



انجمن پزشکان عمومی ایران

نکات آموزشی

9

خلاصه مباحث

نخستین سمینار مجازی
انجمن پزشکان عمومی ایران

اسفند ماه ۱۳۹۹

آسم، آلرژی و گایدلاین‌های کشوری
تسکین درد در بیماران مبتلا به سرطان
اعتیاد و سـلامت روان

مبحث تسکین درد دکتر طهماسبی

۱. مراقبت تسکینی: رویکردی در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران و بستگان بیمارانی که مبتلا به یک بیماری تهدید کننده حیات هستند مثل انواع سرطانها، نارسایی قلبی، copd و ...
۲. مراقبت تسکینی در هر جایی و توسط همه پرسنل بهداشتی امکان پذیر است اما در سطح ۳ فقط توسط پرسنل آموزش دیده بهداشتی انجام میشود.
۳. ارزیابی درد در مراقبت تسکینی مهم است چون درد روی کیفیت زندگی و توانایی عملکردی بیماران اثر منفی دارد.
۴. درد توتال: برای توصیف مفهوم چند بعدی بودن درد و رنج در بیماریهایی محدودکننده زندگی به کار میرود و برآیندی از عوامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.
۵. Illness یا کسالت تجربه یک فرد از بیماری است و منحصر به خود هر فرد است. درک این کسالت کلید مراقبت تسکینی خوب است.
۶. انواع درد براساس زمان (حاد - مزمن - غیرمنتظره یا breakthrough) و مکانیسم زمینه ای (ناسیسپتئو- نوروپاتیک - ترکیب این دو) تقسیم میشوند.
۷. درد ناسپتئو در اثر آسیب بافتی ایجاد میشود و دو نوع ویسرال و سوماتیک است. دردهای ویسرال گنگ هستند، در منطقه ای پخش میشوند و میتوانند به جایی دیگر انتشار یابند اما درد سوماتیک شارپ است و با حرکت تشدید میشوند و بیمار محل دقیق درد را میتواند مشخص کند.
۸. دردهای نوروپاتیک در اثر آسیب سیستم عصبی مرکزی یا محیطی ایجاد میشوند.
۹. ترکیب دردهای ناسیسپتئو و نوروپاتیک در بیماران سرطانی شایع است.
۱۰. درد غیرمنتظره درد موقتی است که در زمینه یک درد کنترل شده ایجاد میشود و در بیماران سرطانی به خوبی شناخته شده است. دو نوع است، یا در اثر موقعیتهای خاص مثلاً سرفه ناگهانی و... در بیمار سرطانی ایجاد میشود (inciden pain) نوع دوم ممکن است در اثر کاهش سطح پلاسمایی داروی مخدر قبل از شروع دوز بعدی ایجاد شود (opioid end of dose pain).
۱۱. هیپرآلژزی: به معنی افزایش پاسخ به محرکهای درناک است.

۱۲. آلوداینیا (allodynia): به معنی احساس درد به دنبال تحریک با محرکهای غیر دردناک است.

مبحث تسکین درد دکتروزاقلیزاده

۱. استراتژی کنترل درد در بیماران سرطانی، طبق سازمان بهداشت جهانی، سه پله دارد: دردهای خفیف با مسکنهای غیر مخدری، دردهای خفیف تا متوسط با مسکنهای اپیوئیدی و دردهای متوسط تا شدید با مخدرهای قوی یا با مخدرهای با دوز بالاتر کنترل میشوند (دو پله آخر با یا بدون همراهی با مسکنهای غیر اپیوئیدی و با یا بدون adjuvant)

۲. طبق نظر سازمان بهداشت جهانی ۵ نکته در کنترل درد در این بیماران مد نظر داشته باشید: ترجیحا مسکن خوراکی تجویز کنید، درمان با مسکن منظم باشد (PRN نباشد)، پله ای که بیمار در آن قرار دارد شناسایی شود، درمان مختص خود بیمار باشد و در آخر به بیمار توضیح کامل در زمینه درمان و تاثیر آن و... بدهید.

۳. مسکنها سه دسته اند: غیراپیوئیدی یا غیر مخدر، مخدر و adjuvantها.

۴. Adjuvantها داروهایی هستند که در موارد خاص به درمانهای خاص کمک کننده هستند، خاصیت ضد درد ندارند اما گاهی در کنترل درد موثرند مثل آنتی اسپاسمودیکها، آنتی دپرسانهای سه حلقه ای و...

۵. مسکنهای غیرمخدر که همان ضداالتهابهای غیر استروئیدی و استامینوفن هستند. استامینوفن در کنترل دردهای خفیف بسیار ایمن است (ماکسیمم دوز روزانه ۴ گرم).

۶. مسکنهای مخدر به دو دسته تقسیم میشوند: اپیوئیدهای ضعیف (کدئین و ترامادول) و اپیوئیدهای قوی (مورفین، متادون، اکسی کدون، فنتانیل، بوپرنورفین، پتدین یا همان مپریدین).

۷. مسکنهای مخدر ضعیف در کنترل دردهای مزمن ناشی از سرطان هیچ جایگاهی ندارند:

- کدئین به دو شکل موجود است، به شکل استامینوفن کدئین (ماکسیمم دوز روزانه ۲۴۰ میلیگرم معادل ۱۲ عدد استامینوفن کدئین) و کدئین خالص (به

- شکل قرص ۳۰ میلیگرمی). طول اثر کدئین کوتاه است (۴ ساعت).
- ۳- ترامادول هم به شکل قرصهای ۵۰ و ۱۰۰ میلیگرم موجود و ماکسیمم دوز روزانه ۴۰۰ میلیگرم است.
۸. مورفین، gold standard مخدر مسکن در کل دنیاست که در ایران متأسفانه فقط فرم تزریقی (آمپول ۱۰ میلی) آن موجود است.
۹. متادون و فنتانیل در بیماران دچار نارسایی کلیوی به علت دفع مدفوعی، ارجحیت دارند. متادون مخدر سنتتیک با نیمه عمر متوسط ۲۴ ساعته است و فنتانیل یک مخدر سمی سنتتیک و بسیار کوتاه اثر است که فقط در دردهای حاد کمک کننده است.
۱۰. پندین یا مپردین، مخدر سنتتیک است و به دلایل زیر در کنترل دردهای مزمن هیچ جایگاهی ندارد: طول اثر بسیار کوتاه ۲ ساعته، خاصیت اعتیاد آور، اثر بخشی خوراکی بسیار کم، ایجاد تشنج و ایجاد مسمومیت در بیماران نارسایی کلیوی و حتی بیماران غیر کلیوی.
۱۱. عوارض اپیوئیدها: تهوع، استفراغ، یبوست، خواب‌آلودگی، نارسایی تنفسی، خارش، احتباس ادرار، عرق ریزش، دلیریوم، خشکی دهان، هیپرآلژزی و آلودانیا.
۱۲. عوامل کمک کننده به بروز عوارض مخدرها: نارسایی کلیوی و کبدی، پلی فارمسی بودن بیمار، سن بالا، میزان پیشرفت بیماری، دوز و نوع مخدر، مسیر تجویز دارو.
۱۳. علائم مسمومیت با مخدرها: خواب‌آلودگی، هزیان و توهم (بیشتر بینایی)، گیجی، استفراغ، حرکات میوکلونیک (پرشی)، مردمکهای سوزنی، نارسایی تنفسی و دپرسیون تنفسی.
۱۴. بروز عارضه نارسایی تنفسی در بیماران سرطانی با درد مزمن بسیار نادر است چون درد یک آنتاگونیست اثرات دپرسان سیستم عصبی مرکزی است.
۱۵. عوامل خطر ساز در بروز مسمومیت با مخدرها در بیماران سرطانی: سرعت بالا در افزایش دوز دارو، دهیدریشن، نارسایی کلیه، عفونت ها، کاهش وزن، اختلال عملکرد کبد، کاهش نیاز به مخدر، تداخلات دارویی (مثلا با آمیتريپتيلين).

۱۶. اندیکاسیونهای شروع نالوکسان در بروز مسمومیت در بیماران سرطانی: Respiratory rate کمتر از ۸ عدد در دقیقه RR کمتر از ۱۰ تا ۱۲ عدد در دقیقه به همراه سیانوز، RR کمتر از ۱۰ تا ۱۲ عدد در دقیقه به همراه سچوریشن اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد.

مبحث آسم و آلرژی دکتر شفيعی

۱. ارزیابی پاسخ به درمان در آسم در:

بیماری که با حمله آسم مراجعه کرده <<<اولین ویزیت یک هفته بعد بیماری که درمان را برایش شروع کرده ایم <<<اولین ویزیت ۱ تا ۳ ماه بعد <<<<سپس اگر کنترل بود هر ۳ تا ۱۲ ماه بیمار باردار <<<ویزیت هر ۴ تا ۶ هفته یکبار
۲. در کل بعد از ۲ تا ۳ ماه از شروع درمان در بیمار آسمی انتظار پاسخ به درمان داریم و این زمان میشود در مورد افزایش یا کاهش درمان تصمیم بگیریم.

۳. قبل از افزایش درمان حتما یادمان باشد:

- تکنیک استفاده از داروی استنشاقی را در بیمار چک کنیم
- دقت کنیم که بیمار درمان را اصلا استفاده کرده یا خیر
- ریسک فاکتورهای تشدید علائم را در نظر بگیریم از جمله سیگار، آلرژنها، آلاینده ها و...
- Comorbid های آسم مثل سینوزیت، رینیت آلرژیک، ریفلاکس معده، چاقی و... را حتما در نظر بگیریم چرا که جلوی کنترل آسم را میگیرند.

۴. Step up چند روش دارد:

کوتاه مدت <<<فقط برای ۱ تا ۲ هفته افزایش درمان مثلاً طی ابتلا به عفونت وایرال تنفسی

روزانه <<<بخصوص در بیماران استپ ۱ درمان

۵. Step down وقتی انجام میشود که علائم بیمار کنترل باشد و بیمار در امور روزمره زندگی مشکلی نداشته باشد. نکاتی که باید قبل از کاهش درمان توجه کنیم:

- در زمان مناسب انجام شود، مثلاً در فصول شیوع بیماریهای تنفسی از جمله زمستان؛ زمانی که بیمار قصد مسافرت دارد و یا بیمار در دوران بارداری است، اصلاً زمان مناسبی برای کاهش درمان نیست.
- اگر بیماری در اسطپ‌های پایین دچار حملات شدید میشده؛ کاهش فانکشن ریه داریم؛ ریسک فاکتورهای دیگر عود بیمار دارد، باید کاهش درمان را دیرتر انجام دهیم.
- قبل از کاهش درمان حتماً PFT بگیریم (پولموناری فانکشن تست).
- به بیمار عوامل تشدید بیماری مثل ورزش و بوی تند و ... را توضیح دهیم و روش کنترل آن را آموزش دهیم.
- بیمار را رها نکنیم و مرتب و طبق زمان بندی گفته شده ویزیت کنیم.
- ۵. در step down اگر بیمار روی کورتون اسنتنشاکی باشد هر ۲ تا ۳ ماه یکبار دوز را ۲۵ تا ۵۰ درصد کاهش میدهیم و اگر بیمار در استپ ۱ یا ۲ درمان باشد بر اساس GINA بهتر است SABA به همراه ICS با دوز کم و as needed بدهیم.
- ۶. فورمترول با وجود این که long acting است دارای اثر سریع هم هست و میتوان در استپ ۱ درمان استفاده کرد.
- ۷. در استپ یک بیمار روی درمان با SABA به تنهایی ریسک حملات شدیدش بیشتر است (طبق پروتوکل های جدید دیگر از این درمان به تنهایی استفاده نمیشود).
- ۸. در بهترین حالت ممکن و بدون spacer بیماران فقط ۱۵ تا ۲۰ درصد دارو را میتوانند به مجاری تنفسی برسانند پس حتماً به هر بیمار آسمی در هر سنی توصیه به استفاده از space یا آسم یار، ضروری است. در بزرگسالان بعد از هر پاف در آسم یار باید ۵ ثانیه دم عمیق داشته باشند و ۸ تا ۱۰ ثانیه نفس خود را نگه دارند. در کودکان در هر پاف در آسم یار باید ۶ تا ۸ نفس یا ۲۰ تا ۳۰ ثانیه صبر کنیم و سپس پاف بعدی زده شود. در کودکان کمتر از ۴ سال سن از ماسک به همراه آسم یار استفاده شود. آسم یار هر هفته باید تمیز شستشو شود.
- ۹. دادن action plan در بیماران میتواند ۷۰ درصد از مرگ و میر آسم را

کاهش دهد.

۱۰. آلرژی غذایی در ۲ تا ۳ درصد جمعیت کل دیده میشود و در آسمی ها نیز شیوعش بیش از این میزان نیست لذا در این بیماران محدودیت شدید غذایی ندهیم مگر اینکه با تست این آلرژی اثبات شده باشد. در این بیماران غذاهای با افزودنی مثل غذاهای کنسروی را به علت افزایش ریسک حملات باید کاهش داد.

۱۱. تریگرهای آسم و اقدامات غیر دارویی:

- سیگار

- ورزش<<محدودیت نمیدهیم اما توصیه میکنیم قبل و بعد از ورزش حتما نرمش شود، ۲ پاف اسپری سالبوتامول نیم ساعت قبل ورزش و یا قرص مونته لوکاست ۲ ساعت قبل ورزش میتواند از حمله بکاهد.

- تماسهای شغلی

- مسکنها شامل NSAID ها و ASA

- آلرژنها

- خندیدن<<که البته محدودیت نمیدهیم

- عفونتهای تنفسی

۱۲. در چاقی، کاهش وزن در حد ۵ تا ۱۰ درصد، در کنترل آسم خیلی کمک کننده است.

۱۳. برای انجام جراحیها حتما باید آسم کنترل باشد. اگر بیمار کورتون استنشاقی دوز بالا مصرف میکند، یا طی ۶ ماه اخیر کورتون خوراکی بیش از ۲ هفته استفاده کرده، لازم است طی درمان و بستری به علت جراحی، کورتون سیستمیک تجویز شود همچون پردنیزولون.

مبحث آسم و آلرژی دکتر کیانی

۱. بیمارانی که علائم دو بیماری آسم و COPD را با هم دارند، Asthma COPD Overlap یا ACO میگوییم.

۲. انسداد راه هوایی با FEV1/FVC کمتر از ۷۰ درصد مشخص میشود.

۳. بیماران ACO اکثرا بالای ۴۰ سال سن دارند، سابقه مصرف سیگار یا

تماس با مواد دیگری مثل هیزم و... را دارند، میزان زیادی ائوزینوفیل در خلط یا خون دارند، نسبت FEV1/FVC بعد از مصرف سالبوتامول ۲۰۰ تا ۴۰۰ سی سی افزایش میابد، در معاینه ویز دارند و علائم آتوپی دارند و باید توسط پزشک تشخیص آسم داشته باشند.

۴. بیماران ACO شانس تشدید بیماری بیشتری دارند، کیفیت زندگی پایین تر و اغلب بیماری شدیدتری دارند.

۵. در بیماریهای انسدادی، هدف درمان علائم و درمان و کاهش اگزاسربیشن ها میباشد. اولین قدم نیز شروع برونکودیلاتورهای کوتاه اثر یعنی سالبوتامول است (طول اثر ۴ تا ۶ ساعته) که فقط ۲ بار در هفته مجاز به مصرف تنهاست و اگر بیش از ۲ بار در هفته نیاز به استفاده از آن باشد، باید درمانهای تکمیلی مثل کورتونهای استنشاقی و بعد از آن برونکودیلاتورهای طولانی اثر (طول اثر ۱۲ تا ۲۴ ساعته) و... را بنا به نیاز شروع کرد.

۶. اگر درمانها پاسخ گو نباشند، درمانهای دیگر از جمله بیولوژیک تراپی و بازتوانی یا rehabilitation ریوی نیز در مراکز تخصصی انجام میشود. بیولوژیک تراپی در آسم بیشتر از COPD موثر بوده. گاهی از برونکال ترموپلاستی در مرحله پنج آسم نیز استفاده میشود.

۷. درمان با کورتونهای استنشاقی به هیچ عنوان PRN نیستند و باید بیمار به شکل مرتب جهت کاهش التهاب مجاری تنفسی استفاده کند.

مبحث آسم و آلرژی دکتر موسوی

۱. تستهای عملکردی ریه (PFT) اقدام مهم جهت بررسی بیمار با تنگی نفس است. از جمله این تستها: اسپیرومتری، اندازه گیری حجم های ریه و اندازه گیری DLco هستند.

۲. اسپیرومتری و برخی نکات جهت یادآوری:

- جهت انجام، فرد بهتر است ۲۴ ساعت اگر اسپری برونکودیلاتور و سیگار مصرف میکند، قطع شود تا ارزیابی دقیق تر باشد.
- حجمی که در ثانیه اول توسط بازدم خارج میشود را FEV1 میگوییم
- حجمی که با یک دم عمیق وارد و به دنبال آن بازدم با فورس خارج میشود

- و تا انتهای TLC می‌رود تا به RV برسد را FVC می‌گوییم
- در اسپیرومتری اندازه گیری RV و TLC و FRC قابل اندازه گیری نیستند.
- اگر نسبت FEV1/FVC کاهش یافته باشد (کمتر از ۷۰ درصد)، الگوی انسدادی مطرح است.
- اگر نسبت FEV1/FVC نرمال باشد اما FVC کاهش یافته باشد، الگوی تحدیدی مطرح است.
- براساس ترکیب استنشاقی و پاسخ بیمار به آن در زمان اسپیرومتری، اگر بعد از مصرف اسپری FEV1 بیش از ۲۰۰ سی سی افزایش یابد و بیش از ۱۲ درصد، یعنی انسداد قابل برگشت است و اگر این دو میزان کمتر باشند، یعنی انسداد غیر قابل برگشت داریم (بیشتر COPD مطرح می‌شود).
- اگر در زمان اسپیرومتری بیمار پاسخ ندهد به برونکودیلاتور و شک بیشتری به اختلالات انسدادی داشته باشیم. گاهی با تجویز کورتون استنشاقی برای ۲ هفته و به میزان ۱۵ میلی‌گرم، احتمال دارد برگشت پذیری انسداد را در اسپیرومتری ببینیم.
- ۳. گاهی جهت بررسی انسداد راههای فوقانی و نیز در اختلالات ضعف نوروماسکولار میتوان از maximal voluntary ventilatio استفاده کرد که در آن بیمار جهت تست، در یک دقیقه نفسهای تند و عمیق میکشد و میزان نرمالش ۴۰ برابر FEV1 و میزان Lower limit نرمالش حدود ۳۰ برابر FEV1 میباشد. در ضعف نوروماسکولار این میزان کاهش میابد.
- ۴. اندازه گیری حجم ها:
- در مواردی که در اسپیرومتری الگوی تحدیدی داشته باشیم، توصیه میشود حجم های ریه اندازه گیری شوند. حجمهایی که با اسپیرومتری قابل اندازه گیری نیستند را با روشهایی از جمله body plethysmography و هلیوم دایلیشن و نیز nitrogen washout test اندازه گیری میکنند.
- فقط در نصف بیماران با الگوی تحدیدی ممکن است TLC کاهش یافته باشد و در نیمی دیگر نرمال باشد که به این الگو non specific patern می‌گوییم و باید در این موارد اسپیرومتری مجدداً تکرار شود.
- همیشه در حالت نرمال RV برابر ۲۵ درصد TLC است. در اختلالات

انسدادی در روش body plethysmography ممکن است نسبت RV/TLC افزایش یابد.

• در برخی موارد هم الگوی انسدادی داریم و هم تحدیدی که به آنها mixed disorder هم میگوییم که در آنها TLC و نسبت FEV1/FVC هر دو کاهش یافته اند. مثلا در بیماران CF، سارکوئیدوز، نارسایی قلبی و یا بیماری که فیبروز ایدیوپاتیک ریه دارد و همزمان COPD هم دارد و ...
۵. اندازه گیری Dlco و نکات:

• در شرایطی که اسپرومتری الگوی تحدیدی دارد ظرفیت انتشار مونواکسید کربن اندازه گیری میشود.

• معمولا مقدار کمتر از ۶۵ درصد را پایین در نظر میگیریم.

• گاهی در تشخیص بیماریهای عروقی ریه و نیز در تشخیص اختلالات پارانشیمال (کاهش) از خارج پارانشیمال (مثلا در نقص نوروماسکولار نرمال یا افزایش یافته) کمک کننده است.

• در بیماران چاق و مبتلایان به آسم نیز افزایش میابد.

۶. الگوی complex restrictive هم داریم که در آن TLC کاهش یافته اما FVC بیش از ۱۰ درصد TLC کاهش یافته. این نما در بیماران جوانتر و در خانمها بیشتر دیده میشود و نیز در برخی بیماران از جمله آتلکتازی، فلج دیافراگم، چاقی و under weight ها.

۷. همیشه اسپرومتری جدید باید با اسپرومتریهای قبلی مقایسه شود جهت بررسی روند بهبودی.

۸. بعد از ۲۵ سالگی در سال حدود ۲۰ تا ۳۰ سی سی FEV1 کاهش میابد اما در افراد سیگاری این میزان ۷۰ تا ۸۰ سی سی میباشد.

مبحث آسم و آلرژی دکتر فضل الهی

۱. آسم بیماری هتروژنی است که شاه علامتش التهاب مزمن یعنی طولانی و مادام العمر است. متغیر بودن بیماری جزء علایم کلیدی است.

۲. سطوح کنترل ۴ سوال کلیدی دارد:

• روزها چطور است؟ <<<<<< بیش از ۲ بار در هفته اگر علامت داشته باشد

پاسخ مثبت است

- شبها از خواب به علت علائم بیدار میشود یا خیر؟
- چند بار نیاز به سالبوتامول پیدا میکنند؟ <<<< بیش از ۲ بار در هفته پاسخ مثبت است.

• محدودیت فعالیت دارد؟

- اگر هیچ پاسخ مثبتی نداشته باشد، بیمار well controled است؛
اگر ۱ تا ۲ پاسخ مثبت داشته باشد، بیمار partly controled است؛
اگر ۳ تا ۴ پاسخ مثبت داشته باشد، بیمار uncontroled میباشد.
۳. برخی ریسک فاکتور ۱۱ فرد را مستعد حملات آسم میکند:

- عدم استفاده صحیح داروها و عدم پذیرش آنها
- بیماریهای کوموربید مثل سینوزیت و رینیت و ریفلاکس معده و...
- آلرژیها
- بارداری

• آلاینده های زیاد هوا

- مسائل سایکوسوشیال مثلا اضطراب
- وضعیت فانکشن ریه. مثلا اگر FEV1 کمتر از ۶۰ درصد باشد، راههای هوایی بازگشت پذیری خوبی ندارند.
- سابقه بستری در ICU و اینتوبیشن
- بستری در سال گذشته بیش از یک بار به علت حمله آسم
- مصرف بیش از یک دستگاه سالبوتامول در ماه که =افزایش ریسک مرگ و میر

۴. بیماری که در یک استپ درمانی است، با داشتن هر یک از ریسک فاکتورهای بالا، باید یک استپ بالاتر جهت درمان در نظر گرفته شود.

۵. امروزه درمان آسم از severity based به phenotyp based تغییر کرده و رویکرد درمان کاملا personalized شده.

۶. چرخه ابداعی GINA2019 جهت ارزیابی مکرر بیمار آسمی شامل ارزیابی، بررسی کوموربیدیتی ها و کنترلشان و درمان میشود.

۷. در انتخاب درمان باید به اثربخشی دارو، safety دارو و در دسترس بودن

و هزینه دارو توجه شود.

۸. اصول کلی درمان در بالغین و افراد بالای ۱۲:

- بعد از تشخیص آسم، اولین قدم درمانی باید کورتون استنشاقی باشد. کورتون استنشاقی موجب کاهش مرگ و میر و حملات و بستری و موجب بهبود عملکرد ریه میشود.

- اگر علائم متناوب باشد و غیر مداوم، علائم کمتر از ۱ تا ۲ بار در ماه و بیمار فاقد RF باشد <<<<استپ ۱>>>>درمان ICS و فورمتروپول یا ICS به همراه سالبوتامول as needed

- علائم بیش از ۲ بار در ماه باشد اما شبها مشکل دارد اما نه زیاد <<<<استپ ۲>>>> ICS با دوز کم و پایدار و سالبوتامول as needed یا مهار کننده های لکوترین مثل مونته لوکاست

- علائم شدیدتر در شب و روز بخصوص اگر RF هم داشته باشد <<<<استپ ۳>>>> ICS مدیوم دوز یا ICS با دوز کم در همراهی با LABA

- علائم شدیدتر هم روز و هم شب و اختلال عملکرد ریه <<<<استپ ۴ و ۵>>>>درمانها به همراه OCS

۹. اصول کلی درمان در کودکان کمتر از ۱۲ سال:

- در درمان از ICS و LABA به عنوان داروی اول نیستند مگر در استپ های بالا.

- استپ ۱ <<<<سالبوتامول گاه گاه

- استپ ۲ <<<<ICS با دوز کم و سالبوتامول as needed

- استپ ۳ <<<<ICS و LABA یا ICS مدیوم دوز و سالبوتامول

- استپ ۴ <<<<OCS برای ۵ تا ۷ روز و ICS مدیوم دوز

۱۰. در کودکان کمتر از ۵ سال ترکیب LABA اجازه مصرف ندارد و ICS در استپ ۲ به بالا تجویز میشود و حتما کودک باید به مرکز تخصصی ارجاع شود.

۱۱. عوارض مونته لوکاست <<<<عوارض نورو سایکوتریک دارد و در بزرگسالان و نوجوانان خطر خودکشی و در کودکان خطر اختلالات رفتاری و کابوس شبانه دارد.

مبحث آسم و آلرژی دکتر مهدویانی

۱. خطرات در آسم:

- حملات یا exacerbation که ریسک فاکتورهایی دارد:
- داروهای بیمار، مثلاً SABA بیش از یک اسپری در ماه
- کوموربیدیتی ها مثل چاقی، ریفلاکس معده، حاملگی، رینوسینوزیت
- آلاینده ها و آلرژنها
- فاکتورهای سایکولوژیک
- عملکرد ریوی پایین خصوصا FEV1 کمتر از ۶۰ درصد
- در سال گذشته یا در سابقه، یک بار حمله با بستری در ICU داشتن
- کاهش عملکرد ریه که علل و ریسک فاکتورهایی دارد:
- عدم مصرف ICS
- در معرض محرکها بودن مداوم مثل تماس شغلی
- از ابتدا پایین بودن FEV1
- کودکانی که آسم مداوم دارند (در سنین بالاتر در خطر این کاهش فانکشنند)
- عوارض دارویی:

عوارض ICSها در دوزهای بالا رخ میدهد نه در بیماران عادی و به شکل:
عوارض لوکال <<برفک دهان، دیسفونی>> بعد از مصرف باید دهان شستشو شود

عوارض سیستمیک <<گلوکوم، کاتاراکت، مهار محور آدرنال و...
عوامل افزایش دهنده ریسک بروز عوارض سیستمیک نیز، مصرف مکرر OCS
ها، دوز بالای ICS ها و مصرف مهارکننده های P450 میباشند.

۲. در شرح حال یادمان باشد در مورد فانکشن بیمار خیلی دقیق پرسش
شود، شاید بیمار درک درستی از کاهش عملکرد ندارد و نیز گاهی میبینیم
بیمار FEV1 پایینی دارد اما شکایتی ندارد که در شرح حال میتوان فهمید
که به علت آسم، فعالیتهايش را محدود کرده و به همین علت مشکلی حس
نمیکند.

۳. در برخی بیماران سرعت ارزیابی فانکشن ریه را بیشتر کرده و بیش از

معمول چک میشود:

- بیماران پر ریسک
- ریسک کاهش عملکرد ریه داشته باشد
- در کودکان
- ۴. تقسیم بندی کلی شدت آسم:
 - استپ ۱ یا ۲ <<<<mild
 - استپ ۳ <<<<<<moderate
 - استپ ۴ یا ۵ <<<<severe
- ۵. بررسی عملکرد ریه را هر ۳ تا ۶ ماه یا حداقل ۱ تا ۲ بار در سال در بیماران انجام میدهیم.

مبحث آسم و آلرژی دکتر بمانیان

۱. طبق GINA ۲۰۲۰ که مخفف Global INitiative of Asthma میباشد، آسم دارای ۴ علامت اصلی هست: سرفه، تنگی نفس، خس خس سینه و احساس ناراحتی در قفسه سینه.
۲. چه زمان آسم کنترل شده است؟
 - علایم آزار دهنده را طی روز و شب نداشته باشد
 - نیاز به برونکودیلاتورها جزئی باشد
 - از لحاظ فیزیکی فعالیت نرمال داشته باشد
 - در اسپیرومتری، طبیعی یا نزدیک به طبیعی باشد
 - حمله نداشته باشد
۳. حمله آسم یا flare up یا exacerbation آسم: بیماری که کنترل بوده و تریگرها عاملی برای شروع علایم در بیمار میشوند.
۴. حتما تمام بیماران باید action plan نوشته شده داشته باشند تا بدانند علایم خوب و بد چه علایمی هستند و اگر دچار حمله شد باید چه کند، حتی نحوه استفاده از پیک فلومتر را در منزل باید آموزش داد تا بتوان پایش بهتری داشته باشیم.
۵. در تشخیص آسم دو پایه اساسی داریم: شرح حال دقیق و دوم معاینه

فیزیکی و پاراکلینیکها جهت اثبات وجود تنگی راه هوایی و اثبات برگشت پذیر بودن آن.

۶. در معاینه فیزیکی بیمار آسمی ممکن است ویز پایان بازدمی، افزایش قطر قدامی-خلفی قفسه سینه (در بیماران مزمن) و... داشته باشیم اما به هیچ عنوان کلابینگ جزء علایم آسم نیست.

۷. سه معیار قابل برگشت بودن تنگی مجاری هوایی:

- افزایش FEV1 بیش از ۲۰۰ سی سی و بیش از ۱۲ درصد بعد از مصرف برونکودیلاتور در یک بار اسپیرومتری

- پیک فلومتری متفاوت صبح و عصر (میزان تفاوت نرمال ۵ درصد است) اگر در بزرگسالان ۱۰ درصد و در اطفال ۱۳ درصد باشد

- افزایش FEV1 در زمان شروع درمان، یک ماه بعد و ۳ ماه بعد، بیش از ۲۰۰ سی سی داشته باشیم در بررسی های پریودیک

۸. آسم شغلی یعنی بیمار آسمی که علایمش در محل کار ایجاد میشود

۹. آسم حاملگی منظور بیماری است که علایمی نداشته و در حاملگی بروز کرده. البته تغییرات فیزیولوژیک در بارداری هم داریم:

هورمون پروژسترون موجب افزایش تعداد تنفسها میشود؛ تغییرات در احشای داخلی موجب کاهش در TLC و RV و FRC میشوند؛ در ABG به علت تنفسهای تند، فشار گاز co_2 را ۲۸ تا ۳۰ درصد نرمال در نظر میگیریم.

۱۰. آسم در افراد مسن، ممکن است overdiagnose یا under diagnose شود. چرا که با گذر زمان نسبت FEV1/FVC کاهش میابد و ممکن است به غلط تشخیص آسم یا COPD داشته باشیم.

۱۱. آسم در افراد سیگاری نیز باید به یاد COPD باشیم چرا که درمان متفاوت خواهد شد، مثلاً در COPD به تنهایی بیشتر تمایل به LABA داریم اما به علت افزایش ریسک عفونت تمایلی به استفاده از ICS ها نداریم.

۱۲. آسم cough variant هم داریم که بیمار فقط با شکایت سرفه مزمن مراجعه میکند و در کودکان شایع تر است. به یاد رد تشخیص افتراقیهای سرفه مزمن از جمله ریفلاس معده، PND به علت سینوزیت و آلرژیها و... باشیم.

مبحث آسم و آلرژی دکتراسلامی

۱. ریسک فاکتورهای مورتالیتی در آسم:
 - شرح حال از حمله کشنده که اینتبویشن شده باشد
 - سابقه مراجعه در ۱ سال اخیر به اورژانس یا بستری به علت حمله آسم
 - اخیراً روی درمان ICS رفته یا از قبل بوده اما پذیرش خوبی نداشته
 - اخیراً کورتون خوراکی مصرف کرده یا به تازگی قطع کرده
 - مصرف بیش از حد SABA
 - کوموربیدیتیه‌ها از جمله آلرژیهای غذایی بخصوص انواع IgE mediated
 - نداشتن action plan
۲. از LABA ها هیچوقت به عنوان مونوتراپی در آسم استفاده نمیشود.
۳. در حمله های آسم به بیمار آموزش میدهم (در اکشن پلن):
 - فرکانس reliever ها یعنی SABA را زیاد کند.
 - اگر ترکیب بکلومتازون-فورمتروپل بیش از ۸ استنشاق یا ترکیب بودزوناید-فورمتروپل بیش از ۱۲ استنشاق نیاز داشت و یا هر ۳ ساعت و کمتر نیاز به reliever داشت و یا علایم در حال بدتر شدن بود باید به اورژانس مراجعه کند.
۴. در حمله حاد، ما داروهای کنترلری که بیمار روی آن درمان بوده نیز به شکل موقت (۱ تا ۲ هفته ای) افزایش میدهم:
 - در بالغین و نوجوانان اگر تحت درمان با فقط ICS بوده، میتوان دوز را در حمله ۴ برابر کرد. البته در کودکان دیده شده حتی افزایش ۵ برابری موثر نیست و نیاز به دوز سیستمیک هستند.
 - اگر قبلاً روی درمان ICS و فورمتروپل بوده، میتوان دوز درمان را ۴ برابر داد (ماکسیمم دوز فورمتروپل در این ترکیب، ۴۸ ماکروگرم است و در ترکیب بودزوناید-فورمتروپل ۷۲ ماکروگرم)
 - اگر روی درمان ICS با LABA دیگری غیر از فورمتروپل بوده (مثلاً فلوتیکازون-سالمترول)، دیگر دوز را ۴ برابر نمیکنیم، فرمولیشن دارو را یک استپ بالاتر میبریم یا یک کورتون دیگر استنشاقی اضافه میکنیم طوری که دوز ICS استنشاقی ۴ برابر افزایش بیاید

- گاهی هم از همان ICS و فورمتروپول هم به عنوان reliever هم به عنوان داروی maintenance استفاده شده و در کنترل حمله هم این maintenance را ادامه داده و در صورت نیاز، دوز reliever را افزایش میدهیم.
- ۵. کورتون خوراکی چه زمانی در درمان حمله آسم اضافه میکنیم؟
- اگر وضعیت بیمار سریعاً در حال بدتر شدن است
- اگر از ابتدا فرم شدیدتری داشته (پیک فلوومتر کمتر از ۶۰)
- اگر علارغم ۴۸ ساعت درمان، پاسخ مناسب نداده
- شرح حالی از حمله شدید داشته
- ۶. کورتون خوراکی در حمله، در بالغین ۴۰ تا ۵۰ میلیگرم پردنیزولون برای ۵ تا ۷ روز و در اطفال ۱ تا ۲ میلیگرم به ازای وزن بدن روزانه، برای ۳ تا ۵ روز (ماکسیمم ۴۰ میلیگرم) تجویز میشود. توجه شود که اگر کورتون خوراکی کمتر از ۲ هفته استفاده میشود، نیاز به taper کردن جهت قطع دارو نیست.
- ۷. تقسیم بندی حمله حاد آسم:
- خفیف: بیمار در راه رفتن دچار تنگی نفس میشود/ جملات را کامل بیان میکند/ به راحتی دراز میکشد/ RR/افزایش/PR کمتر از ۱۰۰/ کمی آژیته/ استفاده از عضلات فرعی تنفسی ندارد/ ویز انتهای بازدمی/ پالس پارادوکس ندارد/سچوریش اکسیژن بیش از ۹۵ درصد/ABG نرمال/ PEF بیش از ۷۰ درصد.
- متوسط: در حالت استراحت هم تنگی نفس دارد/ جملات را به شکل عبارات کوتاه بیان میکند/ آژیته/RR بالا/PR ۱۰۰ تا ۱۲۰/ رترکشن دارد/ ویز در کل بازدم/ پالس پارادوکس/ سچوریش اکسیژن ۹۰ تا ۹۵ درصد/ABG نرمال/ FEV1 یا PEF ۴۰ تا ۶۹ درصد.
- شدید: در هر حالتی تنگی نفس دارد/ عبارات کلمه کلمه و بریده/ آژیته/ نمیتواند دراز بکشد/RR بالا/PR بیش از ۱۲۰/ رترکشن/ ویز دمی و بازدمی/ سچوریش اکسیژن کمتر از ۹۰/ PEF یا FEV1 کمتر از ۴۰/ افت معیارهای ABG به شکل Pao2 کمتر از ۶۰ و paco2 بیش از ۴۲.
- نارسایی تنفسی: حرف نمیزند/ سایلنت و خواب آلود است/RR بالا/ برادی کارد/ تنفسهای پارادوکس/ Silent chest دارد یعنی حتی ورود و خروج هوا از

سطح قفسه سینه دیده نمیشود/ سچوریشن اکسیژن کمتر از $FEV1/90$ یا PEF کمتر از ۲۵ درصد/ $Pao2$ کمتر از $Paco2/60$ بیش از ۴۲.

۸. در شروع حمله حاد در موارد خفیف و متوسط، دوزهای مکرر SABA با کورتون خوراکی و اکسیژن را شروع میکنیم و در موارد شدید ایپراتروپیوم بروماید هم اضافه میکنیم:

- کورتون خوراکی به میزان ۱ تا ۲ میلیگرم به ازای وزن بدن، روزانه
- سالبوتامول به شکل MDI/Space، ۴ تا ۱۰ پاف. هر ۲۰ دقیقه تا یک ساعت و سپس هر ۱ تا ۴ ساعت as needed میدهیم و اگر به شکل نبولایز تجویز میکنیم، ۰/۱۵ میلیگرم به ازای وزن بدن (حداقل ۲/۵ میلیگرم) هر ۲۰ دقیقه تا یک ساعت و بعد هر ۱ تا ۴ ساعت تجویز میشود.

- ایپراتروپیوم اگر نبولایز بدهیم، در بچه ها و وزن زیر ۲۰ کیلوگرم، ۲۵۰ ماکروگرم به ازای هر دوز و در وزن بیش از ۲۰ کیلوگرم، ۵۰۰ ماکروگرم به ازای دوز هر ۶ تا ۸ ساعت تجویز میشود. در فرم MDI/spacer ۸ تا ۲ پاف هر ۶ ساعت.

- اکسیژن را در بالغین ۹۳ تا ۹۵ درصد و در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله، در سطح ۹۴ تا ۹۸ درصد نگه میداریم.

۹. اگر وضعیت بیمار شدید بود و به درمانهای فوق پاسخ نداد، اندیکاسیون سولفات منیزیم تزریقی (به شکل IV و آهسته طی ۲۰ دقیقه) با دوز ۲۵ تا ۷۵ میلیگرم به ازای وزن (ماکسیمم ۲ گرم) را دارد.

۱۰. وقتی impending respiratory failur داریم، یعنی بیمار سیانوز است، خواب آلود است، سچوریشن اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد است و اسیدوز تنفسی داریم در همان ابتدا میتوان اپی نفرینبا دوز آنافیلاکسی یعنی از آمپول ۱/۱۰۰۰ مقدار ۰/۰۱ سی سی به ازای وزن به شکل داخل عضلانی در یک سوم میانی ران تجویز کرد و براساس نیاز، تا ۳ مرتبه تمدید کرد (در بالغین ماکسیمم ۰/۵ میلیگرم و در اطفال ۰/۳ میلیگرم).

۱۱. باید طی درمان حمله و یک ساعت بعد مجدد ارزیابی شود، تصمیم جهت بستری بیمار بر اساس علایم کلینیکی و RF های مورتالیتی گرفته میشود.

۱۲. اگر بعد از درمان حمله حاد نیاز به بستری نشد و ترخیص نمودیم:
- سالبوتامول هر ۴ تا ۶ ساعت فقط برای ۳ روز و سپس as needed تجویز کنید (طولانی و بیش از ۵ تا ۶ روز تجویز نشود)
 - تجویز OCS کوتاه مدت باشد
 - اگر درمان کنترلر داشته، دوز را برای ۲ تا ۴ هفته به شکل موقت افزایش میدهم و اگر نداشته، درمان کنترلر را اضافه میکنم
 - حتما زمان فالو آپ بیمار را تعیین کنید، در بالغین ۲ تا ۷ روز بعد و در اطفال ۱ تا ۲ روز بعد.
 - حتما action plan نوشته شده بدهیم
 - در صورت داشتن حمله های مکرر در گذشته حتما به متخصص ارجاع دهیم

مبحث آسم و آلرژی دکتر فلاح پور

۱. داروهای reliever مثل سالبوتامول و فورمتروپول، داروهایی هستند که علایم حال بیمار را برطرف میکنند، اما داروهای controller داروهایی هستند که بیماری را کنترل میکنند مثل ICS ها.
۲. اکثر بیماران نوجوان و بزرگسال، در زمان شروع در استپ ۲ قرار دارند.
۳. به طور کلی در استپهای درمان آسم به خاطر داشته باشید:
- استپ ۴ <<<< علایم زیاد و شدید، هر روز و هر شب، بیمار را علایم ناتوان کرده. اگر برای اولین بار بیمار با حمله مراجعه کرده باشد هم در این استپ قرار میگیرد.
 - استپ ۳ <<<< علایم زیاد دارد ولی مختل کننده نیست، از نظر فرکانس هم مداوم نیست اما در بیشتر روزهای هفته علامت دارد و بیمار محدود شده، بیماری که در حمله نباشد یا در ۱ تا ۲ ماه اخیر حمله نداشته هم در این استپ قرار میگیرد.
 - استپ ۲ <<<< علامت دارد اما کار و زندگی اش را میکند و ریسک هم ندارد و در ۳ ماه اخیر در حمله نبوده.
 - ۴. فرمول دقیق استپ بندی ها:

- استپ ۱ <<< علایم روزانه کمتر از ۲ بار در ماه/علایم شبانه ندارد/فانکشن ریه نرمال.
- استپ ۲ <<< علایم روزانه بیش از ۲ بار در ماه/شبانه ندارد/فانکشن نرمال.
- استپ ۳ <<< علایم روزانه در بیشتر روزها/شبانه بیشتر مساوی ۱ بار در هفته/فانکشن ریه نرمال یا نزدیک نرمال.
- استپ ۴ <<< علایم روزانه در بیشتر روزها/شبانه بیشتر مساوی ۱ بار در هفته/فانکشن ریه کاهش.
- استپ ۵ <<< همان استپ ۴ درمان نشده است و خیلی شدید است با حال عمومی بد.
- ۵. درمانهای preferred controll درمانهای ارجح در آسم هستند و other conyroller option شامل بقیه انتخابها هستند که در صورت عدم همراهی یا تمایل بیمار در پذیرش preferred ها استفاده میکنیم و اثر بخشی کمتری نسبت به prefferd ها دارند.
- ۶. درمانهای prefferd در آسم:
- استپ ۱
- در سن ۶ تا ۱۱ سال <<< SABA به شکل as needed به همراه ICS با دوز کم (مرتب یا در صورت نیاز)
- در بالای ۱۲ سال <<< ICS کم دوز با (فورمترو) LABA
- استپ ۲
- در سن ۶ تا ۱۱ سال <<< ICS کم دوز روزانه
- در بالای ۱۲ سال <<< ICS کم دوز روزانه یا ICS با فورمترو as needed
- استپ ۳
- در سن ۶ تا ۱۱ سال <<< ICS کم دوز با LABA یا ICS مدیوم دوز
- در بالای ۱۲ سال <<< ICS کم دوز روزانه با LABA
- استپ ۴
- در سن ۶ تا ۱۱ سال <<< ICS مدیوم دوز با LABA و ارجاع به متخصص
- در بالای ۱۲ سال <<< ICS مدیوم دوز با LABA
- استپ ۵

- شروع OCS ها به همراه ICS دوز بالا و LABA و...و حتما ارجاع به متخصص
- ۷. در آسم فصلی قبل از شروع علایم و شروع فصل درمان را شروع کنیم و حتما ۴ هفته بعد از رفع علایم میشود درمان را قطع کرد.
- ۸. همیشه ICS ارجح بر لکوترینها هستند.

تعریف و درک درست از اعتیاد بسیاری از پزشکان و روانشناسان درک درستی از اعتیاد ندارند.
مشکلات اعتیاد:

- سستی و خستگی
- رخوت و بیحالی
- ضعف و کاهش توان بدنی
- بی ارادگی
- خستگی
- افسردگی
- بی مسئولیتی
- بهانه گیری
- بی علاقگی به کار
- بی توجهی به خانواده
- پرخاشگری
- دروغ گوئی
- بی برنامهگی
- خواب آلودگی و چرت زدن
- لاغری و تحلیل رفتن بدن
- حالات خمیده
- تغییر رنگ پوست
- تغییر طرز حرف زدن

اعتیاد پیچیدگی خاص خودش را دارد و به صورت فراتشخیصی (-transdiag

nostic) باید به موضوع نگاه کرد. باید به صورت فرایندی به موضوع نگاه کرد نه دسته بندی ها. برای پیدا کردن هسته های اعتیاد باید سواد فرانشیسی داشته باشیم. برخورد با هر بیمار متفاوت است.

- از دست دادن کنترل

- مصرف وابسته به نشانه ها

- مصرف با وجود عوارض

- وسوسه

- انتخاب: بعضی اعتقاد دارند اعتیاد یک انتخاب است

- اجبار: انجام فعل بدون دوست داشتن

- خود درمانی

- عادت آموخته شده ثانویه

هسته اعتیاد علایم بدنی نیست اثرات مستقیم مواد ارتباطی با اعتیاد ندارد. معمولاً این علایم بعد از یک ماه تمام می شوند. این علایم با قطع مصرف تمام می شوند اما با قطع مصرف اعتیاد تمام نمی شود. سه دسته عمده

اعتیاد به عنوان پدیده خوددرمانی

اعتیاد به عنوان رفتار اجبارگونه:

اعتیاد به عنوان یادگیری مشکل ساز: یاد گرفته اند که مشکلات خود را با مواد کنترل کنند.

این همه اختلاف بین صاحب نظران در کمتر بیماری دیده می شود.

نمی توان بین اعتیاد به مواد مختلف تفاوت زیاد قایل شویم.

فهرستی از عادات مضر و مشکل ساز:

- پر خوری و چاقی

- مصرف سیگار و تنباکو

- کم تحرکی

- مصرف الکل

- اعتیاد به مواد مخدر

- اینترنت و بازی کامپیوتری

- اشتغال بیش از حد با مسائل جنسی

- عدم فعالیت ذهنی
- سبک خواب نامنظم
- تعلل و به تاخیر انداختن کارها
- قماربازی

هر کدام از این گروهها می توانند به اندازه دیگری مخرب باشند. روان درمانی اعتیاد در واقع علم و هنر رهایی از عادات مضر و مشکل ساز است. بخش مهمی هنر است و شهودی است و مجموعه ای از مداخلات زیستی روانی اجتماعی ست. مداخلات دارویی فقط جنبه تسهیل کننده و مکمل دارد. هسته اعتیاد باید با مداخلات دیگر درمان شود. داروهای مختلفی در درمان اعتیاد استفاده می شود.

- Methadone
- Buprenorphine
- Tincture of opium
- Naltrexone
- Nicotine
- Varenicline
- Methylphenidate
- Disulfiram

هیچ دارویی به صورت تنهایی در درمان اعتیاد نداریم و هیچ استاندارد طلایی و بهترین درمان نداریم.

هر بیمار نیاز درمانی خاص خود را دارد. یک نوع طب خصوصی بر اساس نیاز بیمار داریم. در هر مرحله مداخلات متفاوت باید داشته باشیم. درمان اعتیاد درمان تلاشی است هیچ درمان بستری صرف نداریم. صرف دور ماندن از اعتیاد به بهبودی نمی رسد.

- درمانگر باید مقوله اعتیاد را عاداتهای مشکل ساز تلفیق کند. با این کار از بار منفی اجتماعی اعتیاد را می کاهد.

- تله مواد محوری را کاهش می دهد

- نقش فعال و مسئولیت پذیری بیمار را افزایش می دهد
- درک رفتاری و روانشناختی از اعتیاد را افزایش می دهد
- امکان ایجاد ارتباط و درک متقابل با خانواده را افزایش می دهد
- راهکارهای خلاقانه بیشتری را دامن می زند
- از فرسودگی شغلی درمانگران می کاهد
- از پزشکی سازی زیاد پرهیز کنیم
- درمانگر باید درمان عادت محور باشد نه دارو محور.
- تغییر عادت زمان می برد. ایجاد تغییر در عادت با ثبات در تغییر عادت دو موضوع جدا هستند. دور شدن از مواد از دور ماندن از مواد متفاوت است. عاداتها تغییرپذیرند. با ایجاد عادت درست عادت نادرست کنار می رود. حفظ تغییر یکی از بزرگترین مشکلات است.
- اعتیاد ناشی از یک لذت غیر معمول است. لذت های نرمال را در آستانه کمی حس می کنیم. استفاده از مواد باعث احساس لذت ناگهانی می شود و بعد از مدتی به لذتهای نرمال پاسخ نمی دهد. و تقریباً هیچ درمان قطعی برای آن پیدا نشده است عمده درمانها بر اساس قطع مواد و جایگزینی لذتهای جدید و تلاش برای بازگشت به جامعه است فردی که بین حالت های روحی بالا و پایین نوسان دارد به وضعیت باثباتی برسانیم. در اعتیاد عدم ثبات هیجانی فرد را غیر قابل اعتماد می کند. هر کاری برای ثبات این فرد انجام دهیم همان درمان است.

انواع درمان:

- درمان پرهیزمدار با قطع مصرف مواد است این فرد بعد از مدتی می تواند به حالت طبیعی برگردد. این روش بسیار سخت است. و عود بسیار زیادی دارند.
- عود در کلیه رفتارهای عاداتی زیاد است
- درمان نگهدارنده: به جای ماده قبلی دارویی جایگزین می کنند که نوسانات روانی فرد را کاهش دهد. اگر چه بیمار بدون این داروها نیز نمی تواند زندگی کند.
- اهداف درمانی:

۱- رسیدن به زندگی عاری از مصرف مواد

- ۲- افزایش انگیزه بیمار برای حفظ پرهیز
- ۳- حذف رفتارهای ضدا اجتماعی و بهبود روابط اجتماعی
- ۴- کمک به ارتقاء عملکردهای متنوع و مختلف فرد در زندگی
- ۵- رسیدن به مطلوب‌ترین حالت بدنی از نظر طبی
- ۶- شناسایی و درمان اختلالات روان‌پزشکی در فرد
- ۷- بهبود روابط فرد با افراد فامیل، دوستان و اطرافیان
- ۸- بهبودی دوباره عملکرد حرفه‌ای فرد در جامعه
- ۹- بالا بردن ارزش‌های معنوی بیمار
- ۱۰- کسب مهارت‌های لازم در مواجهه با مشکلات زندگی و برای مقاومت در برابر وسوسه مصرف مواد
- ۱۱- کسب ظرفیت‌های لازم، مربوط به رشد و بلوغ شخصیتی
- ۱۲- پیشگیری از عود اعتیاد

بوپره نورفین و متادون دو درمان اصلی در درمان اعتیاد هستند. شربت تریاک استانداردهای دو داروی قبلی را ندارد. اما نوسانات مواد را ندارد. هیچ دارویی در روانپزشکی به اندازه این دو دارو مستند علمی ندارد. متادون: نوسانات فرد را به نزدیک طبیعی می‌رساند.

بوپره نورفین به علت نوسانات کمتر به حالت طبیعی نزدیکتر است. حسن آن این است که احتمال مسمومیت کم است و نیمه عمر آن در درازمدت بالاتر از متادون است اما در برخی بیماران هرگز پاسخ لازم را ایجاد نمی‌کند. این داروها را فقط برای درمان مخدر میتوان استفاده کرد.

در چارچوب درمانهای استاندارد ما درمان خوب و بد نداریم برای هر بیمار می‌توان داروی مناسب را انتخاب کرد.

اعتیاد با اختلالات رفتاری سنجیده می‌شود.

برای مواد غیر مخدری فقط درمان پرهیزمدار انتخاب می‌شود.

انواع سم زدایی:

بدون داروی مخدر

با کمک داروهای مخدر

سم زدایی با متادون معمولاً در پایان فرد خیلی علایم دارد.
درمان نگهدارنده: اجازه می دهد فرد با کمترین نوسانات زندگی کند
چهار فاز تجویز متادون: فاز القاء فاز تثبیت فاز نگهداری (سه تا پنج سال)
فاز قطع تدریجی
داروهای با اثر هم افزایی

- الکل

- آرامبخشها

داروهای که باعث افزایش سطح خونی متادون می شوند:
- مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (فلوواکسمین، فلوکستین، سرتالین، ...)

- هورمونهای استروئیدی (دگزامتازون، تستوسترون، پروژسترون، ...)

- مسدودکننده های کانالهای کلسیمی (وراپامیل، نیفیدپین، دلتیازم، ...)

- بعضی از آنتی بیوتیکها (اریترومایسین، کلاریترومایسین، ...)

- بعضی از آرامبخشها (دیازپام، ...)

داروهای که باعث کاهش سطح خونی متادون می شوند:

- ضدتشنجها (فنوباربیتال، فنی توئین، کاربامازپین، ...)

- بعضی از داروهای ضدسل (ریفامپین، ریفابوتین)

- داروهای درمان HIV (زیدوودین، ریتانوویر، ...)

مراقب مسمومیت با متادون باشیم.

دارو فرصتی فراهم میکند که بیمار با شرایط بهتر در بازتوانی ها مشارکت کند و باعث تغییر سبک زندگی شود تا منجر به قطع مصرف شود. مدل شناختی-رفتاری

مدل مارلات: مدیریت شرایط ناخوشایند: مدیریت وسوسه (مواجهه فعال)
یک روش بسیار مناسب برای رسیدن به درمان است این مدیریت به صورت موج سواری و ارتباط با تجارب ناخوشایند است.
دو مدل یادگیری داریم:

مدل اول با تجربه کردن یاد میگیریم.

تجارب غیرمستقیم: از طریق یک نفر آموزش میگیریم. (تجربه زبانی):

ایرادش این است اضطراب زاست و سلامت روان را به خطر میندازد
الگوی شناختی رفتاری وسوسه: برانگیزاننده، فکر مصرف، وسوسه و لغزش
اغلب بیماران معتاد تلاش های خیلی زیادی کردند موفق نشدند منتها در
مسیر درست گام برنداشته اند. نباید در مسیر عدم وسوسه تلاش کنیم.
باید به بیمار یاد بدهیم با وسوسه اش کنار بیاید. مصداق طناب کشی
است. باید با این دشمن رفاقت کرد تا کمتر آسیب ببیند. مراجع میداند چه
چیز موثر نیست اما نمیداند چه چیز موثر است.
کنترل احساسات ناخوشایند راه حل است. وسوسه بهانه ای برای مصرف
است.

ما نمی توانیم فکر مواد را از سر فرد بیرون کنیم.
ما هرگز نمیتوانیم کاری کنیم وسوسه مواد از ذهن بیمار بیرون رود. کنترل
تجارب بیرونی با تجارب درونی فرق دارد ما نمیتوانیم از امروز تصمیم بگیریم
به زور وسوسه سراغ بیمار نیاید. بزرگترین اشتباه بیمار این است که میخواهد
با وسوسه مبارزه کند.

درد یا ناخوشایندی با کنترل بدتر و دردناکتر میشود. باید با حس ناخوشایند
کنار بیاییم. نباید احساسات ناخوشایند را ارزیابی کرد. تمرین خودآگاهی:
ناخوشایندترین حس ها وقتی بهشون فکر میکنیم آنقدر خطرناک نیستند.
روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس ارزشهای فرد است. فرد باید
بپذیرد که تلاشهای قبلی برای غلبه بر وسوسه اشتباه بوده است. بزرگترین
مشکل این مسیر این است که فرد تلاش می کند وسوسه مواد را از بین ببرد.
مسیر حرکت: ارزشها (قدرت بدنی)...هدف انتزاعی (ورزش و رژیم غذایی)...
هدف عینی (از امروز ورزش میکنم و فست فود نمیخورم)
مهمترین موانع این رویکرد به محض شروع حرکت: اجتناب، ارزیابی، انتخاب
ارزشهای فردی، دلیل تراشی

نکات مهم در مورد تعهد به انجام

- شرط اولیه این تعهد «قصد کردن» یا «خواستن» است.
- قصد داشتن یک پدیده «صفر» یا «یک» است.

- قصد داشتن محتاج قدمهای بزرگ نیست.
- قصد داشتن منجر به مواجهه با افکار، احساسات، یا خاطرات ناراحت کننده خواهد شد.
- موانع معمولاً با الگوریتم «FEAR» قابل توجیه هستند.
- مثل فردی که تعدادی مسافر دارد که مکرر در حال غر زدن هستند راننده باید برای رسیدن به مقصد به اعتراضات توجه نکند و فقط مسیر را طی کند.
- مصاحبه انگیزشی رویکرد پذیرش و تعهد و روان درمانی شناختی از روشهای موثر برای ایجاد تغییر در بیمار هستند.

ارزشها :

- در انتخاب آنها قضاوت نمیکنیم.
- ارزشها را ارزیابی نمیکنیم.
- نیاز به توجیه ندارند.
- برای انتخاب آنها استدلال نمیکنیم.

خصوصیات ارزشها در انسان: کامل محقق نمیشوند، دایمی قابل وصول باقی نمیمانند، مانند یک شی ملموس نیستند و در همه افراد متفاوت است

پیشگیری:

- پیشگیری اولیه
- پیشگیری همگانی (Universal) برای همه صرف نظر از اینکه پرخطرند یا خیر انجام می شود.
- پیشگیری انتخابی (Selective) در افرادی که خطر خاصی دارند و در معرض بیماری خاصی هستند
- پیشگیری موردی (Indicative) فردی که شروع به مصرف کرده اما هنوز وابستگی نداشته بعضی اختلالات روانپزشکی میزان اعتیاد بالاتر است
- پیشگیری ثانویه (مراقبت و درمان)
- پیشگیری ثالثیه (توان بخشی و بازتوانی)

مردم به دلایل مختلفی مصرف مواد را شروع میکنند. برخی مواد مصرف میکنند تا:

- احساس خوبی داشته باشند
- حال بهتری داشته باشند.
- عملکرد بهتری داشته باشند
- کنجکاوی
- چون دیگران این کار می کنند

عوامل خطر و محافظ از اعتیاد

- همچون سایر بیماریها، آسیبپذیری به مصرف الکل و مواد از فردی به فردی دیگر متفاوت است.
- هیچ عامل منفردی که احتمال اعتیاد فرد را به مواد پیشبینی کند وجود ندارد.
- خطر کلی برای معتاد شدن تحت تاثیر مجموعه ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی قرار دارد.
- آسیبپذیری به اعتیاد تحت تاثیر جنس یا نژاد، مرحله تکاملی و محیط اجتماعی (برای مثال در خانه، در مدرسه و در محلهها) فرد قرار گیرد.

بیمارستانها

- مصرف کنندگان مواد به ویژه آنان که به صورت تزریقی مواد استفاده می کنند ریسک بالایی برای ابتلا به عفونت های ویروسی مثل هپاتیت C, B و HIV و همچنین عفونت های پوستی و ابسه واندوکاردیت و سایر بیماری های عفونی دارند .
- در سال های اخیر افزایش شیوع مصرف ترکیبات آمفتامینی و بروز مشکلات قلبی ناشی از مصرف این مواد موجب مراجعات زیادی به اورژانس های قلب شده است حواسمان به ایسکمی مزانتر در مصرف شیشه باشیم
- وابستگی به بنزودیازپین و زولپیدم و الکل احتمال تشنج دارند
- اعتیاد در بیماران باعث عوارض زیر می شود

۱. افزایش هزینه های بیمارستانی
۲. پنهان کردن اعتیاد توسط بیماران: لذا بیمارستان ها محل خوبی برای تشخیص و ارجاع این بیماران برای درمان است
۳. عدم پوشش بیمه ای کافی در این بیماران و پیچیده شدن مشکل
۴. یکی از سه اختلال رایج روانپزشکی است
۵. احتمال میس شدن و افزایش شکایت

مشکلات موجود در بیمارستانها

- عدم آشنایی پزشکان و سایر کارکنان با موضوع سوء مصرف مواد و درمان های آن
- استیگمای مصرف مواد
- نبودن سرویس های ارائه خدمات برای مشکلات مرتبط با مصرف مواد
- نبودن داروهای خوراکی مانند متادون، تنتور اپیوم و بوپرنورفین

هدف از سرویس سوء مصرف مواد در بیمارستان عمومی: ترک مواد اصلا هدف نیست

۱. کنترل علائم ترک
۲. کنترل بهتر درد
۳. کنترل عوارض ترک مانند تشنج یا دلیریوم
۴. ایجاد ارتباط با بیمار و آموزش اقدامات کنترل سوء مصرف

مسمومیت با سرب در بیماران با مصرف تریاک خوراکی مد نظرمان باشد. تریاک خوراکی بیشترین وابستگی را ایجاد میکند و مصرف با وافور کمترین وابستگی

دوز مخدر با توجه به هر بیمار و علائم بالین متفاوت است در بیمار وابسته به الکل حواسمان به تشنج بیمار باشد درمان اینها طولانی و با بستری خواهد بود.

