



عبدالرضا ناصر مقدسی
متخصص مغز و اعصاب

بیماری «اماس» هم از آن لحاظ که شیوع فزاینده‌ای در جامعه ما پیدا کرده است و هم اینکه جوانان را درگیر می‌کند، در سال‌های اخیر بسیار به آن توجه شده است؛ اما بررسی متون پزشکی مربوط به طب سنتی ایرانی نشان می‌دهد این بیماری از دیرباز در جامعه ما وجود داشته و پزشکانی مانند ابوعلی سینا با آن آشنایی داشته‌اند و علائم آن را ذکر کرده‌اند.
بالین حال بر هیچ‌کس پوشیده نیست که این بیماری در ۲۰ سال اخیر اوج گرفته و هرساله بر میزان بروز و شیوع آن در جامعه ما افزوده می‌شود؛ البته باید گفت این افزایش شیوع، مختص به ایران نیست و تقریباً تمام جهان را درگیر کرده است؛ برای مثال در گزارش‌های اخیر حتی جوامعی مانند هند که در گذشته «اماس» در آنها شیوع یابینی داشت، از شیوع بالای آن خبر داده‌اند.
اینکه چرا این اتفاق می‌افتد هنوز مشخص نیست؛ اما می‌توان به عواملی مانند کمبود ویتامین D و نیز افزایش روزافزون مصرف دخانیات اشاره کرد. سن متوسط درگیر در جامعه ما ۲۶ سال است و خانم‌ها بیشتر از آقایان درگیر این بیماری می‌شوند. از لحاظ علائم تظاهر یابنده، دو علامت گزگز و تاری دید شایع‌ترین علائم‌ها هستند. متأسفانه در سال‌های اخیر بر میزان موارد فامیلیال و نیز «اماس» کودکان نیز افزوده شده است. با وجود تمام این مسائل و همسو با افزایش شیوع بیماری، خوشبختانه مقوله درمان و کنترل بیماری نیز در چند سال اخیر به میزان درخور توجهی درگزن شده است. اگر تا پیش از این، ۸۰ درصد بیماران در نهایت مسیر پیشرونده پیدا می‌کردند، اکنون و به‌مدد داروهای نوین، از این درصد به میزان زیادی کاسته شده است. اگر تا همین چند سال پیش داروهای تزریقی مانند ریفب و بتافرون و آنکس تنها داروهای موجود بودند و بیمار باید به‌صورت مکرر و مداوم تزریق انجام می‌داد؛ اما اکنون مس با طیفی از داروهای خوراکی روبه‌رو هستیم. همچنین باید به دست‌های از داروها مانند مونوکلونال آنتی‌بادی‌ها اشاره کرد که احتمالاً در آینده نزدیک روند کنترل بیماری اماس را متحول خواهند کرد.
این‌ها همه رویدادهای بزرگی است که در سطح دنیا در جهت بهبود هرچه بهتر شرایط بیماران اتفاق می‌افتد.

در کشورمان نیز با همت استادان گران‌قدر این حوزه تحولات عمیقی در حال شکل‌گرفتن است؛ می‌توان به‌صورت فهرست‌وار به این موارد اشاره کرد. در وهله اول می‌توان به ایجاد کلینیک‌های تخصصی اماس در ایران اشاره کرد. خوشبختانه در سال‌های اخیر شاهد احداث کلینیک‌های تخصصی در شهرهایی مانند تهران، اصفهان، ساری و زنجان بوده‌ایم و به‌تدریج بر تعداد این کلینیک‌ها نیز افزوده می‌شود. این کلینیک‌ها که گاه از همکاری سایر متخصصان از جمله فیزیوتراپ‌ها، روان‌شناسان، روان پزشکان، متخصصان تغذیه و نیز کاردرمان‌ها برخوردار است سبب شده خدمت‌رسانی به بیماران در جامعه ایرانی متحول شود؛ همچنین باید به قابلیت شرکت‌های دارویی ایرانی نیز اشاره کرد، شرکت‌ها بیشتر داروهای را که در زمینه اماس در ایران استفاده می‌شود با کیفیتی خوب پذیرفتنی تولید می‌کنند؛ اما با وجود تمام این پیشرفت‌ها، گاه فقر فرهنگی شدید بسیاری از این تلاش‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد؛ این فقر فرهنگی جنبه‌های مختلفی دارد. یک بیمار مبتلا به اماس شاید بتواند از خدمات درمانی خوبی برخوردار شود؛ اما نمی‌تواند توقع چنین خدماتی را از جامعه خود داشته باشد. فقر فرهنگی عملاً سبب شده جامعه ما دیدی کاملاً منفی به این بیماران داشته

فقر فرهنگی، مهم‌ترین ویژگی وضعیت «اماس» در ایران

دانایی است که توانایی می‌آورد

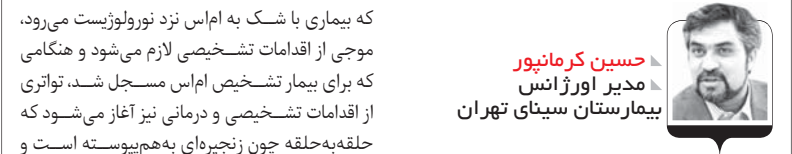


این صورت، نباید هیچ کاری انجام داد زیرا هر کاری عارضه‌ای دارد.

مثال دیگر اصرار بیماران از استفاده از طب‌های جایگزین به‌ویژه طب سنتی است؛ بی‌شک طب مکمل جایگاه خود را دارد؛ اما نه به آن شکلی که در جامعه ما معرفی می‌شود و ادعای درمان بیماری را دارد. به گمان من بسیاری از این تصمیم‌ها و تفکرات ناشی از مطالعه‌نکردن است که مانند انگلی مرگ‌بار تمام جامعه ما را به خود مبتلا کرده است. بسیاری از بیمارانی که می‌گویند نظر شما درباره طب سنتی و رنوبدرمانی چیست و ما شنیده‌ایم بیمارانی بوده‌اند که با این روش‌ها درمان شده‌اند، در کمال ناآوری تحصیلاتی در سطوح بالا دارند؛ اما مطالعه‌نکردن سبب می‌شود به‌راحتی چنین ادعاهایی را بپذیرند؛ از آنها می‌پرسم در دنیا نزدیک به سه میلیون مبتلا به اماس داریم، اگر کسی بتواند بیماری را درمان کند، جایزه نوبل می‌گیرد، چگونه این همه محقق نتوانسته‌اند به درمان قطعی برسند؛ اما فلان عطار و رمال که هیچ‌گونه تحصیلاتی در این زمینه ندارند می‌توانند چنین ادعایی داشته باشند؟ وقتی بیماری چنین ادعاهایی را می‌پذیرد، متأسفانه فقط می‌تواند ریشه در ناآگاهی و مطالعه‌نکردن داشته باشد. چندی پیش داستان درمان قطعی اماس در کانادا موح سن‌کینی در کشور ما راه انداخت؛ بسیاری از بیماران خود را آساده کردند که برای این درمان قطعی راهی کانادا شوند؛ جالب اینجا بود که این موج سنگین فقط مختص کشور ما بود و حتی در خود کانادا هیچ‌کسی برای درمان به تیم آقای «فریدمن» که این کار را انجام داده بودند، مراجعه نکرد. علت این اختلاف در رفتار در آنجا بود که هیچ‌یک از بیماران ما زحمت مطالعه اصل تحقیق را به خود ندادند که هم به‌صورت مقاله علمی و هم مطالب عامه‌فهم در فضای مجازی موجود بود. منبع آنها که با قطعیت هم بر آن پافشاری می‌کردند، خبرهای ناقص و اشتباهی بود که در رسانه‌های ما انعکاس یافته بود؛ اینها گوشه‌ای از موانع به‌ترزیستن در جامعه ماست. حقیقتاً تا هنگامی که نفهمیم این دانایی است که توانایی می‌آورد، نباید انتظار زندگی بهتری را در چنین جامعه‌ای با چنین فقر فرهنگی‌ای داشته باشیم.

اهمیت و لزوم راه‌اندازی کلینیک‌های جامع اماس

تحولی برای درمان بیماری‌های نوپدید



حسین کرمانپور
مدیر اورژانس بیمارستان سینای تهران

بیماری اماس جزء آن دسته از بیماری‌های بشری است که تنها با درگیری یک بخش از بدن و گرفتاری یک عضو روبه‌رو نیست؛ برای مثال، در بیماری عفونت سینوسی، بیمار با مراجعه به پزشک خود، درمان آنتی‌بیوتیک دریافت می‌کند و درمان می‌شود. این بیمار به احتمال زیاد نیازی به مراجعه دوم به پزشک خود را هم ندارد، چه رسد به مراجعه به تخصص‌ها و رشته‌های دیگر پزشکی، در بیماری دریافت وضعیت‌های پیشرفته، جدای از پزشک مربوطه، پای متخصصان رشته‌های دیگر و حتی روان‌شناس و مشاوران تغذیه را هم به میان می‌کشد.
بیماری اماس، در پرداخت تخصصی به بیماری چیزی شبیه دیابت است، گرفتاری اصلی در شبکه اعصاب مرکزی است که متخصصان نورولوژی در این سطح، فرماندهی تشخیص و مداوا را برعهده دارند، اما بیماری اماس ماهیتاً با درگیری سلسله‌اعصاب مرکزی عملاً رهبری بدن را با مشکلاتی خاص روبه‌رو می‌کند؛ از خلق‌وخوی بیمار گرفته تا مشکلات اسکلتی، تغذیه‌ای، گوارشی، ادراری و حتی بنیایی؛ هرکدام از تخصص‌های مربوط با مشکلات پدیدآمده در بیمار اگر بخوانند به سرعت مستقل و بدون ارتباط با شبکه درمانگران دیگر عمل کنند، عملاً بیمار به نتیجه مؤثر علمی نخواهد رسید.
سوای تیم درمانگر، تیم پیراپزشکی هم در کنار درمان نقش بسزایی دارد. بیمار مبتلا به اماس، به خودی‌خود با استرس‌های ذهنی روبه‌رو است و ایجاد استرس‌ها و تنش‌های اجرایی در درمان هم می‌تواند بر شدت بیماری بیفزاید. گروه‌های پیراپزشکی این بخش نظیر آزمایشگاه، تصویربرداری، توانبخشی و... است. بر اساس مطالب پیش‌گفته، بیمار مبتلا به اماس، در گروه پزشکی با تخصص‌های متخصص بیماری‌های داخلی اعصاب (نورولوژیست به‌عنوان پزشک اصلی و درمانگران سرهم درمانی بیمار)، متخصص زنان و مامایی (برای بررسی و درمان مشکلات زنان با عنایت به اینکه نسبت گرفتاری زن به مرد در بیماری اماس تقریباً چهار به یک است)، متخصص مجاری تناسلی و ادراری (ارولوژیست)، چشم‌پزشک، روان‌پزشک، متخصص تغذیه، روان‌شناس، متخصص تصویربرداری (رادیولوژیست)، متخصص رشته‌های مختلف پدیدبخشی و... روبه‌رو است. هنگامی

قفسه

بازتوانی ذهنی در مبتلایان به اماس
درمان اختلالات شناختی



معصومه ابراهیمی

با یک جست‌وجوی ساده درمی‌یابیم که در کشور ما منابع و کتاب‌هایی که بتوانند به بیماران در کنترل و مهار بیماری و درنهایت ادامه زندگی یاری رسانند، بسیار محدود هستند. این امر درباره بیماری‌های خاص همچون اماس حادتر است. می‌دانیم که بیماری اماس در مسیر پیشرفت خود اختلالات و ناتوانی‌ها و کم‌توانی‌های مغزی و ذهنی بسیاری را برای بیماران به وجود می‌آورد که نتیجه آن اختلالات حافظه و تمرکز، تفکر، مشکلات شناختی و عملکردهای اجرایی خواهد بود. این اختلالات خود مشکلات روان‌شناختی متعددی را نیز برای بیماران پدید می‌آورد که به وخیم‌ترشدن وضع بیمار و پیچیدگی وضعیت آنها منجر می‌شوند. بنابراین کاهش یا کنترل هر یک از مشکلات اصلی یا جانبی بیماری می‌تواند روند درمان بیماران را تسهیل کند. معمولاً در بیشتر کشورهای پیشرفته، هم‌زمان و به طور موازی با روند درمان‌های دارویی، تمرین‌ها و آزمون‌های بازتوانی ذهنی برای بیماران به‌کار گرفته می‌شود. همان‌طور که گفته شد، تا پیش از این، خلا منابع آموزشی و تمرین‌های اثبات‌شده و سودمند برای تکمیل روند درمان در کشور ما احساس می‌شد. خوشبختانه در همت گروهی از پزشکان، متخصصان و پژوهشگران کشورمان در مرکز اماس بیمارستان سینا، پژوهشی گسترده و دست‌آاول درباره شیوه‌های بازتوانی ذهنی در بیماران مبتلا به اماس صورت گرفت. این پژوهش بیش از پنج سال به طول انجامید و روش‌های بازتوانی ذهنی و آزمون‌های متعدد شناختی و تمرین‌های حافظه و تمرکز روی صد بیمار مبتلا به اماس پیگیری



بازتوانی ذهنی
در مبتلایان به اماس

فرشته قدیری
عبدالرضا ناصر مقدسی
فاطمه اردشیر لاریجانی
امیررضا عظیمی و...
با سرپرستی و نظارت علمی
دکتر محمدعلی مصرابیان
۴۰۰ صفحه
انتشارات فرهامه
۳۰ هزار تومان

شد و متعاقباً ثمره آن را قالب کتابی دوجلدی با عنوان بازتوانی ذهنی در مبتلایان به اماس منتشر شده است. این کتاب حدود ۴۰۰ صفحه دارد و سرشار از تمرین‌های مهمی است که برای برخی از عده‌نمرین مشکلات ذهنی بیماران مبتلا به اماس طراحی شده است.
براین‌اساس تمرین‌های این کتاب برای مشکلات مربوط به اختلالات شناختی و اجتماعی بیماران بسیار سودمند است. تمرین‌های دقیقی در این کتاب طراحی و تنظیم شده‌اند که به تقویت پردازش اطلاعات و مهارت‌های اجرایی، تقویت توانایی تفکر و افزایش قدرت توجه و تمرکز، تقویت حافظه و بینایی و دقت منجر می‌شوند. کتاب بازتوانی ذهنی به مبتلایان اماس کمک می‌کند تا با رفع و مهار مشکلات شناختی، زندگی اجتماعی بهتری داشته باشند. تمرین‌های کتاب براساس کار روند پلکانی و در مدت ۲۰ هفته است. برای انجام هر تمرین، زمان مشخصی در نظر گرفته شده و پرسش‌های هدفمندی طراحی شده‌اند. هر تمرین به تقویت بخشی از توانایی‌های ذهنی اختصاص دارد. تمرین‌ها را ساده تا دشوار هستند و درنهایت، بسیاری از توانایی‌های از دست‌رفته بیمار را بازمی‌گردانند. بیماران در صورت انجام تمرین، به درمان بسیاری از اختلالات شناختی و ذهنی دست می‌یابند.

✦ مدیر انتشارات فرهامه

نگاه نو

مروری کوتاه بر داروها و درمان‌های نوین بیماری اماس
پیوند سلول بنیادی، یک روش کنترل‌کننده است



سیدمحمد باغبانیان*

بیماری اماس یک بیماری التهابی با ویژگی درگیری نقاط مختلفی از سیستم اعصاب مرکزی شامل مغز و نخاع در زمان‌های مختلف است. در سالیان اخیر از داروهای جدیدی با قدرت و توانایی بیشتر برای کنترل بیماری رونمایی شده است. توجه به این نکته حائز اهمیت است که داروهای جدید در کنار توانایی زیاد کنترل بیماری نیاز به پیگیری دقیق‌تری دارند.
فینگولیموسد: این دارو اولین داروی خوراکی است که در درمان بیماری اماس مورد تأیید قرار گرفت. این دارو میزان حملات سالانه اماس را ۵۴ تا ۶۰ درصد و میزان پیشرفت بیماری را تا ۳۰ درصد کاهش داده است. کندی ضربان قلب مهم‌ترین عارضه این داروست. عارضه مهم دیگر، افزایش احتمال عفونت با ویروس زوناست. در بیمارانی که قرار است این دارو برایشان تجویز شود لازم است یک متخصص قلب تأیید کند که دچار مشکلات هادایتی قلب نیستند. بیمار اولین کیسول این دارو را باید در بیمارستان مصرف کند و برای مدت شش ساعت، هر یک ساعت فشارخون و ضربان قلب بیمار اندازه‌گیری و ثبت می‌شود. پس از این شش ساعت دیگر خطری از نظر قلبی بیمار را تهدید نکرده و بیمار می‌تواند با اطمینان دارو را در روزهای بعد، روزی یک عدد مصرف کند. لازم است قبل از شروع دارو میزان توانایی سیستم ایمنی بیمار در برابر عفونت آبله‌مرغان سنجیده شده و در صورت نیاز بیمار علیه ویروس آبله‌مرغان واکسینه شود. لازم است بیمار قبل از شروع دارو و سه ماه پس از شروع دارو از سوسی متخصص چشم‌پزشکی معاینه شود. تست‌های کبدی قبل و پس از مصرف دارو با فواصل مشخصی انجام شده و پیگیری می‌شود. با وجود عوارض گفته‌شده درخصوص این دارو باید به این نکته اذعان کرد که این عوارض شایع نبوده و از آنجا که اثر دارو در کنترل و پیشرفت بیماری چشمگیر است، با رعایت توجهات و پیگیری دقیق، مصرف این دارو توصیه می‌شود.

ترفیلونامید: این دارو خوراکی است و روزی یک‌بار مصرف می‌شود. با توجه به خوراکی بودن مصرف دارو، میزان رضایت‌بخشی در بیماران بالاتر از اینترفون‌های تزریقی است. شایع‌ترین عوارض جانبی این دارو، اسهال، تهوع، افزایش آنزیم‌های کبدی، ریزش مو و عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی است. با توجه به عوارض فوق‌الذکر لازم است قبل از شروع دارو، شمارش گلبول‌های سفید و پلاکت‌های خون، تست پوستی برای سسل و سطح آنزیم‌های کبدی چک شده و پس از شروع مصرف به صورت ماهانه و پس از آن هر شش ماه مجدداً ریزایی شود. این دارو در دوران بارداری موجب جنینی جدی می‌شود، بنابراین زن نظر امکان نقض جنینی، در صورت تصمیم به بارداری با باید دو سال از مصرف دارو گذشته باشد یا با داروی کلسترامین به صورت سریع دارو را از بدن بیمار خارج کرد.

دی‌متیل فوسارات: این دارو در سال ۲۰۱۳ برای درمان اماس (به صورت کیسول‌هایی که روزی دوبار خورده می‌شود) تأییدیه گرفت. در مطالعات، ریسک عود را تا ۵۰ درصد و ریسک ناتوانی و پیشرفت بیماری را به میزان ۳۴ تا ۳۸ درصد کاهش داده است. عوارض جانبی آن اندک است و بیشتر در یک ماه اول درمان عارض می‌شود. این عوارض شامل گرگرفتگی و ناراحتی‌های گوارشی است (تهوع، استفراغ، درد شکم و اسهال). مهم‌ترین عارضه این دارو، کاهش لنفوسیت‌های خون محیطی است. ریسک عفونت مغزی با دی‌متیل فوسارات، صبرابر شیوع کمتری از عفونت مغزی با داروی ناتلیزومب دارد. عوارض جانبی در ماه اول را می‌توان با اقداماتی کاهش داد. گرگفتگی را می‌توان با آسپرین و خارش را با آنتی‌هیستامین و عوارض گوارشی را با آنتی‌اسید و نیز مصرف دارو و با غذا کاهش داد.

ناتالیزومب: این دارو یک آنتی‌بادی مونوکلونال است که با مسدودکردن سد خونی مغز مانع ورود سلول‌های التهابی به مغز می‌شود. این دارو به صورت ویال‌های ۳۰۰ میلی‌گرمی بوده که به صورت ماهانه و حتی هر دو ماه یک‌بار به صورت وریدی در یک ساعت تزریق می‌شود. واکنش‌های حساسیتی، خستگی و تهوع حین تزریق، کاهش لنفوسیت‌های خون محیطی و افزایش آنزیم‌های کبدی با این دارو گزارش شده است. مصرف این دارو با افزایش ریسک ابتلا به یک عفونت ویروسی آهسته مغزی به نام PMJL توام بوده است که در مواردی با ناتوانی کامل توام شده است. البته یک سری اقدامات تشخیصی و درمانی به‌موقع می‌تواند موجب ابتلا به موارد خفیف عفونت حتی در صورت ابتلا شود.

آلمتزومب: این دارو نیز که از خانواده آنتی‌بادی‌های مونوکلونال است، در مدت دو سال تزریق می‌شود. سال اول فقط یک تزریق پنج‌روزه و سال دوم نیز یک تزریق سه‌روزه انجام می‌شود. عوارض جانبی آن به صورت سردرد، عوارض پوستی، تهوع و تب حین تزریق و افزایش ریسک عفونت‌های تنفسی و بروز بیماری‌های خودایمنی در بیمار است. شایع‌ترین عارضه، التهاب خودایمنی غده تیروئید است. بیماران لازم است در مدت مصرف دارو برای جلوگیری از عفونت هریس دارو مصرف کنند و از نظر درگیری کلیوی و ابتلا به سایر بیماری‌های خودایمنی پیگیری شوند.

پیوند سلول‌های بنیادی: سلول‌های بنیادی در نواحی مختلفی از بدن پراکنده‌اند. سلول‌های بنیادی را می‌توان از مغز استخوان خون و جفت جدا کرد. البته می‌توان سلول‌های بنیادی را از فرد یا افراد نده‌های نیز دریافت کرد. استفاده از سلول‌های بنیادی موجب جدیدشدن سیستم ایمنی در شرایط غیرالتهابی می‌شود. البته لازم است پیش از انجام، سلول‌های التهابی مضر را با روش‌های شیمی‌درمانی سخت از بین برد. مواردی از مرگ و مسمومیت شدید با داروهای شیمی‌درمانی و خطر وقوع واکنش‌های رد پیوند گزارش شده است. روش پیوند سلول‌های بنیادی با متد نامشیمی نیاز به شیمی‌درمانی ندارد. آگاهی‌ناداشتن از عوارض تأخیری، استفاده از این روش را با محدودیتی مواجه کرده است. در مطالعات عنوان شده است هرچه بیمار جوان‌تر باشد و هرچه پیوند، زودتر و در پنج سال اول ابتلا به اماس انجام شود، پیش‌آگاهی بهتر خواهد بود. لازم به ذکر است اخیراً موج جدیدی از درمان اماس با سلول‌های بنیادی در بین بیماران اماس، آن‌هم به‌خاطر ترجمه‌های مبهم از یک خبر علمی به راه افتاده است. توجه به این نکته حائزاهمیت است که این روش درمانی، بهبوددهنده نیست، بلکه یک روش کنترل‌کننده، آن‌هم در مراحل اولیه سیر بیماری است که بیماری در حداکثر شدت فاز التهابی خود است و در مراحل انتهایی ثانویه پیش‌رونده که بیمار ناتوان و نیازمند به ویلچر شده است، نتایج چشمگیری نخواهد داشت.

✦ متخصص مغز و اعصاب (فلوشپ اماس)
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران