

# دارو درمانی بی خوابی

## ارزیابی نیازمندی های بیمار و نتایج حاصل

دکتر محمد سیستانی زاد، دکتر رامین ابریشمی

گروه داروسازی بالینی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

شکایت اصلی افرادی که از بی خوابی رنج می برند مشکل شروع خواب و مشکل در مدت خواب می باشد. افراد مسن تر مشکلاتی نظیر مشکل در شروع خواب، ساعات کم خواب در شب، بیدار شدن های مکرر در طول خواب شبانه، بیدار شدن زودتر از زمان معمول و احساس خستگی در طول روز را اذعان می دارند در حالی که مشکل عمده افراد جوان تر، مشکل در به خواب رفتن است. بی خوابی می تواند در نتیجه علل متعددی ایجاد شده باشد. از جمله این دلایل می توان به استرس، بروز بیماری های حاد و مزمن، از دست دادن یکی از افراد مورد علاقه،

بی خوابی (insomnia) حالتی است که تقریباً هر فردی در طول زندگی با آن مواجه می شود. در سال ۱۹۹۶ مطالعه ای که توسط Gallup انجام گرفت نشان داد که ۴۹ درصد بزرگسالان اظهار می دارند که حداقل ۵ شب از هر ماه خواب راحتی ندارند. تخمین زده می شود که بیشتر از ۴۰ درصد افراد بزرگسال آمریکایی بی خوابی ادواری (intermittent I.) دارند که از این تعداد ۱۵ - ۱۰ درصد مشکلات خواب طولانی مدت دارند. این تعداد با افزایش سن افزایش می یابد به طوری که گزارش ها نشان می دهد افراد مسن بیشتر از افراد جوان از اختلالات خواب شکایت دارند.

کار و در نتیجه کاهش کارایی از سطح قابل انتظار گردد. بی‌خوابی شدید می‌تواند استرس شدیدی به بیمار تحمیل کند که منجر به دپرسیون، اضطراب (anxiety) یا دیگر بیماری‌های روانی گردد.

بیماری‌های روانی نیز می‌توانند از علل بی‌خوابی بیمار باشند که این بیماری‌ها با کمبود خواب بدتر شده و در نهایت یک چرخه معیوب ایجاد خواهد شد.

### ■ علل بی‌خوابی Causes of insomnia

بی‌خوابی می‌تواند به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم شود. معیار اصلی جهت بی‌خوابی اولیه (Primary) این است که بیماری‌ها، بیماری‌های روانی یا دیگر علل، دلیل ناهنجاری خواب نیستند. گروه عمده‌ای از موارد بی‌خوابی در نتیجه یکی از عللی است که قبلاً ذکر شد فلذا در دسته ثانویه (Secondary) طبقه‌بندی می‌شوند به همین دلیل موارد بی‌خوابی اولیه بسیار نادر است. علل بی‌خوابی ثانویه می‌تواند بر چهار دسته تقسیم شود:

۱- موقعیتی Situational

۲- پزشکی medical

۳- روانی Psychiatric

۴- دارویی Pharmacologic

مثال‌هایی از علل موقعیتی: استرس، تغییر اخیر در زندگی، نقل مکان به خانه جدید، آغاز یک شغل جدید، از دست دادن یکی از افراد مورد علاقه یا عادات بد خواب می‌باشند. بی‌خوابی به دلایل ذکر شده معمولاً گذرا (Transient) بوده و خود به خود پس از غلبه فرد بر مشکل و تثبیت

بیماری‌های روانی، تغییرات زندگی، عادات بد خواب و یا داروهای خاص اشاره کرد. بی‌خوابی به دلایل شرایط پر استرس یا تغییرات بزرگ نظیر سفر طولانی مدت با هواپیما که منجر به تغییر ساعت فیزیولوژیک می‌شود (Jet-lag) و تغییر اخیر محل زندگی معمولاً گذرا (Transient) و کوتاه مدت (Short-term) است. طبق تعریف گذرا (Transient) محدود به دو تا سه شب می‌باشد و واژه Short-term به اختلالات کمتر از ۳ هفته اطلاق می‌گردد. بی‌خوابی که بیش از ۱ ماه طول بکشد طولانی مدت (Long term) در نظر گرفته می‌شود که نیازمند یک ارزیابی کامل و دقیق بوده و باید به علل روانی و بیماری‌ها مشکوک شد.

مشکلات خواب در صورت عدم درمان صحیح و به موقع می‌توانند بدتر شوند. خوددرمانی با داروهای OTC می‌تواند منجر به عوارض جانبی یا بدتر شدن بی‌خوابی شود. ارزیابی نادرست از بی‌خوابی یک بیمار و عدم تشخیص صحیح آن می‌تواند منجر به مشکلات لاعلاج گردد.

بی‌خوابی حالت ویژه‌ای است که بایستی به درستی ارزیابی و درمان شود تا نتایج طولانی آن قابل اطمینان بوده و از بروز هر گونه مشکل دیگر برای مریض اجتناب شود. کمبود خواب می‌تواند منجر به خستگی و کاهش توجه افراد در روز بعد شود. این شرایط می‌تواند منجر به زمین خوردن و صدمه فرد شود که در افراد مسن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کمبود خواب همچنین می‌تواند منجر به خواب‌آلودگی در جاده و تصادف، کاهش توجه در مدرسه و

شرایط حل می‌گردد. بی‌خوابی حاصل از مسافرت طولانی مدت با هواپیما که منجر به تغییر ساعت فیزیولوژیک می‌شود (Jet-lag) یا تغییر شیفت کار نیز می‌تواند زودگذر (Transient) و یا کوتاه مدت (Short-term) باشد.

بیماری‌ها و شرایطی که می‌توانند علت بی‌خوابی باشند شامل درد حاد یا مزمن، بازگشت اسید معده به مری (GERD)، چاقی، آپنه هنگام خواب (Sleep apnea)، بیماری‌های قلبی، Restless leg syndrom، بیماری‌های ریوی یا خاطرات بد می‌باشند. تمام مشکلات ذکر شده می‌توانند منجر به نوعی ناراحتی یا تغییر در بدن به دلیل کاهش خواب شوند. به عنوان مثال در بیماری‌هایی مثل آلزایمر Alzheimer به هم خوردن سیکل خواب-بیداری می‌تواند روی دهد.

در آپنه هنگام خواب بیمار ممکن است به دلیل عدم توانایی تنفس صحیح، دفعات متعددی در طول شب از خواب بیدار شود در نتیجه شب نمی‌تواند به مقدار لازم بخوابد. به این دلایل است که یک معاینه کامل (examination Medical) و دقیق، در ارزیابی بی‌خوابی یک بیمار به ویژه در افراد مسن مهم است. در مطالعه‌ای که توسط National Sleep Foundation انجام گرفت نشان داده شد که شیوع مشکلات خواب به میزان قابل توجهی افزایش یافته است (از ۳۶ درصد به ۵۲ درصد) این در حالی است که بیماران مذکور حداقل یک مشکل پزشکی داشتند.

زمانی که یک مشکل پزشکی به همراه بی‌خوابی وجود دارد ابتدا باید مشکل زمینه‌ای

درمان شود. با درمان مشکل زمینه‌ای، بی‌خوابی هم اصلاح خواهد شد. اگر بی‌خوابی درمان نشود ارزیابی دیگری باید صورت گیرد که شامل عادات خواب بیمار می‌باشد و درمان بیمار باید بر حسب این ارزیابی تعدیل گردد. بهترین حالت این است که بی‌خوابی بدون هیچ دارویی درمان گردد. تغییر در رفتار که در بخش بعدی بحث شده است روشی بسیار خوب برای اصلاح بسیاری از مشکلات خواب است. بیماری‌های دوقطبی و اسکیزوفرنی نیز می‌توانند با بی‌خوابی همراه باشند.

در این موارد هم مساله مهم درمان بیماری روانی زمینه‌ای بوده و درمان بی‌خوابی به تنهایی کافی نمی‌باشد. بی‌توجهی به مشکلات زمینه‌ای فقط می‌تواند مشکل را بدتر کند. به منظور rule out کردن بیماری‌های روانی یک معاینه کامل و تاریخچه بیمار (History) مورد نیاز است. در صورت لزوم بیمار بایستی برای ارزیابی بیشتر به متخصص روانپزشکی ارجاع شود. علل شایع بی‌خوابی به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

### ■ جنسیت و بی‌خوابی

بی‌خوابی در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود به ویژه در دوران منوپز به دلیل نوسانات سطح خونی هورمون‌ها زنان با مشکلات خواب مواجه می‌شوند.

علت دیگر بی‌خوابی داروها هستند. داروها و موادی که می‌توانند بی‌خوابی ایجاد کنند ششامسل دکونژستان‌ها، استروئیدها، آنتی‌دپرسانت‌ها، دیورتیک‌ها، آگونیست‌های

نظیر نوشیدنی‌های کافئین دار، مصرف الکل یا مواد رژیمی نیز بایستی مورد بررسی قرار گیرند و از مصرف مواد محرک نظیر کافئین حداقل ۸ ساعت قبل از خواب باید اجتناب گردد. مثال‌هایی از داروهایی که می‌توانند منجر به بی‌خوابی شوند در جدول ۲ نشان داده شده است.

### ■ ارزیابی Assessment

پیش از شروع درمان بی‌خوابی ارزیابی کامل مشکل حایز اهمیت است. مرحله اول ارزیابی، بررسی کامل پرونده دارویی بیمار (Full medical history) می‌باشد. این امر می‌تواند در شناسایی شرایط پزشکی زمینه‌ای که می‌تواند علت اختلالات خواب باشد کمک‌کننده باشد. اگر دارو یا شرایط روانی خاصی منجر به بی‌خوابی گردد ابتدا باید این عوامل زمینه‌ای همراه درمان گردند. اما اگر علت بی‌خوابی عوامل ذکر شده نباشد باید سعی در شناسایی علت دیگری برای بی‌خوابی نمود. فهمیدن این مطلب که خود بیمار در مورد علت بی‌خوابی خود چه فکر می‌کند ممکن است به درمان بهتر بی‌خوابی بیانجامد. در جدول ۳ سؤالاتی که هنگام ارزیابی مریض باید پرسیده شود آمده است. ابتدا بایستی مشخص شود که آیا شکایت اصلی مریض در شروع خواب، مدت زمانی که در طول شب می‌خوابد، بیدار شدن از خواب صبح زود یا عدم احساس شادابی پس از بیدار شدن از خواب می‌باشد. مساله بسیار مهم دیگر در ارزیابی علل بی‌خوابی، مشخص نمودن این نکته است که آیا عادات خواب کنونی

<b>Situational</b>
• Jet lag
• Shift work
<b>Significant psychological stress</b>
• Work
• Finances
• Interpersonal conflicts
<b>Medical conditions</b>
• Cardiovascular: CHF, arrhythmias, angina
• Respiratory: COPD, asthma
• Endocrine: hyperthyroidism
• Gastrointestinal: GERD, ulcers
• Neurological: Alzheimer's/Parkinson's/Huntington's disease, dementia
• Chronic pain: arthritis, cancer
<b>Psychiatric conditions</b>
• Depression
• Generalized anxiety disorder
• Bipolar disorder
• OCD
• Schizophrenia
• Substance/alcohol abuse/withdrawal
<b>OTC and prescription medications (see TABLE 2)</b>
<b>Caffeine intake</b>
<b>Nicotine use</b>

*CHF, congestive heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; GERD, gastroesophageal reflux disease; OCD, obsessive-compulsive disorder*

β، کافئین، الکل و دیگر داروهایی که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند (Abuse) می‌باشند لذا هنگام ارزیابی و بررسی یک بیمار سؤال در مورد دارو یا داروهای مصرفی حایز اهمیت است. اگر مریض دارویی دریافت می‌کند که می‌تواند علت بی‌خوابی باشد تغییر زمان مصرف دارو (مثلاً اگر مریض دارو را شب دریافت می‌کند توصیه شود که دارو را صبح مصرف کند) یا تغییر نوع دارو به دارویی دیگر می‌تواند مفید باشد که در این زمینه داروساز نقش مهمی دارد. همچنین عادات غذایی مریض

غیردارویی می‌باشد که با اصلاح رفتار بیمار که می‌تواند خواب وی را تحت تاثیر قرار دهد به دست می‌آید. اصلاحات رایج رفتاری شامل ایجاد برنامه زمان بندی منظم برای خواب، پرهیز از چرت‌های طول روز و محدود کردن میزان کافئین و نیکوتین دریافتی است. رفتار دیگری که بایستی اصلاح گردد دارودرمانی نامناسب است. بسیاری از بیماران ممکن است تصمیم گیرند تا مشکل خواب خود را با مصرف الکل خوددرمانی کنند. اگر چه مصرف الکل موجب خواهد شد تا مریض به خواب رود ولی این خواب معمولاً آرامبخش نبوده و بی‌خوابی

مریض می‌تواند علت مشکلات خواب باشد یا نه. اگر عادات بد خواب بیمار علت مشکلات خواب باشد خط اول درمان باید اصلاح عادات خواب-درمان غیردارویی-باشد. مساله دیگری که دارای اهمیت است تعیین اهداف درمانی است. این مساله در تعیین طرح درمانی خاص برای بیمار کمک‌کننده خواهد بود.

■ **اصلاح رفتاری (درمان غیردارویی)**  
**Behavior Modification**  
**(Non-pharmacologic treatment)**  
 قدم اول در اصلاح مشکلات خواب درمان

**Table 2**

**Medications Associated With Sleep Disturbance and Insomnia**

Alcohol	Diuretics
Amantadine	Hypnotic withdrawal
Anticholinergics	Levodopa
Anticonvulsants	MAO inhibitors
Antihypertensives	Nicotine
Antineoplastics	Phenytoin
β-blockers	Quinidine
Bronchodilators	Selegiline
Caffeine	SSRIs
CNS stimulants	Thyroid hormone
Corticosteroids	Xanthines (theophylline, pentoxifylline)
Decongestants	

*CNS, central nervous system; MAO, monoamine oxidase; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors*

نسبت به آن تحمل ایجاد نشده، عوارض Withdrawal نداشته، Overdose آن خطرناک نبوده و عوارض جانبی کمی داشته باشد. باربیتورات‌ها نظیر فنوباربیتال و سکوباربیتال در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ داروی انتخابی برای بی‌خوابی بودند اما به دلیل ایجاد تحمل سریع نسبت به آن‌ها، خطرات Overdose بالا و ریسک وابستگی فیزیکی و فیزیولوژیکی، مصرف آن‌ها منسوخ گردید. مشهورترین دسته دارویی برای درمان بی‌خوابی بنزودیازپین‌ها (Benzodiazepines) هستند. بنزودیازپین‌ها به دلایل زیر در درمان بی‌خوابی کمک‌کننده هستند:

کوتاه کردن زمان تاخیر در شروع خواب، کاهش دفعات بیدار شدن از خواب در طی شب و افزایش زمان کل خواب. اما بنزودیازپین‌ها الگوی طبیعی خواب را با کاهش مرحله ۴ که مرحله استراحت کامل (Restorative) بدن است و همچنین کاهش مرحله REM تغییر می‌دهند. همه بنزودیازپین‌ها عوارض جانبی یکسانی شامل آرام‌بخشی (sedation)، Psychomotor Retardation، کاهش تمرکز و فراموشی آنتروگراد، نشان می‌دهند. تحمل نسبت به بنزودیازپین‌ها می‌تواند در مدت ۲ هفته رخ دهد. هنگام انتخاب یک بنزودیازپین مناسب برای بیمار مورد نظر از اهمیت خاصی برخوردار است. اگر مشکل بیمار در شروع خواب است یک بنزودیازپین با شروع اثر سریع مثل Triazolam می‌تواند انتخاب خوبی باشد. اگر شکایت اصلی مریض بیدار شدن صبح خیلی زود، یا بیدار شدن در طول شب است یک بنزودیازپین

راجع (Rebound insomnia) می‌تواند رخ دهد. در برخی موارد درمان حالات روانی ممکن است گزینه خوبی باشد.

مثال‌هایی از درمان‌های غیر دارویی در جدول ۴ آمده است.

## ■ درمان دارویی

### Pharmacological Treatment

شرایط ویژه‌ای وجود دارد که داروها می‌توانند نقش مهمی در درمان بی‌خوابی ایفا کنند. در صورتی که روش‌های غیر دارویی موثر نباشند و مشکل بیمار به خوبی برطرف نشده باشد روش‌های دارویی می‌توانند جایگزین گردند. داروها فقط برای دوره کوتاهی تا زمانی که مریض عادات بد خواب خود را اصلاح کند می‌توانند کمک‌کننده باشند. دوره کوتاه مدت درمان با داروهای سداتیو - هیپنوتیک تا زمانی که شخص شرایط خود را بهبود بخشد یا با شرایط استرس‌زا دست و پنجه نرم کند نیز می‌تواند مفید باشد. البته باید به این نکته توجه کرد که تجویز داروهای سداتیو-هیپنوتیک بایستی کوتاه مدت و متناوب (intermittent) باشد.

تجویز ترکیبات خواب‌آور باید بر اساس شدت شکایت مریض و میزان تأثیری که مشکلات خواب بر روی عملکرد روزانه وی می‌گذارد باشد. یک ترکیب خواب‌آور ایده‌آل باید شروع اثر سریع و طول اثر مناسب داشته باشد به گونه‌ای که در تمام طول شب موجب خواب شده اما به قدری طولانی اثر نباشد که موجب خواب‌آلودگی فرد در روز بعد باشد. همچنین

### جدول ۳

#### سئوالاتی که هنگام ارزیابی باید از بیمار پرسیده شود

- آیا در شروع خواب مشکل دارید؟
- آیا تمام طول مدت شب را می‌خوابید؟
- آیا زودتر از زمان معمول از خواب بیدار می‌شوید؟
- در مورد علت مشکلات خواب خود چه فکر می‌کنید؟
- چه مدت است که با مشکلات خواب مواجه هستید؟
- هنگام بیدار شدن از خواب احساس شادابی می‌کنید؟
- آیا در طول روز احساس خستگی می‌کنید؟
- آیا قبلاً چیزی برای مشکلات خواب مصرف کرده‌اید؟
- آیا مشکل پزشکی یا روانی دارید؟
- بهداشت خواب فعلی شما چگونه است؟

طولانی اثر مثل Temazepam باید تجویز گردد. بنزودیازپین‌ها باید در سالمندان با احتیاط مصرف گردند زیرا به خاطر ریسک بالای خواب‌آلودگی در طول روز می‌توانند منجر به زمین خوردن و صدمه بیمار شوند. با این وجود اگر مجبور به استفاده از یک بنزودیازپین در یک فرد سالمند باشیم بهترین انتخاب، دارویی است که متابولیت فعالی نداشته و نیمه عمر نسبتاً کوتاهی داشته باشد.

دسته جدیدی از داروها که تحت عنوان غیر بنزودیازپینی (Non-BDZs) نامیده می‌شوند اخیراً به صورت گسترده‌ای برای بی‌خوابی مصرف می‌شوند. این دسته شامل دو داروی Zolpidem و Zaleplon می‌باشد. Zolpidem متعلق به خانواده imidazopyridine و Zaleplon متعلق به دسته Pyrazolopyrimidine به صورت

انتخابی روی گیرنده‌های بنزودیازپینی ساب‌تایپ امگا (Omega) اثر می‌کنند.

با فعالیت روی این ساب‌تایپ از رسپتور این داروها برخی اثرات بنزودیازپین‌ها نظیر اثرات ضداضطراب (anxiolytic)، شل‌کننده عضله و فراموشی آنتروگراد را ندارند اما خصوصیات خواب‌آوری خود را حفظ نموده‌اند. Zolpidem و Zaleplon هر دو دارای نیمه عمر بسیار کوتاهی در حدود ۲-۱ ساعت هستند لذا اثرات خواب‌آوری چندانی را در روز بعد نشان نمی‌دهند. پیک اثر Zaleplon، ۱ ساعت پس از مصرف دیده می‌شود و طول اثر آن تقریباً ۵-۴ ساعت است لذا دارویی است مناسب برای مصرف در زمان خواب به گونه‌ای که بیمار ۵-۴ ساعت بعد بدون هیچ نشانه‌ای از خواب‌آلودگی از خواب بیدار می‌شود. Zolpidem زمان شروع اثر سریع و طول اثر تقریبی ۸-۶ ساعت دارد لذا می‌تواند باعث خواب‌آلودگی جزئی بیمار در روز بعد شود. خصوصیت مطلوب دیگر این دو دارو این است که با وجود کاهش تاخیر در شروع خواب بر خلاف بنزودیازپین‌ها، خواب Delta یا REM را کاهش نمی‌دهند.

شایع‌ترین عوارض جانبی Zolpidem منگی (Dizziness) و مشکلات گوارشی است. شایع‌ترین عوارض جانبی Zaleplon منگی (Dizziness) و سردرد می‌باشد. عوارض جانبی کم این دو دارو به همراه خصوصیات فارماکوکینتیکی مناسب، باعث شده است تا این دو دارو انتخابی مناسب در درمان بی‌خوابی باشند.

دوز مورد استفاده به عنوان آنتی‌دپرسانت باعث القای خواب شده و اثر بسیار کمی روی خواب REM دارد. Priapism یک عارضه جدی اما نادر مصرف Trazodone است. Mirtazapine هم خصوصیات خواب‌آوری دارد اما این اثر در دوزهای بالاتر کاهش می‌یابد. در مصرف این دارو باید به بیمار اطلاع داده شود که Mirtazapine می‌تواند موجب افزایش اشتها و در نتیجه افزایش وزن شود. این دارو در بیماران با فشار خون بالا باید با احتیاط مصرف شود. به طور کلی این داروهای آنتی‌دپرسانت در بیمارانی که علت بی‌خوابی آن‌ها افسردگی یا مصرف دیگر داروهای آنتی‌دپرسانت هستند

داروهای آنتی‌دپرسانت با خصوصیات خواب‌آوری، درمانی جایگزین (Alternative) برای بی‌خوابی هستند. داروهای نظیر آمی‌تریپتیلین (amitriptyline) و نورتریپتیلین (Nortriptyline) که دارای خصوصیات آنتی‌هیستامینی هستند در گذشته استفاده گسترده‌ای داشتند اما به دلیل عوارض نامطلوب آنتی‌کولینرژیک و سندرم و تولید داروهای جدیدتر اخیراً مصرف آن‌ها کمتر شده است. آنتی‌دپرسانت‌هایی نظیر Trazodone و Mirtazapine زمانی که با دوز پایین مصرف می‌شوند داروهای خواب‌آور قابل اعتمادی هستند. در دوزهایی خیلی کمتر از

#### جدول ۴

##### مثال‌هایی از درمان غیر دارویی

- ایجاد یک برنامه خواب منظم
- خوابیدن فقط تا حدی که برای احساس آرامش و رفع خستگی کافی باشد
- عدم مطالعه و مشاهده تلویزیون به مدت زیاد در رختخواب و به حالت درازکش
- اصراری برای خواب نداشته باشید، اگر نمی‌توانید بخوابید رختخواب خود را ترک کرده و یک فعالیت آرامبخش تا زمانی که احساس خستگی و خواب‌آلودگی نمایید انجام دهید
- پرهیز از چرت‌های طول روز
- انجام نرمش‌های روتین ولی حداقل سه ساعت قبل از زمان خواب
- کاهش محرک‌های محیطی مثل دما، سر و صدا یا نور بیش از حد
- حذف یا کاهش مقدار مصرف الکل، کافئین و نیکوتین حداقل ۸ ساعت قبل از خواب
- پرهیز از غذاهای سنگین و گرسنه بودن در زمان خواب (خوردن شام معمولی)
- پرهیز از مصرف زیاد مایعات در شب
- انجام یک فعالیت آرامبخش قبل از خواب
- شروع روان‌درمانی (Cognitive therapy or psychotherapy)



می‌توانند موفقیت‌آمیز باشند.

تعداد داروهای OTC که در اختلالات خواب مصرف می‌شوند کم است. داروهای رایج OTC با خصوصیات خواب‌آوری، دیفن‌هیدرامین و آنتی‌هیستامین‌ها می‌باشند. دیفن‌هیدرامین در ترکیب بسیاری از داروهای OTC به منظور درمان بی‌خوابی، سرماخوردگی و آلرژی یافت می‌شود. به‌خاطر عوارض جانبی آنتی‌کولینرژیک و احساس خواب‌آلودگی زیاد در روز بعد دیفن‌هیدرامین داروی مناسبی برای مصرف مداوم نمی‌باشد. به‌خاطر افزایش ریسک گیجی (Confusion) و زمین خوردن باید از مصرف این دارو در سالمندان اجتناب ورزید. Doxylamine یک داروی OTC دیگر از دسته آنتی‌هیستامین‌ها است که مشابه دیفن‌هیدرامین بوده و در Nypuil و Unisom یافت می‌شود. فرآورده‌های حاوی دیفن‌هیدرامین باید در موقع خواب مصرف شوند در حالی که فرآورده‌های حاوی Doxylamine باید ۳۰ دقیقه قبل از خواب مصرف گردند. در این مدت ۳۰ دقیقه‌ای فرد باید از رانندگی و انجام کارهایی که نیاز به تمرکز دارند اجتناب ورزد.

ریشه والرین (Valerian root) ترکیب OTC گیاهی است که با دوز ۴۰۰ mg تاخیر در شروع خواب را کاهش و خواب را افزایش می‌دهد. البته باید این نکته را به‌خاطر سپرد که FDA داروهای گیاهی را کنترل نکرده (Not Regulate) و لذا کیفیت فرآورده همیشه مورد اعتماد نیست. Kava-Kava ترکیب گیاهی دیگری برای بی‌خوابی است اما FDA مصرف آن را به‌خاطر سمیت کبدی شدید پیشنهاد نمی‌کند.

Melatonin هورمونی است که شب هنگام از غده پینه‌آل (Pineal) به منظور کمک به خواب ترشح می‌شود و به‌عنوان یک فرآورده OTC در دسترس می‌باشد. ملاتونین می‌تواند در بیمارانی که مشکل آن‌ها به دلیل Jet lag، تغییر شیفت کاری و یا کوری (Blindness) می‌باشد، مفید باشد. با این وجود نتایج کلینیکی (Clinical trials) به دست آمده از بیمارانی که ملاتونین را برای بی‌خوابی مصرف می‌کردند متناقض می‌باشد. تاکید این نکته به بیمار که FDA کیفیت ملاتونین را کنترل نمی‌کند مهم است.

### ■ نتیجه‌گیری Conclusion

بی‌خوابی (Insomnia) حالتی است که تقریباً هر فردی را در طول زندگی گرفتار می‌کند. بی‌خوابی اولیه نادر است و بیشتر موارد بی‌خوابی به‌خاطر شرایط پزشکی همراه، بیماری‌های روانی، موقعیت اخیر استرس‌زا و یا ثانویه به ماده یا دارویی است که بیمار دریافت می‌کند. گرفتن تاریخچه (History) و ارزیابی کلی جهت درمان صحیح بی‌خوابی بسیار مهم است. اگر علل بی‌خوابی به‌خاطر شرایط زمینه‌ای باشد ابتدا باید علل زمینه‌ای درمان گردند. عادات خواب بیمار بایستی به خوبی مورد ارزیابی قرار گیرد. اگر بیمار رفتار نامناسب خواب نشان می‌دهد بایستی به وی آموزش‌های لازم داده شود. اصلاح رفتار خواب باید خط اول درمان بی‌خوابی باشد. درمان دارویی انتخاب دیگری برای درمان بی‌خوابی است. استفاده از Zaleplon و Zolpidem باید به‌صورت کوتاه مدت (term-

#### منابع

1. Pharmacotherapy in Managing Insomnia, Benjamin Chavez, PharmD Psychopharmacology Resident Nova Southeastern University, US Pharm. Vol No 30:02; 2005.
2. Insight Into Insomnia, Jeffrey Steele, Pharm.D. candidate, Albany College of Pharmacy, Albany, New York, US Pharm, Vol No 27:05.
3. The Role of the Pharmacist in Treating Insomnia, Joshua J. Pray, PharmD Candidate W. Steven Pray, PhD, RPh, US Pharm. Vol No 28:07.
4. Insomnia, Depression, and Suicide Risk in the Elderly, Mary Ann E. Zagaria, MS, RPh, CGP, PharmD vandidate Senior Care Consultant Pharmacist and President of MZ Associates, Inc. Staten Island, New York, US Pharm. Vol NO 29:05; 2004.

Short) و گذرا (Transient) صورت گیرد مگر آن که علت مهمی برای مصرف طولانی مدت (Long-term) وجود داشته باشد داروهای دیگری نیز نظیر آنتی‌دپرسانت‌ها و برخی داروهای OTC در درمان بی‌خوابی به کار می‌روند. یک دوره کوتاه مدت درمان با داروهای ساداتیو-هیپنوتیک تا زمانی که بیمار رفتارها و عادات نادرست خود را اصلاح کرده و یا بر شرایط استرس‌زا غلبه کند، مورد پذیرش است. به‌ویژه همراه بیمار بودن، ارزیابی کامل و کلی بیمار و مشخص نمودن اهداف درمان، مواردی هستند که در تعیین مدت درمانی خاص مهم بوده و منجر به نتایج درمانی مطلوب‌تری خواهند شد.

