نژاد، طبقه اجتماعی آن را محدود نمی‌کند. و در همه کشورها، فرهنگ‌ها و اعصار تاریخی رد پای آن را می‌توان دید. براساس آمار سازمان جهانی بهداشت یک نفر از هر صد نفر در مقطعی از عمر خود به این بیماری گرفتار می‌شوند (سادوک^۱، ۲۰۰۷). آن را به سرطان اختلالات روانی تشبیه کرده‌اند. این دو بیماری از بسیاری جهات به هم شباهت دارند. عوامل سبب ساز هیچکدام را به درستی نمی‌شناسیم و نمی‌دانیم که دقیقاً چگونه باید از آنها پیشگیری کنیم. از یک سو تلاش در جهت درمان هر دو با موفقیت محدود همراه است و از سوی دیگر هزینه‌های مالی و عاطفی مبارزه با آنها برای خانواده‌ها بسیار سنگین است. طاقت اغلب آنها فراتر است.

اسکیزوفرنیا بیماری غم‌انگیزی است چون جوانان را گرفتار می‌کند آن هم زمانی که توانایی‌ها و امیدشان به آینده در اوج خود قرار دارد (سادوک، ۲۰۰۷). هر ساله هزینه‌های هنگفتی بابت تشخیص، درمان و بازتوانی و نگهداری این بیماران به سیستم بهداشت و درمان کشور تحمیل می‌شود. خوشبختانه در

سال‌های اخیر با تحولاتی که زمینه پژوهش و درمان اسکیزوفرنیا رخ داد. در قلب بسیاری از بیماران و خانواده‌ها بارقه‌هایی از امید جرقه زده است. اما داروهای موجود که در درمان این بیماران استفاده می‌شود تنها با نتایج نسبی در بهبود علائم روان پریشی همراه بوده است و اثر عمده این داروها بر روی نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنیا است. یعنی اینکه از شدت هذیان و توهمات می‌کاهند یا سبب بازداری کامل آنها می‌شوند. خلق تحریک شده بیمار را آرام می‌کنند و رفتارهای آشفته و پرخاشگرانه را کاهش می‌دهند. اکثر آنها بر کناره جویی، بی‌احساسی و سایر نشانه‌های منفی اثر کمتری دارند. لذا یافتن راههای درمان مؤثرتر در جهت بهبود و کاهش ناتوانی این بیماران از مسائل مهم بهداشت روانی بشمار می‌رود.

چنین فرض شده است که زمینه ارثی این بیماری ممکن است نوعی اختلال زیست - شیمیایی در مغز باشد که هنوز به درک کامل شناخته نشده است. بسیاری از روان پزشکان قدیمی تر به اندام ضعیف و گردش خون محیطی ضعیف که در این بیماران زیاد دیده می‌شود (سادوک، ۲۰۰۷) توجه کردند. یافته‌های فوق به این گمانه زنی منتهی شده است که اسکیزوفرنی نوعی اختلال سوخت و ساز است. در سال‌های اخیر نشان داده شده است که شماری از این اختلالات، که غالباً ناشی از وجود نقص ارثی استفاده از برخی مواد شیمیایی ضروری هستند می‌توانند به مشکلات روانی شدید منجر شوند.

این تصور که شاید منشأ بیماری اسکیزوفرنیا نوع اختلال زیست - شیمیایی است در پی برخی از پیشرفت‌های جدید تقویت شده است. اثبات شده است که

چندین نوع از داروهایی که توهم را خوانده می‌شوند نظیر مسکالین^۱، ال اس دی^۲ می‌توانند تابلوی نظیر اسکیزوفرنیا ایجاد کنند. (سادوک، ۲۰۰۷) گرچه توهماتی که بر اثر این داروها ایجاد می‌شوند بیشتر از نوع بینائی هستند تا شنوایی. داروهای دیگری که کاربرد درمانی دارند خصوصاً استروئیدی^۳ نظیر کورتیزون که آثار گسترده ای بر سوخت و ساز بدن دارند نیز می‌توانند بیماری پارانوئیدی مشابهی بوجود آرند علاوه بر این مقادیر زیاد آمفتامین‌ها^۴ می‌توانند سبب بروز نوعی روان پریشی مشابه اسکیزوفرنیا شوند که با هذیان‌های پارانوئیدی، توهم و تغییرات خلقی همراه است. آمفتامین‌ها سبب آزاد شدن ماده ای به نام دوپامین در مغز می‌شوند و غلظت آن را افزایش می‌دهند. دوپامین^۵ نوعی میانجی عصبی یا ماده ای شیمیایی است که در درون مغز پیام‌ها را از سلول به سلول دیگری می‌رساند. داروهای نورولپتیک (آرام بخش‌های قوی) که در درمان اسکیزوفرنیا به کار می‌روند، هم ضد گیرنده‌های دوپامین در مغز عمل می‌کنند و غلظت دوپامین را کاهش می‌دهند. یکی از آثار جانبی آنها یعنی اختلال شبه پارکینسون، نیز به همین کاهش فعالیت دوپامین مربوط است. (سادوک، ۲۰۰۷)

از نظر نارساییهای شناختی، نقایص در پردازش کنترل شده و فعال اطلاعات، همچون سرعت پردازش، توجه، گوش به زنگی، حافظه در حال کار (اجرایی) یادگیری

۱ Mescaline

۲ L.S.D

۳ Steroids

۴ Amphetamines

۵ Dopamine

و حافظه کلامی، یادگیری و حافظه بینایی، استدلال و حل مسئله و فهم کلامی ملاحظه میشود (نئوچترلن^۱، ۲۰۰۴). نقص کار بین ۱/۵ تا ۲ درجه انحراف معیار پایین تر از نمونه‌های سالم گواه می‌باشد (بیلدر^۲ و همکاران، ۱۹۹۲). شواهد فراوان کژکاریهای شناختی را به ترکیبی از دگرگونیهای نورو شیمیایی (عصب-شیمیایی) و عصب-ایست شناختی مربوط میکند گرچه دوپامین به طور معمول به عنوان میانجی عصبی-کدام درگیر در آسیب زایی نشانه‌های اسکیزوفرنیایی در نظر گرفته میشود.

پژوهش‌های متعدد ثابت کرده است که سامانه میانجی عصبی کولینرژیک از جمله گیرنده‌های نیکوتینیک و مسکارینیک، در تنظیم عصبی فرایندهای شناختی در اسکیزوفرنیا اهمیت دارد (پئوسکنس^۳ و همکاران، ۲۰۰۵).

استیل کولین (ACh) در کارکردهای شناختی فراوان، همچون تنظیم قشری پردازش اطلاعات حسی توجه، حافظه و یادگیری نقش دارد (لوکاس^۴، ۲۰۰۳).

رابطه بین استیل کولین و شناخت به طور نسبی به خوبی در جانوران و انسانهای سالم و در بیماری آلزایمر اثبات شده است. در اسکیزوفرنیا نیز بررسیهای متعدد نابهنجاری را در مسیر کولینرژیک گزارش کرده اند گرچه تحلیل رفتن پی-یاخته‌های کولینرژیک در مغز قدامی-قاعده ای و فقدان میانجی‌گری عصبی

۱ Nuechterlen

۲ Bilder

۳ Peuskens

۴ Lucas

کولینرژیک آنچنانکه در بیماری آلزایمر دیده می‌شود در اسکیزوفرنیا وجود ندارد (پاچیک^۱، ۱۹۹۸) و (مالاخ^۲، ۱۹۹۱). اما بررسی‌های پس از مرگ و هنگام حیات دگرگونی‌هایی را در سامانه کولینرژیک مرکزی، همچون کاهش شمار گیرنده‌های موسکارنیک (بویژه M۱) و نیکوتینیک همچون گیرنده‌های نیکوتینی $\alpha 7$ در کورتکس و هیپوکامپ نشان داده است که امکان دارد در کژکاریهای بیماری اسکیزوفرنیا حیل باشد.

از هر ۱۰۰ نفر تقریباً ۱ نفر در طول زندگی خود به اسکیزوفرنیا مبتلا خواهد شد. (سادوک، ۲۰۰۷) اسکیزوفرنیا در تمام جوامع و حوزه‌های جغرافیایی یافت می‌شود. صرف نظر از شدت این اختلال تقریباً نیمی از تمام بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تحت درمان قرار می‌گیرند میزان مرگ و میر بیماران اسکیزوفرنیا بر اثر تصادفها و علل طبیعی بیش از جمعیت عمومی است. (سادوک، ۲۰۰۷) در چندین مطالعه معلوم شده است که تا هشتاد درصد از کل بیماران اسکیزوفرنیا همزمان بیماریهای داخلی مهمی نیز داشته‌اند و ششاد تا پنجاه درصد از این بیماریها نیز تشخیص داده نشود. تخمین زده می‌شود که زنده‌ای مالی ناشی از اسکیزوفرنیا در ایالات متحده از مجموع خسارات حاصل از تمام سرطانها نیز بیشتر است. عوامل سهمیم در ایجاد این زیان اقتصادی چشمگیر به قرار زیر هستند.

الف - این بیماری در اوایل دوران حیات شروع می‌شود.