

خبرنامه مرکز داروپزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

- ✓ مروری بر رویکرد درد مزمن غیرسرطانی در بزرگسالان
- ✓ تازه های علمی- دارویی
- ✓ سوالات بیماران از مرکز داروپزشکی ۱۳ آبان
- ✓ توصیه های داروساز به بیماران
مبتلا به اختلالات عملکرد طحال
- ✓ معرفی داروهای جدید
معرفی داروی دیمرکاپرول
- ✓ تازه های کووید-۱۹

راه های ارتباطی با مرکز داروپزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی 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.com

پست الکترونیکی: dpic@13abanpharmacy.com

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

شماره پیامک: ۱۰۰۰۸۸۸۱۴۱۵۸

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۷-۸

فاکس: ۸۸۳۲۲۰۲۹

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

مروری بر رویکرد درد مزمن غیر سرطانی در بزرگسالان

۱. مقدمه:

درد یک احساس ناگوار است که به وسیله محرک زیان آور ایجاد می شود و هدف آن اساساً دفاع و محافظت در برابر آسیب می باشد. درد واکنش ناشی از درک اعصاب مختلف در سطوح بدن نسبت به محرک داخلی یا خارجی و تجربه ای احساسی و عاطفی است که با آسیب های شدید بافتی و روانی توأم بوده و برحسب چنین معیارهایی ارزیابی می شود. درد مزمن به عنوان دردی محدود، متناوب یا مداوم و با تاثیر بر عملکرد طبیعی بافت ها، تعریف می شود که بیش از دوازده هفته به طول انجامیده باشد. برخلاف درد حاد، درد مزمن غالباً بدون دلیل مشخص حس می گردد. درد مزمن در اثر ترکیبی از عوامل بیولوژیک، روانشناختی و اجتماعی رخ داده و در اکثر اوقات به یک رویکرد چند عاملی برای مدیریت آن نیاز می باشد.

منشأ درد مزمن ممکن است نوروژنیک (با منشا عصبی)، نوسیسپتو (درد ناشی از آسیب به بافت) یا روانی باشد. درمان بیماران مبتلا به درد ناشی از دلایل ساختاری مانند درد های ناشی از دیسک بین مهره ای، بیماری های تخریب کننده مفصل یا اختلالات التهابی مانند درد های ایجاد شده در اثر آرتريت روماتوئید، لوپوس اریتماتوز سیستمیک، بیماری کرون و یا سایر شرایط دردناک مانند درد ناشی از انفارکتوس بافتی با یکدیگر واجد تفاوت می باشند.

در این مقاله رویکردی، مدیریت درد مزمن غیرسرطانی و مرور کلی از روشهای درمانی غیر دارویی و دارویی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

علل غیر نوروپاتیک	علل نوروپاتی های مرکزی	علل نوروپاتی های محیطی
آرتريت التهابی	مالتیپل اسکلروزیس	نوروپاتی های ناشی از ایدز
استئوآرتريت	میلوپاتی ها	نوروپاتی مزمن ایدیوپاتیک
کمردرد مزمن	پارکینسون	عفونت
فیبرومیالژی	به دنبال استروک	اختلالات متابولیک
درد بعد از تروما		نوروپاتی دیابتی
		نورالژی به دنبال هرپس
		نورالژی تری ژمینال
		کمبود فولیک اسید و ویتامین B12
		نوروپاتی ناشی از داروها (وینکریستین، مترونیدازول، ایزونیاژید، مصرف طولانی مدت یدوکینول)
		سندروم تونل کارپال

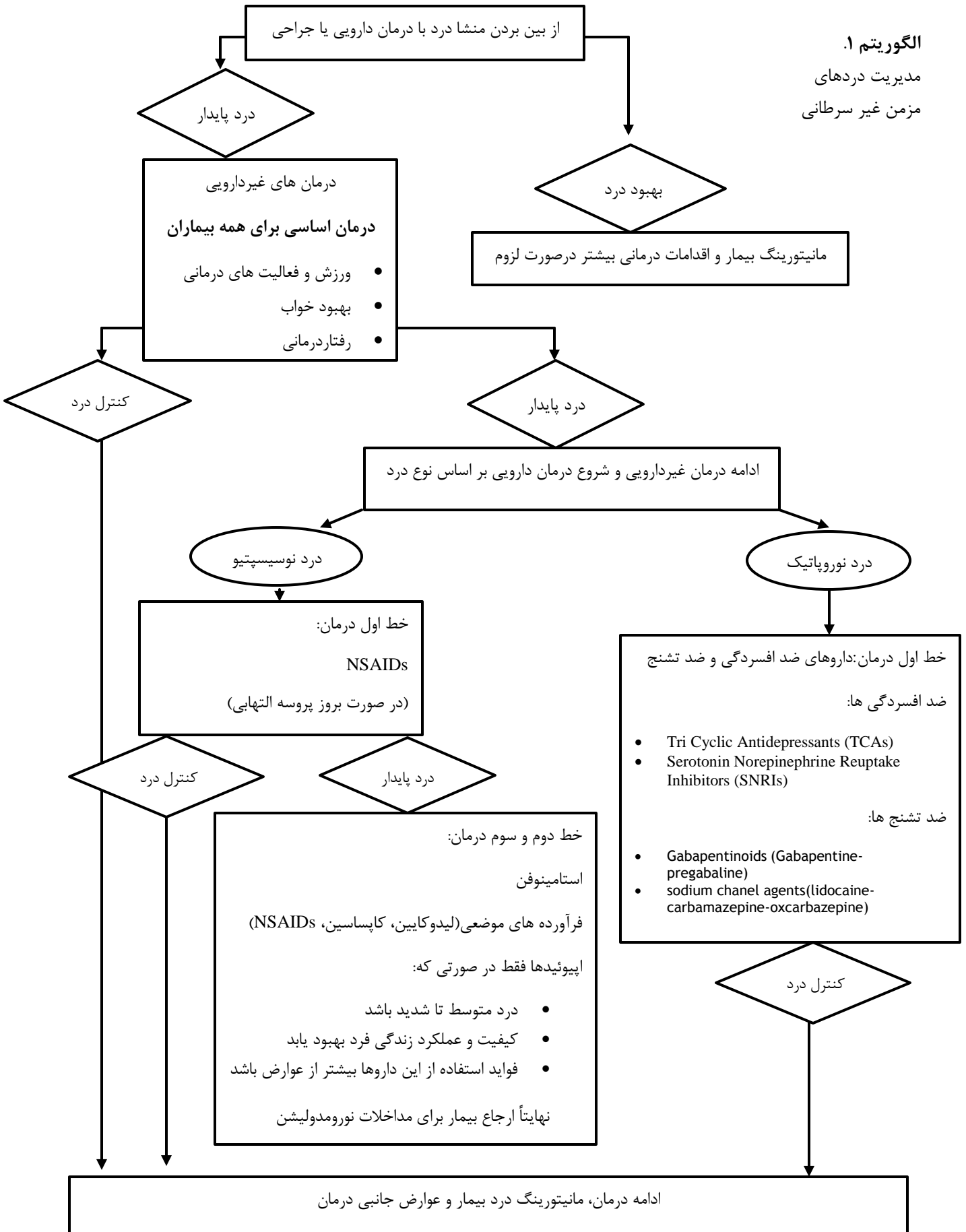
جدول ۱. تقسیم بندی علل مختلف درد مزمن غیر سرطانی.

۲. اصول انتخاب دارو

در الگوریتم ۱، رویکرد کلی به دارو درمانی و مدیریت درهای مزمن نشان داده شده است.

الگوریتم ۱.

مدیریت دردهای
مزمن غیر سرطانی



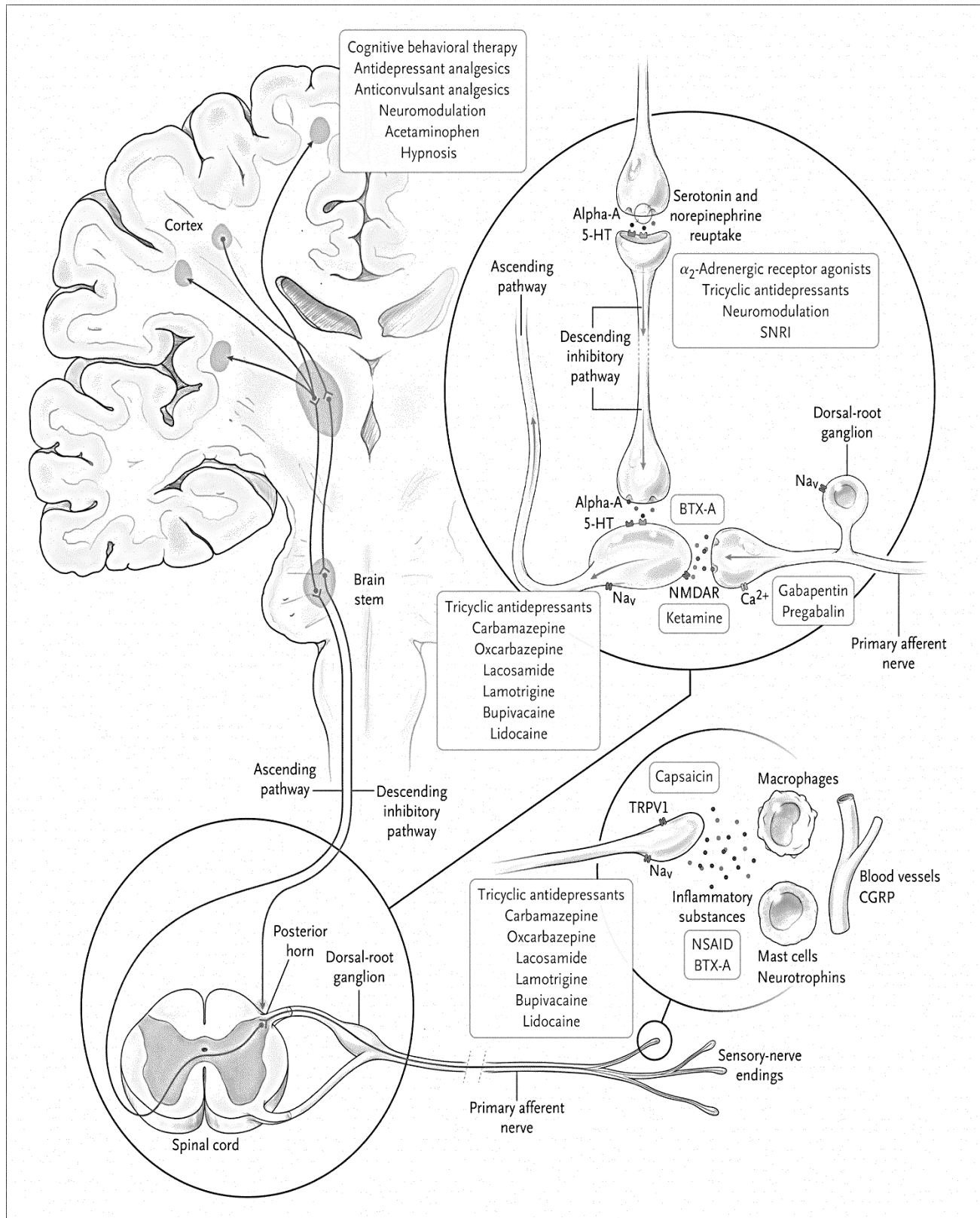
درد های مزمن بر خلاف دردهای حاد که با مکانیزم های مختلف فیزیولوژیک ایجاد می گردند، بیشتر به صورت یک معضل کلی جسمی و روانی خود نمایی می کنند و مجموعه ای از دردهای مزمن می باشند که سبب مشکلات بی شماری برای بیماران مبتلا به آن ها از جمله بی حرکتی بیمار و مشکلات ایجاد شده به تبع آن در عضلات و مفاصل، تضعیف سیستم ایمنی بیمار و مستعد نمودن به ابتلا به سایر بیماری ها، مشکلات خواب، کاهش اشتها و نامناسب شدن تغذیه بیمار، وابستگی به داروها، وابستگی بیشتر از معمول بیمار به افراد خانواده و مراقبین، استفاده بیش از حد و نامعقول از سرویسهای پزشکی، عدم ارائه خدمات مناسب در محیط کار و یا از کار افتادگی و معلولیت، جداسدن فرد مبتلا به درد مزمن از جامعه و خانواده و درون گرایی، اضطراب و ترس از علت درد، احساس ناامیدی و افسردگی و خود کشی اشاره نمود. در واقع درد مزمن یک چالش بالینی اساسی است.

رویکرد کلی و استراتژی درمانی اولیه مناسب برای درد مزمن بستگی به ارزیابی دقیق علت درد و نوع سندرم درد مزمن دارد. درمان درد مزمن معمولاً دشوار است و در غالب موارد رهایی از درد به طور کامل امکان پذیر نیست. مدیریت اولیه بیمار مبتلا به درد مزمن شامل درمان هدفمند درد می باشد. به عنوان نمونه، اگر عملکرد عصب در اثر فشرده شدن مختل شود (به عنوان مثال، سندرم تونل کارپال، نورالژی تریژمینال) کاهش یا رفع علت زمینه ای، می تواند در کاهش درد موثر باشد. در صورت عدم بهبودی با مداخلات غیر دارویی در مرحله اول، درمان دارویی بر حسب نوع درد و شرایط بالینی و پاسخ به درمان طبق الگوریتم ۱ انتخاب می شود. در نهایت بلوک عصب با روش های مختلف، جایگزینی برای دردهای مقاوم محسوب می شود که به درمان های قبلی پاسخ مناسبی داده باشند. در جدول ۲ داروهای غیر اپیوئیدی مورد استفاده در درمان درد نشان داده شده اند. در تصویر ۱ محل اثر راهکارهای مختلف مدیریت درد نشان داده شده است.

دارو	دوز	اندیکاسیون	عوارض جانبی و مخاطرات	توضیحات
استامینوفن	۶۵۰ میلی گرم هر ۴-۶ ساعت / حداکثر ۴ گرم در روز	درد خفیف تا متوسط	آسیب کبدی در دوز های بالا	شواهدی مبنی بر اثر دارو بر درمان دردهای نوروپاتیک وجود ندارد
آسپرین	۳۵۰-۶۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت / حداکثر ۳۶۰۰ میلی گرم در روز	درد خفیف (به طور موقت) // آرتريت التهابی مزمن	تهوع، دیس پپسی، ریسک ایجاد خونریزی، گیجی، بی خوابی، سردرد	شواهدی مبنی بر اثر دارو بر درمان دردهای نوروپاتیک وجود ندارد/ در افراد زیر ۱۶ سال و یا واجد حساسیت شناخته شده به دارو استفاده نشود

NSAIDs	دوز وابسته به نوع دارو متغیر می باشد	درد خفیف تا متوسط / درد مرتبط با التهاب	تهوع، دیس پپسی، اسهال یا یبوست، افزایش خطر ایجاد خونریزی، گیجی، خواب آوری، سردرد، حوادث قلبی عروقی	شواهدی مبنی بر اثر این دارو ها بر درمان دردهای نوروپاتییک وجود ندارد/ در افراد واجد حساسیت شناخته شده به دارو استفاده نشود/ حداقل دوز و در کوتاه ترین زمان استفاده گردد
آمی تریپتیلین	۵۰-۱۵۰ میلی گرم روزانه یا منقسم در دو دوز/ حداکثر ۷۵ میلی گرم در هر دوز	درد نوروپاتییک (خط اول درمان) / فیبرومیالژی/ پیشگیری از سردرد تنشی یا میگرن	خواب آوری، لرزش دست، گیجی، تاکی کاردی، خشکی دهان، یبوست، افت فشارخون وضعیتی، افزایش وزن، افکار خودکشی	از قطع ناگهانی دارو پرهیز شود/ در افراد با سابقه اخیر سکتته یا آریتمی قلبی پرهیز شود/ در استفاده همزمان با داروهای سروتونرژیک دیگر احتیاط گردد
دلوکستین	۶۰-۱۲۰ میلی گرم روزانه یا منقسم در دو دوز	درد نوروپاتییک (خط اول درمان) / فیبرومیالژی/ درد عضلاتی اسکلتی مزمن	تهوع، افزایش فشار خون، گیجی، بی خوابی، سردرد، خشکی دهان	از قطع ناگهانی دارو پرهیز شود/ در استفاده همزمان با داروهای سروتونرژیک دیگر احتیاط گردد
پره گابالین	۳۰۰-۶۰۰ میلی گرم در روز در ۳ دوز منقسم	خط اول درمان درد نوروپاتییک / فیبرومیالژی	گیجی، خواب آلودگی، سردرد، ادم محیطی، تهوع، دوبینی، افکار خودکشی	تنظیم دوز با توجه به عملکرد کلیوی بیمار انجام می شود/ احتمال وابستگی یا سوء استفاده از دارو وجود دارد
گاباپنتین	۹۰۰-۳۶۰۰ میلی گرم در روز در ۳ دوز منقسم	خط اول درمان درد نوروپاتییک	گیجی، خواب آلودگی، سردرد، ادم محیطی، تهوع، دوبینی، افکار خودکشی	تنظیم دوز با توجه به عملکرد کلیوی بیمار انجام می شود/ احتمال وابستگی یا سوء استفاده از دارو وجود دارد
پچ پوستی لیدوکائین	۱-۳ پچ در روز برای پوشش ۱۲ ساعت در روز	درد نوروپاتییک محیطی	خارش، اریتم و سوزش موضعی	دارای تأییدیه FDA در دردهای پس از ضایعات ویروس هرپس
پچ پوستی کاپسازین	۱-۴ پچ در روز برای پوشش ۳۰-۶۰ دقیقه در روز	درد نوروپاتییک محیطی	خارش، اریتم و سوزش موضعی	با دستکش های نیتریل استفاده گردد

جدول ۲. ضد دردهای غیراپیوئیدی در درمان دردهای مزمن



تصویر ۱. محل اثر راهکارهای مختلف کنترل درد.

۳. درمان های غیردارویی

روشهای مدیریت غیر دارویی درد مزمن بسیار متنوع هستند و تکنیک های ذهنی و طب سوزنی و روشهای فیزیکی از جمله این روشها به شمار می روند. هیچ روشی به تنهایی تضمین کننده دریافت پاسخ برای درمان درد مزمن محسوب نمی شود. مدیریت درد مزمن با روش های غیر دارویی آغاز شده و در صورت عدم پاسخ دهی مناسب درمانهای دارویی مناسب انتخاب می شود.

مدیریت موفقیت آمیز دردهای مزمن نیازمند پرداختن به همه شرایط ناخوشایند جسمی و روانی است که منجر به درد می شوند. روشهای درمانی غیر دارویی شامل طیف گسترده ای از درمان هایی هستند که شامل ورزش درمانی، مداخلات روحی و روانی (به عنوان مثال، درمان شناختی-رفتاری، روان درمانی و آموزش بیمار) انواعی از روش های تحریک پوستی، ماساژ درمانی، بی حرکت ساختن، طب سوزنی، آرام سازی عضلانی^۱، موسیقی درمانی، هیپنوتیزم یا فیزیوتراپی می شود. انتخاب روش های درمانی دارویی یا غیردارویی بر اساس فاکتورهای مختلف مشاهده شده در بیمار از جمله سن بیمار، مشکلات همراه، نوع درد، میزان دسترسی، هزینه و اولویت های بیمار به صورت فردی صورت می گیرد.

۴. داروهای ضد درد غیر اپیوئیدی

داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAIDs) با وجود عوارض متعدد یکی از محبوب ترین دسته های دارویی برای درمان دردهای مزمن می باشند. داروهای NSAID اشکال خفیف تر درد مانند دردهای ناشی از مشکلات عضلانی و مفصلی را تسکین می دهند و علاوه بر این باعث کاهش علائم التهابی از قبیل تورم و سوزش می شوند. این دسته دارویی به طور گسترده برای مدیریت درد مزمن مورد استفاده قرار می گیرند و از نظر قدرت، مدت زمان تاثیر گذاری، نحوه مصرف، افزایش خطر ایجاد زخم و خون ریزی و عوارض گوارشی و قلبی-عروقی واجد تفاوت می باشند. طیف فعالیت داروهای NSAID، بازتابی از توانایی آنها در سرکوب هر دو ایزوفرم آنزیم سیکلو اکسیژناز (COX-1 و COX-2) است که به طور کلی محصولات آبشارالتهابی با منشا آراشیدونیک اسید را کاهش می دهند. برحسب توانایی این داروها در مهار هر کدام از این ایزوآنزیم ها ریسک بروز عوارض این داروها متفاوت خواهد بود. در رابطه با داروهای NSAID حداکثر دوز اثر بخش قابل تعیین می باشد و پس از عبور از این میزان انتظار افزایش اثر ضد دردی وجود نداشته و تنها عوارض دارو افزایش می یابد. انواع تزریقی این داروها نیز در ایران موجود است ولی برای بیماری های مزمن و مصرف روزانه طولانی مدت، نوع تزریقی این داروها توصیه نمی شود. عوارض قلبی عروقی داروهای NSAID، با توجه به نیاز استفاده طولانی مدت

¹ Muscle relaxation

² Non-steroidal anti-inflammatory drugs

این داروها در مدیریت دردهای مزمن، بایستی مد نظر قرار گیرد. در سال ۲۰۱۵ سازمان غذا و داروی ایالات متحده بر لزوم الصاق برچسب هشدار بر روی بسته بندی داروهای NSAID از نظر افزایش خطر عوارض قلبی عروقی و بروز حملات قلبی و سکتة قلبی تاکید نمود. تازه ترین مطالعات چاپ شده در نشریه پزشکی^۳ BMJ، نشان میدهد که مصرف داروهای این دسته در کوتاه مدت نیز ممکن است با افزایش خطر حملات قلبی و سکتة قلبی همراه باشد. افزایش فشارخون و حوادث قلبی عروقی احتمالا به دلیل کاهش تولید پروستاگلاندین و پروستاگلین ها و افزایش احتمالی احتباس آب و نمک به دنبال اثرات کلیوی ناشی از داروها رخ می دهند.

داروهای NSAID با اثرات غیرانتخابی بر آنزیم های COX و نیز داروهای NSAID با اثرات انتخابی بر این آنزیم ها مانند داروی سلکوکسیب، می توانند منجر به افزایش خطر بیماریهای قلبی عروقی از جمله استروک، انفارکتوس میوکارد، افزایش فشار خون، فیبریلاسیون دهلیزی، نارسایی احتقانی قلبی شوند. از طرف دیگر در مطالعات نشان داده شده است که افرادی که از درمانهای ضد پلاکتی دو دارویی مانند آسپیرین و کلوپیدوگرل، پس از حوادث قلبی عروقی، استفاده می کردند، ۳،۳ مورد در هر ۱۰۰ نفر-سال، در معرض حوادث خونریزی دهنده قرار داشته اند و این خطر با اضافه شدن درمان با داروهای NSAID تا ۷،۶ حادثه در هر ۱۰۰ نفر-سال افزایش پیدا نموده است. به صورت کلی به نظر می رسد که با افزایش دوز و افزایش دفعات تجویز، حوادث قلبی عروقی و گوارشی افزایش پیدا نمایند، با این حال ممکن است ناپروکسن یک استثنا باشد زیرا افزایش خطر انفارکتوس قلبی و یا استروک در دوزهای پایین تر از دوزهای معمول، ۲۲۰ میلیگرم هر ۱۲ ساعت، نیز مشاهده شده است، در حالیکه در دوزهای بالاتر اثرات ضدپلاکتی این دارو، پایداری و ثبات بیشتری پیدا کرده و احتمالا منجر به کاهش حوادث قلبی عروقی می شود. بر اساس مطالعات برای اغلب بیماران بدون سابقه بیماریهای قلبی عروقی که نیازمند دریافت کوتاه مدت (کمتر از یک ماه) و یا متناوب درمان با این دسته دارویی باشند، با توجه به اینکه به نظر می رسد ناپروکسن بالاترین میزان ایمنی قلبی عروقی را در میان داروهای این دسته دارا باشد، توصیه به استفاده از ناپروکسن می شود، داروی غیرانتخابی دیگر مانند ایبوپروفن نیز یک جایگزین منطقی محسوب می شود. داروهای غیرانتخابی بایستی برای حداقل دوز موثر و حداقل طول مدت درمان تجویز شوند.

بر اساس کارآزمایی PRECISION، مهارکننده انتخابی سیکلواکسیژناز-۲، سلکوکسیب، در مقایسه با سایر داروهای (NSAID) با افزایش خطر بیماریهای قلبی عروقی^۴ (CVD) در بیماران مبتلا به آرتروز همراه نبوده است. بیش از ۲۴ هزار بیمار که روزانه برای درمان درد آرتروز خود، این داروها را دریافت می کردند و در معرض خطر بیماریهای قلبی عروقی بودند بطور تصادفی شده برای دریافت سلکوکسیب با دوز ۱۰۰ میلیگرم دوبار در روز، ایبوپروفن با دوز ۶۰۰ میلیگرم سه بار در روز یا ناپروکسن با دوز ۳۷۵ میلیگرم

³ British Medical Journal

⁴ Cardiovascular disease

دوبار در روز تقسیم شدند. بیماران به طور متوسط ۲۰ ماه تحت درمان بوده و حدود ۳۰ ماه پیگیری گردیدند. در این مطالعه، پیامد اصلی شامل مرگ بر اثر حوادث قلبی-عروقی، انفارکتوس میوکارد یا سکته مغزی در ۲,۳ درصد از گروه دریافت کننده سلکوکسیب، ۲,۵ درصد از گروه دریافت کننده ناپروکسن و ۲,۷ درصد از گروه دریافت کننده ایبوپروفن دیده شد؛ در نتیجه، برخلاف نتایج حاصل از مطالعات قبلی، میزان حوادث قلبی عروقی با سلکوکسیب مشابه ناپروکسن و ایبوپروفن مشاهده گردید. از محدودیت های مطالعه که توسط گروه انجام دهنده تحقیق ذکر شده است میتوان به عدم وجود گروه شاهد اشاره نمود و لذا این یافته ها به منزله ایمن بودن سلکوکسیب در بیماران دچار بیماریهای قلبی عروقی نابسستی تفسیر شود. بنابراین نتایج حاصل از کار آزمایشی ذکر شده، نمی تواند نحوه رویکرد بالینی فعلی را تغییر دهد و کماکان توصیه می گردد بیماران در خطر بالای بیماری های قلبی عروقی به صورت کلی از مصرف سلکوکسیب یا دیگر داروهای NSAID اجتناب نمایند.

نارسایی حاد کلیه، نکرورز توبولی حاد، گلوومرولوپاتی و سندرم نفروتیک، نفريت بینابینی حاد، اختلالات آب و الکترولیت و نفروپاتی، از جمله عوارض کلیوی این داروها محسوب می شوند. نارسایی حاد کلیه ناشی از این داروها به دلیل مهار COX-۱ و به مقدار کمتر مهار COX-۲ در کلیه ها و در نتیجه کاهش تولید پروستاگلاندین ها ایجاد میشود. کاهش تولید پروستاگلاندین ها در ادامه منجر به انقباض شریان آوران، کم شدن جریان خون کلیه، افزایش کراتینین و ازت اوره خون و احتباس مایع در بدن می گردد. داروهای مهارکننده اختصاصی COX-۲ مانند سلکوکسیب، نیز منجر به مهار تولید پروستاگلاندین ها و بروز عوارض در کلیه می شوند و نسبت به سایر داروهای NSAID از این نظر واجد ارجحیت نمی باشند. از میان داروهای NSAID، ایندومتاسین با بالاترین خطر ایسکمی در کلیه و آسپیرین با کمترین خطر از این نظر همراه می باشند. پیروکسیکام، دیکلوفناک، ناپروکسن و ایبوپروفن از نظر این دسته از عوارض جایگاهی میان این دو دارو دارند.

عوارض گوارشی داروهای NSAID غالباً به صورت اسهال، سردرد، حالت تهوع، یبوست، راش، سرگیجه، نفخ شکم، درد معده، و سوء هاضمه در بیماران بروز پیدا می کنند. عوارض گوارشی به علت کاهش تولید پروستاگلاندین و بیکرینات و همچنین خاصیت اسیدی داروها ایجاد می شوند. گرچه در منابع مختلف داروهای مرتبط با بیشترین و کمترین میزان عوارض گوارشی متفاوت بوده اند اما به صورت کلی میزان بروز این عوارض به صورت ایبوپروفن > دیکلوفناک > ناپروکسن > تولمتین > ایندومتاسین > پیروکسیکام ممکن است به خاطر سپرده شود. به منظور پیشگیری از بروز زخم های گوارشی در بیماران در معرض خطر، در بیماران دریافت کننده داروهای NSAID، داروهای PPIs^۵ مانند پنتوپرازول نسبت به داروهای H2 بلاکر مانند رانیتیدین ارجح تلقی می شوند.

⁵ Proton-pump inhibitors

به صورت کلی عوارض کبدی مستقیم با داروهای NSAID شایع نمی باشد اما از میان داروهای این دسته، داروهای دیکلوفناک و سولینداک بیشتر با این دسته از عوارض مرتبط هستند. در مواردی که بیماران دچار مشکلات خفیف کبدی بوده و سیروز در ایشان مشاهده نگردد، داروی ایبوپروفن ممکن است با احتیاط مورد استفاده قرار گیرد؛ در بیماران دچار سیروز، با توجه به مشکلات زمینه ای متعدد و افزایش خطر خونریزی استفاده از داروهای NSAID به صورت کلی واجد منع مصرف تلقی می گردد و سایر داروها در این شرایط واجد ارجحیت می باشند.

برخی از افراد ممکن است در مواجهه با داروهای NSAID واکنشهای بیش حساسیتی را تجربه نمایند و از علائم اینگونه واکنشها ممکن است بیماران تنگی نفس را به میزان بالاتری گزارش کنند. بیماران دچار بیماری آسم، به صورت زمینه ای، در معرض خطر بالاتری از نظر بروز واکنش های بیش حساسیتی در مواجهه با داروهای NSAID قرار دارند. افراد با سابقه واکنش بیش حساسیتی جدی به یک NSAID با احتمال بالایی واکنش مشابه در موارد مواجه شدن با سایر داروهای این دسته بروز خواهند داد.

به صورت کلی توصیه می شود از استفاده روتین از داروهای NSAID در بیماران دچار نارسایی کلیه و میزان فیلتراسیون گلومرولی (GFR)^۶ کمتر از ۳۰ ml/min و یا افزایش میزان کراتینین سرم به میزان بیش از ۳۰ درصد مقدار زمینه ای، هایپرکالمی (پتاسیم بالاتر از ۵٫۵ mEq/ml) یا افزایش پتاسیم به بالاتر از ۵ mEq/ml در حین درمان، در بیماران با شرایط همودینامیک ناپایدار، بیماران دریافت کننده داروهای آنتی پلاکت یا آنتی کوآگولان با دوز درمانی، بیماران با سابقه CABG^۷، فشارخون بالای کنترل نشده و بیماران دچار نارسایی قلبی و همچنین بیماران با سابقه زخم های گوارشی اجتناب شود. توصیه می شود از مصرف همزمان داروهای NSAIDs با یکدیگر اجتناب شود، زیرا هیچ گونه شواهد یا تجارب بالینی وجود ندارد که نشان دهنده افزایش میزان اثربخشی و ضد دردی و ضد التهابی با این اقدام باشد و از طرف دیگر مصرف همزمان دو یا چند NSAID ممکن است با افزایش میزان بروز عوارض جانبی این داروها همراه باشد.

۵. داروهای ضد افسردگی

اثرات کاهنده درد داروهای ضد افسردگی را می توان به دو دسته اثرات ضد دردی مستقیم، با تاثیر بر انتقال عصبی از مسیرهای نزولی و مستقل از تأثیرات مشاهده شده بر خلق و خوی، و تأثیرات غیرمستقیم، احتمالاً با تأثیر بر روی قشر مغز و لیمبیک، تقسیم نمود. اثرات مستقیم ضد دردی داروهای ضد افسردگی از طریق بررسی های این اثرات در بیماران فاقد مشکلات اعصاب و روان و

^۶ Glomerular Filtration Rate

^۷ Coronary artery bypass grafting

همچنین کاهش درد در بیماران دچار افسردگی در طی ۲ هفته نشان داده شده است دردها کمتر شده است. این مطلب نشان دهنده آن است که شروع اثرات ضد دردی دارو سریع تر و با دوز پایین تری نسبت به اثرات ضد افسردگی آن رخ می دهد. داروهای این دسته در واقع قادر به تغییر نحوه درک درد ارسال شده از نخاع به مغز و کاهش اضطراب و تنظیم خواب هستند و از این طریق در کنترل دردهای مزمن کمک کننده می باشند.

همچنین نشان داده شده است که همبستگی قابل توجه میان حالات مختلف درد مزمن و اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی و علائم جسمی و اختلالات مرتبط با آن وجود دارد. اختلالات خلقی و روحی می توانند بر پردازش درد اثر گذاشته و به عنوان تقویت کننده عاطفی و شناختی برای درد عمل نموده و منجر به افزایش شدت درد یا مقابله ضعیف با استرس ناشی از آن شوند.

دوزهای پایین داروهای ضد افسردگی اغلب برای تسکین درد مزمن، به خصوص در بیماران دچار اختلالات خلق، دردهای نوروپاتیک ناشی از دیابت، سردردهای میگرن و تنشی، استئوآرتریت و فیبرومیالژیا ممکن است کمک کننده باشند. به نظر می رسد مؤثرترین داروهای ضد افسردگی در درمان درد های نوروپاتیک، آمین های نوع سوم از دسته TCAs، مانند آمی تریپتیلین، دوکسپین، ایمی پرامین، ونلافاکسین، بوپروپیون و دولوکستین باشند. این داروها دارای عوارض شایعی مانند خواب آلودگی، یا بی خوابی، سرگیجه، تغییرات فشار خون، تاری دید می باشند و علاوه بر این عوارض مهم تری مانند اختلالات هدایتی قلب، سردرد، نوروپاتی محیطی، لرزش، وزوز گوش، توهم، تهوع و استفراغ، تحریک معده، بزرگ شدن سینه در مردان، اختلال عملکرد جنسی، تغییرات قند خون، تغییرات اشتها و وزن را نیز ممکن است ایجاد نمایند.

۶. داروهای ضد تشنج

داروهای ضد تشنج مانند گاباپنتین، پره گابالین، کاربامازپین، اکس کاربازپین و فنی توئین می توانند به عنوان داروی ضد درد نیز مورد استفاده قرار گیرند و در مواردی مانند دردهای ناشی از نورالژی سه قلو یا نوروپاتی دیابتی واجد کاربرد می باشند. داروهای ضد تشنج از طریق چندین مکانیسم ممکن است در مدیریت درد کمک کننده باشند، اما مکانیسم دقیق اثر ضد درد آنها کماکان ناشناخته است. تصور می شود این داروها از طریق تحریک کانال های یونی سدیم و کلسیم و گیرنده های تحریکی گلوتامات و N متیل D آسپاراتات^۸ و همچنین مهار گیرنده های گابا و گلیسین عمل نمایند.

⁸ NMDA

۷. داروهای اپیوئیدی

داروهای اپیوئید قادر به کنترل تمام انواع درد با هر نوع علت زمینه ای مانند دردهای سوماتیک^۹، ویسرال^{۱۰} یا نوروپاتیک می باشند. تنوع اشکال دارویی در این دسته وسیع می باشد و ممکن است با توجه به شرایط بیمار راه دارو رسانی مناسب انتخاب شود. حداکثر میزان دوز قابل استفاده برای این دسته دارویی با توجه به شرایط بالینی بیمار و تجربه وی در دریافت این داروها و بروز عوارض جانبی در هر بیمار خاص تعیین می گردد و میزان ثابتی که برای تمام بیماران مصداق داشته باشد در این زمینه قابل تعیین نمی باشد. داروهای اپیوئید، گیرنده های مختلفی از جمله گیرنده های μ ، κ و δ را در سیستم عصبی مرکزی و نخاع تحریک می کنند که تحریک گیرنده های μ منجر به ایجاد اثر ضد دردی در بیمار می گردد. داروهای اپیوئید با قدرت پایین، مانند کدئین، بر روی مراکز فوقانی مغز و طناب نخاعی اثر کرده و با باند شدن با گیرنده های مخدر سبب تغییر در درک درد شده و می تواند به کنترل برخی از انواع درد مزمن کمک کنند. به هنگام استفاده از مسکن مخدر خوراکی بایستی عوارض جانبی مانند تضعیف سیستم تنفسی، تهوع، استفراغ، یبوست و تغییر در فرآیندهای ذهنی در بیمار پایش شده و در صورت لزوم کنترل شوند. در ادامه درمان درد، در صورت عدم مشاهده پاسخ کافی داروهای مخدر خوراکی با قدرت بالا مانند متادون، جایگزین داروهای مخدر با قدرت پایین می شوند. مورفین و داروهای مشابه مورفین مانند اکسی کدون، فنتانیل و بوپرنورفین از تسکین دهنده های با قدرت بالا محسوب می شوند.

۸. داروهای تزریقی

استفاده از داروهای تزریقی یک روش نسبتاً ایمن، مؤثر و کارآمد می باشد و اثرات درمانی طولانی تری نسبت به داروی خوراکی فراهم کرده و در مقایسه با تکنیک های مختلف جراحی، روش کمتر تهاجمی محسوب می شود. این روش ممکن است در انواعی از دردهای نوروپاتیک یا ارتوپدی مورد استفاده قرار گیرد. تزریق داروهای بی حس کننده به منظور بلوک عصبی مثالی از این روش است که در مدیریت درد مزمن استفاده می شود. تزریق ها به منظور قطع سیگنال های عصبی قبل از رسیدن به مغز انجام می شوند. این روش درمانی به منظور تشخیص منشأ درد و یا درمان درد ناشی از اعصاب ملتهب نیز مورد استفاده قرار می گیرد. تزریق داروهای کورتیکو استروئید در فضای اپیدورال نیز در کنترل درد در برخی از انواع کمردرد های مزمن یا بیماری های التهابی مفاصل مورد

⁹ Somatic

¹⁰ Visceral

استفاده قرار می گیرد و باعث تسکین درد و بهبود روند التهاب در این بیماران می شود. درد و واکنش های محل تزریق از جمله عفونت از عوارض این تکنیک درمانی می باشد.

۹. سایر داروها

جراحی در مواردی مانند خارج نمودن تومور یا فتق دیسک در مجاورت بافت با رفع علت اصلی درد، منجر به بهبود آن می گردد. تسکین دهنده های موضعی درد، مانند پچ پوستی لیدوکائین، که با دوزهای ۰.۸٪ یا ۰.۵٪ توسط FDA به منظور درمان نورالژی پس از عفونت ویروس هرپس تایید شده است و در انواع دیگری از نوروپاتی های محیطی نیز توصیه می گردد، کرم Capsaicin و لوسیون ها یا اسپری هایی که برای بهبود درد و التهاب ماهیچه و مفاصل استفاده می شوند ممکن است در کنترل دردهای لوکالیزه کمک کننده باشند اما بایستی توجه شود که برخی از افراد ممکن است واکنش های بیش حساسیتی را با این داروها تجربه نمایند. داروهای کورتیکو استروئید نیز ممکن است با توجه به اثرات ضد التهابی آنها در مدیریت برخی از انواع درد کمک کننده باشند، داروی دگزامتازون در این زمینه، با توجه به نیمه عمر طولانی تر و عوارض مینرالوکورتیکوئید کمتر، و در دسترس بودن اشکال دارویی خوراکی و تزریقی بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد. داروی دیازپام با توجه به اثرات شل کنندگی در عضله، از طریق کاهش اسپاسم و اثرات خواب آوری و کاهش اضطراب ممکن است به صورت کوتاه مدت جهت کاهش درد برخی بیماران کمک کننده باشد. سایر اقداماتی که ممکن است برای کنترل دردهای مقاوم در نظر گرفته شوند شامل تزریق ذر شبکه عصبی، بلوک عصبی، تکنیک های انفوزیون neuraxial دارو و تحریک عصبی به صورت کاشت^{۱۱} می باشند.

تهیه و تنظیم: دکتر مهسا پناهی (دستیار داروسازی بالینی)

¹¹ Implanted neuro stimulation

تاییدیه ی داروی Wynzora برای درمان

پلاک پسیوریازیس در بزرگسالان

سازمان غذا و داروی آمریکا کرم Wynzora (کلسی پوترین و بتامتازون دی پروپیونات با نسبت وزنی ۰,۰۶۴/۰,۰۵/۰,۰۰۵) را برای استفاده یک بار در روز بصورت موضعی در درمان پلاک پسیوریازیس در افراد با سن ۱۸ سال و بالاتر تایید کرده است.

کرم Wynzora با تکنولوژی PAD تولید شده است، این تکنولوژی موجب پایداری هر دو ماده ی موثره ی کلسی پوترین و بتامتازون دی پروپیونات در یک فرمولاسیون با پایه ی آبی و مصرف آسان برای بیمار شده است. در فاز سوم مطالعات بالینی که در چندین قسمت آمریکا و اروپا انجام شده است، مشخص شد که این کرم دارای اثرات بالینی موثر، ایمنی، آسانی مصرف و پذیرش توسط بیمار است. این ویژگی های کرم موجب کامل کردن دوره ی درمان توسط بیمار و رضایت کلی بیمار در درمان موضعی پلاک پسیوریازیس می باشد.

دوره ی درمان این دارو ۸ هفته و نهایتاً ۱۰۰ گرم در هفته می باشد. بیمار می بایست در زمان کنترل شدن پلاک ها درمان را متوقف کند مگر اینکه پزشک تجویز دیگری داشته باشد.

ایمنی و کارایی این کرم در کودکان ثابت نشده است. تاییدیه سازمان غذا و داروی آمریکا بر اساس نتایج فاز ۳ کارآزمایی بالینی در مقایسه با سوسپانسیون موضعی با نام تجاری Taclonex (کلسی پوترین و بتامتازون دی پروپیونات با نسبت وزنی ۰,۰۶۴/۰,۰۵/۰,۰۰۵) بوده است. ۷۹۴ بیمار در این کارآزمایی تصادفی حضور داشته اند.

بهبود خارش پوست که با کاهش حداقل چهار نمره (بر اساس مقیاس ۱۱ نمره ای pruritus numeric rating scale (NRS) نسبت به حالت پایه تعریف شده بود) پس از ۴ هفته درمان و در میان بیمارانی که حداقل نمره ۴ از نظر شدت خارش را طبق مقیاس NRS در حالت پایه داشتند، ارزیابی شد. درصد بالایی از بیماران در هفته چهارم بعد از

مصرف کرم Wynzora در مقایسه با گروه شاهد، بهبود علائم را به صورت کاهش ۴ واحد طبق مقیاس NRS تجربه نمودند. (۳,۶۰٪ در برابر ۲۱,۴٪)

عوارض جانبی گزارش شده از این دارو شامل موارد زیر می باشد:

- افزایش سطح کلسیم در خون یا ادرار و یا ایجاد مشکلات غده فوق کلیوی
- سندرم کوشینگ، این سندرم هنگامی رخ می دهد که بدن فرد در معرض مقادیر زیادی از هورمون کورتیزول قرار گرفته باشد
- افزایش سطح قندخون و حضور قند در ادرار
- مشکلات بینایی، از جمله افزایش خطر ابتلا به آب مروارید و گلوکوم.
- رایج ترین عوارض جانبی شامل عفونت دستگاه تنفسی فوقانی، سردرد و عارضه محل استعمال کرم است.

۲۲ جولای ۲۰۲۰

منبع خبر: drugs.com

کرم های حاوی مهارکننده PDE-4 برای

درمان بیماران پسیوریازیس

گزینه های درمانی برای پسیوریازیس با در دسترس بودن فرم خوراکی مهارکننده های فسفودی استراز ۴ بسیار گسترش داشته است. گزارشی از مجله پزشکی New England فاز Iib یک کارآزمایی بالینی دو سو کور را گزارش می کند که در آن کرم roflumilast که حاوی مهارکننده فسفودی استراز ۴ است برای درمان موضعی پسیوریازیس بررسی شده است. برای این مطالعه، در دانشکده پزشکی Mont Sinai در Icahn محققان به طور تصادفی در بیماران پلاک پسیوریازیس به نسبت ۱:۱ از کرم های roflumilast ۳, ۰, ۱۵, ۰ یا دارونما بصورت یکبار در روز برای ۱۲ هفته استفاده کردند.

➤ وسایل شخصی مانند شانه، برس و گیره ی مو باید در آب داغ شسته شود.

➤ استفاده از یک شانه با دندانهای ظریف یا شانه ی مخصوص برای خارج کردن شپش ها و تخم های آن ها

اطلاعات ایمنی مهم این دارو:

این لوسیون دارای بنزیل الکل است. مواجهه ی سیستمیک با بنزیل الکل موجب عوارض ناخواسته ی جدی و کشنده از جمله "سندرم gasping" و کاهش وزن هنگام تولد در نوزادان شده است. نشانگان "سندرم gasping" عبارت است از: سرکوب سیستم اعصاب مرکزی، اسیدوز متابولیک، تنفس بریده بریده. حداقل مقداری از بنزیل الکل که موجب بروز سمیت می شود، مشخص نیست. نوزادان نارس یا کم وزن در هنگام تولد، در خطر بیشتری برای مسمومیت هستند. ایمنی و اثربخشی Xeglyze در کودکان زیر ۶ ماه ثابت نشده است. مصرف در کودکان زیر ۶ ماه به دلیل امکان بالا بودن جذب سیستمیک توصیه نمی شود.

به منظور پیشگیری از بلع تصادفی در کودکان، Xeglyze باید فقط با نظارت یک بزرگسال مصرف شود.

بلع بنزیل الکل در مقادیر زیاد ممکن است باعث عوارض گوارشی (تهوع، استفراغ، اسهال) و عوارض سیستم عصبی مرکزی (سردرد، حرکات غیر ارادی عضلات، تشنج، کما) شود. عوارض جانبی جدی می تواند شامل تضعیف تنفس و مرگ باشد.

تا دو هفته بعد از مصرف Xeglyze، از مصرف دارو هایی که سوبسترای CYP3A4، CYP2B6 یا CYP1A2 هستند خودداری شود؛ در غیر این صورت از مصرف Xeglyze خودداری شود.

شایع ترین عوارض جانبی (شیوع $\leq 1\%$) گزارش شده شامل اریتم، راش، احساس سوزش پوست، درماتیت تماسی، استفراغ، تحریک چشم، خارش و تغییرات رنگ مو می باشد. این موارد همه ی عوارض جانبی مرتبط با Xeglyze نیستند.

۲۷ جولای ۲۰۲۰

منبع خبر: drugs.com

از بین ۳۳۱ نفری که در این کارآزمایی تصادفی شرکت کردند، ۱۰۹ نفر به ۰٫۳ درصد، ۱۱۳ نفر به roflumilast ۰٫۱۵ درصد و ۱۰۹ نفر به دارونما اختصاص داده شدند.

نتیجه اثربخشی اولیه، بر اساس ایندکس (IGA) وضعیت پاک یا تقریباً پاک در ۶ هفته تعریف شده است.

نتایج ثانویه شامل نمره IGA با شرایط پاک یا نسبتاً پاک به اضافه بهبودی دو درجه ای در نمره IGA برای نواحی اینترتریجینوس و تغییر در ناحیه پسوریازیس و ایندکس (PASI) است. همچنین ایمنی نیز در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت.

نویسندگان اشاره می کنند که واکنش های محل مصرف با دفعات مشابه در گروه Roflumilast و گروه دارونما اتفاق افتاد.

کرم Roflumilast که به صورت یک بار در روز در محل درگیری با پسوریازیس مصرف شد نسبت به کرم دارونما از جهت ایجاد شرایط پاک یا تقریباً پاک در ۶ هفته ارجحیت داشته است. محققان نتیجه گیری می کنند که مطالعات بزرگ تر و طولانی تر برای تعیین ایمنی و دوام درمان با Roflumilast در کنترل پسوریازیس نیاز است.

۲۹ جولای ۲۰۲۰

منبع خبر: uspharmacist

تاییدیه برای لوسیون Xeglyze در درمان

شپش سر

سازمان غذا و داروی آمریکا لوسیون ۰٫۷۴٪ Xeglyze (abametapir) را برای درمان شپش سر تایید کرد.

مورد مصرف و نحوه ی استفاده:

مورد مصرف Xeglyze، درمان موضعی شپش سر از سن ۶ ماهگی به بالا است.

Xeglyze برای درمان کامل شپش سر باید همراه موارد زیر استفاده شود:

➤ کلیه ی البسه، کلاه، ملحفه های رخت خواب و حوله های استفاده شده باید با آب داغ شسته یا خشک شویی شوند.

سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

📞 بیمار اول

شرح مشکل بیمار: آقای ۲۴ ساله حدود سه روز از شروع علائم (تب، خستگی شدید، بدن درد) حس بویایی و چشایی خود را از دست داده اند و مراجعه به پزشک و انجام تست غربالگری کووید-۱۹ ایشان تایید شده است. همچنان بعد از گذشت ۱۰ روز از علائم حس بویایی و چشایی ایشان برنگشته است. جهت درمان این مشکل چه اقدامی باید انجام داد؟

پاسخ: هنگامی که اختلال بویایی (OD) و چشایی مربوط به کووید-۱۹ به طور خودبخود بهبود یابد، ممکن است درمان خاصی لازم نباشد. اما اگر اختلال بیش از ۲ هفته ادامه یابد، برای بیمار درمان در نظر گرفته می شود. اثربخشی درمان های موجود برای بیماران مبتلا به OD مربوط به کووید-۱۹ ناشناخته است، اگرچه درمان هایی که OD پس از عفونت را مورد هدف قرار می دهند ممکن است برای کووید-۱۹ مفید باشند. آموزش تمرین بویایی و مجموعه ای از بوها (معمولاً لیمو، گل رز، میخک و اکالیپتوس) به مدت ۲۰ ثانیه و هر بار ۲ مرتبه در روز تا مدت زمان حداقل ۳ ماه (یا در صورت امکان) طولانی تر را میتوان انجام داد. مطالعات نشان داده اند که میزان بویایی در بیماران مبتلا به OD پس از عفونت بعد از آموزش بویایی بهبود یافته است. همچنین از کورتیکواستروئیدهای خوراکی و داخل دهانی برای از بین بردن التهاب در بیماران مبتلا به OD پس از عفونت استفاده شده است. با این حال، کورتیکواستروئیدها در حال حاضر برای افرادی که مبتلا به OD پس از عفونت هستند توصیه نمی شود زیرا شواهدی از مزایای آن وجود ندارد و احتمال آسیب وجود دارد.

داروهای دیگری که در OD بعد عفونت استفاده شده اند عبارتند از:

- استفاده از سیترات سدیم داخل بینی، که تصور می شود که میتواند انتقال در گیرنده بویایی را تعدیل کند.
- ویتامین A داخل بینی که ممکن است در تقویت نوروزنر بویایی موثر باشد.
- و امگا ۳ سیستمیک که ممکن است از طریق نوروزنراتیو یا ضد التهابی عمل کند.

با این حال تا به امروز، هیچ مدرکی مبنی بر اثربخشی این روشهای درمانی در بیماران مبتلا به OD در ارتباط با کووید-۱۹ وجود ندارد. از این رو جهت مدیریت مناسب این علامت در این بیماری ویروسی، تحقیقات مشترک لازم است.

توصیه نهایی به بیمار: در بسیاری از بیماران کووید-۱۹، با اختلال در بویایی همراه است. در صورت امکان در زمان وجود این علامت باید قرنطینه ی خانگی و آزمایش برای تایید SARS-CoV-2 انجام شود.

ارزیابی chemosensory و درمان های هدفمند OD پس از عفونت ممکن است در OD مربوط به کووید-۱۹ استفاده شود.

منابع: article

دکتر نتانل سام یح

📞 بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: برای خانم بارداری با سابقه ی بیماری کم کاری تیروئید و لوپوس که در حال حاضر داروهای همچون هیدروکسی کلروکین و ویدوفولیک و لووتیروکسین، داروی آسپیرین تجویز شده است. بیمار در رابطه با علت تجویز این دارو از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان سوال می پرسند؟

توصیه نهایی به بیمار: مصرف مفنمیک اسید به صورت ۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت؛ و در صورت نیاز استامینوفن به صورت ۱ گرم هر ۶ ساعت تا حداکثر ۴ گرم در روز

منابع: up to date

دکتر نازنین نصیری

📞 بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۲۵ ساله به همراه آزمایش تیتر آنتی بادی هیپاتیت ب که نشان دهنده ی عدم ایمنی قبلی می باشد و مواجهه با بیماری نداشته اند واکسن آن را دریافت کرده اند. ایشان همچنین قصد دارند تا واکسن گارداسیل را تزریق کنند. بیمار سابقه ی آلودگی به زگیل تناسلی ندارند. آیا واکسن های هیپاتیت ب و گارداسیل را می توان به صورت همزمان تزریق نمود؟

پاسخ: واکسن هایی که به صورت غیر فعال شده می باشند را می توان به صورت همزمان تزریق نمود ولی باید مکان تزریق عوض شود. ایمنی زایی واکسن گارداسیل در تزریق همزمان آن با واکسن هیپاتیت ب نوترکیب بر اساس مطالعه ی ذکر شده در بروشور فرآورده بدون تغییر می ماند ولی میانگین هندسی تیتر آنتی بادی هیپاتیت ب در موارد تزریق همزمان کم تر می باشد با این وجود اهمیت بالینی این مورد خیلی مشخص نمی باشد.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به اینکه هر دو واکسن گارداسیل و هیپاتیت ب به صورت غیر فعال هستند می توان با هم تزریق نمود و تداخلی با هم ندارند.

منابع: ACIP guidelines/UptoDate/Gardasil package insert

دکتر امیر حسین قهرمانیان

پاسخ: دوز پایین داروی آسپیرین در خانمهایی که در ریسک بالای پراکلامپسی هستند تجوی می شود و عموماً از هفته ۱۲- ۲۸ شروع می شود. بیمارهای اوتوایمیون جزو ریسک فاکتورهای این مورد محسوب می شود.

توصیه نهایی به بیمار: این دارو با توجه به ابتلای شما به لوپوس برای جلوگیری از سمیت بارداری در شما تجویز شده است.

منابع: up to date

دکتر مینا شیرین بخش

📞 بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیماری با سابقه حساسیت شدید به پنی سیلین، آموکسی سیلین و دیکلوفناک خوراکی (با بروز علائم به صورت آنژیوادم، کاهش سطح هوشیاری، کهیر و خارش) دچار دندان درد شده است، طبق تجویز دندانپزشک از داروی مفنمیک اسید استفاده می کند اما خیلی در کنترل درد موثر نبوده است؛ وطی مصرف این دارو علائم ازدیاد حساسیت با مفنمیک اسید دیده نشده است. آیا میتوان برای تسکین دندان درد از ژلوفن استفاده کرد؟ آیا احتمال حساسیت متقاطع بین NSAID ها وجود دارد؟ آیا بیمار مجاز به دریافت NSAIDs میباشد؟

پاسخ: با توجه به علائم آنژیوادم و خارش و کهیر و کاهش فشار خون توصیف شده توسط بیمار، احتمال cross hypersensitivity بین NSAIDs بررسی شد، توصیه به ادامه مصرف مفنمیک اسید با حداکثر دوز ضد دردی و در صورت عدم نتیجه کافی افزودن استامینوفن به رژیم دارویی انجام گرفت، با توجه به کمتر بودن احتمال واکنش سودوآلرژیک و آلژیک با COX2Is توصیه به جایگزین کردن این دسته در صورت ایجاد مشکل با COX1Is ها زیر نظر پزشک و با احتیاط صورت گرفت.

- آموزش بیمار در خصوص علائم مسمومیت با متوتروکسات (تهوع، درد شکمی، مدفوع نرم و آبکی، زخم دهانی، تب، دردهای مفصلی و عوارض کبدی)

منابع: Drugs Facts & / Dugs.com/up to date Comparison

دکتر هستی فوتوگرافی

☎ بیمار ششم

شرح مشکل بیمار: خانمی بعد از زایمان خونریزی داشته و برایش متیل ارگونوین تجویز شده است، کودک شیر خوار دفع آبکی دارد مصرف متیل ارگونوین در مادر شیرده چه عوارضی در کودک دارد؟

پاسخ: این دارو ممکن است باعث ایجاد تاکی کاردی، استفراغ، اسهال و آژیته شدن در کودک شود و مصرف طولانی مدت آن توصیه نمی شود. در برخی از منابع گفته می شود بهتر است با شیردهی ۱۲ ساعت فاصله داشته باشد.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به اینکه خونریزی مادر برطرف شده است و یکماه است دارو مصرف شده و کودک هم بیرون روی دارد بهتر است با مشورت پزشک دارو قطع شود.

منابع: Lactmed /Briggs/up to date

دکتر سونا قاسمی



☎ بیمار پنجم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۶۷ ساله مبتلا به روماتیسم مفصلی هستند که به دلیل درد شدید مفصل مچ دست و انگشتان می خواهند شیاف دیکلوفناک ۱۰۰ روزی یک یا دو بار مصرف کنند. سابقه مشکل کبدی یا کلیوی ندارند. دیابت و فشار خون کنترل شده دارند. (BP=۱۳/۹ ، HbA1C=۷/۶). آیا دیکلوفناک با متوتروکسات تداخلی ندارد؟

پاسخ: مصرف همزمان داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی با متوتروکسات ممکن است منجر به افزایش تجمع متابولیت های متوتروکسات شود. در نتیجه مصرف همزمان این داروها به ویژه در دوزهای بالاتر از ۱۵ میلی گرم در هفته متوتروکسات بایستی با احتیاط انجام شود.

توصیه نهایی به بیمار:

- استفاده از مسکنها به صورت PRN و با حداقل دوز
- ترجیحا از COX-2 inhibitors های انتخابی با حداقل دوز استفاده شود.
- مانیتورینگ CBC و LFT در صورت مصرف طولانی مدت داروهای فوق

توصیه های یک داروساز به بیمار

توصیه های یک داروساز در پیشگیری از عفونت در بیماران مبتلا به اختلالات عملکرد طحال

آموزش به بیماران و خانواده های افراد مبتلا به اختلال در عملکرد طحال در مورد افزایش خطر ابتلا به عفونت و راهکارهای به حداقل رساندن ریسک ابتلا، در بحث مراقبت بسیار اهمیت دارد. به نظر می رسد بیمارانی که آگاهی بیشتری از وضعیت خود دارند، در مقایسه با افرادی که دانش کمتری دارند، کمتر به عفونت های شدید و همه گیر مبتلا می شوند. هنگام مشاوره به بیماران، لازم است موارد زیر تأکید شود:

افزایش خطر ابتلا به عفونت های شدید

ما به بیماران مبتلا به آسپلنی^{۱۲} یا هایپوسپلنی^{۱۳} اطلاع می دهیم که آنها در خطر ابتلا به عفونت های شدید یا بیش از حد با پاتوژن های خاصی قرار دارند. خطر بروز عفونت و مرگ و میر ناشی از آن ها در این بیماران تقریباً دو تا سه برابر بیشتر از عموم است.

تظاهرات بالینی مرتبط	پاتوژن	باکتری
پنومونی، باکتریامیا، مننژیت. Purpura fulminans ^{۱۴} ممکن است در بیماران asplenic شایع تر باشد.	Streptococcus pneumoniae (پنوموکوکوس)	
پنومونی، باکتریامیا، مننژیت	Haemophilus influenzae (هموفیلوس انفلوانزا)	
باکتریامیا، مننژیت. راش نیز ممکن است به همراه باکتریامیا و مننژیت بروز کند. ضایعات می توانند کوچک (پتشی) و یا برجسته (پورپورا) باشند.	Nesisseria meningitidis (مننگوکوکوس)	
بیماری های زئونوز (مشترک بین انسان و حیوان) عموماً توسط گازگرفتگی سگ ایجاد شده و ممکن است منجر به سلولیت، باکتریامیا، مننژیت، Purpura fulminans و یا قانقاریا شود.	گونه های Capnocytophage	
سیاه سرفه، باکتریامیا، سلولیت، عفونت مفصل، پری کاردیت و اندوکاردیت. احتمال وقوع در زمان شیوع سیاه سرفه بیشتر است.	Bordetella holmesii	

¹² فاقد طحال یا داری طحال با عملکرد ناکارآمد

¹³ کاهش عملکرد طحال

¹⁴ اختلال ترومبوتیک حاد و اغلب کشنده که تظاهرات بالینی آن لکه های خونی، کبودی، و بی رنگ شدن پوست ناشی از انعقاد در عروق کوچک است که به سرعت باعث نکروز پوست و انتشار انعقاد داخل عروقی می شود. پوست

انگل	گونه های Babesia	بیماری های TTI ^{۱۵} و Tickborne ^{۱۶} با علائم تب، سردرد، درد مفاصل و آنمی همولیتیک، بیشتر در کرانه انگلستان دیده می شود.
	Plasmodium falciparum	تب در بیمارانی که اخیرا به مناطق اندمیک مالاریا سفر کردند. مانند اکثر نواحی استوایی دنیا، به ویژه جنوب صحرای افریقا

جدول-۱. تظاهرات بالینی مرتبط با پاتوژن های مهم در بیماران با اختلال عملکرد طحال

اهمیت واکسیناسیون

دریافت واکسن علیه پاتوژن هایی که باعث افزایش مرگ و میر در بیماران فاقد طحال می شوند از جمله استرپتوکوکوس پنومونیه، هموفیلوس آنفلوانزا، نایسریا مننژیتیدیس و ویروس آنفلوانزا اهمیت ویژه ای دارد. (جدول ۲ و ۳)

واکسن	دوز اولیه	دوزهای بعدی
واکسن پنوموکوک	۱ دوز PCV13 و سپس ۸ هفته بعد ۱ دوز PPSV23	هر ۵ سال دوز PPSV23 تکرار شود
واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ B	۱ دوز	نیازی ندارد
واکسن مننگوکوک ACWY	۲ دوز به فاصله ۸ هفته	هر ۵ سال
واکسن مننگوکوک سروتایپ B	۲ دوز از MenB-4C به فاصله ۴ هفته و یا ۴ دوز از MenB-FHbp در ماه های صفر، ۱، ۲ و ۶	نیازی ندارد
واکسن فصلی ویروس آنفلوانزا	یک دوز با شروع فصل آنفلوانزا	سالانه تکرار شود

جدول-۲. توصیه هایی در مورد دریافت واکسن در بیماران با سن بالای ۱۹ سال که دچار اختلال در عملکرد طحال هستند و یا تحت عمل جراحی اسپلنکتومی قرار گرفته باشند (در امریکا)

واکسن	زیر ۲ سال	۲ تا ۱۰ سال	بالای ۱۰ سال	دوزهای بعدی
واکسن پنوموکوک	۴ دوز از واکسن PCV13 در ۲، ۴، ۶ و ۱۲ تا ۱۵ ماهگی	یک دوز از واکسن PPSV23 حداقل ۸ هفته بعد از دریافت آخرین دوز PCV 13	هر ۵ سال دوز PPSV23 تکرار شود	
واکسن هموفیلوس آنفلوانزای تیپ B	۴ دوز از واکسن در ۲، ۴، ۶ و ۱۲ تا ۱۵ ماهگی	ActHIB, HiBerix, Pentacel	تنها در صورتی توصیه می شود که قبلا واکسن دریافت نشده باشد و یا وضعیت واکسیناسیون مشخص نباشد.	نیازی ندارد

¹⁵ بیماری منتقل شونده از طریق انتقال خون

¹⁶ بیماری منتقل شونده از طریق کنه

		PedVaxHIB: ۳ دوز از واکسن در ۲،۴ و ۱۲ تا ۱۵ ماهگی	
هر ۵ سال	۲ دوز از واکسن حداقل به فاصله ۸ هفته دریافت شود	۴ دوز از واکسن در ۲،۴،۶ و ۱۲ ماهگی	واکسن مننگوکوک ACWY
نیازی ندارد	Trumbena: ۳ دوز از واکسن در صفر، ۱، ۲ و ۶ ماهگی Bexsero: ۲ دوز به فاصله حداقل یک ماه	تا سن کمتر از ۱۰ سالگی نیازی به دریافت واکسن نمی باشد.	واکسن مننگوکوک سروتایپ B
سالانه تکرار شود	یک دوز از واکسن برای کودکان بالای ۶ ماه توصیه می شود.		واکسن فصلی ویروس آنفلوانزا

جدول-۳. توصیه هایی در مورد دریافت واکسن در کودکانی که دچار اختلال در عملکرد طحال هستند و یا تحت عمل جراحی اسپلنکتومی قرار گرفته باشند (در امریکا)

استفاده از آنتی بیوتیک جهت پروفیلاکسی

استفاده از آنتی بیوتیک ها برای پیشگیری، علاوه بر واکسیناسیون، خطر عفونت و بروز پیامد های ضعیف^{۱۷} را کاهش می دهد. می بایست در مورد خطرات و فواید مصرف روزانه آنتی بیوتیک برای پیشگیری از عفونت با همه بیماران صحبت کرد و به طور کلی استفاده از آن را در بیماران مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی که بیشترین ریسک ابتلا به عفونت شدید را دارند (به عنوان مثال، کودکان کوچکتر از ۵ سال، سالمندان، بیماران مبتلا به نقص سیستم ایمنی، بیماران با سابقه عفونت های شدید و بیماران در سال اول پس از جراحی برداشتن طحال) مورد توجه قرار داد.

باید به همه بیماران توصیه شود که برای شرایط اورژانسی آنتی بیوتیک در دسترس داشته باشند تا در صورت بروز تب یا سایر علائم عفونت سیستمیک آن را مورد استفاده قرار دهند و در صورت بروز این علائم سریعاً به دنبال مراقبت های پزشکی باشند (جدول ۴ و جدول ۵).

¹⁷ Poor outcome

گزینه های جایگزین	گزینه های ترجیح داده شده	استراتژی
سفالکسین ۲۵۰ میلیگرم دوبار در روز یا ازیترومایسین ۲۵۰ میلیگرم روزی یک بار	پنی سیلین وی ۲۵۰ میلیگرم دو بار در روز یا اموکسی سیلین ۵۰۰ میلیگرم دو بار در روز	پیشگیری روزانه
سفدینیر ۳۰۰ میلیگرم دوبار در روز یا لووفلوکساسین ۷۵۰ میلیگرم روزی یک بار یا موکسی فلوکساسین ۴۰۰ میلیگرم روزی یک بار	اموکسی سیلین- کلانولانات ۸۷۵ میلیگرم/۱۲۵ میلیگرم دوبار در روز	انتهی بیوتیک های شرایط اورژانسی (برای تب یا مشکوک به عفونت)

جدول-۴. آنتی بیوتیک های خوراکی برای پیشگیری و انتهی بیوتیک های تجربی (امپایریک) برای شرایط اورژانسی در بزرگسال مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی

مورد مصرف	داروی ارجح	داروی جایگزین
پیشگیری	پنی سیلین ۷ > ۳ سال: ۱۲۵ میلیگرم دوبار در روز ≤ ۳ سال: ۲۵۰ میلیگرم دوبار در روز اموکسی سیلین ۱۰ میلیگرم/کیلوگرم دوبار در روز) ماکزیمم هر دوز ۲۵۰ میلیگرم)	سفالکسین ۲۵ میلیگرم/کیلوگرم دوبار در روز (ماکزیمم در هر دوز ۲۵۰ میلیگرم) آزیترومایسین ۵ میلیگرم/کیلوگرم یکبار در روز (ماکزیمم ۲۵۰ میلیگرم در هر دوز)
آنتی بیوتیک های اورژانسی (برای تب)	اموکسی سیلین کلانولانات (فرمولاسیون ۱:۱۴) ۴۵ میلیگرم/کیلوگرم اموکسی سیلین دوبار در روز (ماکزیمم هر دوز ۸۷۵ میلیگرم)	سفدینیر ۷ میلیگرم/کیلوگرم دوبار در روز (ماکزیمم هر دوز ۳۰۰ میلیگرم) لووفلوکساسین ۱۰ میلیگرم/کیلوگرم دوبار در روز (ماکزیمم هر دوز ۳۷۵ میلیگرم)

جدول-۵. پیشگیری با آنتی بیوتیک های خوراکی و آنتی بیوتیک های تجربی (امپایریک) اورژانسی در کودکان مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی

موارد ارجاع به پزشک

از آنجا که عفونت در بیماران دچار اختلال در عملکرد طحال می تواند به سرعت پیشرفت کند، توصیه می شود بیمارانی که تب (مثلاً درجه حرارت بیش از ۱۰۱ درجه فارنهایت / ۳۸,۳ درجه سانتیگراد) یا سایر علائم عفونت سیستمیک (مانند احساس سرما همراه با لرز، سفتی عضلات، استفراغ/ اسهال و سردرد) داشته باشند، فوراً به اورژانس مراجعه کنند. به طور کلی، بیمارانی که علائم بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی و ویروسی را نشان می دهند (مثلاً رینوره، احتقان بینی) و فاقد تب هستند، نیازی به مراقبت فوری ندارند و می توانند مانند بیمارانی که طحال با عملکرد طبیعی دارند، مدیریت شوند.

به بیماران دچار اختلال عملکرد طحال توصیه می شود تا برای هر گونه مورد گاز گرفتگی توسط حیوانات به مرکز فوریت های پزشکی مراجعه نمایند. گاز گرفتگی بخصوص توسط سگ می تواند باعث انتقال *Capnocytophage canimorsus* شود. اقدامات احتیاطی اضافی شامل اجتناب از نیش کنه در مناطقی که بازبوز در آنها اندمیک می باشد و ویزیت و مشورت با یک فرد کادر درمان قبل از مسافرت، به ویژه به مناطقی که از نظر مالاریا اندمیک است توصیه می شود.

همراه داشتن کارت و دستبند هشدار دهنده

به طور کلی لازم است تا به بیماران مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی توصیه شود که کارت هشدار همراه خود داشته باشند و یا یک دستبند هشدار دهنده به دست ببندند، تا اعضای کادر درمان در مورد وضعیت بیماری آن ها و بالا بودن ریسک عفونت شدید اطلاع داشته باشند. از آن جایی که فقدان طحال و یا اختلال در عملکرد آن باعث می شود بیمار در وضعیت سرکوب سیستم ایمنی قرار بگیرد. آگاه سازی کلیه کادر درمان از وضعیت آنها بصورت شفاهی و یا استفاده از مکانیسم های هشدار ذکر شده در بالا می تواند نسبت به اقدام به موقع و مراقبت مناسب در زمینه بیماری آن ها کمک کننده باشد.

در برخی مناطق، سیستم ها و سرویس هایی از جمله آموزش مداوم، یادآوری واکسیناسیون، کارت های هشدار، مگنت های آموزشی برای چسباندن روی یخچال، برنامه هایی برای نصب روی تلفن های هوشمند و سایر موارد حمایتی، در دسترس بیماران قرار می گیرند.

همچنین انجمن طحال استرالیا گزارش های اختصاصی از وضعیت هر بیمار بصورت جداگانه تهیه می کند که با بیماران و کادر درمان آن ها به اشتراک گذاشته می شود. استفاده از چنین برنامه ها و سرویس هایی باعث پیشگیری از بیماری و کاهش ریسک عفونت با باکتری های کپسول دار می شود. همچنین ثبت نام در انجمن طحال استرالیا مقرون به صرفه است گرچه محدود به شهروندان استرالیایی می باشد.

برنامه ریزی سفر

بیماران مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی که قصد سفر به خارج از کشور را دارند، ۴ تا ۱۲ هفته قبل از سفر باید به یک کلینیک مسافرتی یا ارائه دهنده خدمات بهداشتی مراجعه کنند.

ویزیت در کلینیک قبل از سفر به ویژه برای بیمارانی که به مناطقی که مالاریا اندمیک است (به عنوان مثال، بیشتر مناطق گرمسیری، به ویژه جنوب صحرای آفریقا) بسیار مهم است. طحال برای کنترل مالاریا عضو مهمی است و بیماران با اختلال عملکرد طحال باید در مورد اهمیت پیشگیری از مالاریا و اجتناب از نیش پشه آموزش ببینند.

شیوع بیماری های مننگوکوکی نیز در برخی از مناطق جهان (به عنوان مثال، در کشورهای جنوب صحرای آفریقا و عربستان سعودی در مراسم حج) اتفاق می افتد. از آنجا که بیماران مبتلا به اختلال عملکرد طحال در معرض خطر ابتلا به عفونت شدید و وخیم با مننگوکوک هستند، باید این خطر قبل از مسافرت بررسی شود و واکسن های اضافی مننگوکوک در صورت نیاز تجویز شوند.

باید به بیماران یادآوری شود که در هنگام سفر آنتی بیوتیک برای مواقع اورژانسی همراه خود ببرند و کارت یا دستگاه هشدار پزشکی برای آگاهی مراقبین بهداشتی از بیماری خود همراه داشته باشند.

مواجهه با حیوانات

بیمارانی که مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی هستند و توسط حیوانی گاز گرفته می شوند باید فوراً تحت مراقبت های پزشکی قرار بگیرند. گاز گرفتگی توسط سگ به ویژه، با عفونت *C. canimorsus* همراه است، که می تواند منجر به سپسیس کشنده در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد طحال شود. مراقبت از محل گاز گرفته شده توسط حیوانات در بیماران فاقد طحال باید شامل شستشوی کامل هر گونه زخم و تجویز رژیم آنتی بیوتیکی مناسب، شامل درمان گونه های *Capnocytophaga* باشد.

به بیماران مبتلا به آسپلنی یا هایپوسپلنی همچنین باید توصیه شود از گزش کنه اجتناب کنند، خصوصاً در مناطقی که بابزیوز (تب کنه ای) اندمیک است (به عنوان مثال، منطقه ساحلی نیوانگلند و قسمت های بالایی میانه غربی ایالات متحده). مانند مالاریا، بابزیوز انگلی است که از طریق خون قابل انتقال است و طحال نقش مهمی در کنترل آن دارد. از آنجا که علائم اولیه بابزیوز غیر اختصاصی است و بیماری نسبتاً غیر شایع است، تأخیر در تشخیص نیز کم اتفاق نمی افتد. افزایش دانش بیمار و مراقبین بهداشتی وی در مورد این عفونت ممکن است باعث افزایش موفقیت در تشخیص بموقع و درمان مناسب گردد.

معرفی داروهای جدید



معرفی داروی دیمرکاپرول

گرم / کیلوگرم میک تا دو بار در روز تا ۱۰ روز به صورت تزریق عمیق عضلانی

- **مسمومیت با سرب:** تزریق عمیق عضلانی، برای درمان سطوح بالای سرب در بچه ها، CDC توصیه می کند در صورتی که سطح سرب خون بیش از ۴۵ mc/dl شد درمان با شلات کننده انجام شود. با این حال، دیمرکاپرول تنها برای استفاده در ترکیب با دی سدیم کلسیم ادتات در کودکانی که سطح سرب خون آنها < ۷۰ میکروگرم بر دسی لیتر یا در کودکانی با آنسفالوپاتی ناشی از سرب توصیه می شود. در بزرگسالان، دستورالعمل های موجود، درمان با سطح سرب خون < ۵۰ میکروگرم در دسی لیتر و علائم قابل توجه را توصیه می کند. شلات کردن همچنین ممکن است در سطح سرب خون $\leq 100 \text{ mcg/dl}$ و / یا در بیماران با علائم تجویز شود.
نکته: درمان با ادتات کلسیم دی سدیم با دوز دوم دیمرکاپرول توصیه می گردد.

در نارسایی کلیوی: نیازی به تنظیم دوز ندارد. با احتیاط فراوان مصرف شود و اگر نارسایی کلیوی حاد در طول درمان اتفاق افتاد درمان قطع گردد.

در نارسایی کبدی: منع مصرف در نارسایی کبدی مطرح است. (بجز موارد یرقان بدنبال مصرف آرسنیک)

سالمندان: مشابه دوزینگ بزرگسالان.

نحوه ی مصرف: تزریق عمیق عضلانی. محل تزریق چرخشی تغییر کند. جهت حفاظت از عملکرد کلیوی، PH قلیایی ادرار حفظ شود. در صورت درمان مسمومیت با سرب

دسته ی دارویی: آنتی دوت

اشکال دارویی: محلول جهت تزریق عضلانی: ۱۰۰ میلی گرم/میلی لیتر

موارد مصرف تایید شده دارو: آنتی دوت طلا، آرسنیک (بجز آرسین) یا مسمومیت حاد جیوه (غیرارگانیک)، درمان کمکی مسمومیت با سرب (بجز جیوه غیر آلیلی)؛ در موارد سمیت حاد با سرب، همزمان درمانی با دی سدیم ادتات صورت میگیرد.

نکته: مصرف دیمرکاپرول در درمان مسمومیت سایر فلزات سنگین معتبر سازی نشده است.

دوز مصرفی:

در بزرگسالان: نکته: پیش درمانی با یک آنتاگونیست گیرنده H1 هیستامینی مثل دیفن هیدرامین توصیه می شود.

- **مسمومیت با آرسنیک یا طلا (حاد، خفیف):** ۲,۵ میلی گرم / کیلوگرم هر ۶ ساعت تا دو روز و بعد هر ۱۲ ساعت در روز سوم و سپس یک بار در روز تا ۱۰ روز به صورت تزریق عمیق عضلانی
- **مسمومیت با آرسنیک یا طلا (حاد، شدید):** ۳ میلی گرم / کیلوگرم هر ۴ ساعت تا ۲ روز و بعد هر ۶ ساعت در روز سوم و سپس هر ۱۲ ساعت تا ۱۰ روزه صورت تزریق عمیق عضلانی
- **مسمومیت با جیوه غیر ارگانیک (حاد):** ۵ میلی گرم / کیلوگرم به عنوان دوز اولیه و سپس ۲,۵ میلی

لاین تزریق دیمرکاپرول متفاوت از ادتات کلسیم دی سدیم باشد.

عوارض جانبی:

درد قفسه سینه، هایپرتنشن (وابسته به دوز)، لکوپنی، تاکی کاردی (وابسته به دوز)، اضطراب، احساس سوزش (در لب ها، دهان، گلو)، سردرد، بی قراری، بی حس شدن دستها، تعریق، درد شکم، تهوع، ترشح بزاق، گلو درد، استفراغ، احساس سوزش در آلت تناسلی (اقایان)، لکوپنی (پلی مورفونوکلار)، آبسه، درد محل تزریق، ضعف، بلفارواسپاسم، التهاب ملتحمه، اشک ریزش، نارسایی کلیه (حاد)، ادام فارنز، رینوره، تحریک گلو، تب

موارد منع مصرف: نارسایی کبدی (غیر از موارد مربوط به سمیت با آرسنیک)

موارد احتیاط مصرف و هشدارها:

نگرانی های مربوط به عوارض جانبی

سمیت کلیوی: به طور بالقوه یک داروی نفروتوکسیک است. با احتیاط در بیماران مبتلا به الیگوریا استفاده شود. حفظ pH قلیایی ادرار از آسیب به کلیه ها محافظت می کند. در صورت بروز نارسایی کلیوی در طول درمان، دارو قطع یا با احتیاط فراوان مصرف شود. ممکن است از همودیالیز برای خارج کردن شلات دیمرکاپرول - فلز در بیماران دچار اختلال عملکرد کلیوی مورد استفاده قرار گیرد.

جمعیت های خاص

- کمبود گلوکز ۶-فسفات دهیدروژناز: با احتیاط در بیماران مبتلا به فاویسم مصرف شود. ممکن است خطر بروز آنمی همولیتیک را افزایش دهد.
- کودکان: تب در حدود ۳۰ درصد کودکان رخ می دهد و ممکن است در طول درمان ادامه یابد.

نگرانی های مربوط به بیماری

- مسمومیت با سرب: قبل از شروع درمان، منشا تماس با سرب شناسایی و حذف شود. قبل از تکمیل پاکسازی محیط از سرب، بیماران دوباره وارد محیط آلوده نشوند.
- مسمومیت با فلزات سنگین: قبل از استفاده از روش شلاتاسیون با متخصصان در زمینه مسمومیت با فلزات سنگین مشورت شود.

نکات خاص مربوط به اشکال دارویی

- بنزیل الکل و مشتقات آن: برخی اشکال دارویی ممکن است حاوی بنزوئیک اسید باشند. اسید بنزوئیک (بنزوات) متابولیت بنزیل الکل است. مقادیر زیادی از بنزیل الکل: (≤ 99 میلی گرم بر کیلوگرم در روز) پتانسیل ایجاد سمیت کشنده ("سندرم گاسپینگ") در نوزادان را دارد. در نوزادان از اشکال دارویی حاوی مشتق بنزیل الکل اجتناب کنید و یا از آنها با احتیاط فراوان استفاده کنید.
- روغن بادام زمینی: دارو حاوی روغن بادام زمینی است. با احتیاط در بیماران مبتلا به آلرژی به بادام زمینی استفاده شود.

سایر احتیاطات

- نحوه مصرف: فقط جهت تزریق عضلانی عمیق؛ دارو نباید بصورت وریدی تزریق شود.
- استفاده صحیح: در موارد مسمومیت با آهن، کادمیوم، و یا سلنیوم کاربرد ندارد؛ در صورت مصرف در موارد یاد شده امکان تشکیل کمپلکس سمی دیمرکاپرول-فلز هست.

تداخلات دارویی:

ترکیبات حاوی آهن: ممکن است دیمرکاپرول اثرات نفروتوکسیک ترکیبات آهن را تشدید کند.

مادری که درمان برای مسمومیت با سرب می گیرد می کند؛ بخصوص اگر سن بچه کمتر از یک ماه باشد، نارس بوده و یا دچار فاویسم باشد. اگر شیردهی نیاز است باید نوزاد از نظر همولیز و یرقان مانیتور گردد. شیردهی: این دارو در شیر ترشح می شود. در صورت نیاز به شیردهی، نوزادان باید تحت نظر باشند. شیر دهی بلافاصله بعد از مصرف دارو انجام نشود.

پارامترهایی که باید مانیتور شود:

- عملکرد کلیه، PH ادرار، واکنش های حین انفوزیون
- در مسمومیت با سرب: اندازه گیری سطح سرب پایه و ۲۱-۷ روز بعد از تکمیل درمان با شلات کننده، هموگلوبین یا هماتوکریت، سطح آهن، اریتروسیت پروتوپورفیرین آزاد یا زینک پروتوپورفیرین، تغییرات پیشرونده عصبی
- جهت مسمومیت با آرسنیک: غلظت آرسنیک ادراری

مکانیسم اثر: گروه سولفیدریل موجود در دارو با یون های فلزات سنگین مختلف ترکیب می شود و شلات های قابل انحلال، نسبتاً پایدار و غیر سمی تولید می کند که از طریق ادرار دفع می شوند.

فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک:

جذب: تزریق عضلانی: سریع / خوراکی: غیر قابل جذب
توزیع: در تمام بافتها از جمله مغز
متابولیسم: کبدی، تبدیل سریع به متابولیت غیر فعال
زمان رسیدن به پیک، سرم: ۱-۰.۵ ساعت
دفع: ادرار و مدفوع از طریق صفرا

ترکیبات مولتی ویتامین /مینرال(ویتامین های ADEK، آهن): امکان تشدید عوارض جانبی/سمی مولتی ویتامین ها و مینرال حاوی ترکیبات ذکر شده در مصرف همزمان با دیمرکاپرول وجود دارد. رده خطر: X: از مصرف همزمان خودداری شود.

مصرف در بارداری و شیر دهی:

بارداری: رده C

مطالعات حیوانی و مطالعات کنترل شده انسانی در دوران بارداری انجام نشده است.

مسمومیت با سرب: مشخص نیست که در حدود سطوح پلاسمایی مادر، سرب از جفت عبور می کند یا خیر. تماس جنین با سرب در دوران قبل از تولد می تواند باعث بروز عوارض جانبی مانند سقط خود به خودی، تولد زود تر از موعد، کاهش وزن هنگام تولد و نقص در تکامل عصبی جنین شود. بعضی عواقب ممکن است در سطوح سرب کمتر از ۱۰ mcg/dl در خون مادر اتفاق بیافتند. بعلاوه مادران در معرض سرب ممکن است خطر پرفشار خونی بارداری داشته باشند. در خانم های باردار با سطوح سرب تایید شده ≤ 45 mcg/dl (شلاتاسیون در خانم های باردار با سطح سرب خون ≤ 70 mcg/dl باید بدون توجه به اینکه فرد در کدام ماه بارداری است در نظر گرفته شود.) و زنان باردار دچار انسفالوپاتی باید درمان با شلات کننده صورت گیرد. برای دیمرکاپرول جایگزین درمانی در دوران بارداری مطرح است. **شیردهی:** مشخص نیست دیمرکاپرول در شیر مادر ترشح می شود یا خیر.

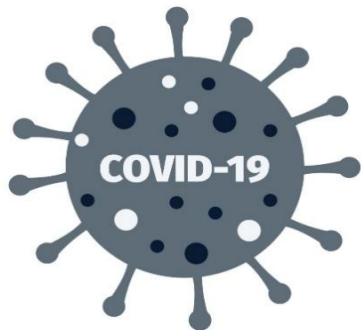
دیمرکاپرول بصورت خوراکی جذب نمی شود، و بدین ترتیب مواجهه ی نوزاد شیرخوار محدود می شود. در بزرگسالان تا زمانی که سطح سرب خون بیش از ۵۰ میکروگرم بر دسی لیتر نباشد توصیه به شلاتاسیون نمی گردد. در زنان شیرده با سطوح سرب خون ≤ 40 mcg/dL دوشیدن و دور ریختن شیر تا زمان رسیدن سطح سرب به کمتر از 40 mcg/dL توصیه می شود. بعلاوه WHO توصیه به منع مصرف شیر

تازه های کووید-۱۹

۱۹ بر کاهش شنوایی تأثیر بگذارد که عبارتند از استرس و اضطراب، استفاده از ماسک‌های صورت که برقراری ارتباط را دشوارتر می‌کند، داروهایی که برای درمان کووید-۱۹ استفاده می‌شوند و می‌توانند به گوش آسیب برسانند و سایر عواملی که در زمان ابتلا بیماری‌های شدید بروز می‌کنند.

۳۱ جولای ۲۰۲۰

منبع خبر: drugs.com



☼ چه بیمارانی در ریسک بیشتر برای مرگ ناشی از کووید-۱۹ هستند؟

در آتلانتا، بیمارانی که به کووید-۱۹ مبتلا هستند روز به روز در رابطه با اینکه چه زمانی علائم را تحمل کنند و در خانه بمانند و چه زمانی به بیمارستان مراجعه کنند، بیشتر گیج می‌شوند. در نتیجه بیماران به دنبال راهکارهایی از داروسازان و دیگر افراد کادر درمان هستند. لذا دانستن این نکته که چه بیمارانی بیشتر در ریسک پیامد های شدید ناشی از کرونا و بروس - یعنی مرگ - هستند؛ می‌تواند در دریافت درجه ای از مراقبتی که بیماران نیاز دارند، کمک کننده باشد.

CDC از داده های تکمیلی و مشاهده ای موردی ملی که از شانزده حوزه گزارش شده بود استفاده کرد تا ویژگی های

☼ اختلال شنوایی ماندگار - عارضه‌ای دیگر از بیماری کووید-۱۹

تبعات و عوارض بیشماری بعد از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ بیماران را تهدید می‌کند. اکنون محققان انگلیسی گزارش داده‌اند که بسیاری از بهبود یافتگان عفونت کرونا، دچار مشکلات شنوایی طولانی مدت می‌شوند.

۱۲۰ بیمار انگلیسی که سابقه بستری به دلیل کرونا را داشته‌اند، جهت بررسی وارد این مطالعه شدند. ۱۳ درصد این افراد اعلام کردند که دچار مشکلات شنوایی هستند. ۸ بیمار دچار کاهش شنوایی و ۸ بیمار دیگر دچار وزوز گوش شده بودند.

به گفته‌ی کوین مونرو، استاد اودیولوژی بیمارستان منچستر و ویروس‌هایی مانند آبله مرغان، اوریون و مننژیت می‌توانند سبب اختلالات شنوایی شوند؛ و ویروس کرونا می‌تواند به اعصابی که درنقل و انتقال پیام های مغزی نقش دارند، آسیب برساند. از نظر تئوری ممکن است کووید-۱۹ باعث ایجاد مشکلاتی در قسمت‌هایی از سیستم شنوایی از جمله گوش میانی یا حلزون گوش شود.

شرایطی مانند نوروپاتی شنوایی، که اختلالیست که در آن حلزون گوش عملکرد دارد اما انتقال پیام در امتداد عصب شنوایی به مغز دچار اختلال شده، می‌تواند شنیدن اصوات از پس سر و صدای پس زمینه را دشوار کند.

به نظر می‌رسد سندرم Guillain-Barre که با کووید-۱۹ مرتبط است، با نوروپاتی شنوایی نیز ارتباط دارد. محققان خاطر نشان کردند، تحقیقات دقیق‌تری برای تعیین تأثیر ویروس بر شنوایی لازم است.

در حالی که بروز اختلالات شنوایی و وزوز گوش و تفاوت آن با موارد قبلی این عارضه در این مطالعات ثابت شده است؛ اما باید در نظر داشت که ممکن است عواملی غیر از کووید-

۱۰۰۰۰ بیماری که کیس های تایید شده ی آزمایشگاهی کووید-۱۹ بودند را توصیف کند.

این گزارش توضیح می دهد که در بین افرادی که فوت شدند، یک سوم افراد از امریکای لاتین (۳۴,۹٪) و یک سوم افراد غیر سفید پوست (۲۹,۵٪)، کمتر از ۶۵ سال سن داشتند اما فقط ۱۳,۲٪ افراد سفید پوست از ۶۵ سال جوان تر بودند.

طبق مقاله ای که در CDC's Morbidity & Mortality Weekly Report به چاپ رسید، هماهنگ با گزارشی که

ویژگی های مرگ ناشی از کووید-۱۹ در آمریکا و چین را ارائه کردند، تقریباً سه چهارم یا بیشتر افراد یک مورد یا بیشتر بیماری های زمینه ای داشتند (۷۶,۴٪) و یا از ۶۵ سال بیشتر سن داشتند (۷۴,۸٪). نویسندگان این مقاله اشاره کردند در بین

بیماری های زمینه ای، بیماری های قلبی عروقی و دیابت از شایع ترین موارد بودند. شیوع دیابت بین فوتی های با سن زیر ۶۵ سال (۴۹,۶٪) به میزان قابل توجهی بیشتر از بیماران کووید-۱۹ بستری شده زیر ۶۵ سال (۳۵٪) و افراد زیر ۶۵ سال در جمعیت عادی بود (>۲۰٪).

محققان CDC همچنین اظهار نگرانی می کنند که ۷,۸٪ از بیماران در واحد اورژانس یا در خانه فوت شده اند که در توضیح این مرگهای رخ داده در خارج از بیمارستان علت آن را فقدان دسترسی به مراقبتهای سلامت، تأخیر در مراجعه برای بررسی یا تأخیر در تشخیص عنوان کردند.

گزارش اعلام می کند که کمپینهای سلامت می توانند بیماران به ویژه آنهایی را که بیماریهای زمینه ای دارند به مراجعه و رسیدگی سریعتر به مراکز در مانی در مواقع بیماری تشویق نمایند.

CDC همینطور به داروسازان و سایر فعالان حوزه ی درمان اکیداً گوش زد می کند که احتمال بروز بیماری را به صورت

شدیدتر در بیماران جوانتر از نژاد امریکای لاتین، غیر سفید پوست و دارای بیماریهای زمینه ای در نظر داشته باشند. تشخیص زودهنگام موجب تسهیل برقراری هر چه سریعتر درمانهای حمایتی به منظور به حداقل رساندن عوارض بیماری در افراد و ایزوله کردن سریعتر افراد مبتلا جهت محافظت از جامعه در برابر انتقال SARS-CoV-2 خواهد شد.

مطالعه همچنین حاکی از بالا تر بودن درصد افراد فوت شده در میان نژاد امریکای لاتین و غیر سفید پوستهایی است که سن پایینتر از ۶۵ سال داشتند.

هرچند که باید در نظر داشت که میانگین سنی افراد غیر سفید پوست در ایالات متحده ی امریکا (۳۱ سال) کمتر از افراد سفید پوست است (۴۴ سال) و این تفاوت خود می تواند به توضیح تفاوت ذکر شده در آمار مرگ

و میر این دو گروه کمک کند. میانگین سنی افراد فوت شده از میان نژاد امریکای لاتین و غیر سفید پوست (۷۱ و ۷۲ سال به ترتیب) ۹-۱۰ سال پایینتر از افراد سفید پوست بوده است (۸۱ سال).

مطالعه خاطر نشان می کند که درصد فوت در بین نژاد امریکای لاتین که زیر ۶۵ سال داشتند (۳۳,۹٪) از درصد افراد نژاد امریکای لاتین زیر ۶۵ سال که در ایالات متحده به سر می برند (۲۰٪) پیشی می گیرد، همچنین درصد فوتی ها در بین افراد غیر سفید پوست در سن پایین تر از ۶۵ سال بر اثر ابتلا به SARS-CoV-2 (۴۰,۲٪) از درصد کلی موارد فوت شده در افراد غیر سفید پوست که سن کمتر از ۶۵ سال داشتند (۲۳٪) در ایالات متحده بیشتر است.

۲۹ جولای ۲۰۲۰

منبع خبر: uspharmacist





- ۴ مهر (۲۵ سپتامبر) روز جهانی داروساز ✓
- ۵ مهر (۲۶ سپتامبر) روز جهانی پیشگیری از بارداری ✓
- ۷ مهر (۲۸ سپتامبر) روز جهانی هاری ✓
- ۸ مهر (۲۹ سپتامبر) روز جهانی قلب ✓
- ۱۹ مهر (۱۰ اکتبر) روز جهانی بهداشت روان ✓
- ۲۱ مهر (۱۲ اکتبر) روز جهانی آرتروز ✓
- ۲۶ مهر (۱۷ اکتبر) روز جهانی تروما ✓
- ۲۹ مهر (۲۰ اکتبر) روز جهانی یوکی استخوان / روز ملی سلامت زنان ✓

همکاران این شماره:

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| دکتر مهديه قریشی | دکتر مژگان مشایخی |
| دکتر پوریا صریحی | دکتر فاطمه دولت آبادی |
| دکتر زهرا امیری | دکتر رومینا محمدی |
| دکتر فاطمه جام بزرگ | دکتر الهه کرد زاده |
| دکتر محمد امین گودرز | دکتر مینا شیرین بخش |

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

۱۰۱۲۸

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

DPIC

(DRUG AND POISON INFORMATION CENTER)

