

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ استفاده از ایزوترتینوئین در درمان آکنه ولگاریس

✓ تازه‌های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه‌های داروساز در خصوص شپش سر

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 درمان خوراکی ایزوترتینوئین برای آکنه ولگاریس

ایزوترتینوئین خوراکی (13-cis retinoic acid) یک رتینوئید است که اغلب برای درمان آکنه ولگاریس، به ویژه در فرم شدید استفاده می‌شود. ایزوترتینوئین تراژون است و با تعدادی از عوارض جانبی دیگر همراه است که می‌تواند استفاده از آن را محدود کند. بنابراین، باید با احتیاط مصرف شود و فقط باید توسط پزشکانی که کاملاً با دارو آشنا هستند، تجویز شود.

مکانیسم عمل ایزوترتینوئین

ایزوترتینوئین خوراکی با عوامل بیماری‌زایی که در ایجاد آکنه ولگاریس نقش دارند، مقابله می‌کند. درمان منجر به کوچک شدن غدد سباسه و کاهش قابل توجه ترشح سبوم می‌شود. کاهش سبوم منجر به مهار باکتری وابسته به سبوم Cutibacterium (که قبلاً Propionibacterium) آکنه بود، که عامل اصلی التهاب در آکنه ولگاریس است، می‌شود. اثرات ضد التهابی مستقیم ایزوترتینوئین خوراکی ممکن است از طریق عادی‌سازی پاسخ ایمنی ذاتی به C. acnes رخ دهد. ایزوترتینوئین خوراکی نیز با تقویت تمایز کراتینوسیت‌ها و با عادی‌سازی پوسته پوسته شدن، کودوژنز را مهار می‌کند.

اثرات نامطلوب ایزوترتینوئین

ایزوترتینوئین یک داروی تراژون است که با طیف وسیعی از عوارض جانبی مخاطی و خارج جلدی همراه است. عوارض جانبی ایزوترتینوئین معمولاً قابل کنترل است و امکان ادامه درمان را فراهم می‌کند. در یک مرور سیستماتیک در سال ۲۰۱۸ از ۱۱ کارآزمایی تصادفی‌سازی شده، عوارض جانبی شدیدی که نیاز به ترک کارآزمایی داشتند، تنها در ۱۲ بیمار از ۳۷۲ بیمار مصرف‌کننده ایزوترتینوئین (۳ درصد) رخ داد. عوارض جانبی شدید شامل سندرم استیونز-جانسون، التهاب، خشکی پوست، شعله‌ور شدن آکنه، فتوفوبیا، افزایش آنزیم‌های کبدی، کاهش اشتها، سردرد و خلق افسرده بود.

عوارض پوستی مخاطی: عوارض جانبی پوستی مخاطی شایع ایزوترتینوئین از جمله التهاب، خشکی پوست و غشاهای مخاطی، اپیستاکسی، پوسته پوسته شدن، حساسیت به نور و خارش قابل پیش بینی و وابسته به دوز هستند. در بررسی سیستماتیک، عوارض جانبی پوستی تقریباً ۶۵ درصد از تمام عوارض جانبی گزارش شده را تشکیل می‌دادند که التهاب و خشکی پوست شایع‌ترین آن‌ها بودند.

ایزوترتینوئین همچنین به خطر ناهنجاری‌های چشمی (به عنوان مثال خشکی، تحریک، ورم ملتحمه) مرتبط با اختلال عملکرد غدد meibomian در ملتحمه همراه است. عفونت‌های استافیلوکوک پوستی نیز ممکن است رخ دهد. عفونت، گرانولوم‌های پیوژنیک، آلوسپی منتشر موقت و شکنندگی ناخن گاهی اوقات ظاهر می‌شوند. بدتر شدن گذرا آکنه ممکن است در شروع درمان با ایزوترتینوئین رخ دهد. به ندرت، ایزوترتینوئین باعث ایجاد آکنه فولمینانس می‌شود که یک تظاهر شدید است.

تراژون‌نسیته: ایزوترتینوئین باعث ناهنجاری‌های شدید، تهدیدکننده زندگی، مادرزادی و سقط جنین خود به خود می‌شود. عوارض جنینی مرتبط با قرار گرفتن در معرض دارو در سه ماهه اول بارداری شامل ناهنجاری‌های مجمله-صورتی، قلبی، تیموس و سیستم عصبی مرکزی است. ناهنجاری‌های جنینی به استفاده از ایزوترتینوئین در مردان نسبت داده نشده است.

در میان زنان باردار در معرض ایزوترتینوئین، خطر سقط جنین خود به خود تقریباً ۲۰ درصد است. در میان بارداری‌هایی که پیشرفت می‌کنند، تقریباً ۲۰ تا ۳۰ درصد نوزادان شواهدی از ناهنجاری دارند. اگرچه داده‌ها محدود است، کودکانی که از نظر

جسمی طبیعی به نظر می‌رسند ممکن است همچنان دارای نرخ بالاتری از ناتوانی ذهنی و اختلال در عملکرد عصبی روان‌شناختی باشند.

اثرات روانپزشکی: رابطه بین درمان با ایزوترتینوئین و افسردگی و خودکشی نامشخص است. بررسی‌ها، از جمله مرور سیستماتیک و متاآنالیز، به این نتیجه رسیده‌اند که داده‌های مربوط به رفتار خودکشی و افسردگی در طول درمان با ایزوترتینوئین برای ایجاد یک رابطه علی ناکافی است. با توجه به عدم قطعیت، بیماران باید از یک ارتباط احتمالی مطلع شوند و برای ایجاد افسردگی یا افکار خودکشی باید از نزدیک دنبال شوند. برخی از نویسندگان پیشنهاد کرده‌اند که ناراحتی روانی ناشی از آکنه شدید، به جای ایزوترتینوئین، می‌تواند عاملی مؤثر در بروز خودکشی یا افسردگی در بیماران تحت درمان با این دارو باشد. در یک مطالعه کوهورت مبتنی بر جمعیت، خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در بین بیماران مبتلا به آکنه بیشتر از جمعیت عمومی بدون آکنه بود. پس از حذف بیماران که ایزوترتینوئین دریافت کرده بودند، خطر تغییری نکرد.

یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر بزرگ جهانی، پشتیبانی بیشتری برای ایمنی نسبی درمان با ایزوترتینوئین در رابطه با برخی از نتایج روان‌پزشکی فراهم می‌کند. این مطالعه از داده‌های پرونده سلامت الکترونیکی برای مقایسه پیامدهای روانپزشکی بیماران مبتلا به آکنه تحت درمان با ایزوترتینوئین با نتایج بیماران مبتلا به آکنه تحت درمان با آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی استفاده کرد که همچنین هیچ مدرکی از درمان با ایزوترتینوئین نداشتند. اگرچه افزایش خطر افکار خودکشی در بین بیماران تحت درمان با ایزوترتینوئین وجود داشت، هیچ افزایشی در تلاش برای خودکشی وجود نداشت. خطر افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اضطراب، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال سازگاری در بیماران تحت درمان با ایزوترتینوئین کمتر بود.

بیماری التهابی روده: اگرچه مطالعات مشاهده‌ای نتایج متناقضی در رابطه بین درمان با ایزوترتینوئین و بیماری التهابی روده (IBD) پیدا کرده‌اند، تجزیه و تحلیل داده‌های موجود نشان می‌دهد که درمان با ایزوترتینوئین یک عامل خطر برای IBD نیست. یک متاآنالیز در سال ۲۰۱۲ از سه مطالعه مورد-شاهدی و دو مطالعه منتشر نشده دیگر، رابطه آماری معنی‌داری بین درمان با ایزوترتینوئین و IBD پیدا نکرد. چندین مطالعه بزرگ و کوهورت بعدی نیز نشان می‌دهد که درمان با ایزوترتینوئین برای آکنه خطر ابتلا به IBD را افزایش نمی‌دهد:

- یک مطالعه کوهورت ۱۲ ساله روی ۴۶۹۲۲ بیمار تحت درمان با ایزوترتینوئین، ۱۸۴۸۲۴ بیمار تحت درمان با داروهای موضعی آکنه و ۱۵۲۶۹۴۶ گروه کنترل درمان نشده (همه بین ۱۲ تا ۲۹ سال) ارتباط معنی‌داری بین مصرف ایزوترتینوئین در استفاده اولیه و IBD پیدا نکرد. اگرچه ارتباط بین ایزوترتینوئین و IBD در زیر گروهی از بیماران ۱۲ تا ۱۹ ساله مشاهده شد، ارتباط مشابهی بین استفاده از داروهای موضعی آکنه و کولیت اولسراتیو (نسبت نرخ) مشاهده شد، نشان دهنده ارتباط بین آکنه و IBD مستقل از درمان است.

- یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر که از داده‌های پرونده الکترونیک سلامت برای مقایسه خطر ابتلا به IBD و سندرم روده تحریک پذیر در بیماران مبتلا به آکنه تحت درمان با ایزوترتینوئین با خطر ابتلا به این بیماری‌ها در بیماران مبتلا به آکنه که با آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی درمان شده‌اند اما ایزوترتینوئین استفاده کرد. خطر یکسانی در طول عمر برای هر دو بیماری کرون و کولیت اولسراتیو بین دو گروه یافتند. افزایش خطر ابتلا به کولیت اولسراتیو در شش ماه اول پس از شروع ایزوترتینوئین پس از این دوره برطرف شد و با اختلاف خطر مطلق کم (۵ مورد اضافی در هر ۱۰۰۰۰۰ بیمار شروع کننده ایزوترتینوئین، ۹۵) همراه بود. خطر ابتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر برای بیماران گروه درمانی ایزوترتینوئین کمتر از بیماران گروه آنتی‌بیوتیک خوراکی بود.

یک مطالعه کوهورت گذشته نگر که با داده‌های پرونده سلامت الکترونیکی انجام شد، ارتباطی بین درمان خوراکی ایزوترتینوئین و خطر بروز IBD در طی یک سال پیدا نکرد. این مطالعه خطر بروز IBD را در چهار گروه مقایسه کرد: بیماران بدون آکنه، بیماران مبتلا به آکنه که با داروهای سیستمیک درمان نشدند، بیماران مبتلا به آکنه تحت درمان با آنتی بیوتیک‌های تتراسایکلین خوراکی و بیماران مبتلا به آکنه تحت درمان با ایزوترتینوئین. خطر بروز IBD در طی یک سال در بیماران تحت درمان با ایزوترتینوئین با خطر در بیماران که درمان سیستمیک برای آکنه خود دریافت نکرده بودند یا بیمارانی که تحت درمان با آنتی بیوتیک‌های خوراکی. بین آکنه و خطر بروز ارتباط وجود داشت، اما خطر مطلق کم بود.

هیپرلیپیدمی: بروز هیپرتری گلیسیریدمی در اثر مصرف ایزوترتینوئین شایع است و در ۴۵ درصد از بیمارانی که ایزوترتینوئین مصرف می‌کنند، رخ می‌دهد و افزایش کلسترول تام و لیپوپروتئین با چگالی کم تقریباً در ۳۰ درصد رخ می‌دهد. ایجاد هیپرلیپیدمی در طول درمان با ایزوترتینوئین ممکن است با افزایش خطر ابتلا به هیپرلیپیدمی و سندرم متابولیک در آینده همراه باشد.

سایر عوارض جانبی: سایر عوارض جانبی کمتر شایع عبارتند از میالژیا (به ویژه در بیمارانی که فعالیت بدنی شدید دارند)، تغییرات بینایی (کاهش دید در شب، کدورت قرنیه)، سمیت کبدی، سرکوب مغز استخوان و فشار خون داخل جمجمه ایدیوپاتیک (شبه تومور مغزی).

موارد منع مصرف و اقدامات احتیاطی

موارد منع مصرف: ایزوترتینوئین نباید به افراد باردار یا افرادی که ممکن است در طول درمان یا ظرف یک ماه پس از آن باردار شوند، داده شود. همچنین افرادی که سابقه حساسیت به ایزوترتینوئین یا هر یک از اجزای آن دارند نباید ایزوترتینوئین دریافت کنند. کپسول ایزوترتینوئین حاوی روغن سویا است و در بیماران مبتلا به حساسیت شدید به سویا باید با احتیاط مصرف شود.

تداخلات دارویی: از درمان همزمان با داروهایی که دارای عوارض جانبی فشار خون ایدیوپاتیک داخل جمجمه‌ای هستند مانند تتراسایکلین‌ها باید اجتناب شود. علاوه بر این، مکمل ویتامین A ممکن است اثرات نامطلوب ایزوترتینوئین را افزایش دهد و باید از مصرف آن اجتناب شود. فهرستی از تداخلات دارویی اضافی به طور جداگانه ارائه شده است.

کودکان: اثربخشی و ایمنی ایزوترتینوئین در کودکان زیر ۱۲ سال ثابت نشده است.

اقدامات پوستی و زیبایی: تا ۶ ماه بعد از اتمام دوره درمان با ایزوترتینوئین، بیمار مجاز به انجام پروسه‌های پوستی زیبایی از جمله لیزر پوستی نمی‌باشد. چرا که در این دوره، بیمار در معرض ایجاد زخم‌های شدید و غیرطبیعی بوده و روند ترمیم زخم‌ها در بیمار بسیار کندتر از قبل است.

بر اساس بررسی سیستماتیک متون، یک پانل چند تخصصی متشکل از متخصصان شواهد کافی برای توصیه به تأخیر انداختن درم ابریژن دستی، لایه برداری شیمیایی سطحی، جراحی پوست، لیزر موهای زائد، و روش‌های لیزر فرکشنال سایشی و غیر سایشی برای بیمارانی که مصرف فعلی یا اخیر ایزوترتینوئین دارند، یافتند. این پانل بر اساس شواهد محدودی که حاکی از افزایش خطر ایجاد اسکار است، اجتناب از درم ابریژن مکانیکی و روش‌های لیزر کاملاً فرسایشی را در بیمارانی که اخیراً از ایزوترتینوئین استفاده کرده‌اند، توصیه کرد. کارگروهی از انجمن جراحی پوست آمریکا (ASDS) به نتایج مشابهی دست

یافتند، به استثنای اینکه مشخص شد در حالی که درم ابریزن دستی کانونی یا سطحی به نظر نمی‌رسد با افزایش خطر ایجاد اسکار یا تأخیر در بهبود زخم همراه باشد.

مصرف الکل: اگرچه مصرف الکل در طول درمان با ایزوترتینوئین منع مصرف ندارد، ما به طور کلی به بیماران توصیه می‌کنیم که از مصرف زیاد الکل خودداری کنند. مشابه ایزوترتینوئین، مصرف الکل ممکن است به هیپرتری گلیسیریدمی و افزایش ترانس آمینازهای کبدی کمک کند. علاوه بر این، مصرف بیش از حد الکل ممکن است به اختلال در قضاوت و استفاده غیر استاندارد از روش‌های پیشگیری از بارداری کمک کند و اثرات منفی بر سلامت کلی داشته باشد.

شروع درمان

شروع درمان با ایزوترتینوئین شامل مشاوره دقیق بیمار و ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی قبل از درمان است. هدف حمایت از درمان موفق و به حداقل رساندن خطر عوارض جانبی جدی است.

علاوه بر بحث در مورد خطرات و مزایای درمان، بیمارانی که درمان با ایزوترتینوئین را شروع می‌کنند باید به طور کامل درباره اقدامات و روش‌های پیشگیری از بارداری آموزش داده شوند. برخی از کشورها برنامه‌های مدیریت خطر اجباری طراحی شده برای جلوگیری از قرار گرفتن جنین در معرض ایزوترتینوئین را اجرا کرده اند، اگرچه اثرات مثبت چنین برنامه‌هایی در کاهش مواجهه جنین اثبات نشده است.

در ایالات متحده، تجویز و دریافت ایزوترتینوئین مستلزم شرکت در برنامه iPLEDGE است. برنامه iPLEDGE دستورالعمل‌های دقیقی را برای مشاوره پیشگیری از بارداری، غربالگری بارداری و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در طول درمان ارائه می‌دهد.

به طور کلی، پزشکان تجویز کننده باید بتوانند در مورد گزینه‌های پیشگیری از بارداری و استفاده مناسب با بیمارانی که در سنین باروری هستند صحبت کنند. از طرف دیگر، این بیماران باید به پزشکی ارجاع داده شوند که بتواند این خدمات را ارائه دهد. تمام بیمارانی که در طول درمان در معرض خطر بارداری قرار دارند، باید یک ماه قبل، در طول و یک ماه پس از اتمام درمان با ایزوترتینوئین، اقدامات پیشگیری از بارداری بسیار موثر را شروع کنند. علاوه بر این، بیماران باید از اشتراک قرص ایزوترتینوئین با دیگران خودداری کنند و در طول درمان و تا یک ماه پس از اتمام درمان از اهدای خون خودداری کنند.

بحث در مورد عوارض جانبی چشمی ایزوترتینوئین ممکن است به ویژه برای بیمارانی که در مشاغل که دستورالعمل‌های دقیق بینایی دارند، مانند خلبانان خطوط هوایی، مهم باشد. در ایالات متحده، اداره هوانوردی فدرال سیاست‌هایی در مورد درمان با ایزوترتینوئین دارد.

برنامه iPLEDGE - در سال ۲۰۰۶، سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) یک برنامه مدیریت ریسک مبتنی بر ارزیابی ریسک و استراتژی کاهش خطر (REMS) را با هدف حذف قرار گرفتن جنین در معرض ایزوترتینوئین (iPLEDGE) ایجاد کرد. تجویز کنندگان، داروخانه‌های توزیع کننده ایزوترتینوئین، عمده فروشان توزیع کننده ایزوترتینوئین، و همه بیمارانی که ایزوترتینوئین دریافت می‌کنند، ملزم به رعایت الزامات ثبت هستند.

دسترسی به برنامه iPLEDGE به صورت آنلاین در دسترس است. برنامه iPLEDGE به موارد زیر نیاز دارد:

● همه بیمارانی که می‌توانند باردار شوند باید حداقل یک ماه قبل از شروع درمان با ایزوترتینوئین، در طول درمان و یک ماه پس از درمان، دو نوع پیشگیری از بارداری را انتخاب کرده و متعهد به استفاده از آنها باشند. اشکال پیشگیری از بارداری که این الزامات را برآورده می‌کند توسط برنامه iPLEDGE مشخص شده است.

● همه بیمارانی که می‌توانند باردار شوند باید قبل از دریافت نسخه اولیه، دو آزمایش ادرار یا خون بارداری منفی (با حساسیت حداقل ۲۵ میلی واحد بین المللی در میلی لیتر) داشته باشند. دومین آزمایش بارداری باید در آزمایشگاه با تاییدیه اصلاحات آزمایشگاهی بالینی (CLIA) انجام شود. برای هر ماه درمان و یک ماه پس از تکمیل درمان، بیماران باید برای ارزیابی، مشاوره، آموزش و آزمایش بارداری که توسط آزمایشگاه دارای گواهی CLIA انجام می‌شود، به پزشک مراجعه کنند.

● برای بیمارانی که می‌توانند باردار شوند، پزشکان تجویز کننده باید به صورت ماهانه نتایج آزمایش بارداری را در سیستم iPLEDGE ثبت کنند و همچنین دو نوع کنترل بارداری را که توسط بیمار استفاده می‌شود گزارش دهند. پزشک همچنین باید تأیید کند که بیمار مشاوره و آموزش دریافت کرده است. برای تمام بیماران دیگر، تجویزکنندگان باید مستند کنند که بیمار در مورد الزامات برنامه iPLEDGE، که شامل آگاهی از آسیب جنینی است که ممکن است در اثر استفاده از ایزوترتینوئین توسط افراد بالقوه باروری ایجاد شود، مشاوره دریافت کرده است.

● به عنوان بخشی از این سیستم، پزشکان باید تخصص در تشخیص و درمان آکنه و آگاهی از خطر و شدت آسیب جنین با ایزوترتینوئین را تأیید کنند.

ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی پایه - ارزیابی بالینی و آزمایشگاهی قبل از درمان برای شناسایی بیمارانی که کاندید درمان با ایزوترتینوئین نیستند (به عنوان مثال، افراد باردار) و بیمارانی که ممکن است در طول درمان نیاز به نظارت دقیق‌تری داشته باشند، استفاده می‌شود. نمونه‌هایی از بیمارانی که مشاوره یا نظارت بیشتر برای آنها مفید است، شامل بیمارانی هستند که دارند:

- شکست پیشگیری از بارداری قبلی
- سابقه افسردگی کنترل نشده یا افکار خودکشی
- هیپرلیپیدمی یا سابقه خانوادگی هیپرلیپیدمی زودرس
- سابقه شخصی یا خانوادگی بیماری التهابی روده
- مشکلات چشمی یا بینایی (به ویژه خشکی چشم و استفاده از لنز)
- مصرف شدید الکل
- فعالیت بدنی شدید

داروهای فعلی باید برای شناسایی تداخلات دارویی بالقوه بررسی شوند. به ویژه، از درمان با داروهای دیگری که ممکن است باعث ایجاد تومور کاذب مغزی شوند، مانند تتراسایکلین‌ها، باید اجتناب شود.

آزمایش اولیه آزمایشگاهی برای شناسایی بیماران باردار و بیماران مبتلا به ناهنجاری‌های کبدی یا چربی نشان داده می‌شود. در گذشته، به دست آوردن پانل‌های کامل کبد، لیپید و شمارش کامل خون، علاوه بر آزمایش ادرار یا سرم بارداری برای

افرادی که می‌توانستند باردار شوند، رایج بود. با این حال، نیاز به این میزان آزمایش در بیماران سالم مورد تردید قرار گرفته است.

آزمایشات پیش از درمان معمولی ما عبارتند از:

- سطح آلانین آمینوترانسفراز (ALT) و تری گلیسرید در یک ماه قبل از شروع درمان
- آزمایش ادرار یا سرم بارداری در افراد بالقوه باروری (توجه داشته باشید که قبل از شروع درمان برای برنامه iPLEDGE دو آزمایش لازم است

دوز و مصرف - جذب ایزوترتینوئین در صورت مصرف با غذا (به خصوص وعده‌های غذایی پرچرب) بهبود می‌یابد. بنابراین مصرف همراه وعده‌های غذایی توصیه می‌شود. فرمول ایزوترتینوئین که از فناوری کپسولاسیون لیپیدی برای محصور کردن ایزوترتینوئین استفاده می‌کند، فراهمی‌زیستی افزایش یافته را در حالت ناشتا نشان می‌دهد. این فرمول دو بار در روز مصرف می‌شود و می‌توان بدون توجه به وعده‌های غذایی مصرف کرد.

آکنه شدید : آکنه شدید به عنوان آکنه با گره‌های التهابی زیاد یا سایر ویژگی‌های شدید در نظر گرفته می‌شود (به عنوان مثال، درگیری گسترده یک یا چند ناحیه بدن با آکنه کومدونال یا پاپولوپوستولار)(تصویر ۱). هدف درمان برای این بیماران دوز تجمعی ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرم بر کیلوگرم ایزوترتینوئین برای کاهش خطر عود آکنه است. اکثر بیماران در عرض ۲۰ تا ۲۴ هفته به این هدف می‌رسند.



درمان معمولاً با دوز ۰٫۵ میلی گرم بر کیلوگرم در روز برای ماه اول درمان شروع می‌شود تا خطر شعله ور شدن آکنه ناشی از ایزوترتینوئین را به حداقل برساند و متعاقباً به ۱ mg/kg در روز افزایش می‌یابد. دوز کل روزانه ایزوترتینوئین معمولاً به دو دوز مصرف شده با غذا تقسیم می‌شود. ایزوترتینوئین را می‌توان یک بار در روز برای افزایش پایبندی به درمان مصرف کرد.

شعله‌ور شدن آکنه یا آکنه فولمینانس ناشی از ایزوترتینوئین ممکن است در شروع درمان با ایزوترتینوئین در بیماران مبتلا به آکنه التهابی شدید (مانند آکنه کنگلوباتا، آکنه فولمینانس) یا آکنه کمدونال عمیق رخ دهد. دوزهای شروع کمتر از ۰٫۵ میلی گرم بر کیلوگرم در روز برای این جمعیت پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این، گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک ممکن است قبل از شروع ایزوترتینوئین یا همزمان برای دو تا چهار هفته اول داده شود.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد دوزهای تجمعی بالا (مثلاً ۲۲۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم) ایزوترتینوئین ممکن است خطر عود را در بیماران مبتلا به آکنه ولگاریس شدید کاهش دهد. مطالعات بیشتری برای تایید این یافته و همچنین ایمنی درمان با ایزوترتینوئین با دوز بالا مورد نیاز است.

آکنه متوسط : آکنه متوسط مناسب برای درمان با ایزوترتینوئین ممکن است آکنه کمتر گسترده ای در نظر گرفته شود که به درمان مقاوم است، پس از قطع درمان با آنتی بیوتیک خوراکی به سرعت عود می‌کند، جای زخم می‌گیرد یا باعث ناراحتی روانی اجتماعی قابل توجهی می‌شود (تصویر ۲). بیماران مبتلا به آکنه متوسط معمولاً با رژیم مشابه با رژیم مورد استفاده برای آکنه شدید درمان می‌شوند و دوز تجمعی ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرم بر کیلوگرم در طول ۲۰ تا ۲۴ هفته به دست می‌آید. با

این حال، یک رژیم با دوز کمتر (۰,۳ تا ۰,۵ mg/kg در روز برای طول مدت درمان) ممکن است یک جایگزین باشد. مزیت این دوز پایین کاهش خطر عوارض جانبی دارو است.

یک کارآزمایی تصادفی یک سو کور ۲۴ هفته‌ای که در آن ۶۰ بیمار مبتلا به آکنه متوسط با یکی از سه رژیم ایزوترتینوئین، ۰,۵ تا ۰,۷ میلی گرم بر کیلوگرم در روز (رژیم با دوز بالاتر)، ۰,۲۵ تا ۰,۴ میلی گرم بر کیلوگرم در هر کیلوگرم درمان شدند. روز (رژیم با دوز پایین)، یا ۰,۵ تا ۰,۷ mg/kg روزانه به مدت یک هفته هر چهار هفته (رژیم متناوب)، از اثربخشی درمان با دوز پایین حمایت می‌کند. هر سه دوره درمانی منجر به بهبود قابل توجه بالینی و کاهش قابل توجه در تعداد میانگین ضایعات آکنه شدند. رژیم‌های



با دوز پایین و دوز بالاتر به طور مشابه موثر بودند و نرخ عود معادل پس از یک سال داشتند. با این حال، عوارض جانبی بیشتری در گروه با دوز بالاتر در طول درمان گزارش شد. در بیمارانی که درمان متناوب دریافت کردند درجه بهبودی کمتر و مدت اثر کمتری مشاهده شد.

استفاده از سایر داروهای آکنه: سایر داروهای آکنه معمولاً در شروع درمان با ایزوترتینوئین قطع می‌شوند. ایزوترتینوئین باعث خشکی پوست موقت، آتروفی پوست و شکنندگی پوست می‌شود و داروهای موضعی آکنه ممکن است به خوبی تحمل نشوند. ایزوترتینوئین نباید با تتراسایکلین‌ها تجویز شود زیرا خطر ابتلا به فشار خون ایدئوپاتیک داخل جمجمه ای (شبه تومور مغزی) مرتبط با هر دوی این داروها وجود دارد.

ارزیابی بالینی - ارزیابی بیمار باید شامل شرح حال بیمار و معاینه پوست برای ارزیابی پاسخ و عوارض جانبی باشد. ما معمولاً از بیمار در مورد موارد زیر سؤال می‌کنیم:

- بدتر شدن/بهبود آکنه درک شده
- خشکی پوست یا غشاهای مخاطی
- خون دماغ
- تغییر دید
- سردرد
- درد شکمی
- درد مفاصل، ماهیچه یا استخوان
- علائم روده
- تغییرات خلقی، علائم افسردگی یا خودکشی

ما پوست درگیر و همچنین هر قسمت دیگری که برای بیمار نگران کننده است را بررسی می‌کنیم. در تجربه ما، علائم بهبود آکنه اغلب پس از یک تا دو ماه اول درمان آشکار می‌شود و در ماه‌های بعدی بهبودی تدریجی پیدا می‌کند.

نظارت آزمایشگاهی - نظارت آزمایشگاهی در طول درمان با ایزوترتینوئین معمولاً شامل ارزیابی بارداری، اختلال عملکرد کبد و دیس لیپیدی است. آزمایش پایه و بعد از درمان به طور جداگانه بررسی می‌شود.

انتخاب و فرکانس آزمایش - از نظر تاریخی، بررسی ماهانه عملکرد کامل کبد و پانل‌های چربی در طول درمان با ایزوترتینوئین یک عمل معمول و کاملاً پذیرفته شده بود. با این حال، در افراد جوان سالم، بدون علامت و بدون سابقه شخصی یا خانوادگی دیابت یا دیس لیپیدی، داده‌هایی وجود دارد که نشان می‌دهد ممکن است انجام آزمایش‌های کم‌معمول و کمتر بی‌خطر باشد.

در صورت عدم وجود یک ناهنجاری شناخته شده یا عامل خطر برای لکوپنی، نظارت بر پانل‌های شمارش کامل خون ضروری نیست. نظرات متفاوتی در مورد نیاز به نظارت بر سطح کراتین کیناز وجود دارد. به طور کلی، به دست آوردن سطح کراتین کیناز در غیاب درد شدید عضلانی نشان داده نمی‌شود.

رویکرد ما برای نظارت آزمایشگاهی در طول درمان با ایزوترتینوئین به شرح زیر است:

- تست بارداری ماهانه در افرادی که می‌توانند باردار شوند.
- اگر سطح پایه آلانین آمینوترانسفراز (ALT) و تری گلیسیرید نرمال بود، این آزمایشات باید پس از رسیدن به حداکثر دوز ایزوترتینوئین تکرار شوند (معمولاً این آزمایش‌ها را یک ماه پس از شروع حداکثر دوز دریافت می‌کنیم).
- اگر نتایج آزمایش پس از رسیدن به حداکثر دوز طبیعی باشد و دوز ایزوترتینوئین افزایش نیابد، نیازی به نظارت بیشتر نیست. اگر نتایج آزمایش غیرطبیعی باشد یا اگر بیمار دارای ناهنجاری لیپیدی شناخته شده باشد، نظارت دوره‌ای باید ادامه یابد.
- بروز علائم جدید (مثلاً درد شکم)، شروع داروها یا مکمل‌های جدید، یا افزایش دوز ایزوترتینوئین ممکن است نیاز به آزمایش مجدد داشته باشد.

شواهد - نمونه‌هایی از مطالعاتی که نشان می‌دهند یک رویکرد محدودتر برای آزمایش‌های آزمایشگاهی در بیماران سالم منطقی است عبارتند از:

یافته‌های یک مرور سیستماتیک و متآنالیز مطالعاتی که مقادیر آزمایشگاهی را در طول درمان با ایزوترتینوئین برای آکنه گزارش می‌کنند، از آزمایش‌های کمتر مکرر پشتیبانی می‌کند. اگرچه ایزوترتینوئین با تغییرات آماری معنی‌داری در مقادیر میانگین برخی از آزمایش‌های آزمایشگاهی (تعداد گلبول‌های سفید، پانل کبدی، پانل چربی) همراه بود، این تغییرات معیارهای خطر بالا را برآورده نکرد و نسبت بیماران با ناهنجاری‌های آزمایشگاهی پایین بود.

در یک مطالعه گذشته نگر روی ۹۰۳ بیمار تحت درمان با ایزوترتینوئین برای آکنه ولگاریس، هیچ ناهنجاری خونی قابل توجه بالینی در طول درمان مشاهده نشد. اگرچه بیمارانی که افزایش سطح تری گلیسیرید و آسپاراتات آمینوترانسفراز را تجربه می‌کردند، شایع بودند، همه موارد به جز هفت مورد افزایش تری گلیسیرید، ALT یا AST با مشاهده با موفقیت مدیریت شدند. یا کاهش دوز ایزوترتینوئین، و تمام افزایش‌ها پس از اتمام ایزوترتینوئین برطرف شد.

● یک مطالعه اجماع دلفی که شامل اجرای چهار دور نظرسنجی ناشناس در مورد پایش آزمایشگاهی ایزوترتینوئین برای گروهی متشکل از ۲۲ متخصص بین‌المللی آکنه بود، پشتیبانی بیشتری را ارائه می‌دهد. آزمایش‌های ارزیابی شده شامل اجزای

عملکرد کبد، متابولیک پایه، لیپید و پانل‌های شمارش کامل خون، و همچنین سطح کراتین کیناز و پروتئین واکنش گر C بود. اجماع با توافق بین ۷۰ درصد از شرکت کنندگان تعریف شد.



مدیریت عوارض - اکثر عوارض جانبی مرتبط با ایزوترتینوئین را می‌توان بدون قطع دارو مدیریت کرد.

تشدید آکنه - بدتر شدن گذرا آکنه ممکن است در ماه اول درمان رخ دهد، به ویژه در بیماران مبتلا به بیماری شدید. شعله ور شدن قابل توجه ممکن است نیاز به تعدیل رویکرد درمانی داشته باشد. برای عودهای خفیف، نیازی به تنظیم درمان نیست.

رویکرد آکنه فولمینانس ناشی از ایزوترتینوئین به طور جداگانه در الگوریتم زیر بررسی می‌شود.

پوستی مخاطی - خشکی پوست و غشاهای مخاطی در طول درمان شایع است. به طور خاص، شلیت می‌تواند قابل توجه باشد و اغلب نیاز به استفاده آزادانه از نرم کننده‌های موضعی، مانند وازلین یا سایر مرطوب کننده‌های لب دارد. برای به حداقل رساندن خشکی پوست، به بیماران توصیه می‌شود که با یک پاک کننده ملایم و غیر شوینده شستشو دهند و سپس از نرم کننده‌ها استفاده کنند. یک نرم کننده غیر کومودوژنیک برای نواحی پوست مستعد آکنه توصیه می‌شود.

برای بیمارانی که پوسته شدن بینی یا خشکی دارند یا دچار اپیستاکی هستند، اسپری بینی نمکی و استفاده از وازلین روی سوراخ‌های بینی می‌تواند مفید باشد. اشک مصنوعی ممکن است به کاهش علائم خشکی چشم کمک کند. بیمارانی که از لنزهای تماسی استفاده می‌کنند ممکن است نتوانند آن را در طول درمان تحمل کنند و ممکن است نیاز به قطع استفاده از آنها داشته باشند.

اقدامات محافظتی در برابر آفتاب برای به حداقل رساندن اثرات حساسیت به نور ناشی از ایزوترتینوئین نشان داده شده است. بیماران باید از مرطوب کننده صورت با فاکتور محافظت در برابر آفتاب (SPF) حداقل ۳۰ در روز استفاده کنند و در هنگام قرار گرفتن در معرض نور خورشید باید از لباس‌های محافظ در برابر آفتاب استفاده کنند. کرم ضد آفتاب را باید قبل از قرار گرفتن در معرض نور خورشید روی نواحی در معرض آفتاب مالیده و هر دو تا سه ساعت یکبار تجدید کنید.

میالژیا - اگرچه بررسی سطح کراتین کیناز (CK) در غیاب درد شدید عضلانی نشان داده نمی‌شود، سطح CK در تقریباً ۱۵ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به میالژی ناشی از ایزوترتینوئین افزایش می‌یابد. درد خفیف تا متوسط معمولاً با داروهای ضد التهاب قابل کنترل است. اگر درد شدید شد یا با داروهای ضدالتهابی قابل بهبود نبود، ایزوترتینوئین باید قطع شود.

ناهنجاری‌های آزمایشگاهی - هیپرتری گلیسیریدی، افزایش ترانس آمینازهای کبدی و افزایش CK از ناهنجاری‌های آزمایشگاهی شایع در طول درمان با ایزوترتینوئین هستند:

➤ هیپرتری گلیسیریدی - افزایش جزئی یا متوسط در سطوح تری گلیسیرید (۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی گرم در دسی لیتر) نیازی به تغییر دوز ایزوترتینوئین ندارد و می‌توان با اصلاح سبک زندگی آن را مدیریت کرد. سطوح تری گلیسیرید بین ۵۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم در دسی لیتر نیاز به مداخلات اضافی مانند کاهش دوز ایزوترتینوئین و/یا افزودن یک عامل کاهش دهنده چربی دارد. هیپرتری گلیسیریدی شدید (به عنوان مثال، بالای ۸۰۰ میلی گرم در دسی لیتر) ممکن است به دلیل خطر پانکراتیت حاد، قطع درمان با ایزوترتینوئین مد نظر قرار بگیرد. با این حال، پانکراتیت ثانویه به ایزوترتینوئین نادر است. اگرچه هیپرتری گلیسیریدی معمولاً با قطع ایزوترتینوئین برطرف می‌شود، بیماران ممکن است به نظارت مداوم نیاز داشته باشند زیرا یک گزارش نشان می‌دهد که ممکن است در آینده در معرض خطر افزایش چربی خون و سندرم متابولیک باشند. در یک مطالعه مقطعی، ۱۰۲ بیمار که در آنها غلظت تری گلیسیرید سرم حداقل ۸۹ میلی گرم در دسی لیتر (۱ میلی مول در لیتر) در طول درمان با ایزوترتینوئین (بیش از حد پاسخ دهندگان) افزایش یافت با ۱۰۰ بیمار که غلظت تری گلیسیرید سرم آنها ≥ 9 تغییر کرد، مقایسه شدند. 0.1 mmol/L (۰.۱ mg/dL) بدون پاسخ. چهار سال پس از اتمام درمان با ایزوترتینوئین، افرادی که بیش از حد پاسخ می‌دهند به طور قابل توجهی بیشتر به هیپرتری گلیسیریدی، هیپرکلسترولمی، چاقی تنه‌ای و هیپرانسولینمی مبتلا شدند.

➤ افزایش ترانس آمینازهای کبدی - افزایش خفیف و گذرا در ترانس آمینازهای کبدی در اوایل دوره درمان تقریباً در ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران رخ می‌دهد. سطوح به طور معمول در عرض چند هفته نرمال می‌شوند. اگر سطح ترانس آمینازهای کبدی بیش از سه برابر بیشتر از مقادیر طبیعی باشد، قطع ایزوترتینوئین توصیه می‌شود.

- بارداری - علیرغم تلاش‌ها برای به حداقل رساندن خطر بارداری در طول درمان با ایزوترتینوئین، مانند شرکت اجباری در برنامه iPLEDGE در ایالات متحده، حاملگی همچنان رخ می‌دهد. اگر حاملگی در طول درمان رخ داد، ایزوترتینوئین باید فوراً قطع شود. بیمار باردار باید برای مدیریت و مشاوره به یک متخصص زنان و زایمان با تجربه در زمینه مسمومیت باروری ارجاع داده شود.
- سایر موارد - مدیریت سایر عوارض جانبی غیرپوستی ایزوترتینوئین (مثلاً اثرات روانپزشکی، علائم شدید چشمی)، ممکن است نیاز به مشورت با متخصصان مناسب برای تعیین بهترین اقدام برای بیماران خاص داشته باشد. بیمارانی که علائم و نشانه‌های حاکی از تومور کاذب مغزی دارند (مثلاً سردرد با تغییرات بینایی تازه شروع شده) نیاز به ارزیابی تخصصی دارند و باید مصرف ایزوترتینوئین را قطع کنند.

بعد از درمان

ایزوترتینوئین خوراکی تنها داروی آکنه است که می‌تواند به طور دائم سیر طبیعی این اختلال را تغییر دهد. اکثر بیماران پس از یک دوره درمان بهبود طولانی مدت در شدت آکنه را تجربه می‌کنند. علاوه بر این، بهبود مستمر ممکن است تا چند ماه پس از قطع درمان رخ دهد.

میزان عود گزارش شده برای بیماران تحت درمان با ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرم بر کیلوگرم ایزوترتینوئین بین ۲۰ تا ۶۰ درصد است. در یک مطالعه بر روی ۸۸ بیمار تحت درمان با ایزوترتینوئین برای آکنه‌های شدید یا مقاوم به درمان و تا ۱۰ سال پیگیری، ۸۲ درصد از بیمارانی که دوز تجمعی کمتر از ۱۲۰ میلی گرم بر کیلوگرم دریافت کرده بودند عود کردند (تعریف شده به عنوان بدتر شدن آکنه به اندازه کافی برای آنتی بیوتیک سیستمیک یا ایزوترتینوئین. درمان) در مقایسه با تنها ۲۰ درصد از بیمارانی که بیش از ۱۲۰ میلی گرم بر کیلوگرم دریافت کردند. بیشتر عودها (۷۸ درصد) در ۱۸ ماه اول پس از درمان رخ داده است. بیماران مبتلا به آکنه تنه بیشتر از بیماران مبتلا به آکنه صورت غالباً عود کردند (۴۰ در مقابل ۲۰ درصد).

علاوه بر دوز تجمعی کمتر از ۱۲۰ تا ۱۵۰ میلی گرم بر کیلوگرم در بیماران مبتلا به آکنه شدید و وجود آکنه تنه، عوامل خطر اضافی برای عود عبارتند از جنس مذکر، سن پایین در زمان شروع ایزوترتینوئین (کمتر از ۱۶ سال)، زنان پس از نوجوانی، زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و زنانی که درمان آنتی آندروژن دریافت نمی‌کنند.

پیگیری - افراد دارای پتانسیل باروری یک ماه پس از تکمیل ایزوترتینوئین نیاز به آزمایش نهایی بارداری دارند. ما به بیماران توصیه می‌کنیم در صورت عود آکنه برای ارزیابی مجدد مراجعه کنند. بیماران مبتلا به اسکار ممکن است از ارجاع به یک پزشک متخصص در درمان اسکار آکنه سود ببرند.

منبع:

UpToDate. (n.d.). UpToDate. <https://www.uptodate.com/isotertinoin> oral therapy for acne vulgaris: http://eznl-https-www-uptodate-com.561b6176d1.dir-iranpaper2.ir/contents/essential-tremor-treatment-and-prognosis?search=essential%20tremor&source=search_result&selectedTitle=1%7E54&usage_type=default&display_rank=1

تازه‌های علمی - دارویی

تأثیر استفاده از مکمل‌های کرن‌بری بر عملکرد ورزشی

بر اساس مطالعه‌ای که به تازگی در ژورنال *Physical Activity and Nutrition* به چاپ رسیده، استفاده از فرآورده‌های حاوی کرن‌بری می‌تواند عملکرد ورزشی افراد را افزایش داده دو خستگی عضلانی در طول زمان فعالیت را به تعویق بیندازد. دوندگانی که به مدت ۲۸ روز با عصاره کرن‌بری دریافت کردند، در دوی ۱۵۰۰ متر سرعت بهتری داشتند، پس از دوی ۴۰۰ متر تجمع لاکتات کمتری در عضلات داشتند و عضلات آن‌ها اکسیژن را بهتر برداشت می‌کردند. میزان آنتی‌اکسیدان‌های موجود در کرن‌بری بسیار بالاست. فراوان‌ترین نوع آنتی‌اکسیدان این میوه پلی فنول‌ها هستند. پلی فنول‌ها (از جمله پروآنتوسیانیدین‌ها [PAC]، آنتوسیانین‌ها و فلاونول‌ها) ترکیبات گیاهی ثانویه‌ای هستند که می‌توانند بدن را در برابر رادیکال‌های آزاد مضر محافظت کنند. ورزش شدید یکی از دلایل اصلی به وجود آمدن رادیکال‌های آزاد به ویژه در عضلات



است. این روزها، ورزشکاران حرفه‌ای، برای کاهش آسیب، بهبود عملکرد و ریکاوری سریعتر، به صورت فزاینده‌ای به انواع فرآورده‌ها و مکمل‌های غذایی حاوی آنتی‌اکسیدان‌ها روی آورده‌اند. شواهد کنونی نشان می‌دهد که کرن‌بری می‌تواند عملکرد فیزیکی افراد را در حین پارو زدن و دوچرخه‌سواری افزایش دهد که این کار را از طریق کاهش التهاب و جلوگیری از تشکیل لاکتات خون انجام می‌دهد. محققان دانشگاه مونترال ۱۴ دونه حرفه‌ای را برای ارزیابی مکمل کرن‌بری در عملکرد و ریکاوری پس از دویدن وارد مطالعه کردند. در ابتدا، شرکت‌کنندگان مسافت‌های ۱۵۰۰ متر و ۴۰۰ متر بدون

مکمل دویدند. در ادامه، همین افراد، ۲ ساعت قبل از دویدن همان مسیرها، به اندازه ۰,۷ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن عصاره کرن‌بری دریافت کردند. مطالعه ادامه داده شد. در ۲۸ روز بعدی، دوندگان هر روز ۰,۳ گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن عصاره کرن‌بری مصرف کردند و پس از آن مسیرهای ۱۵۰۰ متری و ۴۰۰ متری را دویدند. نتایج این تحقیقات حاکی از آن بود که به دنبال مصرف ۲۸ روزه مکمل، عملکرد هوازی ورزشکاران را برای طی مسیرهای طولانی افزایش داد و باعث شد ۱,۵ درصد سریع‌تر بدونند. به نظر می‌رسد استفاده طولانی مدت از این مکمل، نرخ اکسیژن‌رسانی عضلات را بهبود بخشیده و میزان تجمع بافتی لاکتات پس از دوی ۴۰۰ متر را کم می‌کنند. لازم به ذکر است که این موارد در خصوص دوی ۱۵۰۰ متر صادق نبود و فاکتورهای فوق تغییر محسوسی نداشت.

۲۱ مارس ۲۰۲۴

منبع: Pharmacytimes.Com

مدیریت یبوست در بیماران مبتلا به MS

بیش از نیمی از بیماران مبتلا به MS از اختلال عملکرد روده رنج می‌برند. به طور معمول، شدت این عارضه متناسب با شدت اختلالات موتور در فرد مبتلا می‌باشد. اختلال عملکرد روده ممکن است به دو شکل کندی حرکات روده و اختلال عملکرد اسفنکر اتفاق بیفتد که مورد اول به صورت یبوست و تخلیه ناکامل دستگاه گوارش و مورد دوم به صورت بی‌اختیاری مدفوع بروز می‌کند. شیوع عارضه یبوست در بین بیماران مبتلا به MS در حدود ۵۴ درصد و شیوع بی‌اختیاری مدفوع حدود ۲۹ درصد ارزیابی شده است.

پرواضح است که علت اصلی بروز این عارضه، اختلال عملکرد نورون‌های موتور دستگاه گوارش است. علاوه بر این، اختلالات حرکتی و کم تحرکی بیماران MS هم در تشدید این عارضه نقش بسیار پررنگی ایفا می‌کند. برخی از داروهای مورد استفاده در درمان این بیماری هم ممکن است سبب ایجاد یا بدتر شدن یبوست فرد مبتلا بشوند.

اولین گام برای کنترل یبوست در بیماران مبتلا به MS، مانند سایر انواع یبوست مزمن، راهکارهای غیردارویی به خصوص اصلاح رژیم غذایی می‌باشد. اصلی‌ترین راهکار غذایی برای مدیریت یبوست، افزایش مصرف فیبر است. توصیه می‌شود بیماران مبتلا به یبوست مزمن روزانه ۲۰ الی ۳۵ گرم فیبر دریافت نمایند. برای گنجاندن این مقدار فیبر در رژیم غذایی روزانه، بیماران می‌توانند غذاهای حاوی فیبر بالا (جدول شماره ۱) را بیشتر مصرف کنند یا به غذاهای مصرفی خود سبوس خام (۲) الی ۶ قاشق غذاخوری در هر وعده غذایی اضافه کنند.

در صورت نیاز به استفاده از داروهای ملین، گزینه انتخابی برای بیماران مبتلا به MS، دسته ملین‌های Bulking می‌باشد. این نوع از ملین‌ها بدون القای بی‌اختیاری مدفوع، حرکات روده را بیشتر می‌کنند. از جمله داروهای این دسته در بازار دارویی ایران می‌توان به پودر پسیلیوم و مکمل‌های حاوی سبوس اشاره کرد.

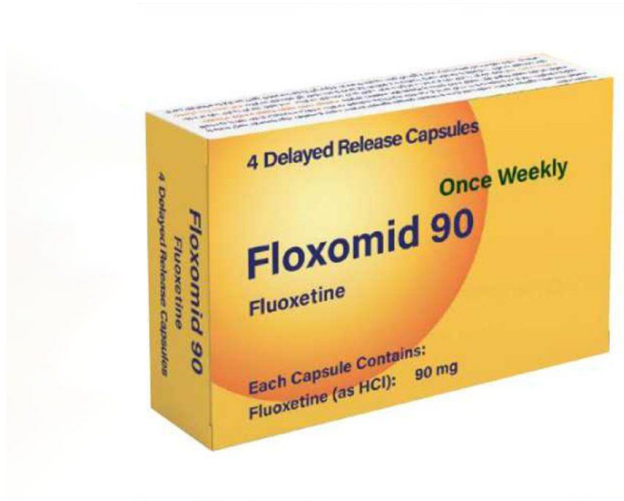
در صورتی که راهکارهای غیردارویی و ملین‌های Bulking یبوست بیماران را به طور کامل کنترل نکنند، گام بعدی استفاده از ملین‌های اسموتیک است. این نوع از ملین‌ها میزان آب در مجاری گوارشی را افزایش داده و دفعات دفع بیمار را افزایش می‌دهد. پودر پلی‌اتیلن گلاکول، لاکتولوز، سوربیتول و گلیسرین از جمله ملین‌های اسمتیک در دسترس در ایران هستند. از بین ملین‌های محرک، گزینه انتخابی فرآورده‌های حاوی سناست که بهتر از سایر ملین‌های هم‌دسته خود تحمل می‌شود. در نهایت، در صورتی که این ملین‌ها به اندازه کافی موثر واقع نشوند، انما آب و صابون آخرین گزینه درمانی به حساب می‌آید.

در بیمارانی که دچار بی‌اختیاری مدفوع هستند، اولین اقدام اجتناب از مصرف فرآورده‌هایی است که علائم بیمار را تشدید می‌کند. به عنوان مثال، مصرف فیبر زیاد در این بیماران وضعیت را بدتر می‌کند. در این بیماران، رعایت بهداشت فردی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و از ایجاد عفونت‌های متعاقب جلوگیری می‌کند. در این بیماران برای افزایش قوام مدفوع می‌توان از فرآورده‌های Bulking مانند پودر متیل سلولوز (۱ تا ۲ قاشق غذاخوری در روز) استفاده کرد. ممکن است در موارد شدید داروهای ضداسهال مانند لوپرامید مورد نیاز باشد. در موارد مقاوم به درمان، گزینه جراحی (کولوستومی و ایلئوستومی) هم مدنظر پزشک معالج قرار می‌گیرد.

| غذا | اندازه وعده ^۱ | میزان فیبر (گرم) |
|----------------|--------------------------|------------------|
| میوه | | |
| سیب (با پوست) | یک سیب متوسط | ۴,۴ |
| موز | یک موز متوسط | ۳,۱ |
| پرتقال | یک پرتقال متوسط | ۳,۱ |
| آلو | یک فنجان آلو بدون هسته | ۱۲,۴ |
| آب پرتقال | یک فنجان | ۰,۷ |
| آب سیب | یک فنجان | ۰,۵ |
| سبزیجات | | |
| لوبیا سبز | یک فنجان | ۴ |
| هویج | نصف فنجان | ۲,۳ |
| نخود | یک فنجان | ۸,۸ |
| سیب زمینی | یک عدد متوسط | ۳,۸ |
| خام | | |
| خیار (با پوست) | یک عدد متوسط | ۱,۵ |
| کاهو | یک فنجان کاهو خرد شده | ۰,۵ |
| گوجه فرنگی | یک عدد متوسط | ۱,۵ |
| اسفناج | یک فنجان | ۰,۷ |
| خشکبار | | |
| بادام | نصف فنجان | ۸,۷ |
| بادام زمینی | نصف فنجان | ۷,۹ |

منبع: [Uptodate](#)^۱Serving Size

مصرف هفتگی فلوکستین



با توجه به نیمه عمر بالای داروی فلوکستین می‌توان این دارو را به صورت انتریک کوت فرموله کرده و هر هفته یک بار مصرف کرد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد این فرمولاسیون جدید از نظر اثربخشی و احتمال عود مجدد علائم اضطراب و افسردگی مشابه شرایطی است که بیماران فرمولاسیون عادی دارو را با دوز ۲۰ میلی‌گرم مصرف می‌کنند، مشابه بوده است. اثربخشی دارو بر اساس امتیاز همیلتون

محاسبه شد. از نظر کملیانس مصرف دارو، منطقی‌تر آن است که بیماران را به صورت هفتگی مصرف می‌کنند، وضعیت بهتری دارند. لازم به ذکر است که این فرمولاسیون به عنوان درمان نگهدارنده برای بیماران قابل استفاده است یعنی بیماران باید درمان را با فرمولاسیون‌های عادی دارو شروع کنند و بعد از رسیدن به وضعیت پایدار، طبق نظر پزشک معالج، فرمولاسیون جدید را جایگزین کنند. در برخی از مطالعات، فاز اول درمان با سایر SSRIها مثل سیتالوپرام، سرتالین یا پاروکستین انجام شده و فلوکستین ۹۰ میلی‌گرمی به عنوان درمان نگهدارنده انتخاب شده است.

یکی دیگر از موارد کاربرد این فرمولاسیون جدید، در بیماران است تحت همودیالیز قرار دارند. تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران کلیوی تحت همودیالیز که به اختلالات اضطرابی مبتلا شده‌اند، می‌توانند هفته‌ای ۹۰ یا ۱۸۰ میلی‌گرم داروی فلوکستین دریافت کنند.

فرآورده هفتگی فلوکستین اخیراً وارد بازار دارویی ایران شده است.

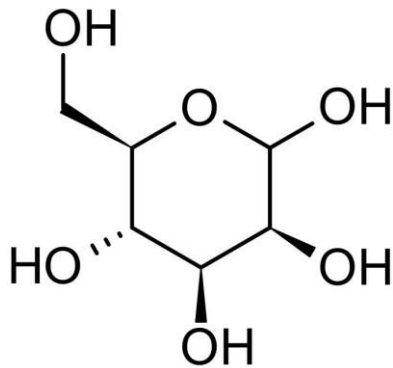
منبع: [The International Journal of Psychiatry in Medicine](#)



مکمل D-Mannose و پیشگیری از عفونت ادراری: آری یا خیر؟

عفونت‌های ادراری جزء شایع‌ترین عفونت‌ها در بین خانم‌ها هستند. تقریباً همه خانم‌های سالم در طول زندگی خود حداقل یک بار دچار عفونت ادراری می‌شوند. ۲۵ الی ۳۵ درصد این خانم‌ها ممکن است ظرف یک سال بعد دچار عفونت راجعه ادراری بشوند. اغلب عودها در ۳ ماه اول بعد از درمان اولیه اتفاق می‌افتد حتی اگر علائم بیمار با مصرف آنتی‌بیوتیک‌های تجویز شده به طور کامل کنترل شده باشد در موارد عفونت راجعه، ابزار اصلی پزشکان تجویز آنتی‌بیوتیک‌هاست. به نظر می‌رسد حدود ۲۵ الی ۴۰ درصد مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها به دلیل همین عفونت‌های راجعه ادراری باشد. فلذا، بخش مهمی از مقاومت آنتی‌بیوتیکی را هم می‌توان به همین موضوع نسبت داد. لازم به ذکر است که باکتری *Escherichia coli* سهم زیادی از این مقاومت آنتی‌بیوتیکی را به خود اختصاص می‌دهد. نکته جالب این است که تقریباً ۸۵ درصد موارد عفونت ادراری از طریق باکتری *E. coli* ایجاد می‌شود. این باکتری از طریق نوعی از پیل‌های سطحی خود به گیرنده مانوز روی سطح سلول‌های اپیتلیال مجاری ادراری می‌چسبد.

ماده D-Mannose یک مکمل غذایی است که به مقدار کم در بعضی میوه‌ها و سبزیجات وجود دارد. برخی از پژوهش‌ها این ماده را به عنوان جایگزین آنتی‌بیوتیک‌ها در عفونت‌های مکرر ادراری معرفی می‌کنند و معتقدند D-Mannose این پتانسیل را دارد که به جای آنتی‌بیوتیک در خانم‌های مبتلا به عفونت راجعه ادراری تجویز بشود و از ابتلای مجدد به این عفونت جلوگیری نماید.



D-Mannose یک پلی‌ساکارید طبیعیست که در بعضی میوه‌ها و سبزی‌ها مثل کرن‌بری وجود دارد و در روند سنتز گلیکوپروتئین از گلوکز تولید می‌شود. بر اساس تحقیقات، به نظر می‌رسد وجود D-Mannose آزاد در ادرار، از طریق مکانیسم "مهار رقابتی" اطراف سلول‌های *E. coli* (ساختار FilmH باکتری) را احاطه کرده و اجازه چسبیدن سلول‌های باکتری به سلول‌های اپیتلیال دستگاه گوارش را نمی‌دهد. در اکثر مطالعات D-Mannose در قالب عصاره کرن‌بری و به همراه سایر نوتراسیوتیکال‌های این میوه با آنتی‌بیوتیک‌های رایج مقایسه می‌شود. مقالات محدودی، اثر D-Mannose خالص را با آنتی‌بیوتیک‌ها

مقایسه کرده‌اند. یکی از این مطالعات در ۹۹ مرکز ارائه خدمت در انگلستان و روی ۵۹۸ خانم انجام شد. خانم‌ها به صورت دوسوکور و تصادفی در دو گروه تقسیم شدند. یک گروه (۲۹۴ نفر) برای پیشگیری از عفونت‌های راجعه از فرآورده‌های D-Mannose خالص و گروه دوم (۲۸۹ نفر) از پلاسبو استفاده کردند. پیامد مورد بررسی، درصد خانم‌هایی بود که در عرض ۶ ماه بعد از شروع مطالعه، دچار حداقل یک علامت مشکوک به UTI بشوند. در دوره فالوآپ، ۵۱ درصد از خانم‌های گروه اول (۱۵۰ نفر) و ۵۵٫۷ درصد از خانم‌های گروه دوم (۱۶۱ نفر) حداقل یک علامت مربوط به UTI را بروز دادند. (ریسک نسبی^۲ (RR)، ۰٫۹۲، CI ۰٫۸ - ۱٫۰۵، P=0.22) لازم به ذکر است که دوره مصرف آنتی‌بیوتیک‌های رایج در هر دو گروه کاملاً مشابه بوده است. در نهایت، مصرف آنتی‌بیوتیک و درصد جرم‌ها با مقاومت میکروبی بالا در گروه اول و گروه دوم مشابه گزارش شد. پس به نظر می‌رسد مصرف مکمل‌های D-Mannose به تنهایی تأثیر خاصی در کنترل و پیشگیری از عفونت‌های راجعه ادراری ندارد.

۲۴ آوریل ۲۰۲۴

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

^۲Relative Risk

نقش استاتین‌ها در درمان عفونت و التهابات لثه

امروزه استاتین‌ها پرمصرف‌ترین داروها برای تنظیم پروفایل چربی خون هستند. مطالعه‌ای که به تازگی در ژورنال Cell به چاپ رسیده، نشان می‌دهد این داروها در کنترل التهابات لثه و درمان بیماری‌های پریودنتال هم کمک‌کننده هستند.

در بیماری‌های پریودنتال رشد باکتری‌ها در سبب تحریک سیستم ایمنی شده که به مواردی چون تورم، خونریزی و تخریب استخوان منتج می‌شود. بدون درمان، این روند التهابی ممکن است باعث از دست دادن دندان شود. به استناد داده‌های آماری، تقریباً نیمی از بزرگسالان بالای ۳۰ سال به نوعی بیماری پریودنتال مبتلا هستند.



درمان‌های کنونی موارد پیشرفته پریودنتال شامل تجویز آنتی‌بیوتیک، پاک‌سازی عمیق ریشه و سطح دندان‌ها و سایر روش‌های مبتنی بر جراحی است. محققان به دنبال راه‌های جدیدی و کمتر تهاجمی برای کنترل التهابات لثه هستند.



برخی از مطالعات قبلی نشان داده‌اند افرادی که استاتین مصرف می‌کنند نسبت به افرادی که استاتین مصرف نمی‌کنند علائم کمتری از پریودنتیت را نشان می‌دهند. پژوهشگران دانشگاه کالیفورنیای جنوبی در مطالعه اخیر خود به بررسی مسیرهای بیوشیمیایی می‌پردازند که استاتین‌ها از طریق آن التهابات دندانی را مهار می‌کنند. بر اساس نتایج این پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد ماکروفاژها بازیگر اصلی این سناریو باشند.

شماره تماس ۰۲۱۰۱۰۱۰۱
خط ویژه جهت مشاوره علمی دارویی

هر چند ماکروفاژها از سلول‌های اصلی سیستم ایمنی هستند و نقش مهمی در مقابله با عفونت‌ها ایفا می‌کنند اما تحریک بیش از حد آن‌ها منجر به بروز التهابات غیرقابل کنترل می‌شود. در این پژوهش، محققان ماکروفاژها و سلول‌های بافت لثه را در مجاورت سیمواستاتین قرار دادند. این آزمایش با سرکوب عملکرد ماکروفاژ و کاهش شدت التهاب در بافت لثه همراه بود.



پاسخگویی به هم‌میهنان عزیز
توسط پزشکان و داروسازان مجرب

پاسخگویی به همکاران کادر درمان
توسط متخصصین داروسازی بالینی



این داده‌ها هنوز از نظر بالینی قابل بهره‌برداری نیستند و نیاز هست مطالعات گسترده‌تری برای تکمیل شناخت مکانیسم عمل دارو و دوزبندی منطقی آن انجام بشود.

۲۵ مارس ۲۰۲۴

منبع: سایت news-Medical.net

نقش ویتامین K در پیشگیری و درمان کبد چرب

در سراسر جهان، تقریباً ۲۵٪ از کل بزرگسالان مبتلا به بیماری کبد چرب غیر الکلی (NAFLD) هستند. شواهد اخیر نقش ویتامین K2 را به عنوان یک عامل پیشگیرانه و درمانی برای محافظت از کبد در برابر NAFLD برجسته می‌کند. در موش‌های مبتلا به NAFLD ناشی از رژیم غذایی پرچرب، ویتامین K2 میزان چربی انباشته شده در کبد را کاهش داد و میزان چربی بدن و درصد چربی بدن را به میزان قابل توجهی کمتر کرد. مقاومت به انسولین و چاقی دو عاملی هستند که اغلب با NAFLD مرتبط هستند، اگرچه بیماران می‌توانند بدون این پیش شرط‌ها به این بیماری مبتلا شوند. راهبردهای فعلی مدیریت شامل کاهش وزن و ورزش است، اما به جز پیوند کبد هیچ راه شناخته شده‌ای برای معکوس کردن روند NAFLD وجود ندارد.

تحقیقات قبلی نشان داده است که ویتامین K می‌تواند یک گزینه درمانی قوی برای کلسیفیکاسیون عروقی، آرتروز و آسم باشد و همچنین متابولیسم لیپید در کبد را تنظیم نماید اما تحقیقات کمی نقش ویتامین K2 را در جلوگیری یا معکوس کردن NAFLD بررسی کرده است.

در مطالعه جدید دانشگاه دالیان چین، محققان به موش‌های مبتلا به NAFLD 3 با رژیم غذایی پرچرب، دوزهای مختلف (۰٫۱، ۰٫۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم، ۰٫۴ میلی‌گرم بر کیلوگرم و ۰٫۸ میلی‌گرم بر کیلوگرم) ویتامین K2 پروفیلاکتیک به مدت ۸ هفته دادند و اثرات آن را در ۱۲ هفته ارزیابی کردند. وضعیت این موش‌ها با موش‌های مبتلا به NAFLD که رژیم غذایی پرچرب دریافت می‌کردند. مقایسه شد.

دوز ۰٫۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم بیشترین اثرات پیشگیرانه را در برابر NAFLD نشان داد، اگرچه همه دوزها از چاق شدن قابل توجه موش‌ها جلوگیری کردند و تجمع چربی احشایی را در این جمعیت کاهش دادند. بر اساس نتایج این تحقیق، این ویتامین اختلالات متابولیسم کلسترول و اختلال در متابولیسم لیپید را هم اصلاح می‌کند.

تجویز پیشگیرانه ویتامین K2 با کاهش التهاب کبد و فیروز همراه بود. علاوه بر این، در موش‌هایی که ویتامین K2 برای NAFLD دریافت کردند، پاتوفیزیولوژی بیماری معکوس شد. پس این ویتامین متابولیسم چربی را بدون تأثیر بر توده بدون چربی بدن یا مایع آزاد بدن تنظیم می‌کند.

ویتامین K2 دیس لیپیدمی مرتبط با NAFLD را معکوس نکرد. علاوه بر این، تعداد سیتوکین‌های APN[†] ترشح شده توسط سلول‌های چربی را تغییر چندانی نداد (APNs - می‌تواند HDL را بهبود بخشد و حساسیت به انسولین را افزایش دهد).

۱۲ فوریه ۲۰۲۴

منبع: Pharmacytimes.com

[†]Adiponectin



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

حداقل ۲ هفته دوز معادل یا بیشتر از ۲۰ میلی‌گرم پردنیزون مصرف کرده باشد هر ۵ میلی‌گرم پردنیزون معادل ۰,۷۵ میلی‌گرم دگزامتازون است. بنابراین، یک بار تزریق ۸ میلی‌گرم دگزامتازون معادل ۱۳۳ میلی‌گرم پردنیزون خواهد شد.

توصیه نهایی به بیمار: چون بیمار دارو را به صورت تک دوز و برای مدتی کمتر از ۲ هفته استفاده می‌کنند، تداخل مهمی مطرح نمی‌باشد.

منابع: Uptodate

دکتر هستی فتوگرافی

شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۳۵ ساله که واکسن گارداسیل ۴ ظرفیتی را به صورت زیر جلدی تزریق کرده است. سوال دارد آیا نیاز به تزریق مجدد هست؟

پاسخ: به طور کلی اطلاعات زیادی در مورد تزریق زیر جلدی گارداسیل موجود نیست اما طبق برخی از منابع در صورتی که بیمار مشکل هماتولوژیک داشته باشد ممکن است توصیه به تزریق زیر جلدی شود اما در مورد لزوم تزریق مجدد حتما باید با پزشک زنان مشورت شود

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به اینکه اطلاعات کافی در این زمینه وجود ندارد در مورد لزوم تزریق مجدد با پزشک زنان هم مشورت کند

منابع: immune.org

دکتر سونا قاسمی

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۲۸ ساله‌ای هستند که برای ریزش مو سکه‌ای روزانه یک عدد قرص اینتیمیا ۴ میلی‌گرمی (باریسیتینیب) مصرف می‌کنند. بیمار از ۳ هفته پیش به دنبال یک سرماخوردگی، دچار سرفه خشک شده‌اند و تنگی نفس و درد خفیف قفسه سینه دارند. با مراجعه به متخصص ریه و انجام سی تی اسکن، برای ایشان لووفلوکساسین ۷۵۰ به صورت روزانه، مونته لوکاست ۱۰ به صورت روزانه، اسپری سیمبیکورت ۹/۳۲۰ به صورت دوبار در روز و یک عدد دگزامتازون تجویز شده است. ایشان نگران تداخل بین باریسیتینیب و داروی دگزامتازون هستند. آیا تزریق این دارو برایشان خطرناک است؟

پاسخ: مصرف کورتیکواستروئیدهای سیستمیک می‌تواند اثرات داروی باریسیتینیب را تشدید کرده و بیمار را در معرض نقض ایمنی شدید قرار دهد. تداخل رده (D) شرط بروز این تداخل این است که بیمار برای مدت

سرتیتر تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ 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
- ❖ دستور جمع‌آوری فرآورده طبیعی روغن شتر مرغ اکلاس توسط اداره فرآورده‌های طبیعی و سنتی
- ❖ توقف توزیع، عرضه و فروش فرآورده کپسول ویگرس شرکت ادیب اکسیر با سری ساخت VI۲۰۲۲
- ❖ ریکال داوطلبانه فرآورده رپلینکس سری ساخت شماره ۰۳۰۰۰۱۰
- ❖ ریکال آمپول کلیندامایسین شرکت اکسیر با سری ساخت ۰۴۱۱۲۳
- ❖ جمع آوری فرآورده مکمل تقویتی رشد مو PHYTO
- ❖ توقف توزیع، عرضه و فروش کپسول اسپیرولینا سوپرزگرین شرکت زرین اورمان با سری ساخت S.S.140202
- ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

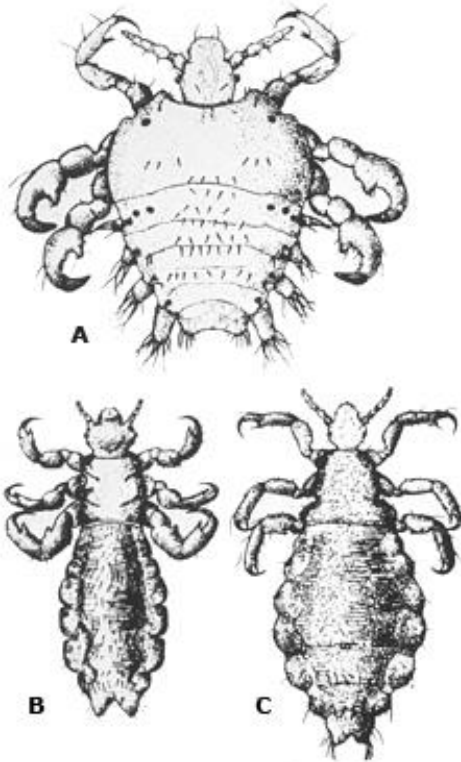
<http://fdo.tums.ac.ir/>

توصیه‌های داروساز در خصوص شپش سر

به طور کلی، سه نوع شپش وجود دارد که به بدن انسان حمله می‌کند: شپش سر (A)، شپش بدن (B) و شپش عانه (C). شپش سر اغلب به دنبال تماس‌های روزمره از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود. خوشبختانه درمان‌های متعددی برای این بیماری آزارنده وجود دارد. نکته حائز اهمیت در درمان این بیماری، سرعت عمل و جلوگیری از انتقال شپش به سایر نزدیکان بیمار می‌باشد.

ویژگی‌های شپش سر

این حشره کوچک و به رنگ سفید مایل به خاکستری است. نوع ماده حشره غالباً ۱ ماه عمر می‌کند و روزانه ۷ الی ۱۰ تخم می‌گذارد. این تخم‌ها رشک یا Nit نامیده می‌شوند و در نزدیکی کف سر به انتهای موها می‌چسبند. نوزاد حشره معمولاً بعد از ۸ روز از تخم بیرون می‌آید. در این زمان، تخم حشره خیلی راحت‌تر دیده می‌شود. از آن جایی که رشک‌ها محکم به انتهای مو چسبیده‌اند، با رشد مو ممکن است رشک‌ها در قسمت‌های پایین‌تر مو دیده می‌شوند. حشره شپش سر توانایی پریدن یا پرواز کردن ندارد و امکان انتقال از یک انسان به انسان دیگر به واسطه حیوانات خانگی در این مورد مطرح نمی‌باشد.



شایع‌ترین روش انتقال شپش از تماس مستقیم سر یک فرد به سر فرد دوم است. اینکه احتمال انتقال شپش از طریق وسایل فرد مبتلا مثل شانه، لباس‌ها و ملحفه چه قدر است، هنوز مشخص نیست.

علائم شپش سر

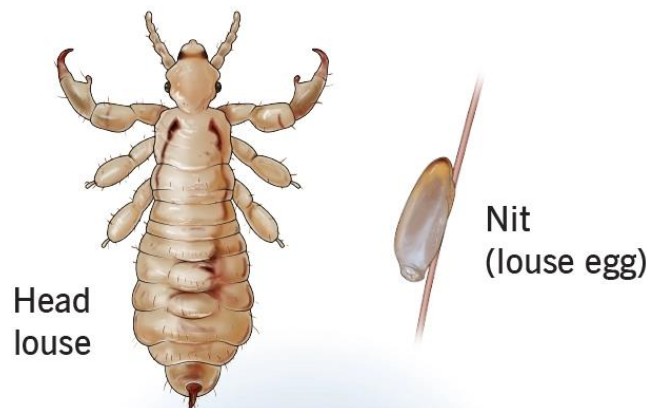
اکثر افراد مبتلا به شپش هیچ علامتی را تجربه نمی‌کنند. برخی از افراد دچار احساس خارش و سوزش در ناحیه کف سر، گردن و اطراف گوش می‌شوند. شپش در هنگام تغذیه، بزاق خود را درون پوست فرد مبتلا وارد کرده و باعث ایجاد واکنش‌های حساسیتی و در نتیجه بروز خارش می‌شود.

تشخیص شپش سر

تشخیص شپش سر از معاینه کف سر و موهای فرد امکان‌پذیر است. استفاده از شانه‌های مخصوص به شانه رشک هم معروف هستند، به تشخیص کمک می‌کند.

- پیش از استفاده از شانه‌های دندان‌ریز، موها بایستی به دقت با یک شانه یا برس معمولی شانه شده تا تمام گروه‌های مو باز شود. این که در این مرحله مو خشک یا خیس باشد، اهمیتی ندارد. در صورت خیس بودن مو، استفاده از نرم‌کننده به راحت‌تر شدن موها کمک می‌کند.
 - شانه دندان‌ریز بایستی در کف سر و قسمت ابتدائی موها قرار داده شود. موها از ریشه تا نوک به طور کامل شانه بشوند. بعد از هر بار شانه زدن، شانه را از نظر وجود حشره یا رشک بررسی کرده و آن را پاک کنید.
 - کل موها باید حداقل دو بار شانه بشوند.
- وجود رشک یا تخم بدون وجود حشره زنده لزوماً به معنی عفونت فعال شپش سر نیست. ممکن است تا ماه‌ها بعد از درمان یک اپیزود ابتلا شپش، رشک‌ها در سر بیمار وجود داشته باشد. از آن‌جاییکه شپش تخم‌های خود را دقیقاً در نزدیک‌ترین قسمت مو به کف سر قرار می‌دهد، اگر در فاصله ۶ میلی‌متری از کف سر، رشک دیده شود، می‌توان نتیجه گرفت که یک عفونت فعال شپش در سر بیمار وجود دارد.

Head lice



مشاهده حشره زنده به مراتب سخت‌تر از مشاهده رشک است چرا که حشره حرکت کرده و خود را از دید مخفی نگه می‌دارند.

هر چند مشاهده شپش در سر می‌تواند بسیار ناخوشایند باشد اما بیماران باید حتماً موارد زیر را در نظر داشته باشند:

- ابتلا به شپش سر نشانه‌ای از آلودگی یا عدم رعایت بهداشت نیست.
- با استفاده از راهکارهای مناسب، شپش سر به راحتی قابل درمان است.
- هیچ‌گاه عارضه خطرناک یا اختلال طولانی مدتی به دنبال ابتلا به شپش سر برای فرد ایجاد نمی‌شود.

درمان شپش سر

انواع روش‌های درمانی از جمله کرم، محلول، روش‌های فیزیکی مثل شانه زدن و داروهای خوراکی در درمان شپش مورد استفاده قرار می‌گیرند. نکته حیاتی این است که بایستی دستورالعمل دقیق هر کدام از این فرآورده‌ها با دقت پیروی شود تا اثربخشی بهتری از فرآورده داشته باشیم. در صورت ابتلا یک نفر از اعضای خانواده، لازم است سایر اعضای خانواده مورد بررسی قرار بگیرند.

داروهای حشره‌کش: فرآورده‌های موضعی ضدشپش به صورت لوسیون، ژل یا شامپو فرموله شده و جهت از بین بردن شپش‌ها روی سر استعمال می‌شوند. از جمله مواد شیمیایی شپش‌کش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- پرمترین
- پیرترین
- مالاتیون
- بنزیل الکل
- سپینوساد
- اورمکتین موضعی

نحوه استفاده: استفاده هم‌زمان از بیش از یک فرآورده ضدشپش مجاز نیست. برای درمان شپش، فقط باید از یک فرآورده استفاده نمود. ممکن است روش مصرف فرآورده‌های ضدشپش شرکت‌های مختلف کمی با هم تفاوت داشته باشد. در هنگام استفاده، حتماً بایستی دستورالعمل همان شرکت به طور دقیق خوانده و اجرا شود.

در خصوص اکثر فرآورده، توصیه می‌شود بعد از ۱۰ دقیقه از روی سر شسته شوند. در مورد مالاتیون، این زمان طولانی‌تر است و نیاز است که فرآورده حدود ۸ الی ۱۲ ساعت روی سر بماند. بهتر است تا یکی دو روز بعد از استفاده از دارو، موی سر شسته نشود.

مالاتیون بوی بسیار تندی دارد که ممکن است برای همه افراد قابل تحمل نباشد. مالاتیون یک ماده قابل اشتعال است و نباید در مجاورت آتش و وسائل الکتریکی گرمازا مثل سشوار قرار بگیرد.

شانه زدن موها با شانه‌های مخصوص رشک پس از استفاده از فرآورده‌های حشره‌کش، ریسک ابتلای مجدد به شپش سر را کاهش می‌دهد. می‌توان تا ۳ هفته بعد از استفاده از حشره‌کش‌ها، هر ۲ یا ۳ روز یک بار از این شانه‌ها استفاده نمود.

زمان دریافت درمان مجدد: ۸ الی ۱۲ ساعت بعد از استفاده از حشره‌کش، ممکن است تعداد محدودی حشره بالغ زنده در سر بیمار باقی بماند. در صورتی که سرعت حرکت حشره نسبت به زمان قبل از استفاده از دارو، کاهش پیدا کرده باشد، نیازی به استفاده مجدد از دارو نیست. در صورتی که سرعت حرکت حشره نسبت به زمان قبل از استفاده از دارو تغییری نکرده باشد، می‌توان چنین استنباط کرد که دارو اثربخشی کافی نداشته است. در این حالت، برای انتخاب داروی مناسب، باید با پزشک یا داروساز مشورت بشود.

در خصوص برخی از فرآورده‌ها مثل پرمترین یا بنزیل الکل، قاعده این است که دارو دو مرتبه به فاصله ۷ تا ۹ روز از نوبت اول، مورد استفاده قرار بگیرد.

در خصوص مالاتیون، معمولاً یک بار استفاده کافی است اما اگر ۷ تا ۹ روز بعد از دوز اول، هنوز شپش زنده در سر بیمار دیده می‌شد، دارو باید مجدداً استفاده بشود.

شانه‌زنی روی موهای خیس: در صورتی که این روش مکرراً و با دقت انجام شود، می‌تواند به صورت فیزیکی حشره را از سر بیمار جدا نماید. در مواردی که بیمار قادر به استفاده از حشره‌کش‌های بالا نباشد یا سن کمی داشته باشد، شانه‌زنی موهای

خیس می‌تواند کمک‌کننده باشد. البته این روش کمی وقت‌گیر است و باید در عرض چند هفته، چندین و چند بار تکرار شود تا اثربخشی کافی را ایجاد نماید.

بسته به بلندی و ضخامت موها، هر بار شانه‌زنی باید ۱۵ الی ۳۰ دقیقه به طول بیانجامد. در صورتی که در سر بیمار حشره بالغ و بزرگ دیده شود، شانه‌زنی باید هر ۳ الی ۴ روز یک بار برای مدت ۲ هفته تکرار بشود.

داروهای خوراکی: در مواردی که شپش نسبت به درمان‌های موضعی مقاوم باشد، می‌توان از فرم خوراکی اورمکتین استفاده نمود.

سایر داروهای مورد استفاده: در کشورهای اروپایی، فرم موضعی دایمتیکون برای کنترل شپش سر به کار برده می‌شود. دایمتیکون به صورت محلول‌های غیرسمی و مبتنی بر سیلیکون فرآوری شده و از طریق پوشاندن سطح بدن شپش و مختل کردن توانایی حشره در مدیریت آب، باعث از بین رفتن آن می‌شود. حجم شواهد علمی که اثربخشی این فرآورده را تایید می‌کنند، نسبت به مقالاتی که تاثیرگذاری حشره‌کش‌ها را تایید کرده‌است، کمتر است.

لازم به ذکر است که استفاده از درمان‌های خانگی مثل روغن زیتون، کره، سس مایونز و وازلین در درمان شپش شپش سر هیچ جایگاهی ندارد. این فرآورده‌ها با این ادعا که می‌توانند باعث خفگی حشره بشوند، مورد استفاده قرار می‌گیرند اما اثر چندانی در این زمینه ندارند.

پیشگیری از سرایت شپش سر

- همه افرادی که با یک فرد مبتلا به شپش زندگی می‌کنند (چه بچه و چه بزرگسال)، باید از نظر وجود شپش در سر بررسی شده و در صورت نیاز درمان بشوند. همه افرادی که از رخت‌خواب مشترک با فرد مبتلا به شپش استفاده کرده‌اند، نیاز به درمان دارند حتی اگر هیچ شپش یا تخ شپشی در تخت پیدا نشده باشد.
- لباس‌ها، ملافه‌ها و حوله‌هایی که در ۴۸ ساعت قبل از درمان استفاده شده‌اند، باید در آب داغ شسته شوند و در خشک‌کن برقی خشک شوند. خشک‌شویی هم در از بین بردن شپش‌ها موثر است. برای تمیز کردن مبلمان، فرش و صندلی ماشین می‌توان از جارو برقی استفاده کرد. اقلامی که قابل شستشو یا جارو شدن نیستند را می‌توان به مدت دو هفته داخل کیسه پلاستیکی قرار داد. در صورتی که فرد بیشتر از ۴۸ ساعت قبل از شروع درمان از یک لباس یا وسیله استفاده کرده باشد، نیازی به ضدعفونی کردن آن وسیله نیست. چون حشره حداکثر به مدت ۴۸ ساعت خارج از بدن دوام می‌آورد.



مناسبت‌های سلامت خرداد ماه:

- ۴ خرداد: روز جهانی تیروئید ✓
- ۳ الی ۱۰ خرداد: هفته جهانی تیروئید ✓
- ۳ الی ۱۰ خرداد: هفته بدون دخانیات ✓
- ۲۴ خرداد: روز جهانی اهدای خون ✓

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)

