

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مروری بر راهکارهای درمانی مثانه تحریک پذیر

✓ تازه های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی 13 آبان

✓ توصیه های داروساز در خصوص غربالگری های ضروری خانمها

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

- اطلاع رسانی دارویی به عموم مردم و گروه پزشکی در زمینه نحوه مصرف، تداخلات دارویی، مصرف دارو در بارداری و شیردهی و ...
- آموزش در زمینه مصرف بهینه دارو و جلوگیری از رواج مصرف بی رویه آن‌ها در سطح عموم مردم
- تهیه خبرنامه دارویی
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع آوری، تجزیه و تحلیل یافته‌های مراکز اطلاع رسانی دارو و سموم

پاسخگوی
سؤال‌های
علمی دارویی



۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: www.13abanpharmacy.tums.ac.ir

تلفن مشاوره دارویی: (۳۰ خط) ۸۲۱۰۱ از ساعت ۸ الی ۲۰

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۸

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

مروری بر راهکارهای درمانی مثانه تحریک پذیر

منظور از مثانه تحریک پذیر¹ (OAB) شرایطی است که بیمار به طور مداوم احساس دفع ادرار دارد. این مشکل ممکن است با بی اختیار ادرار هم همراه باشد. علاوه بر این، گروهی از بیماران مبتلا به مثانه تحریک پذیر شب ادراری یا تکرر ادرار را هم تجربه می کنند.

مانند تمامی بیماری ها و اختلالات دیگر، درمان با تغییر سبک زندگی و راهکارهای غیردارویی آغاز می شود. به تمامی بیمارانی که به هر دلیلی علائمی چون تکرر یا بی اختیار ادرار را تجربه می کنند، توصیه می شود که عضلات کف لگن خود را تقویت کنند. برای این کار، تمرینات متعددی مطرح است که معروف ترین و موثرترین آن ها مانور کگل نام دارد. بیماران می توانند در خصوص این دست تمرینات از پزشک اورولوژیست خود مشورت بگیرند. علاوه بر این، پیشنهاد می شود مصرف غذاها یا نوشیدنی هایی که تکرر ادرار بیمار را تشدید می کنند، تا حد امکان محدود شود. از جمله این خوراکی ها می توان به موارد زیر اشاره نمود که اکثر خاصیت دیورتیک دارند:

- قهوه، چای یا هر نوشیدنی کافئین دار دیگر
- الکل
- نوشابه و دیگر نوشیدنی های گازدار
- شکلات
- غذاهای خیلی تند و پرادویه

به طور معمول 6 الی 12 هفته طول می کشد که علائم بیماران با انجام تمرینات اصلاحی تقویت عضلات کف لگن بهبود پیدا کند. در مواردی که این تمرینات تاثیرگذاری کافی ندارند یا خود بیمار تمایل دارد که علائم بیماری زودتر کنترل شوند، روند دارودرمانی آغاز می شود. شروع اثر داروهای مورد استفاده جهت کنترل علائم OAB اغلب در عرض 7 الی 14 روز اتفاق می افتد اما در برخی موارد پاسخ به درمان ممکن است زودتر یا دیرتر رخ دهد.

دو دسته دارویی در مدیریت علائم مثانه تحریک پذیر کاربرد دارند:

(1) آگونیست های بتا 3 آدرنرژیک (مانند میرابگرون)

(2) داروهای آنتی کولینرژیک (مانند اوکسی بوتینین، سولیفناسین و تولترودین)

به لحاظ اثربخشی، هر دو دسته دارویی عملکرد یکسانی دارند اما ریسک عوارض جانبی به ویژه در مصرف طولانی مدت با داروهای آنتی کولینرژیک بالاتر است. از همین رو، توصیه می شود درمان با داروهای آگونیست بتا 3 آدرنرژیک آغاز شود. اما داروهای این دسته، که داروهای جدیدتری هم هستند، قیمت بالاتری دارند و غالباً تحت پوشش بیمه نیستند. به همین دلیل، گروهی از بیماران ممکن است ترجیح بدهند از داروهای آنتی کولینرژیک برای کنترل علائمشان استفاده نمایند. در بعضی موارد، بنا به صلاح دید پزشک معالج، می توان هر دو دسته دارویی را به طور همزمان برای بیمار تجویز کرد که در ادامه به این شرایط خواهیم پرداخت.

¹ Overactive Bladder

1) آگونیسست‌های بتا 3 آدرنرژیک

این داروها بر روی گیرنده بتا 3 آدرنرژیک موجود در عضلات صاف دیواره مثانه می‌نشینند و با فعال کردن گیرنده‌ها، این عضلات را در وضعیت انبساط یا Relaxation قرار می‌دهند. بدین ترتیب، ظرفیت مثانه برای نگهداری ادرار افزایش پیدا می‌کند. از داروهای این دسته می‌توان به داروی میرابگرون و ویبگرون اشاره کرد که فقط داروی اول در بازار دارویی ایران موجود می‌باشد. اثربخشی هر دو دارو یکسان ارزیابی شده اما به نظر می‌رسد میرابگرون به اندازه داروی هم‌دسته خود انتخابی عمل نمی‌کند. این دارو ممکن است گیرنده‌های بتا 1 و بتا 2 را نیز تحت تاثیر قرار بدهد و منجر به افزایش فشار خون بیمار شود. (چه در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و چه در بیمارانی که سابقه فشار خون بالا نداشته‌اند). برخی مقالات ادعا می‌کنند به دنبال استفاده از داروی ویبگرون حجم باقی‌مانده در مثانه (ادرار تخلیه نشده) کمتر است و پروفایل عوارض جانبی این دارو نیز مطلوب‌تر از داروی میرابگرون است.

از دیگر عوارض جانبی این داروها می‌توان به سردرد، آبریزش بینی و مشکلات گوارشی اشاره کرد. در مجموع، این دو دارو نسبت به داروهای آنتی‌کولینرژیک عوارض جانبی کمتری دارند. با توجه به مکانیسم اثر و فلسفه تجویز، هر دو دسته دارویی، ممکن است بیمار را در معرض عارضه احتباس ادراری قرار بدهند. ریسک این عارضه ناخواسته در بین آگونیسست‌های بتا 3 آدرنرژیک کمتر گزارش شده است.

از مزایای آگونیسست‌های بتا 3 آدرنرژیک نسبت به آنتی‌کولینرژیک‌ها می‌توان به قابلیت استفاده آن‌ها در سالمندان بالای 65 سال اشاره کرد. آنتی‌کولینرژیک‌ها شدیداً روی عملکرد شناختی مغز تاثیر گذاشته، بیماران را گیج و خواب‌آلود می‌کنند. علاوه بر افزایش ریسک زمین خوردن به دنبال استفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک، ریسک ابتلا به دمانس هم با مصرف این داروها بیشتر است. به همین دلیل، آگونیسست‌های بتا 3 آدرنرژیک در بیماران سالمند گزینه بهتری محسوب می‌شوند.

میرابگرون به صورت قرص‌های خوراکی پیوسته رهش با دوز 25 و 50 میلی گرم در بازار موجود است. این دارو با دوز 25 میلی گرم یک بار در روز شروع می‌شود و بسته به پاسخ‌دهی و تحمل‌پذیری بیمار ممکن است بعد از 4 تا 8 هفته به دوز 50 میلی گرم در روز افزایش داده شود. تجویز این دارو در بیمارانی که فشار خون کنترل نشده دارند یا به تازگی تحت درمان با داروهای فشار خون قرار گرفته‌اند، به کلی ممنوع است. در شروع درمان و سپس 4 الی 6 هفته بعد از مصرف دارو، وضعیت فشار خون بیمار سنجیده می‌شود.

✓ در صورتی که فشار خون بیمار در مراجعات بعدی بالاتر از 160/110 باشد، درمان با میرابگرون باید قطع شود.
 ✓ در صورتی که فشار خون او بین 140/90 و 160/110 باشد، نیاز به پایش مداوم بیمار وجود دارد. در صورت تداوم وضعیت، در این بیماران هم اجازه ادامه مصرف میرابگرون وجود ندارد.
 علاوه بر این، در صورتی که بیمار نارسایی متوسط تا شدید کلیه یا کبد داشته باشد، نباید بیشتر از 25 میلی گرم میرابگرون در روز مصرف نماید.

در پایان شایان ذکر است که در صورت تجویز این داروها برای بیمارانی که از دیگوکسین استفاده می‌کنند، لازم است وضعیت قلبی بیمار و سطح خونی دیگوکسین مرتباً پایش شود. از آنجایی که میرابگرون غلظت خونی دیگوکسین را افزایش می‌دهد، ممکن است نیاز به کاهش دوز دیگوکسین وجود داشته باشد.

ویبگرون در بازار دارویی ایران وارد نشده اما در سایر نقاط دنیا به صورت قرص‌های 75 میلی گرم عرضه می‌شود. این قرص قابلیت شکسته شدن و ترکیب شدن با غذا را دارد. بنابراین، در مواردی که بیمار بلع درستی ندارد، این دارو انتخاب مناسبی است.

2) داروهای آنتی کولینرژیک

این داروها با مهار گیرنده‌های موسیکارینی، انقباضات عضلات صاف دیواره مثانه را کاهش می‌دهند، گنجایش مثانه را افزایش داده و احساس نیاز به دفع ادراری را کم می‌کنند. این داروها ارزان قیمت و عموماً در دسترس هستند. هم فرمولاسیون آهسته رهش و هم فرمولاسیون سریع‌الاث‌ر از این داروها در بازار دارویی موجود است.

در ایران، در صورت انتخاب دسته آنتی کولینرژیک‌ها، سولیفناسین و اوکسی‌بوتینین انتخاب اکثر پزشکان هستند اما مطابق گایدلاین‌های بین‌المللی داروهای تروسیپوم یا داریفناسین که ریسک عوارض عصبی-شناختی کمتری دارند، ارجح هستند. متأسفانه این دو دارو هنوز در فهرست دارویی کشور وجود ندارند.



تجویز این داروهای در بیماران مبتلا به میاستنی گراویس، تاکی‌آریتی کنترل نشده، گلوکوم زاویه بسته و انسداد گوارشی ممنوع است. از جمله عوارض شایع این داروها می‌توان به خشکی دهان، تاری دید، یبوست، خواب‌آلودگی، تاکی‌کاردی و افت عملکرد شناختی مغز اشاره کرد. این داروها بیمار را در ریسک احتباس ادراری قرار می‌دهند. بهتر است در بیماران پر ریسک، حجم ادرار باقی‌مانده در مثانه بعد از تخلیه ادرار² (PVR) با انجام سونوگرافی پایش شود. در صورتی PVR بیشتر از 1/3 حجم ادرار بیمار باشد، ممکن است لازم باشد رژیم دارودرمانی بیمار تغییر کند.

همانطور که پیشتر اشاره شد، یکی از مشکلات استفاده از داروهای آنتی کولینرژیک به ویژه در صورت استفاده طولانی مدت، تاثیر این داروها بر حافظه، عملکرد شناختی مغز و البته افزایش ریسک ابتلا به دمانس است. داروی تروسیپوم مولکول بزرگی است که با داشتن یک گروه آمونیوم کواترنری نمی‌تواند از سد خونی-مغزی عبور کند و بنابراین ریسک عوارض مغزی - عصبی کمتری دارد. متأسفانه این داروی آنتی کولینرژیک در بازار دارویی ایران موجود نمی‌باشد. با این حال شواهد

بالینی حاکی از آن که افزایش دوز تجمعی هر یک از داروهای آنتی کولینرژیک ریسک ابتلا به انواع دمانس از جمله آلزایمر را بالا می‌برد. در جدول زیر، داروهای آنتی کولینرژیک موجود در بازار دارویی ایران، اشکال دارویی و دوزبندی آن‌ها در درمان OAB آورده شده است.

نام دارو	اشکال دارویی	دوز شروع	حداکثر دوز استفاده	قابل
اوکسی‌بوتینین	قرص 5 میلی گرم	5 میلی گرم 2 الی 3 بار در روز	5 میلی گرم 4 بار در روز	
سولیفناسین	قرص 5 و 10 میلی گرم	5 میلی گرم 1 بار در روز	10 میلی گرم 1 بار در روز	
تولترودین	قرص 1 و 2 میلی گرم (سریع‌الرهش)	1 میلی گرم دو بار در روز	2 میلی گرم دو بار در روز	
	قرص 2 و 4 میلی گرم (آهسته رهش)	2 میلی گرم یک بار در روز	4 میلی گرم یک بار در روز	

در مواردی که بیمار به یکی از داروهای آنتی کولینرژیک پاسخ درمانی نمی‌دهد یا عوارض دارویی آن برایش قابل تحمل نیست، می‌توان داروی آنتی کولینرژیک دیگری را جایگزین داروی قبلی نمود و اثربخشی آن را امتحان کرد.

² Postvoid residual

3) رژیم درمانی ترکیبی

در موارد مقاوم به درمان، امکان تجویز دو داروی آنتی کولینرژیک یا یک داروی آنتی کولینرژیک در کنار میرابگرون وجود دارد. هر چند از هر دو روش، اثربخشی درمانی دیده شده است اما مصرف دو دارو آنتی کولینرژیک در کنار هم ریسک بروز عوارض جانبی به ویژه دمانس را شدیداً افزایش می دهد. بنابراین، ترکیب میرابگرون و یک داروی آنتی کولینرژیک گزینه ارجح است. درمان ترکیبی زمانی آغاز می شود که بیمار بعد از 4 الی 6 هفته استفاده از یکی از داروها (با حداکثر دوز) پاسخ درمانی مناسبی دریافت نکرده باشد. در مواردی که امکان افزایش دوز داروها تا دوز حداکثری وجود ندارد (نارسایی کبدی یا کلیه) هم استفاده از درمان دو دارویی پیشنهاد می شود.

- **آگونیست بتا 3 آدرنرژیک + آنتی کولینرژیک:** پرکاربردترین درمان دو دارویی ترکیب میرابگرون 25 و سولیفناسین 5 است که هر کدام به صورت روزی یک بار استفاده می شوند. در صورت عدم اثربخشی بعد از 4 الی 6 هفته، می توان دوز میرابگرون را تا 50 میلی گرم یک بار در روز بالا برد. در این شرایط، اثربخشی درمان بالاتر از شرایطی است که یکی از داروها تجویز شده باشد اما ریسک بروز عوارضی چون خشکی دهان و یبوست افزایش پیدا می کند.
- **مصرف همزمان دو داروی آنتی کولینرژیک:** هر چند ریسک بروز عوارض جانبی در این حالت افزایش پیدا می کند اما در مواردی که بیمار به دلیل مشکلات زمینه ای (مثل فشار خون بالا) یا هزینه های درمان، قادر به استفاده از میرابگرون نیستند، مصرف همزمان دو داروی آنتی کولینرژیک راهکار پیشنهادیست. البته این روش درمانی در افراد بالای 65 سال و بیمارانی که در ریسک احتباس ادراری قرار دارند، با خطر بالاتری همراه است. بهترین رژیم دوتایی آنتی کولینرژیک ها ترکیب سولیفناسین و تروسیپوم است که در ایران در دسترس نمی باشد.

بررسی روند درمان بیماران مبتلا به سندرم مثانه تحریک پذیر

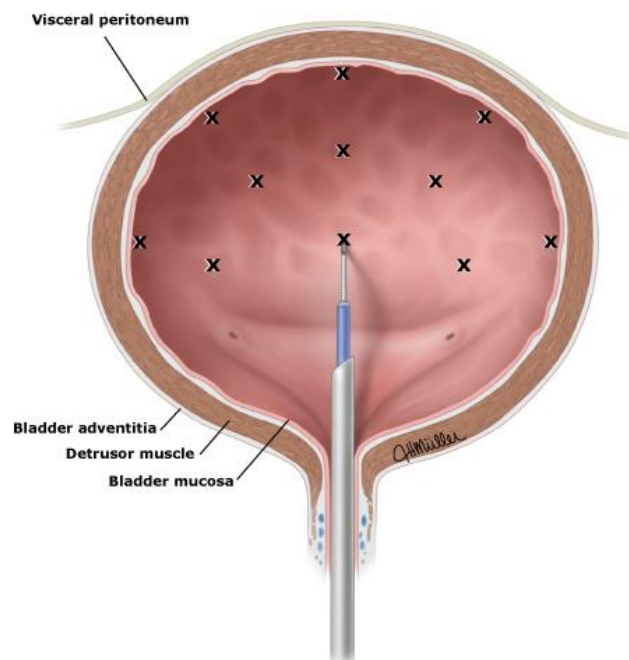
همانطور که پیشتر اشاره شد، اولین قدم انجام راهکارهای غیردارویی و تقویت عضلات کف لگن است.

در ادامه، اگر بعد از گذشت 3 ماه این روش ها موثر واقع نشد، ضمن ادامه تمرینات تقویتی لگن، روند دارودرمانی برای بیمار شروع می شود.

روند بهبود علائم و همچنین میزان تحمل بیمار 2 الی 6 هفته پس از شروع درمان ارزیابی می شود. میزان پایداری بیمار به درمان هم باید در همین زمان مورد بررسی قرار بگیرد. آن چه در ادامه رخ می دهد به شرایط بیمار بستگی دارد:

- **عدم بهبودی یا بهبودی جزئی:** در ابتدا پایداری بیمار به تغییرات سبک زندگی، تمرینات ورزشی و رژیم دارویی سنجیده می شود. در ادامه، اگر پاسخ جزئی دیده شده باشد و خود بیمار هم تحمل و همکاری لازم را داشته باشد، دوز داروی فعلی به آهستگی بالا برده می شود. در صورتی که بیمار تمایلی به ادامه داروی اول نداشته باشد، تغییر دارو (دارویی دیگری از همان دسته) یا تغییر دسته دارویی مورد بررسی قرار می گیرد.
- **پاسخ نسبی به درمان:** در صورتی که بیمار از درمان جواب گرفته باشد و تحمل پذیری مناسبی نسبت به دارو نشان دهد، دارو ادامه داده شده و دوز دارو با توجه به شرایط او تنظیم می شود. در این حالت، وضعیت بیمار مجدداً 4 الی 6 هفته بعد ارزیابی خواهد شد. در صورت نیاز، دوز دارو ممکن است تا ماکسیمم مقدار خود افزایش داده شود یا رژیم های ترکیبی که پیش تر بررسی شد، برای بیمار در نظر گرفته شود.

- **عدم تحمل عوارض دارودرمانی:** در مواردی که بیمار تحمل عوارض ناخواسته دارویی را ندارد، بهتر است درمان قطع شود و دسته دارویی دوم (اگر بیمار روی داروهای آنتی کولینرژیک بوده، آگونیست‌های بتا و اگر میرابگرون استفاده می‌کرده داروهای آنتی کولینرژیک) امتحان شوند.
- **موارد مقاوم به درمان:** پیشتر در خصوص موارد مقاوم و نحوه تجویز رژیم‌های دو دارویی صحبت شد. اگر بیماران با وجود استفاده از دو دسته دارویی هم بهبود پیدا نکردند یا تحمل عوارض مصرف داروها را نداشتند، باید از روش‌های پیشرفته‌تری استفاده کرد که عبارتند از:
 - **تحریک عصب تیبیال³:** این روش بر مبنای تحریک الکتریکی اعصاب محیطی است. به طور معمول، این تحریکات الکتریکی باید به صورت هفتگی برای 12 هفته و سپس در صورت تمایل بیمار، درمان نگهدارنده به صورت ماهانه انجام شود. مدت زمان بهینه ادامه درمان همچنان مشخص نیست و در دست مطالعه است. بررسی‌های انجام شده نشان داده بیمارانی که از این روش استفاده کردند، به مدت میانگین 18 ماه تکرار ادرار شبانه و حدودا 30 ماه تکرار ادرار در طول روز تجربه نکردند.
 - **توکسین بوتولینوم:** برای بیمار مقاوم به درمان که تواما از احساس تکرار ادرار و بی‌اختیاری ادرار رنج می‌برد، تزریق بوتولینوم در عضله دترسور (Detrusor) که مسئول تخلیه مثانه است، می‌تواند کمک‌کننده باشد. این تزریق معمولا توسط کادر درمان آموزش دیده در شرایط سرپایی و با استفاده از بی‌حسی موضعی انجام می‌شود. نیازی به آماده‌سازی بیمار، بستری یا طی دوره ریکاوری وجود ندارد. اثر درمان به طور تقریبی بعد از 2 هفته ظاهر شده و بین 3 الی 12 ماه ادامه پیدا می‌کند. به طور معمول، بیماران سالی یکی بار نیاز به تزریق مجدد دارند. دریافت حداکثر 400 واحد بوتولینوم در سال برای بیماران مجاز است. در بیمارانی که سابقه احتباس ادراری داشته‌اند، استفاده از این روش توصیه نمی‌شود. احتمال بروز عفونت‌های ادراری مکرر پس از تزریق بوتولینوم افزایش پیدا می‌کند. بنابراین، بیمارانی که از پیش سابقه عفونت‌های راجعه ادراری داشته‌اند، کاندید مناسبی برای دریافت این درمان نیستند.



³ Tibial Nerve St



**پاسخگویی به هم میهنان عزیز
توسط پزشکان و داروسازان مجرب**

**پاسخگویی به همکاران کادر درمان
توسط متخصصین داروسازی بالینی**



- تحریک عصب خاجی^۴: با انجام یک عمل جراحی، یک دستگاه کوچک شبیه ضربان‌ساز در ناحیه پایین کمر قرار داده می‌شود. این دستگاه با ارسال پالس‌های الکتریکی به اعصاب خاجی، عملکرد مثانه را تنظیم می‌کند. این عمل جراحی در شرایط سرپایی قابل انجام نیست. بیمار باید بستری شده و پس از انجام جراحی، آنتی‌بیوتیک‌های مناسب دریافت نماید.
- لیزر: مطالعات محدودی در زمینه استفاده از لیزر در درمان OAB انجام شده اما اثربخشی این روش هنوز قطعی نیست.
- جراحی: در مواردی که هیچ‌یک از روش‌های فوق به حل مشکل بیمار کمک نکند، ناچاراً بیمار باید تحت عمل جراحی قرار بگیرد.

منبع: Uptodate

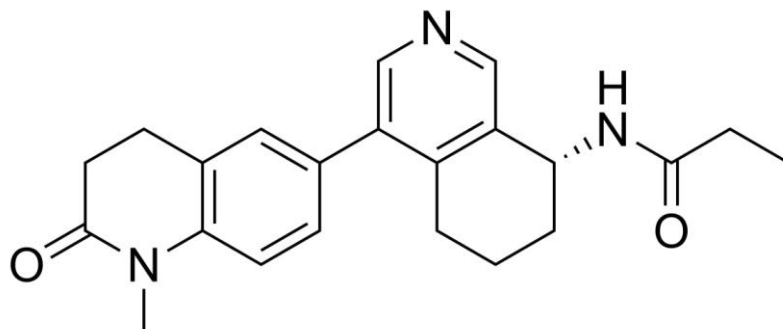
⁴ Sacral Nerve Stimulation

یک مولکول دارویی جدید برای فشار خون مقاوم به درمان: Baxdrostat

با وجود مصرف چندین داروی کاهنده فشار خون، بسیاری از بیماران مبتلا به پرفشاری خون به فشار خون هدف تعریف‌شده دست پیدا نمی‌کنند. در موارد فشار خون کنترل نشده، بیمار با وجود مصرف حداقل دو داروی کاهنده فشار، به شرایط پایداری نرسیده است. در موارد فشار خون مقاوم به درمان بیمار ممکن است حتی با مصرف 3 دارو یا بیشتر هم پاسخ بالینی مد نظر را مشاهده نکند.

پژوهشگران اخیرا به مولکول دارویی جدیدی دست پیدا کرده‌اند کرده‌اند که با مکانیسمی متفاوت فشار خون بیماران را کنترل می‌کند. این دارو Baxdrostat نام دارد. با دوزهای 1 میلی گرم و 2 میلی گرم به بیماران فشار خون داده شده و در یک دوره مطالعاتی 12 هفته‌ای به طرز چشمگیری موثرتر از پلاسبو (دارونما) عمل کرده است. این مولکول دارویی از طریق مهار سنتز آلدوسترون عملکرد خود را انجام می‌دهد. سال‌هاست که نقش آلدوسترون به عنوان یکی از فاکتورهای اصلی در تنظیم فشار خون شناسایی شده است اما تاکنون روش دقیق یا موثری برای کنترل عملکرد آلدوسترون شناسایی نشده بود.

داروی Baxdrostat آنزیم آلدوسترون سنتاز (CYP11B2) را به صورت انتخابی مهار کرده و بدین ترتیب، از سنتز آلدوسترون و کورتیزول در غدد آدرنال جلوگیری می‌کند. این دارو علاوه بر کنترل فشار خون، پتانسیل درمان هایپرآلدوسترونیسم را هم دارد. دارو نیمه عمر بالا و 30 ساعته دارد. بنابراین، به صورت روزی یک بار استفاده می‌شود.



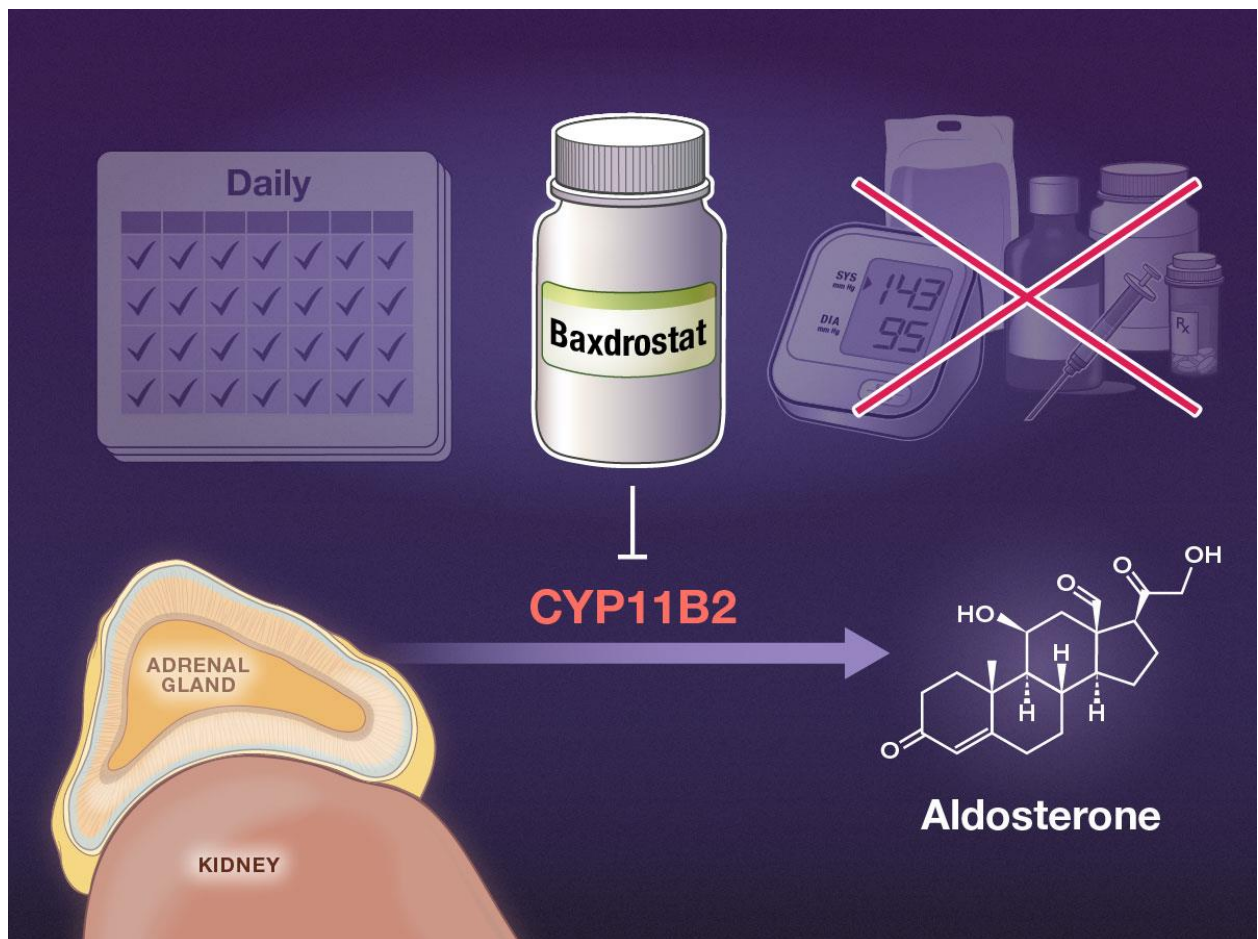
اثربخشی داروی Baxdrostat بر اساس نتایج فاز 3 کارآزمایی بالینی BaxHTN تایید شده است. در این بررسی که در 214 مرکز درمانی اجرا شده، بیمارانی مورد مطالعه قرار گرفتند، فشار خون مقاوم یا کنترل نشده داشته‌اند. این افراد با وجود مصرف حداکثر دوز قابل تحمل دو دارو (فشار خون کنترل نشده) یا سه دارو (فشار خون مقاوم به درمان)، فشار سیستولی بین 14 تا 17 میلی‌متر جیوه داشتند. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه 62 سال بود و 39 درصد آن‌ها خانم بودند که 73 درصد آن‌ها فشار خون کنترل نشده و 27 درصد فشار خون مقاوم به درمان داشتند. بیماران در سه گروه تقسیم شدند: یک گروه روزانه 1 میلی‌گرم Baxdrostat، یک گروه روزانه 2 میلی‌گرم Baxdrostat و یک گروه پلاسبو دریافت کردند. در 39.4 درصد از جمعیت گروه یک، 40 درصد از جمعیت گروه دو و 18.7 درصد از جمعیت گروه پلاسبو فشار خون سیستولیک بیمار به کمتر از 13 میلی‌متر جیوه کاهش پیدا کرد. اضافه شدن Baxdrostat به رژیم دارویی بیماران، به ترتیب باعث کاهش 8.7 میلی‌متر جیوه و 9.8 میلی‌متر جیوه در گروه‌های یک و دو شد. بر اساس مطالعات بالینی اثبات شده، هر 5 الی 10 میلی‌متر جیوه کاهش فشار خون، ریسک مشکلات قلبی-عروقی به میزان قابل‌توجهی کاهش می‌دهد.

به طور کلی، مصرف داروی Baxdrostat با عوارض جدی زیادی همراه نبوده است. هایپرکالمی و هایپوناترمی با این دارو گزارش شده است که در تعداد بسیار کمی از موارد منجر به قطع درمان شده است.

این مولکول دارویی متعلق به شرکت دارویی AstraZeneca است و مطالعات بالینی مربوطه با نظارت این شرکت در حال انجام است.

30 آگوست 2025

منبع: [European Society of Cardiology](https://www.escardio.org) سایت



یک داروی جدید برای پوکی استخوان: Romosozumab

پوکی استخوان به عنوان یکی از درگیری‌های اصلی دوره سالمندی، شیوع بسیار بالایی در بین جمعیت ایران دارد. به طور تقریبی یک نفر از هر 3 خانم بالای 50 سال و یک نفر از هر 4 آقای بالای 50 سال دچار پوکی استخوان هستند.

دسته‌های دارویی متعددی برای مدیریت و درمان بیماران مبتلا به پوکی استخوان در بازار دارویی موجود می‌باشد. انتخاب داروی مناسب به شرایط هر بیمار، میزان تراکم استخوان او و ریسک شکستگی استخوان‌ها به ویژه استخوان لگن بستگی دارد. به طور معمول، درمان بیماران که بخش عمده آن‌ها را خانم‌های یائسه تشکیل می‌دهند، با داروهای خوراکی از دسته بیس‌فوسفونات‌ها شروع می‌شود. بیس فوسفونات‌ها از خرده شدن بافت استخوانی جلوگیری کرده و به این ترتیب تراکم استخوان‌ها را حفظ می‌کنند. به طور دقیق‌تر، داروهای این دسته از طریق مهار سلول‌های استئوکلاست که نقش تجزیه بافت استخوانی را بر عهده دارند، عمل می‌کنند. در مواردی که بیمار در ریسک بسیار بالای شکستگی استخوانی قرار دارد، داروهای بیس فوسفونات انتخاب منطقی نیستند چراکه در این دسته به خصوص از بیماران، به اندازه کافی قوی و موثر عمل نمی‌کنند. در چنین مواردی، ممکن است پزشک روماتولوژیست دسته‌های دارویی دیگر از جمله داروهای آنابولیک را برای بیمار در نظر بگیرد. لازم که تاکید است که داروهای آنابولیک معمولاً به عنوان خط اول درمان در نظر گرفته نمی‌شوند. جایگاه استفاده از این دسته داروها به صورت زیر است:

- بیمارانی که در ریسک بسیار بالای شکستگی استخوان قرار دارند.
- سابقه شکستگی ناشی از شکنندگی استخوان (Fragility Fracture) و منع مصرف یا عدم تحمل بیس فوسفونات‌ها
- بروز Fragility Fracture یا کاهش تراکم استخوان علی‌رغم استفاده صحیح و منظم از سایر داروهای پوکی استخوان

در خصوص تعریف دقیق «ریسک بسیار بالای شکستگی استخوان»⁵ اتفاق نظر وجود ندارد. عموم منابع بیمارانی که شاخص T-score آن‌ها کمتر از -3 بوده، در این دسته طبقه‌بندی می‌کنند. افرادی که T-score آن‌ها کمتر از -2.5 است و سابقه Fragility Fracture دارند، نیز در همین گروه قرار می‌گیرند.

در صورتی که تصمیم بر استفاده از داروهای آنابولیک گرفته شود، پزشک می‌تواند از بین گزینه‌های تری‌پاراتاید، آبالوپاراتاید و روموزومب یکی را انتخاب نماید. به نظر می‌رسد از بین این 3 دارو، داروی روموزومب در افزایش تراکم استخوان بیماران موثرتر از دو گزینه دیگر عمل می‌کند. مزیت دیگر، روموزومب این است که برخلاف دو داروی دیگر که بایستی به صورت روزانه استفاده شوند، تزریق ماهانه دارد.

روموزومب یک مونوکلونال آنتی‌بادی انسانی بر علیه پروتئین Sclerostin است. این پروتئین نقش مهمی در فعال‌سازی استئوکلاست‌ها (سلول‌های تجزیه‌کننده استخوان) دارد. مهار Sclerostin علاوه بر محدود کردن عملکرد استئوکلاست‌ها، از طریق القای ساخت پروتئین‌های محرک استئوبلاست‌ها مانند RANKL روند ساخته شدن استخوان را هم تقویت می‌کند.

این دارو در سال 2019 تاییدیه سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) را برای درمان پوکی استخوان در خانم‌های یائسه مبتلا به پوکی استخوان که ریسک بسیار بالایی برای شکستگی استخوانی دارند، صادر نموده است.

⁵ Very High Fracture Risk

همانطور که پیشتر اشاره شد، این دارو به صورت ماهانه، با دوز 210 میلی گرم و به صورت زیرجلدی تزریق می شود. دوره مصرف دارو به طور معمول 12 ماه در نظر گرفته می شود. پس از این زمان، عموماً درمان با دسته های دارویی دیگر به خصوص بیس فسفونات ها ادامه داده می شود. شرکت دارویی Amgen سرنگ های از پیش پر شده (Prefilled) روموزومب (با برند Evenity) را که هر کدام حاوی 105 میلی گرم از دارو در 1.7 میلی لیتر است، در بازار دارویی دنیا عرضه می کند. بنابراین، در هر بار تزریق، بیمار باید دو سرنگ Prefilled تهیه و مصرف کند. تزریق این دارو باید حتماً در مرکز درمانی مجهز و توسط کادر درمان مجرب و آموزش دیده انجام شود. این تزریق می تواند در ناحیه شکم، قسمت بالایی بازو یا داخل ران انجام شود و لازم است محل تزریق هر ماه تغییر کند.

شایع ترین عوارض ناشی از تزریق روموزومب عبارتند از عوارض محل تزریق، درد مفاصل و سردرد. بسیاری از بیماران با استفاده از این دارو دچار علائم حساسیتی از جمله راش پوستی و آنژیوادم نیز شده اند.

بررسی ها نشان می دهد ریسک بروز انفارکتوس قلبی، سکته مغزی و مرگ و میر ناشی از مشکلات قلبی به دنبال استفاده از روموزومب بالا می رود. بنابراین، استفاده از این فرآورده در بیمارانی که در یک سال گذشته دچار سکته قلبی یا مغزی شده اند، مجاز نیست. در بیمارانی که ریسک فاکتورهای دیگر قلبی-عروقی دارند، مزایا و مضرات مصرف دارو باید به دقت توسط پزشک معالج سنجیده شود و فقط در صورتی که خطر جدی بیمار را تهدید نکند، تجویز گردد. در صورتی که در دوره یک ساله درمان با روموزومب، بیمار دچار سکته قلبی یا مغزی شود، درمان باید بلافاصله قطع شود.

برای افزایش اثربخشی و جلوگیری از بروز هایپوکالسمی، در کنار این دارو، بیماران باید مکمل کلسیم و ویتامین D دریافت کنند. بیماران مبتلا به پوکی استخوان به طور معمول باید روزانه بین 1000 تا 1200 میلی گرم کلسیم و بین 800 تا 1000 واحد ویتامین D دریافت نمایند.

استفاده از این دارو در کنار سایر داروهای ضدپوکی استخوان هیچ جایگاهی ندارد و ریسک بروز عوارضی چون نکروز استخوان فک را افزایش می دهد. استفاده از داروهای کورتیکواستروئیدی هم امکان بروز این عارضه را افزایش می دهند.

منبع: کتاب [StatPearl](#) و [Uptodate](#)



تأثیرات آگونیست‌های GLP1 بر روی سلامت دهان و دندان

استفاده گسترده و بی‌سابقه از آگونیست‌های GLP1 سبب شده که برخی عوارض دارویی کمتر شایع این داروها در بین جمعیت عظیم مصرف‌کننده دیده شود. یکی از این عوارض، مشکلات دهان و دندان است. تغییراتی که مصرف آگونیست‌های GLP1 بر روی تغذیه، عملکرد دستگاه گوارش و میزان هیدراته بودن بدن افراد دارد، سلامت دهان و دندان بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

خشکی دهان: یکی از عوارض به نسبت شایع این دسته داروها، خشکی دهان است که به دنبال سرکوب اشتها، دهیدراته شدن بدن و به تبع آن کاهش بزاق دهان ایجاد می‌شود. بزاق مانند یک سپر دفاعی ریسک ابتلا به بسیاری از اختلالات دهان و دندان را کاهش می‌دهد، pH دهان را تنظیم کرده و از پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه جلوگیری به عمل می‌آورد.

تغییرات چشایی: برخی از بیماران به دنبال استفاده از آگونیست‌های GLP1، از تغییر طعم دهان و احساس مداوم طعم فلزی یا ترشی در دهان شکایت می‌کنند. گروه دیگری از بیماران ادعا می‌کنند حساسیت کمتری به برخی از طعم‌های به خصوص دارند. به عنوان مثال، به مقادیر بسیار بیشتری از نمک در غذا نیاز دارند تا طعم شوری غذا را احساس کنند. پژوهشگران به تازگی پی برده‌اند که گیرنده‌های GLP1 بر روی جوانه‌های چشایی هم وجود دارند و همین نکته می‌تواند عارضه تغییرات چشایی را توجیه نماید.

پوسیدگی دندان: هر چند مطالعات بالینی گسترده ارتباط این عارضه با مصرف داروهای آگونیست GLP1 را به طور قطعی تایید نکرده‌اند، بسیاری از مصرف‌کنندگان این داروها اظهار می‌کنند با وجود رعایت بهداشت دهان و دندان، بیش از پیش دچار پوسیدگی دندان و بیماری‌های لثه شده‌اند. دلیل متعددی برای توجیه این عارضه مطرح شده که عبارتند از کاهش بزاق و کاهش pH دهان به دنبال استفراغ‌های مکرر (تهوع و استفراغ جزء عوارض بسیار شایع این داروها هستند).

بوی بد دهان (هالیتوزیس): خشکی دهان و بهم‌ریختگی میکروبیوم فضای دهان از جمله دلایل احتمالی بروز این عارضه با آگونیست‌های GLP1 هستند.

چه باید کرد؟

جهت کاهش این عوارض و حفظ سلامت دهان و دندان در بیماران تحت درمان با آگونیست‌های GLP1 می‌توان از راهکارهای زیر استفاده نمود:

- مصرف کافی مایعات
- جویدن آدامس بدون قند جهت تحریک ترشح بزاق
- رعایت بهداشت دهان و دندان (استفاده از نخ دندان و مسواک به صورت مرتب)
- کاهش مصرف سیگار، قهوه و نوشیدنی‌های الکلی

22 اکتبر 2025

منبع: سایت [Medscape.com](https://www.Medscape.com)

گیاه گزنه (Stinging nettle): تداخلات دارویی و احتیاطات مصرف

گیاه گزنه با نام علمی *Urtica dioica* یکی از گیاهان پرکاربرد در طب سنتی و طب نوین است. قسمت‌های مورد استفاده این گیاه به طور معمول ریشه و قسمت‌های هوایی گیاه است.

به نظر می‌رسد استفاده از این فرآورده در کاهش قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 تاثیر داشته باشد. عصاره ریشه گیاه اثرات دیورتیکی دارد. علاوه بر این، استفاده از برگ‌های گزنه، چه به صورت خوراکی چه به صورت موضعی، در کاهش درد بیماران مبتلا به استئوآرتریت (آرتروز) کمک کننده است. یکی دیگر از کاربردهای این گیاه در اختلالات ادراری است. گیاه گزنه تقریباً در تمام فرآورده‌های گیاهی موجود در داروخانه‌ها که برای مشکلات مجاری ادراری کاربرد دارد، موجود است. ریشه گیاه حاوی ترکیبات ضدالتهابی است که در مدیریت علائم بیماری بزرگی خوش خیم پروستات (BPH)، تکرر ادرار و درد و سوزش هنگام دفع ادرار نقش دارد. البته کارآزمایی‌های بالینی این کارکرد گیاه گزنه را به طور قطعی تایید نکرده‌اند.

استفاده از فرآورده‌های حاوی گزنه احتمال انقباض رحم را بالا برده و با افزایش ریسک سقط خود به خودی همراه است. به همین دلیل استفاده از آن در بارداری خطرناک و ممنوع است. به دلیل عدم وجود اطلاعات کافی در خصوص استفاده از این گیاه در شیردهی، مصرف آن در این دوران هم توصیه نمی‌شود.



به دلیل تاثیرات گیاه گزنه بر روی سیستم ادراری، توصیه می‌شود بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی پیش از شروع ترکیبات حاوی گزنه با پزشک مشورت نمایند.

مانند همه فرآورده‌های گیاهی، گیاه گزنه هم با برخی از داروهای شیمیایی تداخلات مهم و حائز اهمیت دارد. فهرستی از مهم‌ترین تداخلات این دارو در ادامه آورده شده است:

- داروهای کاهنده قند خون: همانطور که اشاره شد خود گیاه گزنه اثرات کاهنده قند خون دارد. بنابراین، مصرف آن در کنار داروهایی با این خاصیت ممکن است سبب تشدید اثربخشی و بروز هایپوگلیسمی بشود.

- داروهای کاهنده فشار خون به ویژه دیورتیک‌ها: قسمت‌های هوایی گزنه اثرات ادرارآور و کاهنده فشار خون دارد. پس ممکن اثرات داروهای با ویژگی مشابه را به حد خطرناکی تشدید کند.
- لیتیوم: دفع ادراری این دارو به دنبال استفاده از فرآورده‌های حاوی گزنه کم می‌شود و بیمار در معرض سمیت یا عوارض جانبی لیتیوم قرار می‌دهد.
- داروهای خواب‌آور و سرکوب‌کننده سیستم اعصاب مرکزی: مقادیر بالای عصاره قسمت‌های هوایی گزنه اثرات خواب‌آوری دارد و نباید در کنار داروهای سرکوب‌کننده CNS استفاده شود.
- وارفارین: عصاره گزنه حاوی مقادیر بالایی ویتامین K است. بنابراین، اثرات وارفارین را کاهش داده و بیمار را در ریسک لخته خون قرار می‌دهد.

منبع: سایت Rxlist.com



آیا داروی پوکی استخوان شما را در معرض عفونت قرار می‌دهد؟

بررسی‌های بالینی و مطالعات مشاهده‌ای حاکی از آن است که استفاده از داروی دنوزومب ریسک ابتلا به عفونت را بالا می‌برد. این دارو یک مونوکلونال آنتی‌بادی علیه $RANKL^6$ می‌باشد که در درمان پوکی استخوان و با دوزهای بالاتر در سرطان‌های متاستاز داده به استخوان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کارآزمایی‌های بالینی که جهت بررسی اثربخشی دارو طراحی شده بودند، نشان دادند که دنوزومب ریسک ابتلا به عفونت‌های شدید ($SAEI^7$) بالا می‌برد. بیمارانی که تحت درمان با این دارو قرار گرفتند، موارد ابتلای بیشتری به عفونت‌هایی مانند فارنژیت، نازوفارنژیت، سینوزیت، عفونت گوش میانی یا عفونت قسمت حلق‌زونی گوش⁸ داشتند. احتمال ابتلا به عفونت‌های گوارشی از جمله گاستروانتریت، دیورتیکولیت، عفونت هلیکوباکتر پیلوری، آپاندیسیت و عفونت‌های مرتبط با کلستری‌دیوم دیفیل هم در بیمارانی که تحت درمان با دنوزومب هستند، افزایش پیدا می‌کند. گزارش‌هایی از بروز عفونت‌های ادراری شدید، عفونت‌های پوستی و اندوکاردیت در بیماران مصرف‌کننده دنوزومب وجود دارد.

مکانیسم دقیق بروز این عارضه شناخته شده نیست. این عارضه به عنوان یک عارضه Idiosyncratic طبقه‌بندی می‌شود و وابسته به دوز نمی‌باشد. $RANKL$ که توسط دنوزومب مهار می‌شود، بر روی برخی از سلول‌های سیستم ایمنی از جمله انواعی از لنفوسیت‌های T، لنفوسیت‌های B، سلول‌های دندریتی و ماکروفاژها وجود دارد. بنابراین، احتمالاً مهار آن توسط دنوزومب عملکرد سلول‌های ایمنی را تضعیف می‌کند. علاوه بر این، برخی از مطالعات حاکی از اثرات تعدیل‌کننده ایمنی⁹ $RANKL$ هستند.

زمان بروز این عارضه قابل پیش‌بینی نیست اما اکثر بیمارانی دچار عفونت‌های جدی می‌شوند که که دوره درمان آن‌ها بالاتر از 12 ماه بوده است. از جمله ریسک فاکتورهای بروز عفونت‌های جدی در بیمارانی مصرف‌کننده دنوزومب می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- سابقه نقص سیستم ایمنی
- استفاده همزمان از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی
- زخم‌های وریدی (ریسک فاکتور عفونت‌های پوستی)
- زخم‌های پوستی

در پایان لازم به ذکر است که این عارضه، عارضه شایع و پرتکرار دارو نمی‌باشد و همه بیمارانی که از این دارو برای درمان بیماری خود سود می‌برند، در ریسک ابتلا به عفونت‌های خطرناک قرار ندارند اما همه بیماران باید نسبت به ریسک بروز چنین عوارضی آگاه باشند و در صورت ابتلا مکرر به عفونت‌های مختلف پزشک روماتولوژیست خود را در جریان بگذارند.

منبع: Uptodate

⁶ Receptor Activator Of Nuclear Factor Kappa-B Ligand: پروتئینی است که در متابولیسم استخوانی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند.

⁷ Serious Adverse Events of Infection

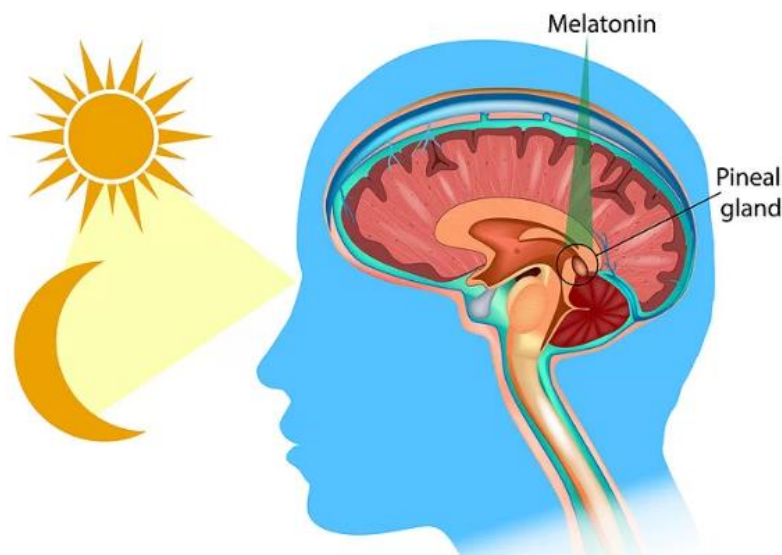
⁸ Labyrinthitis

⁹ Immunomodulatory

ملاتونین و ریسک مشکلات قلبی؟!

ملاتونین سال‌هاست که به عنوان یک داروی خواب بی‌خطر شناخته می‌شود و به صورت بدون نسخه¹⁰ (OTC) در داروخانه‌ها قابل تهیه است اما پژوهشگران آمریکایی ادعا می‌کنند که ملاتونین ممکن است آنقدرها هم بی‌ضرر نباشد!

ملاتونین یکی از ترکیبات طبیعی بدن است که معمولاً با نام هورمون خواب از آن یاد می‌شود. ملاتونین از غده پینه‌آل در مغز ترشح شده و وظیفه تنظیم ریتم شبانه‌روزی بدن و سیکل خواب و بیداری را بر عهده دارد. به طور معمول، میزان ترشح ملاتونین به دنبال تاریک شدن هوا بالا رفته و در هنگام روز به حداقل خود می‌رسد. فرآورده‌های ملاتونین موجود در بازار فرم سنتتیک همین هورمون مغزی هستند. مطالعات پیشین حاکی از اثرات مثبت ملاتونین بر روی عملکرد قلبی و کاهش فشار خون بود. تصور می‌شد اثرات آنتی‌اکسیدانی این مولکول در ایجاد این اثرات مثبت نقش ایفا می‌کرده است.



اما مطالعات جدید حقیقت متفاوتی را آشکار کرده. این طور به نظر می‌رسد که مصرف طولانی مدت ملاتونین (منظور مصرف بیش از یک سال است) ریسک نارسایی قلبی را بالا می‌برد. اخیراً محققان دانشگاه بروکلین نتایج یکی از پژوهش‌های خود را منتشر کرده‌اند که در آن پرونده پزشکی بیماران مبتلا به اختلالات خواب به مدت 5 سال مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت. گروهی از این بیماران تحت درمان با ملاتونین بودند و گروه دیگری از سایر داروهای خواب‌آور استفاده می‌کردند. نتایج این بررسی‌ها حاکی از آن بود که در بازه 5 ساله مطالعه، نرخ بروز نارسایی قلبی در بیماران مصرف‌کننده ملاتونین 4.6 درصد و در گروه شاهد 2.7 درصد گزارش شد. تعداد موارد بستری در بیمارستان (به دنبال حوادث قلبی - عروقی) در گروه ملاتونین تقریباً 3.5 برابر گروه کنترل گزارش شد.

البته لازم به ذکر است که مطالعات انجام شده هنوز نتوانسته بین ملاتونین و نارسایی قلبی - عروقی رابطه علی - معلولی برقرار کند. به بیان دیگر هنوز نمی‌توان با قطعیت گفته که آیا ملاتونین علت بروز نارسایی قلبی بیماران هست یا خیر. با این وجود، جای تردیدی نیست که استفاده کوتاه مدت از این فرآورده با هیچ عارضه جانبی جدی از جمله بروز مشکلات قلبی - عروقی در ارتباط نبوده است. با وجود بازتاب گسترده این مطالعه که در نشست انجمن قلب آمریکا هم مورد بحث قرار گرفته،

¹⁰ Over the Counter

هنوز نمی‌توان در خصوص ایمنی فرآورده‌های حاوی ملاتونین حکم نهایی صادر کرد. چندین ایراد متدولوژیک به مطالعه انجام شده وارد است که در ادامه تیتروار به آن‌ها اشاره می‌کنیم:

- مطالعه در کشور آمریکا انجام شده که در آن‌جا ملاتونین به صورت OTC قابل تهیه است. یعنی اگر فردی از گروه کنترل از فرآورده‌های ملاتونین استفاده کرده باشد، در هیچ پرونده پزشکی یا هیچ یک از پایگاه‌های داده‌های سلامت ثبت نمی‌شود. بنابراین، داده‌های مورد بررسی ممکن است کاملاً دقیق و قابل استناد نباشند.
 - اختلالات خواب و البته سایر مشکلات اعصاب و روان که زمینه‌ساز بی‌خوابی هستند، خود یکی از علل ریشه‌ای ابتلا به نارسایی قلبی شناخته می‌شوند.
 - در نهایت، هنوز مکانیسم دقیقی برای توجیه این عارضه شناخته نشده است.
- در پایان لازم به ذکر است که توصیه می‌شود بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و افرادی که ریسک فاکتورهای مشکلات قلبی-عروقی دارند، بهتر است اگر بیشتر از یک سال است که از ملاتونین استفاده می‌کنند، با پزشک یا دکتر داروساز مشورت کنند.

3 نوامبر 2025

منبع: News-Medical.net سایت





سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی 13 آبان

بیمار اول

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم 26 ساله‌ای هستند که به دلیل مشکل ریزش مو، تحت نظر متخصص پوست و مو، دوتاستراید 0.5 میلی گرم دریافت می‌کنند. از قبل دارویی برای ریزش مو دریافت نمی‌کردند و بیماری زمینه‌ای ندارند. می‌پرسند چه قدر قبل از اقدام به بارداری لازم هست دارو رو قطع کنند؟

پاسخ: استفاده از این دارو در طول بارداری و حتی لمس قرص در این دوران ممنوعیت دارد. اما در مورد اینکه چه مدت قبل از بارداری لازم هست دارو قطع شود، داده مشخصی در منابع وجود ندارد (احتمالا با توجه به اینکه اندیکاسیونی که مورد تایید FDA می باشد صرفا BPH است که برای خانم‌ها جایگاهی ندارد). اما با توجه به اینکه:

1) نیمه عمر حذف دارو حدودا 5 هفته هست، بنابراین برای اینکه کاملا دارو از بدن حذف شود، مدت 5 تا 6 ماه زمان لازم است (1)؛

2) افرادی که دوتاستراید دریافت کرده‌اند، تا 6 ماه بعد از آخرین دوز دریافتی امکان اهدای خون ندارند (2)؛
احتمالا دارو به مدت 6 ماه در خون فرد مصرف کننده باقی می‌ماند و ممکن است عوارض احتمالی بر جنین داشته باشد.
توصیه نهایی به بیمار: دارو 6 ماه قبل از اقدام به بارداری قطع شود و طی این مدت 6 ماه روش‌های موثر پیشگیری از بارداری استفاده شود.

منابع:

1. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6479083/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603726/>

دکتر حورا آتشگر

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای 40 ساله‌ای هستند که به دلیل مشکلات خواب (بی‌خوابی و کابوس شبانه) به متخصص اعصاب و روان مراجعه کرده‌اند. برای ایشان اس‌سیتالوپرام 10 (روزی 1) و ترازودون 50 (شبی 1 عدد) تجویز شده است. در بین داروهایشان داروی پرازوسین 1 میلی گرم هم وجود دارد. چون هیچ مشکل ادراکی نداشته‌اند، می‌پرسند آیا این دارو برای مشکل ایشان کاربرد دارد یا اشتباهی پیش آمده است؟

پاسخ: پرازوسین یک داروی آلفا 1 بلاکر است که بیشتر به عنوان یک داروی موثر بر مجاری ادراری و مورد استفاده برای آقایان مبتلا به بزرگی خوش خیم پروستات شناخته می‌شود اما کاربردهای دارو فقط به این مورد ختم نمی‌شود و یکی از اندیکاسیون‌های درمانی آن کمک به درمان کابوس‌های شبانه است. این دارو با لیپوفیلیسیته بالایی که دارد به راحتی از سد خونی-مغزی عبور کرده و رسپتورهای آلفا و به طور کلی سیستم نورآدرنژیک را مهار می‌کند. پرازوسین اولین خط دارو درمانی کابوس است. هر چند در درمان کابوس با سایکوتراپی و درمان بیماری زمینه‌ای که علت بروز کابوس است، جایگاه بالاتری دارند. از بین داروهای مورد استفاده در درمان کابوس (ترازودون، گاباپنتین، کلونیدین و توپیرامات)، پرازوسین بیشترین شواهد بالینی را دارد. این دارو با دوز 1 میلی گرم هنگام خواب شروع شده و به آهستگی در فواصل 5 تا 7 روز یک بار دوز آن افزایش پیدا می‌کند تا به اثربخشی درمانی مطلوب دست پیدا شود.

سرتیترتازه ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ جمع آوری فرآورده بی بی سد با سری ساخت GPKD301 تولید شرکت گل دارو
- ❖ جمع آوری و فراخوان فرآورده کولیکومان شرکت رحمان گستران با سری ساخت 40303
- ❖ اعلام وجود فرآورده تقلبی قرص Finpecia 1 mg در بازار دارویی ایران
- ❖ ریکال فرآورده دارویی شربت Bromhexine 4MG/5ML با سری ساخت شماره BR140301 شرکت آسا داروپوس
- ❖ ریکال داوطلبانه فرآورده دارویی دگزمتازون شرکت سینا دارو با سری ساخت 411157، 411158، 411159، 411160، 411161، 411162، 411163، 411164، 411165، 411166 و 411167
- ❖ ریکال فرآورده کولیکومان شرکت رحمان گستران با سری ساخت 40303
- ❖ جمع آوری فرآورده fastmeal pediatrics synnbiotic با سری ساخت KD-VC-004 شرکت پژوهش گستران تغذیه آسا
- ❖ ریکال داوطلبانه فرآورده مفنمیک اسید شرکت رازک با سری ساخت شماره 04c2001
- ❖ جمع آوری فرآورده Bio-IBS با سری ساخت 38069 شرکت تک ژن زیست
- ❖ ریکال داوطلبانه فرآورده دارویی Albumin 50ml با نام تجاری Albiomin شماره سری ساخت C234433P01
- ❖ تبری برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می توانید از سایت های زیر بازدید کنید:

<https://www.fda.gov.ir/>

<http://fdo.tums.ac.ir/>

توصیه نهایی به بیمار: تجویز دارو به درستی انجام شده است. دارو باید طبق دستور پزشک مصرف شود. چون هر دو داروی پرازوسین و ترازدون بیمار را در ریسک افت فشار خون وضعیتی قرار می دهند، بیمار باید در هنگام تغییر وضعیت احتیاط کرده و با آهستگی از حالت دراز کشیده یا نشسته، برخیزد.

منابع: Uptodate

دکتر هستی فتوگرافی

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم 63 ساله ای هستند که قرار است برای بررسی کیست سینه MRI همراه با کنتراست انجام بدهند. ایشان به دلیل ابتلا به دیابت روزانه 1000 میلی گرم متفورمین مصرف می کنند. می خواهند بدانند آیا قبل از انجام MRI و استفاده از داروی حاجب، لازم است متفورمین را قطع کنند؟

پاسخ: مصرف همزمان متفورمین و داروهای حاجب یددار ریسک بروز لاکتیک اسیدوز و نارسائی کلیوی را افزایش می دهد. در پروسه انجام MRI پستان معمولاً از داروهای حاجب مبتنی بر Gadolinium استفاده می شود که فاقد ید هستند. رایج ترین داروی حاجب مورد استفاده در پروسه MRI پستان، داروی Gadobutrol با برند Gadavist می باشد. در دوزهای معمول این داروهای حاجب، بین 0.1 تا 0.3 میلی مول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، هیچ نگرانی در خصوص تداخل با متفورمین مطرح نمی باشد. با توجه به دوز، نوع و ماهیت داروی حاجب مورد استفاده، نیازی به قطع متفورمین وجود ندارد.

منابع: مقاله [Metformin and Contrast Agents](#)

دکتر هستی فتوگرافی

توصیه‌های داروساز در خصوص غربال‌گری‌های ضروری برای خانم‌ها

بارها و بارها شنیده‌ایم که پیشگیری بهتر از درمان است اما بیشتر ما تا زمانی که دچار بیماری نشویم، به دنبال مداخلات پزشکی نمی‌رویم. در حالی که همه ما به خوبی می‌دانیم، اقدامات پیشگیرانه به مراتب آسان‌تر و ارزان‌تر از مداخلات درمانی هستند. در این نوشتار به بررسی تست‌های غربال‌گری ضروری برای خانم‌ها می‌پردازیم.

غربالگری سرطان دهانه رحم

در این غربالگری وضعیت بافت سرویکس یا گردن رحم بررسی شده و بیمار از نظر ابتلا به HPV چک می‌شود. برای انجام غربالگری سرطان رحم یا تست پاپ‌اسمیر سلول‌های ناحیه سرویکس جمع‌آوری شده و در آزمایشگاه مورد بررسی قرار می‌گیرند. به این ترتیب، تغییرات این سلول‌ها که زمینه‌ساز سرطان رحم یا سرویکس است، قبل از آنکه شرایط غیرقابل کنترل بشود، شناسایی می‌شوند. انجام دوره‌ای این تست باید از سن 21 سالگی شروع شود.

- ✓ خانم‌های 21 تا 29 ساله باید هر 3 سال یکبار آزمایش پاپ اسمیر بدهند. آزمایش HPV برای این گروه سنی توصیه نمی‌شود.
- ✓ خانم‌های 30 تا 65 ساله باید هر 3 سال یکبار آزمایش پاپ‌اسمیر یا هر 5 سال یکبار آزمایش HPV انجام دهند.
- ✓ برای خانم‌های بالای 75 سال، در صورت وجود 3 پاپ‌اسمیر نرمال در ده سال گذشته، نیازی به تکرار تست نیست.

غربالگری سرطان پستان:

همه خانم‌ها باید به طور منظم و حداقل ماهانه یک بار وضعیت پستان را بررسی کرده یا به اصطلاح خودآزمایی انجام بدهند. انجام این خودآزمایی نیازمند هیچ تکنیک پیچیده‌ای نیست. خانم‌ها باید ناحیه پستان به بالا تا استخوان ترقوه و همچنین ناحیه زیر بغل را از نظر هر گونه تغییری به خصوص وجود برآمدگی یا توده، تغییر رنگ یا ضخامت پوست یا ترشحات غیرعادی از پستان‌ها ارزیابی کرده و در صورت مشاهده هر گونه تظاهرات غیرعادی با پزشک مشورت کنند.

تکنیک دیگری که برای غربالگری پستان به کار می‌رود، ماموگرافی است. انجام ماموگرافی معمولاً از سن 40 سالگی به بعد توصیه می‌شود. اما اگر مادر یا خواهر شما در سنین جوانی به این سرطان مبتلا شدند، شما هم باید تحت نظر پزشک متخصص قرار بگیرید و به صورت دوره‌ای معاینه شوید.

- ✓ خانم‌های 40 تا 49 ساله می‌توانند به صورت سالانه یا دوسالانه ماموگرافی انجام دهند. هر چند همه متخصصان انجام این تست را ضروری نمی‌دانند.
- ✓ برای خانم‌های 50 تا 75 ساله ضروری‌ست که به صورت سالانه یا دوسالانه ماموگرافی انجام دهند.
- ✓ در خانم‌های بالای 75 سال به طور روتین انجام تست ماموگرافی توصیه نمی‌شود. مگر اینکه پزشک معالج صلاح بداند.

در صورتی که نتایج ماموگرافی مشکوک باشد، پزشک معالج ممکن است درخواست کند که سونوگرافی پستان یا در برخی موارد خاص MRI پستان انجام بشود.

بررسی پروفایل چربی

در صورتی که هیچ ریسک فاکتوری برای بیماری‌های قلبی-عروقی ندارید، تا سن 45 سالگی نیاز به بررسی سطح کلسترول خون برای شما مطرح نیست. اما اگر در معرض ابتلا بیماری‌های قلبی هستید، بایستی از سن 20 سالگی کلسترول خون خود را چک کنید. عواملی که شما را در معرض بیماری‌های قلبی-عروقی قرار می‌دهد، عبارتند از:

- فشار خون بالا
- دیابت
- مشکلات کلیوی
- وزن بالا
- استفاده از سیگار

اگر کلسترول شما نرمال بود تا 5 سال نیاز به تکرار تست ندارید. در غیراین صورت، باید با پزشک مشورت کنید.

بررسی قند خون

برای همه خانم‌های بالای 44 سال، قند خون باید هر سه سال یکبار بررسی شود. در صورتی که فشار خون بالا یا وزن بالا (BMI بیشتر از 25) دارید، باید از 35 سالگی به بعد سطح قند خون را پایش نمایید. در صورتی که نتایج آزمایشات شما (قند ناشتا، HbA1C یا قند دو ساعته) نرمال نباشد، فواصل انجام آزمایشات کمتر شده و ممکن است نیاز باشد حداقل سالی یک بار وضعیت قند خونتان را چک کنید.

غربالگری سرطان کولورکتال

سرطان کولورکتال یکی از سرطان‌های شایع است که با انجام تست‌های غربالگری به راحتی قابل شناسایی و در مراحل ابتدایی قابل درمان است. در مراحل ابتدایی، پولیپ‌هایی در دیواره روده تشکیل می‌شود که به راحتی قابل جراحی و خارج کردن است. انجام این تست برای خانم‌های زیر 45 سال ضروری نیست. مگر اینکه خود فرد یا خانواده درجه یک او، سابقه ابتلا به بیماری التهابی روده یا پولیپ روده داشته باشند. انجام یکی از روش‌های غربالگری سرطان‌های کولورکتال برای خانم‌های 45 تا 75 ساله ضروریست.

روش‌های غربالگری سرطان کولورکتال**آزمایشات مبتنی بر مدفوع:**

- تست ایمونوشیمیایی مدفوع با حساسیت بالا (FIT) یا تست خون مخفی در مدفوع (gFOBT) به صورت سالانه
- آزمایش DNA مدفوع (MT-sDNA) هر 1 تا 3 سال یکبار

تست‌های تصویری:

- کولونوسکوپی هر 10 سال یکبار
- سی تی کولونوگرافی (کولونوسکوپی مجازی) هر 5 سال یکبار
- سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر (FSIG) هر 5 سال یکبار

غربالگری پوکی استخوان

برای بررسی تراکم استخوان از یک روش تشخیصی مبتنی بر اشعه X استفاده می‌شود که روش ¹¹DEXA نام دارد. البته میزان اشعه X که در این روش به کار می‌رود، نسبت به CT-scan یا روش‌های مشابه کمتر است.

- ✓ انجام این تست برای همه خانم‌های بالای 64 سال ضروریست.
- ✓ خانم‌های بالای 50 تا 64 سال که ریسک شکستگی استخوان دارند، باید آزمایش تراکم استخوان (اسکن DEXA) را انجام دهند. مواردی که ریسک شکستگی را در خانم‌ها بالا می‌برند، عبارتند از:
 - کمبود ویتامین D یا کلسیم
 - وزن بسیار کم
 - افتادن‌های مکرر
 - مصرف طولانی مدت کورتیکواستروئیدها

نتایج این تست به طور معمول بر اساس فاکتوری به نام T-score گزارش می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد تراکم استخوانی شما نسبت به تراکم استخوانی ایده‌آل در سن و جنسیت شما چه قدر کمتر است. در مواردی که T-score کمتر از -2.5 باشد، فرد مبتلا به پوکی استخوان است. در مواردی که T-score بین -1 و -2.5 باشد، بیمار دچار کاهش تراکم استخوان شده اما هنوز پوکی استخوان ندارد. به این وضعیت Osteopenia هم گفته می‌شود.

غربالگری فشار خون

در خانم‌های 18 تا 39 ساله که بیماری زمینه‌ای به خصوصی ندارند، بررسی فشار خون هر 3 الی 5 سال کفایت می‌کند. در خانم‌هایی که اضافه وزن دارند، دیابت، مشکلات کلیوی و بیماری قلبی دیگری دارند یا خانواده درجه یک آن‌ها سابقه فشار خون بالا داشته، ممکن است نیاز باشد این بررسی در فواصل کمتری انجام شود. در صورتی که خانمی در دوره بارداری افزایش فشار خون تجربه کرده، به مراقبت و پایش بیشتری نیاز دارد.

¹¹ Dual X-Ray Absorptiometry

تست	گروه سنی	فواصل
پاپ اسمیر / غربالگری سرطان دهانه رحم	+21	هر سه سال یک بار
فشار خون	+20	هر دو سال یک بار
ماموگرافی	+40	هر سال یک بار
غربالگری سرطان کولون	+50	سیگموئیدوسکوپی هر 5 سال یک بار کولونوسکوپی هر 10 سال یک بار
تراکم استخوان	+65	بسته به شرایط بیمار
قند خون	+45	هر سال یک بار
چربی خون	+45	هر 5 سال یک بار

در ماه‌های آتی هر یک از این غربالگری‌ها با جزئیات بیشتر بررسی و توضیح داده خواهد شد.

منبع: سایت Medlineplus.com





مناسبت‌های سلامت آبان ماه:

- 1 الی 7 آبان: هفته ملی هیأتیت ✓
- 7 آبان: روز جهانی سکتۀ مغزی ✓
- 22 الی 28 آبان: هفته ملی دیابت ✓
- 25 آبان الی 30 آبان: هفته آگاه‌سازی در خصوص مقاومت آنتی‌بیوتیکی ✓

همکاران این شماره:
دکتر مژگان مشایخی
دکتر هستی فتوگرافی

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

موارد مصرف

مصرف در شیردهی

مصرف در بارداری

تداخل دارویی

شرایط نگهداری

نحوه مصرف

مسمومیت دارویی

عوارض مصرف

۸۲۱۰۱

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

DPIC

(DRUG AND POISON INFORMATION CENTER)

