

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مدیریت سردرد در خانم‌های باردار

✓ تازه‌های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه‌های داروساز در خصوص ترشحات واژینال

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 دارو پزشکی 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: (خط ۳۰) 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 مدیریت سردرد در خانم‌های باردار

یکی از اختلالات شایع بارداری که اغلب در سه ماهه اول بیمار را درگیر می‌کند، مشکل سردرد است. به طور معمول با گذشت زمان شدت و دفعات این سردردها کمتر می‌شود. هر چند این سردردها می‌توانند برای مادر آزارنده باشند اما هیچ آسیبی به جنین نمی‌زنند.

در روند درمان سردرد خانم‌های باردار لازم است این بیماران را نسبت به محدودیت‌های دارودرمانی در دوره بارداری آگاه کرد و سطح توقعات ایشان از درمان را تا حد امکان به واقعیت نزدیک نمود. هر چند در صورتی که خود مادر تمایل به استفاده از درمان‌های ضدسردرد قوی داشته باشد، پزشکان ضمن توضیح خطرات و آسیب‌های احتمالی این درمان برای او و فرزندش، نمی‌توانند مانع دسترسی او به درمان بشوند. در روند انتخاب دارو برای بیماران باردار، باید از داروهایی که اثرات تراوتوژنیسیته دارند، باعث انقباض عروق می‌شوند یا انقباضات رحمی را تحریک می‌کنند، اجتناب نمود. سایر داروهای ضد سردرد با همان اولویت‌بندی که برای بیماران غیرباردار مورد استفاده قرار می‌گیرند، در خانم‌های باردار هم قابل استفاده هستند. در انتخاب داروی سردرد برای خانم‌های باردار موارد زیر بایستی مد نظر قرار بگیرد:

- ۱) سابقه دارویی بیمار و اثربخشی/عدم اثربخشی داروها در کنترل سردردها
- ۲) بیماری‌های زمینه‌ای مادر باردار
- ۳) سن بارداری (در سه ماهه اول ارگان‌های اصلی جنین در حال ساخته شدن هستند فلذا ریسک تراوتوژنیسته بالاتر است).
- ۴) ایمنی دارو برای جنین
- ۵) انتخاب دارویی با دوز و دفعات مصرف حداقلی

انواع مختلفی از سردرد و با ریشه‌ها و علت‌های زمینه‌ای کاملاً متفاوت می‌توانند خانم‌های باردار را درگیر کنند. شایع‌ترین نوع سردرد در بین خانم‌های باردار سردردهای میگرنی است. در تصویر زیر، محل‌های درگیر در هر یک از انواع سردرد نشان داده شده است. یکی از مهم‌ترین مراحل در مدیریت سردرد در خانم‌های باردار، افتراق انواع سردرد از مشکل پره‌اکلامسی می‌باشد.

بیماران مبتلا به پره‌اکلامسی: درمان قطعی مادران مبتلا به پره‌اکلامسی، زایمان است. بدین ترتیب، از پیشروی بیماری و آسیب به مادر و جنین جلوگیری می‌شود. در این بیماران، درمان‌های ضدفشار خون باید در اثر وقت برای بیمار شروع شود تا از بروز سکت‌های مغزی پیشگیری شود. جهت پیشگیری از حملات تشنج ناشی از اکلامسی، منیزیم سولفات برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. در درمان سردرد ناشی از پره‌اکلامسی انتخاب اصلی داروی استامینوفن است.



سردردهای میگرنی

میگرن در عمده موارد به صورت یک طرفه بروز می‌کند و ماهیت ضربان‌دار دارد. در کنار سردرد، بیماران مبتلا به میگرن ممکن است تهوع، استفراغ، حساسیت به نور و صدا در تاریکی. علائم میگرن معمولاً به دنبال استرس، محرک‌های بینائی، تغییرات آب و هوایی، روزه داری و فستینگ، اختلالات خواب و برخی انواع غذاها مانند غذاهای حاوی نیترات تحریک یا تشدید می‌شود.

به طور معمول، شیوع میگرن در خانم‌های جوان و در سنین بارداری بالاتر است. حدود ۲ درصد از خانم‌ها، اولین حمله میگرنی خود را در دوره بارداری‌شان تجربه می‌کنند. شروع میگرن در سه ماهه اول بارداری شایع‌تر است.

برای افتراق میگرن بارداری از سردردهای ناشی از پره‌اکلامسی، مواردی مثل فشار خون بیمار، دفع پروتئین در ادرار، آزمایشات (پلاکت، کراتینین و عملکرد کبد)، سن بارداری و سابقه علائم مشابه پیش از بارداری بایستی بررسی بشود.

بروز میگرن با نوسانات غلظت سرمی استروژن در ارتباط است. حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بیمارانی که پیش از بارداری مبتلا به میگرن بوده‌اند، در طول بارداری علائم کمتری تجربه می‌کنند، در ۵ درصد موارد علائم تشدید می‌شود و در سایرین شدت علائم هیچ تغییری نمی‌کند. بهبود علائم در طی بارداری، معمولاً در خانم‌هایی اتفاق می‌افتد که میگرن وابسته به قاعدگی یا میگرن بدون اورا داشتند. در این خانم‌ها معمولاً بعد از زایمان علائم عود می‌کند. (افزایش دفعات یا شدت سردردها) عود علائم در خانم‌هایی که شیردهی دارند، کمتر اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد شیردهی به ثبات سطوح خونی استروژن کمک می‌کند و از این طریق به کاهش علائم کمک می‌کند.

به نظر می‌رسد ریسک برخی از مشکلات از جمله پره‌اکلامسی، زایمان زودرس، اختلالات خلقی پیش از زایمان و وزن کم نوزاد هنگام تولد در اثر ابتلای مادر به میگرن بیشتر می‌شود. البته لازم به ذکر است که شواهد نشان می‌دهد احتمال بروز پره‌اکلامسی در بیماران مبتلا به میگرن با اورا بیشتر از بیمارانی است که اورا تجربه نمی‌کنند.

درمان سردرد میگرنی

اقدامات غیردارویی: استراحت، مصرف مایعات کافی، اجتناب از گرسنگی برای مدت طولانی و خواب کافی از بروز حملات میگرن پیشگیری کرده و شدت حملات را کاهش می‌دهد.

اقدامات دارویی: درمان سردردهای میگرنی در دوره بارداری کمی متفاوت از رژیم درمانی روتین میگرن است. درمان در خانم‌های باردار با استامینوفن شروع شده و در صورتی که در عرض چند روز، اثرات دارو دیده نشود، داروهای بعدی به ترتیب زیر مورد استفاده قرار خواهند گرفت. لازم به ذکر است که استفاده از ارگوتامین مطلقاً در بارداری ممنوع است. چرا که باعث انقباضات رحمی هایپر تونیک و اسپاسم عروق تغذیه‌کننده جنین می‌شود.

خط اول درمان: استامینوفن به تنهایی یا در کنار سایر داروها

۱۰۰۰ میلی گرم استامینوفن می‌تواند بدون ایجاد عارضه جانبی برای مادر یا جنین، درمان موثری برای سردرد میگرنی در دوره بارداری باشد. در صورت عدم اثربخشی این درمان، می‌توان ۱۰ میلی گرم متوکلوپرامید را در کنار استامینوفن مصرف کرد تا اثربخشی دارو را بالا ببرد. در بیمارانی که به این درمان هم جواب ندهند، استامینوفن کدئین برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. فرمولاسیون ترکیبی بوتالبتال + استامینوفن + کافئین هم جز گزینه‌های درمانی مادران باردار است که در بازار دارویی ایران

موجود نمی‌باشد. برای پیشگیری از بروز سردرد ناشی از مصرف بیش از حد دارو^۱ (MOH)، کدئین بیشتر از ۹ روز در ماه نباید مصرف بشود. علاوه بر این، مصرف این دوره در اواخر بارداری ممکن است با ریسک بروز سندرم قطع اپیوئیدها در نوزاد همراه باشد. لذا، کدئین در هفته‌های آخر بارداری انتخاب منطقی نیست. در خصوص ایمنی مصرف کوتاه مدت اپیوئیدها در سه ماهه اول بارداری، اطلاعات جامعی در دست نیست. به نظر می‌رسد این مواجهه ممکن است سبب ناهنجاری سیستم عصبی جنین بشود.

به طور معمول، دوز کافئین در مسکن‌های مجاز در دوره بارداری بین ۴۰ تا ۵۰ میلی‌گرم است. به نظر می‌رسد اگر مجموع کافئین مصرفی خانم باردار در طول روز (غذایی و دارویی) کمتر از ۲۰۰ میلی‌گرم باشد، مشکلی در روند بارداری ایجاد نمی‌شود.

خط دوم درمان: آسپیرین و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

آسپیرین و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID) مثل ناپروکسن، ایبوپروفن، دیکلوفناک و کترولاک (حتی تزریق وریدی) خط دوم درمان به حساب می‌آید. برخی از مشاهدات حاکی از این است که مصرف این دسته داروها در سه ماهه اول بارداری ریسک سقط‌های زودهنگام و ناهنجاری‌های مادرزادی را بالا می‌برد. سه ماهه دوم بارداری پیش از هفته بیستم ایمن‌ترین زمان برای مصرف آسپیرین و NSIAD است. بین هفته ۲۰ تا ۳۰ بارداری، مصرف این داروها ممکن است با اختلالات کلیوی در جنین از جمله الیگوهیدروآمینوز مرتبط باشد. هر چند مصرف در مصرف کمتر از ۲ روز احتمال چنین عوارضی مطرح نیست. از هفته ۳۰ بارداری به بعد، مصرف بیش از ۴۸ ساعت این داروها توصیه نمی‌شود چرا که احتمال ناهنجاری‌هایی از قبیل باز ماندن شریان جنین (ductus arteriosus)، فشار خون ریوی مقاوم به درمان در نوزاد، الیگوهیدرومینوز، انتروکولیت نکروزان، اختلالات کلیوی و خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای را افزایش می‌دهد.

خط سوم درمان: سایر داروها

اپیوئیدها: اپیوئیدهایی مثل اوکسی کدون و متادون به عنوان خط سوم درمان میگرن در خانم‌های باردار شناخته می‌شوند. در صورتی که بیمار نیاز به استفاده از داروهای این دسته داشته باشد، داروها باید با کمترین دوز و برای کوتاه‌ترین زمان ممکن تجویز بشوند تا ریسک وابستگی مادر و بروز سندرم قطع در نوزاد به حداقل برسد. استفاده از این دسته دارویی منجر به تشدید تهوع، استفراغ و یبوست دوران بارداری می‌شود. علاوه بر این، شواهد اندکی در خصوص ارتباط اپیوئیدها با ناهنجاری‌های سیستم عصبی جنین مطرح شده است.

تریپتان‌ها: در بیماران مبتلا به میگرن متوسط تا شدید که به درمان‌های اولیه پاسخ نمی‌دهند، ممکن است استفاده از مسکن‌های دسته تریپتان‌ها مد نظر قرار بگیرد. در این دسته، سوماتریپتان و ریزاتریپتان بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. بررسی‌های انجام شده حاکی از این است که مصرف تریپتان‌ها با ناهنجاری‌های مادرزادی و زایمان زودرس ارتباطی ندارد اما ممکن است ریسک سقط‌های زودهنگام را افزایش بدهد.

بسیاری از خانم‌های باردار مبتلا به میگرن، دچار تهوع‌های شدید می‌شوند. داروهای انتخابی برای کنترل تهوع و استفراغ ناشی از میگرن در خانم‌های باردار به شرح زیر است:

- مکلیزین: ۲۵ میلی‌گرم خوراکی (در بازار دارویی ایران موجود نمی‌باشد).

¹ Medication Overuse Headache

- دیفن‌هیدرامین: ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم خوراکی یا ۱۰ تا ۵۰ میلی‌گرم تزریقی
 - پرومتازین: ۱۲.۵ تا ۲۵ میلی‌گرم خوراکی یا تزریق عضلانی
- استفاده از متوکلوپرامید (۱۰ میلی‌گرم خوراکی یا تزریقی)، کلپرومازین (۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم تزریقی) و در موارد شدید یا مواردی که بیمار دچار استفراغ می‌شود، استفاده از اندانسترون (۴ تا ۸ میلی‌گرم خوراکی یا تزریقی) بلامانع است.

دارودرمانی میگرن مقاوم به درمان

خط اول: درمان ایده‌آل برای موارد شدید و مقاوم به درمان میگرن در بارداری، ترکیبی از مایع‌درمانی تزریقی، داروی ضدتهوع و یک اویپوئید تزریقی است.

خط دوم: خط دوم درمان شامل درمان ترکیبی تریپتان در کنار دروپریدول (۲.۵ میلی‌گرم تزریق وریدی هر ۳۰ دقیقه یک بار تا حداکثر ۳ مرتبه) می‌باشد. مشکل این روش درمانی، ریسک بروز عوارض اکستراپیرامیدال است. دروپریدول احتمال بروز اختلالات ریتم قلب (QTc Prolongation) در مادر را افزایش می‌دهد.

خط سوم:

منیزیم سولفات: یکی از درمان‌هایی که در موارد مقاوم به درمان میگرن مورد استفاده قرار می‌گیرد، استفاده از منیزیم سولفات (۱ تا ۲ گرم تزریق وریدی در عرض ۱۵ الی ۳۰ دقیقه) است. در ایمنی این دارو در دوره بارداری شکی وجود ندارد اما شواهد محکمی اثربخشی آن را تایید نکرده‌اند.

گلوکوکورتیکوئیدها: در موارد مقاوم به درمان، پردنیزولون (۲۰ میلی‌گرم خوراکی ۴ بار در روز برای ۲ روز) یکی از گزینه‌های درمانی است چون روی جنین تأثیری ندارد اما متابولیت‌های دگزامتازون و بتامتازون از جفت عبور کرده و بر اساس بعضی مقالات، در سه ماهه اول بارداری، ممکن است جنین را در معرض شکاف کامی قرار بدهد.

درمان‌های پیشگیرانه سردرد میگرنی: در بیمارانی که از حملات مکرر میگرن رنج می‌برند، استفاده از درمان‌های پیشگیرانه ممکن است کمک‌کننده باشد.

خط اول: بهترین گزینه‌ها برای درمان پروفیلاکتیک در بارداری، داروهای مهارکننده کانال کلسیم (CCB) و بتابلاکرها هستند.

لازم به ذکر است که بتابلاکرها از جمله پروپرانولول، متوپرولول و آتنولول اثرات تراتوژنیسیته ندارند اما در صورت مصرف طولانی مدت ممکن است باعث بروز برادیکاردی، سرکوب تنفسی گذرا و محدودیت رشد در جنین بشوند. عارضه کاهش رشد بیشتر با داروی آتنولول گزارش شده است.

از بین داروهای CCB، گزینه انتخابی داروی وراپامیل است هر چند سایر CCBهای کوتاه و بلند اثر هم در دوره بارداری قابل استفاده هستند.

خط دوم: در صورتی که داروهای خط اول برای رفع مشکل بیمار کافی نباشد، می‌توان از داروهای ضدافسردگی یا گاباپنتین استفاده نمود.

دوز پایین داروهای ضدافسردگی مانند ونلافاکسین و ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای (TCA) می‌تواند در موارد مقاوم به درمان خصوصاً در صورتی که مادر بیماری زمینه‌ای اعصاب و روان داشته باشد، تجویز شود. میرتازپین که از نظر فارماکولوژیک در

دسته TCAها قرار می‌گیرد، از طریق چند مکانیسم مثل آنتاگونیسم گیرنده‌های آلفا آدرنرژیک، آنتاگونیسم سروتونین، آنتاگونیسم هیستامین و اثرات ضداضطرابی با میگرن مقاوم به درمان مبارزه می‌کند.

گاباپنتین: به جز در سه ماهه اول بارداری، گاباپنتین یکی از گزینه‌ها برای پیشگیری از میگرن مقاوم به درمان است و برخلاف والپروات اثرات تراتوژنیک ندارد.

یک مطالعه case series اثر استفاده از بوتاکس (OnabotulinumtoxinA) در ۴۵ خانم باردار بررسی کرده است. در این مطالعه، پیامد منفی به دنبال استفاده از بوتاکس گزارش نشد.

بعضی از مقالات استفاده از بعضی مکمل‌ها مثل منیزیوم (۴۰۰ تا ۸۰۰ میلی‌گرم) و ریبوفلاوین (۴۰۰ میلی‌گرم) را توصیه می‌کنند. هر چند شواهد علمی کافی برای اثبات این ادعاها وجود ندارد.

سردرد تنشی

شایع‌ترین نوع سردردها، سردردهای تنشی هستند که به صورت احساس درد و فشار در اطراف سر تجربه می‌شود. از آنجایی که بروز این سردرد تحت تاثیر تغییرات هورمونی نیست، شیوع این نوع سردرد در دوره بارداری بیشتر نمی‌شود. برخی از محققان عقیده دارند ابتلا به سردرد تنشی در دوره بارداری ریسک زایمان زودرس را بالا می‌برد هر چند این ادعا هنوز به طور قطعی ثابت نشده است.

دارودرمانی

خط اول و دوم درمان: خط اول درمان استفاده از استامینوفن و خط دوم استفاده کوتاه مدت از NSAIDهاست. ریسک استفاده از NSAIDها در هفته‌های مختلف بارداری متفاوت است و در قسمت سردردهای میگرنی توضیح داده شده است.

خط سوم: اگر رژیم درمانی تک دارویی برای بیمار پاسخ‌گو نباشد، ترکیب ۵۰۰ میلی‌گرم استامینوفن و ۱۰۰ میلی‌گرم کافئین به صورت خوراکی گزینه مناسبی است.

در مواردی که درمان‌های بالا موثر واقع نمی‌شود یا منع مصرف دارد، استفاده از کدئین هم مجاز است. احتیاطات مربوط به استفاده از کدئین در قسمت سردرد میگرن شرح داده شده است.

سردرد خوشه‌ای

سردرد خوشه‌ای نوعی سردرد است به طور ناگهانی آغاز شده، به اوج می‌رسد و رو به بدتر شدن می‌رود. این سردرد معمولاً یک طرفه است و گاهی با علائمی مثل درد چشم‌ها، گرفتگی بینی، تعریق صورت، اشک‌ریزش و تورم پلک‌ها همراه است.

معمولاً شیوع و شدت سردردهای خوشه‌ای در دوره بارداری تفاوت پیدا نمی‌کند. برخی از مطالعات ادعا می‌کنند این نوع سردردها در دوره بارداری رو به بهبود می‌روند.

دارودرمانی

خط اول و دوم درمان: به دلیل دوره زمانی کوتاه حملات سردرد خوشه‌ای درمان ویژه‌ای برای فاز حاد این بیماری در نظر گرفته نمی‌شود. معمولاً اکسیژن رسانی به بیمار و استفاده از تریپتان‌ها به ویژه سوماتریپتان است.

استفاده از لیدوکائین موضعی: اگر این درمان‌ها پاسخ‌گو نباشد، می‌توانیک تکه پنبه را به ۰.۵ سی سی لیدوکائین ۴٪ آغشته نبوده و در داخل سوراخ بینی قرار داد. شواهد بالینی حاکی از آن است که این درمان با اثرات تراتوژن و عوارض ناخواسته برای جنین همراه نیست.

هر چند استفاده از ارگوتامین می‌تواند به کاهش علائم سردردهای خوشه‌ای در بارداری کمک کند اما استفاده از این دارو در دوره بارداری اکیدا ممنوع است. این دارو باعث اسپاسم عروق تغذیه‌کننده جنین و انقباضات رحمی نابه‌جا می‌شود. پس از زایمان، استفاده از این دارو در مادرانی که شیردهی ندارند، مانعی ندارد؛ به شرط اینکه بیمار منع یا احتیاط مصرفی برای دریافت ارگوتامین نداشته باشد. موارد ممنوعیت مصرف ارگوتامین عبارتند از فشار خون بالا، مصرف همزمان داروهای مهارکننده پروتئاز، استفاده از آزول‌های ضدقارچ و تعدادی از ماکرولیدها) به علت اطلاعات محدود در خصوص استفاده از ارگوتامین در شیردهی و پتانسیل آسیب‌رسانی این دارو به شیرخوار، خانم‌های شیرده مجاز به استفاده از این دارو نیستند.

درمان‌های پیشگیرانه

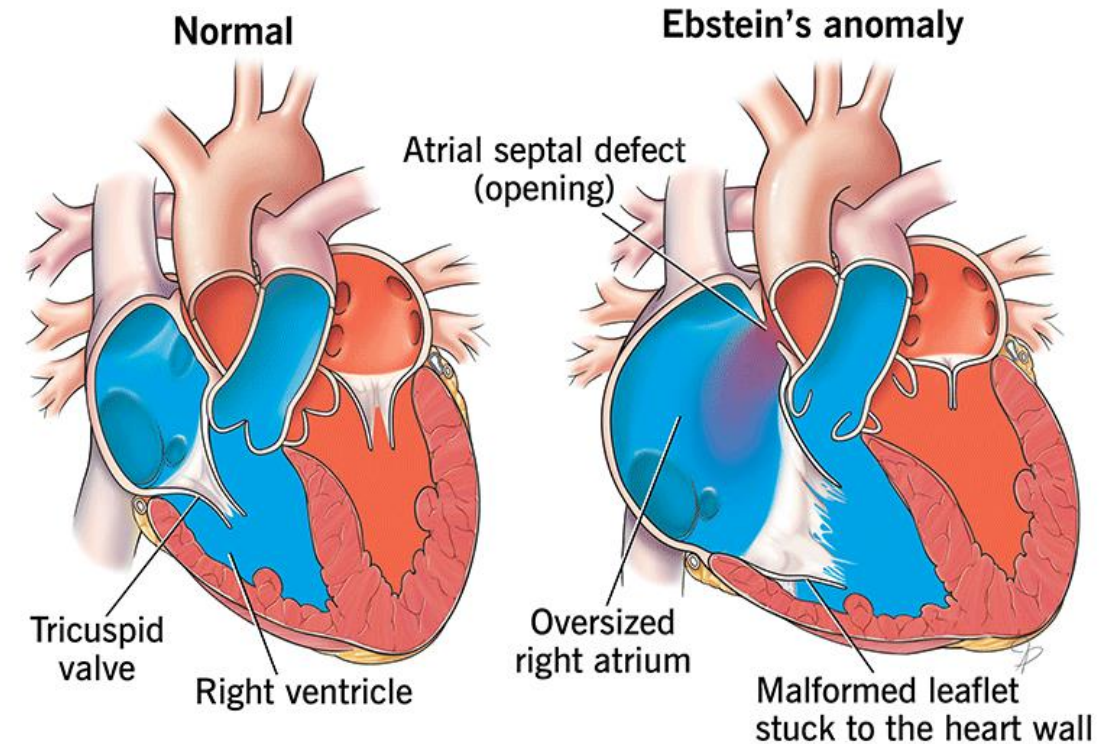
خط اول: در مواردی که خانم باردار کاندید دریافت درمان پیشگیرانه سردرد باشد، بهترین گزینه‌ها وراپامیل و گلوکوکوتیکوئیدها هستند.

وراپامیل CCB انتخابی دوره بارداری است چرا که ایمنی و تحمل‌پذیری قابل قبولی در خانم‌های باردار دارد. به طور معمول، این دارو با دوز روزانه ۲۴۰ میلی‌گرم (در سه دوز منقسم) شروع می‌شود. وضعیت اکثر بیماران با دوز ۲۴۰ الی ۳۲۰ میلی‌گرم در روز کنترل می‌شود. در برخی موارد، لازم است دوز روزانه تا ۹۶۰ میلی‌گرم در روز بالا برده شود. بر اساس گزارشات موجود، استفاده از این دارو با ناهنجاری‌های جنینی در ارتباط نبوده است.

گزینه بعدی در پیشگیری از سردرد خوشه‌ای خانم‌های باردار، داروی پردنیزولون با دوز ۲۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز برای مدت دو روز می‌باشد. به نظر می‌رسد این دارو روی جنین تاثیر منفی نداشته باشد. دگزامتازون و بتامتازون، با توجه به متابولیت‌هایشان که از جفت عبور می‌کنند، گزینه‌های مناسبی برای دوره بارداری نیستند.

خط دوم درمان: بعد از پایان سه ماهه اول بارداری، لیتیوم و توپیرامات جزء گزینه‌های درمان پروفیلاکتیک سردرد خوشه‌ای هستند. در صورت مصرف لیتیوم در سه ماهه اول، جنین در معرض بروز ناهنجاری Ebstein قرار می‌گیرد. Ebstein یک ناهنجاری قلبی مادرزادی نادر است که در آن دریچه سه‌لته قلب به درستی تشکیل نشده و در نتیجه دهلیز و بطن راست ساختار طبیعی ندارند. ساختار غیرطبیعی این دریچه سبب می‌شود که دریچه به درستی بسته نشود و نوزاد دچار آریتمی‌های قلبی بشود. علاوه‌براین، احتمال بروز علائم سمیت لیتیوم در نوزادانی که مادرشان در سه ماهه سوم از لیتیوم استفاده کرده، وجود دارد.

Ebstein's anomaly



Cleveland Clinic ©2023

استفاده از توپیرامات در سه ماهه اول بارداری با بروز شکاف کام و لب نوزاد همراه باشد. به طور معمول بسته شدن سقف دهان و تشکیل لب جنین تا پایان هفته ۱۰ بارداری ادامه خواهد داشت. بنابراین، خانم‌های باردار پس از گذشت ۱۰ هفته و ترجیحا پس از شروع سه ماهه دوم مجاز به استفاده از داروی توپیرامات هستند. هر چند مصرف توپیرامات در طی بارداری ممکن است منجر به کمبود وزن نوزاد به هنگام تولد بشود.

خط سوم درمان: سومین خط درمان پیشگیرانه سردرد خوشه‌ای در بارداری شامل پی‌زوتیفن، گاباپنتین، ملاتونین و فرم داخل بینی کاپسایسین می‌باشد. اطلاعات در خصوص استفاده از این داروها در بارداری بسیار محدود است. استفاده از دو داروی اول، در سه ماهه اول بارداری، مطلقا ممنوع است.

توصیه‌هایی در مورد داروهای مورد استفاده در دوره شیردهی:

داروهایی که در شیر مادر ترشح می‌شوند، مناسب استفاده در مادران شیرده نیستند. به عنوان مثال، مصرف ارگوتامین ممکن است سبب استفراغ، اسهال، ضعف و ناپایداری فشار خون در شیرخوار می‌شود. مصرف کدئین ممکن است با سرکوب سیستم تنفسی در نوزاد همراه باشد. انجمن بیماری‌های زنان در آمریکا توصیه کرده است که از شیردهی ۸ تا ۱۲ ساعت بعد از مصرف سوماتریپتان اجتناب شود. البته بعد از مصرف سایر تریپتان‌ها تا ۲۴ ساعت شیردهی ممنوع است. مصرف فرآورده‌های حاوی اوپیوئیدها و آلکالوئیدهای ارگوت در دوره شیردهی ممنوع است.

منبع: [Uptodate: Headache during pregnancy and postpartum](#)

تازه‌های علمی - دارویی

یک داروی جدید برای درمان آلزایمر

بیش از ۵۵ میلیون نفر در جهان از یکی از انواع دمانس رنج می‌برند. حدود ۷۰ درصد این موارد دمانس از نوع آلزایمر است که به دنبال تجمع دو نوع پروتئین تائو و آمیلوئید در مغز ایجاد می‌شود. آمیلوئید نوعی پروتئین است که به صورت طبیعی در بدن و در فضای سیناپسی تولید می‌شود. از بهم چسبیدن این پروتئین‌ها پلاک‌های آمیلوئیدی تشکیل می‌شود. تشکیل و تجمع بیش از حد این پلاک‌ها در مغز با بروز علائمی مثل اختلال حافظه و افت عملکرد ذهنی همراه است.

سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) به تازگی برای دارویی که برای درمان آلزایمر، این پلاک‌های آمیلوئیدی را مورد هدف قرار می‌دهد، تاییدیه صادر کرده است. این دارو که Donanemab نام دارد، نوعی مونوکلونال آنتی‌بادی است و در بیمارانی که مراحل اولیه بیماری آلزایمر را طی می‌کنند، نتیجه بهتری ایجاد می‌کند. از همین رو، تاییدیه دارو صرفاً برای درمان مراحل اولیه آلزایمر می‌باشد. این دارو توسط شرکت Eli Lilly's با نام برند Kisunla و به صورت محلول‌های ۳۵۰ میلی‌گرم در



۲۰ میلی‌لیتر فرآوری شده و به صورت ماهانه و از طریق انفوزیون وریدی به بیماران تزریق می‌شود. این دارو روند پیشروی بیماری را کند کرده و به بیماران این فرصت را می‌دهد که مدت زمان طولانی‌تری فعالیت فردی و اجتماعی طبیعی خود را حفظ کند. از ویژگی‌های انحصاری این دارو این است که پس از بین رفتن پلاک‌های آمیلوئیدی مغز، درمان دارویی با Kisunla متوقف می‌شود. بدین ترتیب، در وقت و هزینه بیمار صرفه‌جویی

خواهد شد. مطالعه بالینی TRAILBLAZER-ALZ 2 در یک دوره ۱۸ ماهه به بررسی اثرات داروی Kisunla پرداختند. درمان با این دارو به ویژه در افرادی که علائم خفیف‌تری داشتند، با کاهش علائم بیمار همراه بوده است. بررسی پت اسکن مغزی بیماران حاکی از این بود که پلاک‌های آمیلوئیدی در شرکت‌کنندگانی که ۶ ماه تحت درمان با داروی Kisunla بودند، ۶۱ درصد کاهش پیدا کرد. این شاخص بعد از ۱۲ ماه به ۸۰ درصد و بعد از ۱۸ ماه به ۸۴ درصد رسید.

یکی از عوارضی که با مصرف داروی Kisunla محتمل است، بروز ناهنجاری‌های تصویربرداری مرتبط با آمیلوئید^۲ (ARIA) است. این عارضه با تمام داروهایی که پلاک‌های آمیلوئیدی را هدف قرار می‌دهند، ممکن است ایجاد شود. ARIA در اکثر موارد بدون علامت است. ARIA در واقع نوعی تورم موقت یک یا چند ناحیه در مغز است که خودبه‌خود بهبود پیدا می‌کند. از دیگر عوارض داروی Kisunla می‌توان به سردرد و بروز واکنش‌های حساسیتی به ویژه در حین تزریق و تا ۳۰ دقیقه بعد از آن اشاره کرد.

۲ جولای ۲۰۲۴

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

² Amyloid-Related Imaging Abnormalities

بزرگی خوش خیم پروستات و زوال عقلی: آیا درمان مشترکی وجود دارد؟

بعد از بیماری آلزایمر، دمانس ناشی از تجمع اجسام لوئی در مغز^۳ (DLB) شایع‌ترین بیماری نورودژنراتیو به حساب می‌آید. به نظر می‌رسد استفاده از برخی داروهای مورد استفاده در درمان بزرگی خوش خیم پروستات (BPH) ریسک ابتلا به این نوع دمانس را کاهش می‌دهد.

محققان دریافته‌اند که آقایان سالمندی که تحت درمان با ترازوسین، دوکسازوسین یا آلفوزوسین (Tz/Dz/Az) هستند، ۴۰ درصد کمتر از بیمارانی که تامسولوسین دریافت می‌کنند، به DLB مبتلا می‌شوند. ابتلا به DLB در این آقایان نسبت به آقایانی که از مهارکننده‌های ۵ آلفاردوکتاز (5AR) استفاده می‌کنند، ۳۷ درصد کمتر است.

نتایج این مطالعه از آن جهت مهم است که تاکنون هیچ دارویی برای پیشگیری یا درمان DLB یافت نشده است. یافته‌های این پژوهش در ۱۹ ژوئن ۲۰۲۴ به صورت آنلاین در ژورنال Neurology منتشر شد.

در این مطالعه نشان داده شد که استفاده از Tz/Dz/Az آنزیم فسفولیپاز کیناز ۱ (PKG1) را فعال کرده و فراهمی ATP را بالا می‌برد. مطالعاتی که در سال‌های اخیر انجام شده حاکی از این است که بهبود وضعیت متابولیک مغز ریسک ابتلا به پارکینسون را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، گزارش شده که موتاسیون ژن PKG1 در برخی موارد با ابتلا به بیماری پارکینسون ارتباط داشته است. محققان حدس می‌زنند که میزان ATP در دسترس سلول‌های عصبی که به دنبال فعال شدن PKG1 اتفاق می‌افتد، به سلول‌ها اجازه می‌دهد تا بهتر با روند پیری و تجمع سینوکلئین سازگار شوند.

برای بررسی اینکه آیا داروهای تقویت کننده گلیکولیز ممکن است در مبتلایان به DLB به عنوان محافظ عصبی عمل کنند، محققین یک مطالعه همگروهی گذشته نگر با استفاده از پایگاه داده بیمه درمانی انجام دادند. در این بررسی، گروهی از مردان بالای ۴۰ سال که برای مشکل پروستات، Tz/Dz/Az مصرف می‌کردند (۱۲۶،۳۱۳) با بیمارانی که تامسولوسین مصرف می‌کردند (۴۳۷،۰۳۵)، مقایسه کردند. دارو تامسولوسین و مهارکننده‌های 5AR آنزیم PKG1 را فعال نمی‌کنند، بنابراین محققان از آن‌ها به عنوان داروی گروه شاهد استفاده کردند. پس از یک بررسی ۳ ساله، ۱۹۵ نفر از بیماران مصرف کننده Tz/Dz/Az دچار DLB شد. (۵،۲۱ مورد به ازای ۱۰،۰۰۰ نفر در سال) در بین بیماران مصرف کننده تامسولوسین، ۱۲۸۶ مورد DLB گزارش شد. (۱۰،۸ مورد به ازای هر ۱۰،۰۰۰ نفر در سال) و ۱۹۳ مورد DLB در بین بیمارانی که از مهارکننده‌های 5AR استفاده می‌کردند، دیده شد. (۷،۸ مورد به ازای هر ۱۰،۰۰۰ نفر در سال)

این داده‌ها نشان می‌دهد که ریسک بروز DLB در بیماران مصرف کننده Tz/Dz/Az ۶۰ درصد کمتر از بیماران مصرف کننده تامسولوسین و ۳۷ درصد کمتر از بیماران مصرف کننده مهارکننده 5AR است. این آمار حاکی از اثرات نوروپروتکتیو (محافظت از اعصاب) داروهای Tz/Dz/Az می‌باشد. هر چند محدودیت‌هایی در انجام این بررسی وجود داشته. از جمله اینکه هیچ بیمار خانمی مورد مطالعه قرار نگرفته است. پس این داده‌ها قابل تعمیم به بیماران خانم نیستند.

۲۷ ژوئن ۲۰۲۴

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

³ Dementia with Lewy Bodies

پیشگیری از بارداری در خانم‌های مبتلا به تشنج

در گذشته ابتلا به تشنج مانعی برای باردار شدن به حساب می‌آمد و خانم‌های مبتلا به تشنج اجازه باردار شدن نداشتند. امروز ۹۰ درصد این خانم‌ها می‌توانند باردار شوند و بارداری‌های موفق‌تری را هم تجربه کنند. با این وجود، باردار در خانم‌های مبتلا به تشنج با پیچیدگی‌های بیشتری همراه است. از این رو، این خانم‌ها پیش از اقدام به بارداری باید با پزشک معالج خود مشورت کنند و در صورت اجازه ایشان، باردار شوند. بنابراین، انتظار می‌رود همه بارداری‌ها در خانم‌های مبتلا به تشنج به صورت برنامه‌ریزی شده اتفاق بیفتد. در ادامه، راهکارهای پیشگیری از بارداری مناسب در خانم‌های مبتلا به تشنج مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

لازم به ذکر است که برخی از داروهای ضد تشنج اثرات القا آنزیمی دارند و متابولیسم داروهای ضد بارداری هورمونی به وسیله کبد را افزایش می‌دهند. داروهای ضد تشنج از نظر القای آنزیم به سه دسته زیر تقسیم می‌شوند. داروهای القاکننده قوی اثربخشی داروهای ضد بارداری را به صورت محسوسی کاهش می‌دهند. داروهای القاکننده ضعیف پتانسیل کاهش اثر داروهای ضد بارداری را دارند اما در همه موارد این مشکل رخ نخواهد داد. داروهایی که اثر القای آنزیماتیک ندارند، با داروهای ضد بارداری تداخل پیدا نمی‌کنند.

داروهای بدون اثر القاگری	القا کننده‌های ضعف	القا کننده‌های قوی
اتوسوکسیماید	کلوبازام	کاربامازپین
گاباپنتین/پرگابالین	لاموتریزین	اکس کاربازپین
لاکوزاماید	توپیرامات	فنوباربتال
لوتیراستام		فنی توئین
والپروات	فلبامات	پریمیدون
زونیساماید		

القا آنزیمی کبدی روند متابولیسم استروژن و پروژسترون آگزوژن را تغییر داده و میزان اتصال به پروتئین آن‌ها را تغییر می‌دهند. به همین علت، اثربخشی همه داروهای ضد بارداری هورمونی به جز IUDهای حاوی پروژسترون را کاهش می‌دهند. برای خانم‌هایی که از داروهای القاکننده آنزیمی استفاده می‌کنند، روش‌های هورمونی (مثل قرص‌های ضد بارداری هورمونی) مناسب نیست. در این بیماران بهترین روش طولانی مدت پیشگیری از بارداری استفاده از IUD می‌باشد. در مواردی که IUD برای خانم مناسب نباشد، می‌توان از آمپول‌های طولانی اثر DMPA استفاده نمود.

بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) و مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) استفاده از IUDهای حاوی مس یا لوونورژسترول بهترین گزینه برای پیشگیری از بارداری در خانم‌های مبتلا به تشنج محسوب می‌شود. IUDهای حاوی لوونورژسترول چون اثرگذاری موضعی دارند، تحت تاثیر القا آنزیمی کبدی قرار نمی‌گیرند و تداخل دارویی محسوسی اتفاق نمی‌افتد.

در بیمارانی که از داروهای القاکننده آنزیمی استفاده می‌کنند، اثرگذاری داروهای ضد بارداری اورژانسی (لوونورژسترول) کاهش می‌یابد. در صورت نیاز به استفاده از این نوع دارو، بیماران باید ۱.۵ میلی‌گرم لوونورژسترول را هر ۱۲ ساعت برای دو دوز استفاده کنند.

مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

پاسخگوی سوالات علمی دارویی



شماره تماس ۲۲۱۰۱ دارای
خط ویژه جهت مشاوره علمی دارویی ۳۰



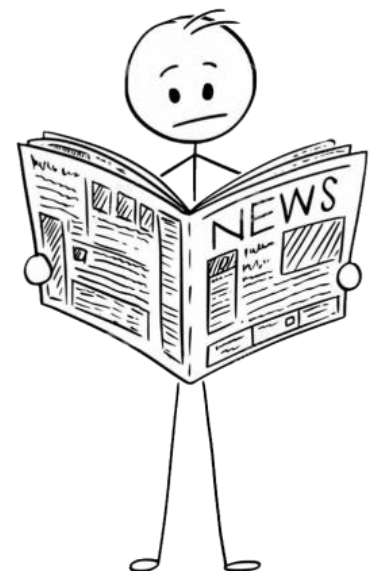
پاسخگویی به هم میهنان عزیز
توسط پزشکان و داروسازان مجرب

پاسخگویی به همکاران کادر درمان
توسط متخصصین داروسازی بالینی



علاوه بر تاثیر داروهای ضد تشنج القاکننده آنزیمی، استروژن و پروژسترون هم ممکن است روی متابولیسم برخی از داروهای ضد تشنج مثل لاموتریژین اثر داشته باشند. مصرف داروهای ضد بارداری اورژانسی غلظت خونی لاموتریژین را تا ۵۰ درصد کاهش می دهد. در صورت قطع داروهای ضد بارداری هورمونی، غلظت خونی لاموتریژین به میزان چشمگیری بالا می برد. این اتفاق ممکن است در ۷ روز استراحت بین دو بسته داروی ضد بارداری هم اتفاق بیفتد. فلذا، خانم هایی که لاموتریژین مصرف می کنند و روش ضد بارداری شان قرص های ضد بارداری هورمونی است، باید دارو را بدون استراحت و به صورت پیوسته مصرف کنند.

منبع: سایت Uptodate



تداخلات دارویی با گیاه دم اسب

دم اسب (Horsetail) با نام علمی *Equisetum arvense* گیاهی از جنس *Equisetum* می‌باشد که اثرات متعددی از جمله اثرات ضدالتهابی، اثرات آنتی‌اکسیدانی، افزایش دفع آب از بدن، کمک به رشد و استحکام مو و ناخن و کمک به سلامت استخوان از آن گزارش شده است. در گذشته، این گیاه بیشتر به عنوان مدر، سنگ‌شکن کلیه و مثانه و حتی در درمان عفونت‌های ادراری تجویز می‌شد. از منظر علمی، مطالعات علمی اثربخشی این فرآورده گیاهی را در هیچ کدام از موارد ذکر شده تایید نکرده‌اند اما در بسیاری از مکمل‌های موجود در بازار از جمله مکمل‌های کلسیم و مکمل‌های پوست و مو عصاره دم اسب به کار رفته است.



یکی از ترکیبات موجود در عصاره خشک شده دم اسب، آنزیم تیامیناز است. در نتیجه مصرف طولانی مدت فرآورده‌های حاوی دم اسب می‌تواند باعث کمبود تیامین یا ویتامین ب ۱ بشود. هر چند در بسیاری از مکمل‌های حاوی دم اسب، این آنزیم از عصاره گیاه حذف شده است. استفاده از این فرآورده در افراد مبتلا به هایپوکالمی (کمبود پتاسیم) توصیه نمی‌شود چرا که این فرآورده دفع ادراری پتاسیم را بالا می‌برد. عصاره دم اسب با تعدادی از داروهای شیمیایی تداخل دارد. بیماری‌هایی که از این داروها استفاده می‌کنند، هنگام انتخاب مکمل باید به این موضوع توجه کافی داشته باشند. مهم‌ترین تداخلات دارویی گیاه دم اسب به شرح زیر است:

- **لیتیوم:** عصاره دم اسب دفع ادراری لیتیوم را کاهش داده و سبب تجمع دارو در خون می‌شود. استفاده هم‌زمان از این دو دارو، بیمار را در معرض سمیت ناشی از لیتیوم قرار می‌دهد.
- **داروهای کاهنده قند خون:** مصرف فرآورده‌های حاوی دم اسب سبب کاهش سطح قند خون می‌شود. فلذا مصرف این گونه فرآورده‌ها در بیمارانی که داروهای دیابت به خصوص گلی‌بنگلامید، انسولین و پیوگلیتازون استفاده می‌کنند، توصیه نمی‌شود.
- **داروهای مدر:** همان‌طور که بالاتر اشاره شد، عصاره دم اسب اثرات ادرارآور دارد و سبب افزایش دفع پتاسیم از طریق ادرار می‌شود. در صورتی که بیمار داروهای دیورتیک را در کنار دم اسب مصرف نماید، در ریسک شدید هایپوکالمی قرار می‌گیرد. این تداخل در خصوص دیورتیک‌های مثل هیدروکلروتیازید، کلرتالیدون و فورزماید جدی‌تر است.
- **داروهای ضد ویروس HIV:** استفاده از داروهای حاوی عصاره دم اسب اثربخشی برخی از داروهای مورد استفاده در درمان HIV/AIDS از جمله داروی افویرنز و داروهای NRTI⁴ را کاهش می‌دهد.

منبع: سایت Rxlist.com و [The Review of Natural Product](http://TheReviewofNaturalProduct.com)

⁴ Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

مار کبری دیگر قربانی نمی‌گیرد: شناسایی یک پادزهر جدید

مار کبری یکی از خطرناک‌ترین انواع مارهای سمی است که در نواحی شمالی ایران هم به فراوانی وجود دارد. زهر این مار باعث نکرور بافتی شده و در بسیاری از موارد به آمپوتاسیون (قطع عضو) منجر می‌شود.

در حال حاضر، در بسیاری از موارد مار گزیدگی از پادزهر اختصاصی مار کبری استفاده می‌شود. این پادزهر حاوی ایمونوگلوبولین‌های حیوانی است که علیه پروتئین‌های زهر مار ساخته شده است. تهیه این ایمونوگلوبولین‌ها کار دشوار و پرهزینه‌ای است. چرا که برای ساخت این پادزهرها، زهر باید وارد بدن حیوان (به طور معمول اسب، گوسفند، بز یا خرگوش) بشود و ایمونوگلوبولین‌هایی که علیه این زهر ساخته شده‌اند، از سرم حیوان استخراج بشود. از طرف دیگر، با استفاده از تخم مرغ می‌توان به ساخت IgY علیه زهر مربوطه اقدام کرد. IgY ایمونوگلوبولینیست که پرندگان، خزندگان و دوزیستان (نه پستانداران) علیه زهر مار می‌سازند. هر چند به نظر می‌رسد اثربخشی ایمونوگلوبولین‌های تهیه شده از پستانداران بالاتر باشد. چرا که بدن پستانداران قادر است علیه چندین مورد از توکسین‌های موجود در زهر مار آنتی‌بادی بسازد.



در بسیاری از موارد، از جمله در ایران، پادزهرهای چندظرفیتی (Polyvalent) تهیه می‌شود. این نوع پادزهرها حاوی ایمونوگلوبولین‌های علیه سم چند گونه مختلف مار هستند که معمولاً در یک ناحیه جغرافیایی نزدیک به هم زیست می‌کنند. تصویر زیر، ضد زهر مار موجود در ایران را نشان می‌دهد که حاوی پادزهر ۶ نوع مار از جمله مار کبری می‌باشد.

هر چند استفاده از پادزهر تنها گزینه پیش روی بیماران مارگزیده است اما استفاده از این فرآورده‌ها با عوارض متعددی از جمله بروز علائم حساسیتی زودهنگام از جمله آنافیلاکسی، واکنش‌های پیروژنیک (تب‌زا) و واکنش‌های حساسیتی تاخیری (Serum Sickness) همراه است. برای مدیریت و پیشگیری از بروز این عوارض، استفاده از روش‌های پیش‌درمانی یا Premedication با داروهای مختلف از جمله اپی‌نفرین زیرجلدی پیشنهاد شده است.

اخیراً دانشمندان دانشگاه سیدنی در همکاری با محققان دانشگاه

لیورپول به کشف بسیار ارزشمندی دست یافته‌اند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که داروی ضدانعقاد هپارین می‌تواند به عنوان پادزهر مار کبری عمل کند و از نکرور شدن بافت گزیده شده جلوگیری نماید. لازم به ذکر است که ضد زهرهای پلی‌والان معمول این قابلیت را ندارند.

این تحقیقات بر اساس روش CRISPR⁵ و بر مبنای شناسایی ژن‌های انسانی که زهر برای ایجاد نکرور هدف قرار می‌دهد، انجام شده است نشان می‌دهد که زهر مار کبری برای ایجاد نکرور بافتی نیازمند آنزیم‌هایی است که در ساخت مولکول‌های هپارین و هپاران مشارکت دارند.

⁵ Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats

هپارین در برابر زهر مار کبری شبیه یک طعمه عمل می‌کند. اگر مقادیر بالای هپارین یا سایر مولکول‌های هپارینوئیدی در ناحیه گزیدگی تجمع پیدا کند، هپارین به مولکول‌های زهر چسبیده، آن را خنثی کرده و عملاً اجازه اثرگذاری روی سلول‌ها به زهر نمی‌دهد.

هپارین یک داروی ارزان و شناخته شده است که بر خلاف پادزهرهای معمول نیاز به شرایط نگهداری ویژه و دمای پایین ندارد و در لیست داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت (WHO) جای دارد. محققان قصد دارند فرمولاسیونی از این فرآورده تهیه کنند که مانند فرآورده EpiPen فوراً، به راحتی و توسط خود فرد تزریق شود.

البته لازم به ذکر است که هنوز مطالعات انسانی اثرات ضد زهری هپارین آغاز نشده و این داده‌ها بر اساس نتایج مطالعاتی که روی موش‌ها انجام شده، به دست آمده است. نتایج این مطالعه در آخرین شماره ژورنال [Science Translational Medicine](#) به چاپ رسیده است.

۱۸ جولای ۲۰۲۴

منبع: سایت news-medical.net



یک داروی جدید برای درمان لوپوس در کودکان تایید شد.

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) اخیراً برای استفاده از فرم زیرجلدی داروی Belimumab با برند Benlysta در کودکان بالای ۵ سال مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE) که در حال دریافت درمان استاندارد هستند، تاییدیه صادر کرد.

بیماری لوپوس در کودکان بسیار شدیدتر از بزرگسالان بروز می‌کند و احتمال درگیری اندام‌ها در کودکان بالاتر است. استفاده از داروهایی که فواصل مصرف کوتاهی دارند، روند درمان برای کودکان را مشکل‌تر می‌کنند. تایید این دارو که فواصل تزریق آن حداقل هفته‌ای یک بار است، می‌تواند در افزایش پذیرش دارو توسط بیماران و تحمل‌پذیری آن‌ها موثر واقع شود.

پیش از این، مونوکلونال آنتی‌بادی Belimumab که اختصاصاً علیه لنفوسیت‌های B عمل می‌کند، برای تزریق وریدی در کودکان بالای ۵ سال مبتلا به SLE تاییدیه دریافت کرده بود. با تایید فرم زیرجلدی دارو، امکان استفاده در منزل و تزریق دارو توسط مراقبین کودک فراهم آمده است. هر سرنگ آماده تزریق دارو حاوی ۲۰۰ میلی‌گرم Belimumab می‌باشد. دارو برای کودکان با وزن بالای ۴۰ کیلوگرم به صورت هفتگی و برای کودکان بین ۱۵ تا ۴۰ کیلوگرم به صورت دو هفته یک بار استفاده می‌شود.

در بیماران بزرگسال، شایع‌ترین عارضه دارو بروز عفونت‌های شدید و گاهی عفونت‌های تهدیدکننده حیات می‌باشد. سایر عوارض داروی Belimumab عبارتند از تهوع، اسهال، نازوفارنژیت، برونشیت، بی‌خوابی، درد اندام‌های تحتانی، افسردگی، میگرن، فارنژیت، افزایش دمای بدن و عوارض محل تزریق.



۲۳ می ۲۰۲۴

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



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

سوال بیمار: بیمار آقای ۲۰ ساله‌ای است که در هفته‌ی آینده عازم کربلا هستند و با توجه به شنیده‌هایشان که بیماری سرخک در عراق همه‌گیر شده، می‌پرسند آیا لازم است که اقدام خاصی انجام بدهند؟ ایشان واکسیناسیون خود را تا به الان به طور کامل انجام داده‌اند.

پاسخ: در موارد همه‌گیری سرخک، افرادی که از قبل واکسیناسیون کامل انجام نداده‌اند، بایستی دو دوز از واکسن MMR⁶ را به فاصله ۲۸ روز دریافت کنند. دوز اول واکسن بایستی در عرض ۷۲ ساعت از مواجهه باشد.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به اینکه این آقا برنامه واکسیناسیون خود را به طور کامل دریافت کرده‌اند و نیاز به واکسیناسیون مجدد ندارند. برای پیشگیری از ابتلا به سرخک که یکی از مسری‌ترین بیماری‌هاست، بایستی دست‌ها را بیشتر از قبل شست‌وشو بدهند یا از پاک‌کننده‌های الکلی استفاده کنند. در مکان‌های شلوغ، حتماً از ماسک برای پوشاندن دهان و بینی استفاده بشود.

منبع: [Uptodate](#)

دکتر هستی فتوگرافی

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: پای دختر ۱۰ ساله دیروز توسط سگ دچار خراشیدگی مختصر شده (توصیفی که از شدت خراشیدگی دارند این هست که مثل کشیده شدن ناخن روی پوست هست). سال گذشته واکسن هاری رو به صورت کامل به دلیل همین اتفاق گاز گرفتگی توسط سگ تزریق کردند. آیا لازم هست با توجه به خراش مختصری که اتفاق افتاده و تزریق واکسنی که یک سال قبل کامل انجام شده مجدد تزریق واکسن داشته باشند؟

پاسخ: هر نوع زخمی و آسیب که توسط حیوان مثل سگ اتفاق بیفته حتی اگر خراش مختصر باشه هم لازم دارد که واکسن دریافت بشه. در مورد ایشون که قبلاً واکسن دریافت کرده، صرفاً لازم هست دو دوز واکسن هاری در روز های ۰ و ۳ تزریق بشه. احتیاج به تزریق ایمنوگلوبولین نیست. در مورد واکسن کزاز هم در صورتیکه سه دوز کامل تزریق شده باشه و کمتر از ۵ سال از آخرین تزریق گذشته باشه، احتیاج به تزریق واکسن کزاز نیست.

منبع: [Uptodate](#)

دکتر حوراء آتشگر

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: برای علائم سرماخوردگی پزشک برای کودک ۱ ساله، نئوتادین هر ۱۲ ساعت ۵ سی سی تجویز کرده است. مادر، شیرده هست و ساعت ۱۰ دو گاباپنتین ۳۰۰ استفاده کرده است. از آن موقع تا ساعت ۱۵، سه با شیر به بچه دادند. بچه از ساعت ۱۵ خواب‌آلود است و زیاد می‌خوابد. تنفس طبیعی است و نسبت به محرک‌های محیطی هشیار است. آیا نیاز به اقدام خاصی است؟

پاسخ: ترشح گاباپنتین در شیر و استفاده از نئوتادین باعث بروز این حالت در بچه شده است. میزان استفاده از نئوتادین بیشتر از دوز مورد نیاز کودک بوده است. لازم است مایعات بیشتری به بچه داده شود و نسبت به وضعیت تنفس بچه و بروز هر علامت غیر معمولی، حساس باشند. موقتا به بچه شیرخشک داده شود. دوز داروی نئوتادین به ۲ سی سی در روز کاهش داده شد. در خصوص انتخاب مسکنی برای مادر که با شیردهی سازگار باشد، با پزشک مشورت بشود.

منابع: [Uptodate](#), [Lactmed](#)

دکتر محمدحسین دهقانی

⁶ Measles, Mumps & Rubella

بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: خانم ۳۷ ساله مبتلا به پرکاری تیروئید، متی مازول ۵ سه روز در هفته نصف مصرف می‌کنند. مدافینیل ۱۰۰ روزی نصف و آسنتر ۵۰ برایشان تجویز شده است. بعد از ۶ روز مصرف مدافینیل، احساس تپش قلب، بی‌قراری و گرگرفتگی داشته‌اند. پزشک مدافینیل را یک چهارم کرده ولی علائم همچنان ادامه دارد با همان شدت. آسنتر را از قبل می‌خوردند و مدافینیل اضافه شده است. آسنتر ۱۰۰ بوده و همزمان با تجویز مدافینیل، به ۵۰ کاهش داده شده. علائم شبه SJS: تب، دو تا دانه روی انگشت و لبه داخلی پلک پایین چشم بدون پوسته ریزی. آخرین تست CBC هفت ماه قبل بوده است. الان سوال دارند که آیا باید مدافینیل قطع کنند؟ پاسخ: با توجه به شرح حال اخذ شده و مشورت با سوپروایزر و با بررسی منابع علمی، به نظر می‌رسد علت اصلی علائم بروز یافته، بروز سندرم ترک سرتالین به علت کاهش دوز ناگهانی و شعله‌ور شدن مجدد افسردگی باشد. همچنین، شک به بروز عارضه جانبی متی مازول هم وجود دارد.

توصیه نهایی به بیمار:

با مشورت پزشک، دوز آسنتر به حالت قبل ۱۰۰ برگردد. حتما فردا مراجعه کنید به پزشک برای تست CBC و هورمون‌های تیروئیدی. جهت رفع نگرانی عارضه ترومبوسایتوپنی متی مازول

دکتر سروش سراب هرسینی

منبع: [Uptodate](#)

- سرتیترتازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ❖ اعلام ریکال فرآورده Dextrose & Sodium Chloride (3.33% w/v) & (0.3% w/v) injection USP DNS ساخت با سری ساخت DSDQ3074
 - ❖ ممنوعیت توزیع و فروش فرآورده تزریقی Cepelim یک گرمی شرکت Maya Biotech با سری ساخت DW002
 - ❖ توقف توزیع، عرضه و فروش فرآورده کپسول ویگرس
 - ❖ جمع آوری فرآورده سنتی روغن شترمرغ طبی اکلاس
 - ❖ اطلاع رسانی در خصوص [اعلام ۲۹ سری ساخت](#) قابل مصرف محلول دیالیز صفاقی ثامن (سایر سری‌های ساخت از نظر فیزیکوشیمیایی استاندارد نیستند).
 - ❖ دستور توقف توزیع و جمع آوری قرص معجزه گیاهی Gensing شرکت گل بوستان
 - ❖ دستور توقف توزیع، عرضه و فروش فرآورده وی پروتئین شرکت نوین کاران میلان نو با سری ساخت GM1402004001
 - ❖ دستور توقف توزیع، عرضه و فروش فرآورده کپسول اسپیرولینا سوپرزگرین شرکت زرین اورمان با سری ساخت S.S.140202
 - ❖ جمع آوری کپسول لاغری تی فایو اکستریم
 - ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:
<https://www.fda.gov.ir/>
<http://fdo.tums.ac.ir/>

توصیه‌های داروساز در خصوص ترشحات واژینال

به طور طبیعی، واژن دارای ترشحاتی است که ماهیت آبکی یا موکوسی دارند. این ترشحات اغلب نشانه بیماری یا مشکلی نیستند و نباید مایه نگرانی خانم‌ها باشند مگر اینکه خانم دچار خارش و سوزش بشود یا حجم ترشحات خیلی زیادی باشد که در این صورت، لازم است خانم‌ها توسط ماما یا پزشک متخصص زنان معاینه و بررسی بشوند.

ترشحات واژن معمولاً حاوی سلول‌های دیواره واژن و سرویکس (گردن رحم) است که تحت تاثیر ترشح هورمون استروژن از دیواره جدا شده و این ترشحات را تشکیل می‌دهند. در خانم‌های پائسه که سطح هورمون استروژن بسیار پایین است، معمولاً حجم ترشحات واژینال هم خیلی کم است.



خانم‌هایی که در سنین باروری قرار دارند، معمولاً ۲ الی ۵ سی سی ترشحات از واژن دارند که انتظار می‌رود سفید یا بی‌رنگ، موکوس مانند و اغلب بدون بو باشد. هر چند ویژگی این ترشحات ممکن است در هر خانم کمی متفاوت باشد. ویژگی ترشحات در زمان‌های مختلف در طول سیکل

قاعدگی یک خانم هم دچار تغییر می‌شود. به عنوان مثال، غلظت و حجم ترشحات در هنگام تخمک‌گذاری، یک هفته قبل از شروع خون‌ریزی قاعدگی، در دوره بارداری و در صورت استفاده از قرص‌های ضدبارداری تغییر می‌کند.

ترشحات معمولی واژن شامل سلول‌های پوست واژن، باکتری‌ها، موکوس و مایعات تولید شده توسط واژن و سرویکس است. ترشحات نرمال اغلب بوی ملایمی دارند. این ترشحات از واژن و مجاری ادراری در مقابل عفونت‌ها محافظت کرده و نقش لوبریکانت را ایفا می‌کند.

در چه صورت باید به پزشک مراجعه نمود؟

در صورتی که هر یک از علائم زیر در بیمار بروز کند، لازم است با ماما یا پزشک متخصص مشورت شود:

- خارش دهانه واژن، لایبیا یا لب‌های واژن

- قرمزی، سوزش، التهاب یا ورم در واژن

- ترشحات سبز، زرد یا فوم مانند

- بوی بد

- ترشحات خونی

- درد در هنگام نزدیکی یا هنگام دفع ادرار

- درد شکم یا لگن

علت‌های ترشحات واژینال غیرعادی

- عفونت واژینال (از نوع باکتری، قارچ یا تریکومونا)

- واکنش حساسیتی به یک جسم خارجی (مثل تامپون یا کاندوم) یا موادی مثل صابون و شوینده‌ها

- تغییرات هورمونی به دنبال یائسگی که موجب خشکی واژن می‌شود.

تا زمانی که بیمار مورد معاینه قرار نگیرد، نمی‌توان با اطمینان طبیعی بودن یا نبودن ترشحات را تعیین کرد. بنابراین، بیماران نباید به صورت خودسرانه و براساس شنیده‌ها یا مطالب منتشرشده در اینترنت درمانی را شروع کنند.

مواردی که باید پیش از معاینه در مورد بیماران بررسی شود:

- ۱) آیا در ناحیه کمر، شکم یا لگن احساس درد می‌کند؟
- ۲) آخرین خون‌ریزی قاعدگی شما چه زمانی اتفاق افتاد؟
- ۳) آیا در حال مصرف دارویی هستید؟
- ۴) آیا اخیراً از فرآورده‌های بهداشتی بانوان مثل دوش واژینال یا فرآورده‌های شست‌وشو، پد، تامپون و لوبریکانت استفاده کرده‌اید؟

روش‌های درمانی

بر اساس نوع ترشحات و عفونی بودن یا نبودن آن‌ها، پزشکان ممکن است درمان‌های متفاوتی برای بیماران در نظر بگیرند. نکته مهم این است که در طول دوره درمان، بیماران باید از برقراری رابطه جنسی خودداری کنند.

پیشگیری از عفونت‌های واژینال

برخی عادت‌ها احتمال ایجاد ترشحات غیرطبیعی و ابتلا به انواع عفونت‌ها را بالا می‌برد. برخی از این موارد در زیر لیست شده‌اند:

- استفاده از دوش‌های واژینال
 - استفاده از پدهای روزانه
 - استفاده از فرآورده‌های شوینده، اسپری یا پودرهای مخصوص خانم‌ها
 - استفاده از لباس‌های زیر تنگ و غیرنخی
 - استفاده از دستمال توالت به جای شست‌وشوی ناحیه واژینال و مقعد
- برای پیشگیری از ترشحات غیرطبیعی پیشنهاد می‌شود که برای شست‌وشوی ناحیه تناسلی صرفاً از آب (ترجیحاً ولرم) یا فرآورده‌های پاک‌کننده غیرصابونی بدون بو استفاده شود.



مناسبت‌های سلامت تیر ماه:

- ۱ شهریور: روز بزرگداشت این سینا و روز پزشک ✓
- ۵ شهریور: روز گرامی‌داشت زکریای رازی و روز داروساز ✓
- ۱۹ شهریور: روز جهانی پیشگیری از خودکشی ✓
- ۳۰ شهریور: روز جهانی پیشگیری از آلزایمر ✓

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)

