

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان



آنچه در این شماره می خوانید:

✓ تب مارشال: معرفی و درمان

✓ تازه‌های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه‌های داروساز در مورد تشنج ناشی از تب

✓ تازه‌های کووید-۱۹

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

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

پاسخگوی
سؤال‌های
علمی دارویی



۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: www.13abanpharmacy.tums.ac.ir

تلفن مشاوره دارویی: (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

آشنایی با سندرم PFAPA، تشخیص و درمان آن

مقدمه

سندرم¹ PFAPA تب مارشال سندرمی از تب راجعه یا تب دوره‌ای است. سندرم‌های تب دوره‌ای بیماری‌های خودالتهایی هستند که با حملات التهابی با ریشه نامشخص همراه می‌باشند. تفاوت این حملات با بیماری‌های خودایمنی، عدم افزایش سطح اتوانتی‌بادی‌ها و سلول‌های T خودواکنش‌گر می‌باشد.

بیماری PFAPA شایع‌ترین نوع تب راجعه است که به طور معمول، بین یک تا چهار سالگی شروع می‌شود. حملات معمولاً در سن ۱۰ سالگی متوقف می‌شود. برخی از بیماران ممکن است در دوره بزرگسالی نیز دچار حمله شوند. برخی دیگر ممکن است اولین حمله تب را در دوره بزرگسالی تجربه نمایند. به طور معمول، با گذشت زمان، حملات بیمار خفیف‌تر و کوتاه‌تر شده و دیر به دیر تر رخ می‌دهد. به طور متوسط، بیماران بین ۴٫۵ تا ۸ سال با این بیماری درگیر هستند. پس از این دوره، معمولاً علائم خودبه‌خود برطرف می‌شود.

تظاهرات بالینی

تب دوره‌ای نشانه‌ی اصلی سندرم PFAPA می‌باشد. از سایر خصوصیات مهم حملات این بیماری می‌توان به آفت‌های دهانی، فارنژیت (با یا بدون آگزودای لوزه‌ها) و آدنوپاتی گردنی اشاره نمود.

تب: تب به طور ناگهانی شروع می‌شود و گاهی با لرز همراه است. در روزهای بعدی بیمار ممکن است دچار بی‌حالی، گلودرد یا آفت‌های دهانی شود. دمای بدن ممکن است برای مدت ۲ تا ۷ روز در بازه ۳۸٫۵ تا ۴۱ درجه سانتی‌گراد قرار بگیرد و سپس به صورت ناگهانی نرمال شود. حملات به ندرت بیشتر از ۷ روز ادامه می‌یابند. فلذا، تب‌های خیلی طولانی ممکن است علتی به جز PFAPA داشته باشند که لازم است شناسایی شود. در مطالعات کوهورت، میانگین طول مدت هر حمله بین ۴ تا ۴٫۵ روز برآورد شده است.

حملات تب معمولاً هر ۲ تا ۸ هفته بروز می‌کنند. اکثر مطالعات فاصله ۴ هفته‌ای بین حملات در نظر می‌گیرند. پس زمان بروز حمله بعدی به صورت حدودی قابل پیش‌بینی می‌باشد. در صورت غیرقابل پیش‌بینی بودن زمان حمله بعدی، بهتر است سایر تشخیص‌های افتراقی نیز بررسی شود. کودکان مبتلا به PFAPA، در بین حملات تب، در سلامت کامل به سر می‌برند و روند رشد و تکامل عادی دارند.



آفت‌های دهانی: ۴۰ تا ۸۰ درصد بیماران، در دوران حمله، در ناحیه داخلی لب یا مخاط گونه دچار زخم‌های آفتی می‌شوند. این آفت‌ها، گاهی در قسمت خلفی حلق ایجاد می‌شود. به طور معمول، این زخم‌ها در معاینه بالینی از نظر دور می‌مانند مگر اینکه کودک به قدری بزرگ باشد که بتواند درد ناشی از این ضایعات را بیان کرده و پزشک را متوجه سازد. این ضایعات به بزرگی زخم‌های دهانی ناشی از بیماری بهجت نیستند و اسکاری نیز بر جای نمی‌گذارند.

¹Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, and Adenitis (PFAPA)

² Autoreactive T Cells



فارنژیت: ۶۵ درصد بیماران در دوره حمله فارنژیت را تجربه می‌کنند. در اغلب بیماران اگزودا نیز دیده می‌شود که ممکن است یک طرفه باشد. این ضایعات می‌تواند با ایجاد زخم روی لوزه‌های کامی نیز همراه باشد.

تورم غدد لنفاوی: ۶۰ درصد بیماران دچار تورم غدد لنفاوی گردن می‌شوند که معمولاً خفیف است.

سایر علائم: در دوره حملات برخی علائم غیرمرتبط با ناحیه اوروفارنکس نیز گزارش شده‌اند که عبارتند از درد شکمی (۴۰ تا ۶۵ درصد)، درد مفصلی (۱۱ تا ۴۲ درصد)، استفراغ (۱۸ تا ۴۱ درصد) و سردرد (۱۸ تا ۶۵ درصد). به طور معمول، درد شکمی چندان شدید نیست. سرفه، علائم سرماخوردگی و راش پوستی هم به ندرت گزارش شده‌اند. غالب شدن علائم خارج حلقی و بروز علائم آتپیکال مانند آرتريت یا راش‌های بارز ممکن است ناشی از سایر سندرم‌های تب دوره‌ای منوژنیک باشد.

بزرگسالان در مقابل کودکان: گزارشاتی در خصوص بزرگسالان مبتلا به PFAPA نیز وجود دارد. در گزارشی که به مقایسه ۳۰ بیمار بزرگسال مبتلا به PFAPA با ۸۵ کودک مبتلا پرداخته، دیده شده که بروز دوره‌ای و سر وقت علائم در بزرگسالان کمتر رخ می‌دهد. در حالی که بزرگسالان بیشتر دچار درد قفسه سینه، سردرد، درد مفاصل، درد عضلانی، علائم چشمی و راش می‌شوند.

در یک مطالعه کوهورت ایتالیایی، سن بروز تب در بزرگسالان مبتلا به PFAPA بین ۲۰ تا ۳۳ سالگی گزارش شده است. برخی از این بیماران در کودکی نیز حملاتی تجربه کرده بودند که بعد از یک دوره خاموشی دوباره عود کرده بود. برخی دیگر با وجود جراحی برداشتن لوزه در کودکی، مجدداً دچار علامت شدند.

تشخیص بیماری

هیچ معیار جامعی برای تشخیص این بیماری در دست نیست. تنها معیار تشخیصی، معیار اولیه‌ایست که در سال ۱۹۸۹ تدوین گردیده است. این معیارها عبارتند از:

- شروع بیماری در اوایل کودکی
- اپیزودهای راجعه تب
- وجود حداقل یکی از علائم همراه در هنگام حمله‌ها: آفت دهانی، فارنژیت، آدنیت
- دوره‌های بدون علامت بین حملات بیماری و روند رشد طبیعی
- نبود علائم تنفسی در اپیزودهای حمله و رد شدن بیماری‌های نوتروپنی دوره‌ای، نقص ایمنی، بیماری‌های خودایمنی و سایر دلائل تب‌های اپیزودیک

البته استثنایی از این معیارها، از جمله بیماران با شروع علائم در بزرگسالی و بیمارانی که هیچ علامت مرتبطی در طول دوره‌ها ندارند، گزارش شده‌اند. از این رو، چندین مورد دیگر باید برای تشخیص این بیماری مد نظر قرار گیرد:

- حداقل چهار اپیزود تب که در فواصل منظم رخ می‌دهند، ثبت شده باشد. برای اکثر بیماران، فواصل بین حملات تقریباً در محدوده دو تا هشت هفته می‌باشد. هر اپیزود معمولاً دو تا هفت روز طول می‌کشد. علائم در هر اپیزود با اپیزودهای

بعدی تقریباً یکسان است. ممکن است زمان اپیزود بعدی، بعضاً، چند روز جابه‌جا شود اما تکرار این مورد، شک به ابتلا به سایر انواع تب‌های دوره‌ای را تقویت می‌کند.

- در حین حملات، بیماران دچار فارنزیت، لنفادنوپاتی یا آفت می‌شوند. بنابراین، بررسی دقیق بیماران در هنگام حمله کمک‌کننده است. برخی علائم غیر معمول که در زمان حمله‌ها به وجود می‌آیند عبارتند از درد شدید شکم، درد قفسه سینه، آرتريت، بثورات پوستی، استفراغ یا اسهال قابل توجه باید برای سایر شرایط ارزیابی شود.
- در فواصل بین حملات، هیچ علامت یا یافته‌ی آزمایشگاهی غیرطبیعی وجود ندارد.
- در عرض چند ساعت پس از درمان با دوز خوراکی ۱ تا ۲ میلی گرم بر کیلوگرم پردنیزولون، علائم تب و فارنزیت برطرف می‌شود. این پاسخ به درمان، ممکن است در افتراق حملات PFAPA از تب مدیترانه‌ای خانوادگی (FMF) یا سایر سندرم‌های تب دوره‌ای خودالتهابی ارثی مفید باشد. پیشنهاد می‌شود یک دوز خوراکی ۱ تا ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم (حداکثر دوز ۶۰ میلی‌گرم) پردنیزولون در شروع تب، به عنوان بخشی از ارزیابی تشخیصی، داده شود. بیماران ممکن است ۱۲ تا ۴۸ ساعت پس از اولین دوز پردنیزولون دوباره علائم را تجربه کنند و ممکن است در آن زمان نیاز به دوز دوم داشته باشند. اگر در ابتدا دوز ۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم پردنیزولون داده شده، در صورت بازگشت تب ۱۲ تا ۴۸ ساعت بعد، می‌توان دوز دوم ۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم را تجویز کرد. در صورت عود تب پس از دریافت مجموعاً ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم پردنیزولون در هر اپیزود، تشخیص باید مجدداً بازبینی شود.

درمان

راهکار ایده‌آل برای مدیریت بیماران مبتلا به PFAPA بسته به پاسخ‌دهی ایشان به درمان و میزان آزارنده بودن حملات برای کودک و مراقبین او متفاوت خواهد بود. با توجه به روند مطلوب و غیرمخرب بیماری، هرگونه درمانی انتخابی می‌باشد. خطرات و عوارض هر روش باید در مقابل اثرات مثبت آن سنجیده شود. به طور کلی، متخصصین این حیطه یک الگوی درمانی ۴ بازویی طراحی کرده‌اند که می‌تواند در درمان بیماران به کار بسته شود.

- علامت درمانی با داروی استامینوفن و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID)
 - Abortive therapy با گلوکوکورتیکوئیدها در طول دوره‌های عود
 - درمان پیشگیرانه با سایمتیدین یا کلشیسین
 - جراحی برداشتن لوزه
- تصمیم به شروع درمان و انتخاب روش درمانی باید در مشورت با والدین/مراقبین و همچنین خود کودک اتخاذ شود. در روند تصمیم‌گیری سوالات زیر باید پاسخ داده شوند:

- آیا غیبت از مدرسه برای چند روز در ماه برای کودک مقدور هست؟
 - آیا والدین می‌توانند برای مراقبت از کودک تبار چند روز در ماه مرخصی بگیرند؟
 - آیا استرس و فشار خانوادگی ناشی از بیماری، عوارض احتمالی درمان/دارو را توجیه می‌کند؟
- با توجه به اینکه بیماری PFAPA ماهیت خودمحدودشونده دارد و به طور معمول با عواقب و سکل‌های طولانی مدت همراه نیست، در صورتی که کودک و والدین او تمایلی به درمان نداشته باشند، می‌توان روند مدیریت بیمار را به پایش بیمار یا استفاده از داروهای تب‌بر در طول دوره‌های عود محدود نمود. به طور معمول، داروهای تب‌بر در کنترل سایر علائم بیماری (به غیر از تب) موثر نیستند. در صورتی که بیمار و مراقبین او تمایل دارند که درمان شروع شود، روند درمان با استفاده از داروهای

گلوکوکورتیکوئیدی شروع می‌شود. چرا که استفاده از این داروها جنبه تشخیصی نیز دارد. درمان با گلوکوکورتیکوئید ممکن است دفعات حملات را افزایش دهد.

درمان اپیزودیک: به طور معمول، گلوکوکورتیکوئیدها می‌توانند در عرض چند ساعت تب ناشی از PFAPA را کنترل کنند. سایر علائم، مثل زخم‌های دهانی آفت‌مانند و لنفادنیت گردنی معمولاً به زمان بیشتری نیاز دارند تا فروکش کنند. به محض شروع علائم اپیزود، داروهای گلوکوکورتیکوئیدی باید هر چه سریع‌تر مصرف شوند. چرا که با گذشت زمان اثربخشی آن‌ها کم می‌شود. علائم اکثر بیماران با یک دوز گلوکوکورتیکوئید خاموش می‌شود. حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران ممکن است در عرض ۱۲ الی ۲۴ ساعت بعد از دوز اول گلوکوکورتیکوئید، برای حملات مجدد تب نیاز به دوز دوم داشته باشند.

بسیاری از والدین نگران عوارض داروهای گلوکوکورتیکوئیدی هستند. به نظر می‌رسد دوز گلوکوکورتیکوئیدی که در درمان اپیزودهای PFAPA به کار می‌رود (معمولاً کمتر از ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم در ماه) منجر به بروز عارضه جانبی به خصوصی نشود. البته ممکن است کودک به طور موقت در روزهایی که دارو را مصرف می‌کند دچار بی‌قراری و نوسان خلق‌وخو گردد. با این حال، هنوز مستندات کافی در خصوص دوز مناسب و ایمن گلوکوکورتیکوئیدها برای مصرف طولانی مدت در مبتلایان به PFAPA تعیین نشده است.

مهم‌ترین مضرت استفاده از داروهای گلوکوکورتیکوئید در درمان حملات PFAPA این است که مصرف این داروها سبب کاهش فواصل بین اپیزودها خواهد شد. این عارضه در ۱۹ تا ۵۰ درصد بیماران بروز می‌کند. در این شرایط، اپیزودها ممکن است هر هفته یک بار بروز کند. هر چند دوزهای بالای داروهای گلوکوکورتیکوئیدی، کمتر سبب بروز چنین عارضه‌ای می‌شوند. معمولاً با قطع داروها، فواصل بین اپیزودها به شرایط اولیه باز می‌گردد.

در بیمارانی که دفعات بروز اپیزود افزایش پیدا کرده و بیمار به بیش از ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم گلوکوکورتیکوئید در ماه نیاز دارد، استفاده از درمان‌های جایگزینی چون سایمتیدین و کلشیسین یا جراحی برداشتن لوزه هم وجود دارد. بر اساس دستورالعمل‌های مرکز تحقیقات آرتريت و روماتولوژی کودکان (CARRA)، در صورتی که فواصل اپیزودها از ۲۱ روز کمتر شد و در هر اپیزود بیش از ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم گلوکوکورتیکوئید مصرف شد، استفاده از درمان‌های پیشگیرانه توصیه می‌شود.

در بیمارانی که علائم با دوز تست تشخیصی گلوکوکورتیکوئید کنترل شده است، در اپیزودهای بعدی درمان شامل ۱ تا ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم پردنیزولون (حداکثر ۶۰ میلی‌گرم) خواهد بود که این دوز به محض شروع تب باید مصرف شود. در صورت مصرف دوز ناکافی، علائم ۱۲ تا ۴۸ ساعت بعد مجدداً عود خواهد کرد. در صورتی که دوز مصرفی معادل ۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم باشد و با گذشت ۱۲ تا ۴۸ ساعت تب مجدداً عود کند، می‌توان در طول اپیزود شروع شده ۱ میلی‌گرم بر کیلوگرم دیگر از داروی پردنیزولون تجویز نمود. در این بیماران، بایستی با شروع اپیزودهای آتی، دوز ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم را امتحان نمود. در صورتی که بیمار در هر اپیزود به بیش از ۲ میلی‌گرم بر کیلوگرم پردنیزولون نیاز داشته باشد، باید از نظر سایر سندرم‌های تب راجعه مورد ارزیابی قرار بگیرد و تشخیص‌های افتراقی بررسی گردد.

درمان اپیزودی تا زمانی که بیمار دچار حمله می‌شود، ادامه داده می‌شود. البته ممکن است والدین بیمار، به دلیل خفیف‌تر شدن حملات، تصمیم بگیرند که درمان اپیزودی را متوقف کنند. شایع‌ترین عارضه گزارش شده از گلوکوکورتیکوئیدها بی‌قراری و اختلالات خواب می‌باشد.

درمان پیشگیرانه: درمان پیشگیرانه (سایمتیدین یا کلشیسین) یک گزینه درمانی برای بیمارانیست که در حین مصرف گلوکوکورتیکوئیدها با افزایش دفعات حملات مواجه می‌شوند.

- سایمتیدین: مصرف سایمتیدین ممکن است بازه زمانی بین دو اپیزود را طولانی کرده، شدت علائم هر اپیزود را کاهش دهد و به خاموش شدن علائم PFAPA ختم شود. اثربخشی سایمتیدین در درمان پیشگیرانه PFAPA توسط هیچ کارآزمایی کنترل شده‌ای به اثبات نرسیده است. با این حال، در مطالعات گزارش موردی و مطالعات گزارش موارد کوچک، اثرات مثبتی از سایمتیدین گزارش شده است. به طور معمول، سایمتیدین به میزان ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم بر کیلوگرم در روز و به صورت منقسم هر ۱۲ ساعت یک بار تجویز می‌شود (حداکثر دوز: ۱۲۰۰ میلی گرم در روز) در صورتی که مصرف سایمتیدین تواتر حملات را کاهش دهد یا این حملات را به طور کامل قطع کند، می‌توان ۶ تا ۱۲ ماه بعد از استفاده مداوم از دارو، آن را قطع نمود. بیماران دریافت‌کننده سایمتیدین، معمولاً در اپیزودهای تب از گلوکوکورتیکوئیدها استفاده خواهند کرد.

در مطالعات کوهورت انجام شده، تقریباً ¼ بیماران (۲۴ تا ۲۷ درصد) با مصرف سایمتیدین رفع کامل اپیزودهای تب را تجربه کردند. ۲۴ تا ۳۲ درصد موارد نیز اثربخشی نسبی و کاهش شدت و دفعات حملات را تجربه نمودند. در باقی بیماران هیچ تغییری دیده نشد. به طور کلی، سایمتیدین به راحتی توسط بیماران قابل تحمل است.

- کلشیسین: گزینه دارویی بعدی جهت درمان پیشگیرانه، داروی کلشیسین است که در کودکان ۴ تا ۶ سال با دوز ۰٫۵ تا ۱٫۲ میلی گرم در روز و در کودکان بالای ۶ سال با دوز ۱ تا ۱٫۸ میلی گرم در روز تجویز می‌شود. مطالعات بالینی گسترده‌ای در خصوص اثرات داروی کلشیسین انجام شده است. در این مطالعات، تعداد دفعات بروز حملات در گروه مصرف‌کننده کلشیسین کاهش یافته است. عوارض اصلی داروی کلشیسین درد شکمی، اسهال و عدم تحمل لاکتولوز می‌باشد. دوز دارو باید به آهستگی و در عرض چند هفته افزایش داده شود. کلشیسین با دوز ۰٫۳ تا ۰٫۵ میلی گرم در روز شروع می‌شود و به آهستگی تا دوز موثر افزایش داده می‌شود.

جراحی برداشتن لوزه: روش جراحی برای بسیاری از بیماران روش کارآمدی محسوب می‌شود؛ به ویژه در صورتی که بیمار به دارودرمانی به خوبی پاسخ ندهد، تحمل عوارض دارودرمانی (چه درمان اپیزودیک و چه درمان پروفیلاکتیک) را نداشته باشد، علائم بیماری برای بیمار/مراقبین غیرقابل تحمل باشد و کیفیت زندگی ایشان را به شدت کاهش داده باشد. علائم بیماری پس از جراحی، در اکثر بیماران خاموش شده یا شدت آن کمتر می‌شود. فواصل بین حملات هم بعد از جراحی، افزایش پیدا می‌کند. لازم به ذکر است که برخی بیماران مبتلا به PFAPA بعد از جراحی، کماکان دچار آفت‌های دهانی خواهند شد.

درمان‌های آزمایشی: در حال حاضر، مطالعاتی بر روی آنتاگونیست‌های اینترلوکین ۱ (IL1) در حال انجام است چراکه به نظر می‌رسد در حملات PFAPA سطح فاکتورهای مرتبط با اینترلوکین ۱، افزایش پیدا می‌کند. مطالعات کوچکی روی کودکان و بزرگسالان مبتلا به PFAPA انجام شده است که در آن‌ها استفاده از داروی Anakinra، آنتاگونیست نوترکیب گیرنده IL1، با موفقیت در کنترل وضعیت بیمار همراه بوده است.

³Case Report

⁴Case Series

⁵Tonsillectomy

مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

پاسخگویی سوالات علمی دارویی



شماره تماس ۰۲۱۰۱ دارای
خط ویژه جهت مشاوره علمی دارویی



پاسخگویی به هم میهنان عزیز
توسط پزشکان و داروسازان مجرب

پاسخگویی به همکاران کادر درمان
توسط متخصصین داروسازی بالینی



در این بیماران، ویتامین د می‌تواند به عنوان یک عامل ایمنومودولاتور عمل کند. علاوه بر این، نقش ویتامین د در هموستاز کلسیم و متابولیسم استخوان‌ها هم تعیین‌کننده است. در دو مطالعه بالینی دیده شده است که سطح ۲۵ هیدروکسی ویتامین د در بیماران مبتلا به PFAPA در مقایسه با گروه کنترل کمتر است. در یک مطالعه کوهورت، سطح ویتامین د گروه مورد مطالعه، در فصل زمستان به کمترین حد خود رسید. این سطح پایین ویتامین د کاملاً با افزایش سطح CRP^۶ و دفعات حملات مرتبط بوده است. استفاده از مکمل ویتامین د در فصل زمستان با کاهش دفعات و طول مدت زمان حمله تب همراه بوده است. با این حال، کارآزمایی بالینی مدونی در خصوص اثرات ویتامین د انجام نشده است. از آنجا که معمولاً به مرور زمان، شدت و دفعات حملات تب در بیماری PFAPA کاهش می‌یابد، حتماً ضروریست که اثربخشی داروها از طریق کارآزمایی‌های بالینی تایید شود.

منبع:

Manthiram, K. (2022). *Periodic fever with aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis (PFAPA syndrome)*. [online] Uptodate.

Available at:

<https://www.uptodate.com/contents/periodic-fever-with-aphthous-stomatitis-pharyngitis-and-adenitis-pfapa-syndrome> [Accessed 5 Dec. 2022].

^۶C-Reactive Protein

تازه های علمی - دارویی

مطابق اظهارات نویسندگان این مقاله، اندازه اثر انواع روش‌های درمان ناباروری در بروز این عوارض یکسان

برآورد شده است. از این رو، ریشه بروز این پیامد یا فرآیندهای بیولوژیکی القای تخمک‌گذاری است که جنین را در معرض سطوح فوق فیزیولوژیک هورمون‌ها قرار می‌دهند، نهفته است یا ناباروری والدین در ایجاد این علائم نقش دارد.

۲۶ آوریل ۲۰۲۲

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

استفاده از داروی Tecovirimat در درمان آبله میمونی



بر اساس گزارشی که در ۲۲ آگوست به صورت آنلاین در مجله انجمن پزشکی آمریکا منتشر شد، استفاده دلسوزانه^۸ از داروی ضد ویروس Tecovirimat در درمان آبله میمون، برای بیماران قابل تحمل و بدون عارضه بود.

تیم دکتر Desai از دانشکده پزشکی دانشگاه ساکرامنتو کالیفرنیا، یک مطالعه کوهورت کنترل نشده طراحی کردند که در آن ۲۵ بیمار که ابتلای آن‌ها به آبله میمونی

^۸ به این معنی است که بیماران به دنبال اخذ معیارهای مدون وارد این مطالعه تحقیقاتی نشدند بلکه چون درمان دیگری در دست نبوده، این دارو را مصرف کرده‌اند.

افزایش ریسک ابتلا به آسم در کودکانی

که از طریق IVF متولد می‌شوند

بر اساس مطالعه‌ای که اخیراً به صورت آنلاین در مجله Human Reproduction منتشر شده، کودکانی که از طریق درمان ناباروری متولد می‌شوند، در معرض خطر ابتلا به آسم و سایر بیماری‌های اتوپیک در اوایل و اواسط دوران کودکی خود هستند.

دکتر کریستن جی پولینسکی از موسسه ملی سلامت کودک در مرلیند، تک قلوها و چند قلوهای متولد شده بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰ (۵۰۳۴ مادر و ۶۱۷۱ کودک) را وارد مطالعه کردند و تا سال ۲۰۱۹ (۲۰۵۶ کودک) تحت بررسی و مطالعه قرار دادند.

محققان دریافتند کودکانی که با هر گونه درمان ناباروری متولد می‌شوند، تا سن ۳ سالگی ریسک بالاتری برای بروز عارضه خس‌خس سینه مداوم دارند. (خطر نسبی^۷ [RR]، ۱٫۶۶؛ درصد فاصله اطمینان [CI]، ۱٫۱۷ تا ۲٫۳۳). در این بررسی وجود بیماری‌های اتوپیک در والدین و سایر عوامل تاثیرگذار نیز مدنظر قرار گرفت و آنالیزها بر این اساس تطبیق داده شد.

احتمال بروز آسم در سنین ۷ تا ۹ سالگی و همچنین ریسک ابتلا به بیماری اگزما در بین کودکانی که از طریق روش‌های درمان ناباروری متولد شده بودند، بالاتر ارزیابی شد. ریسک بروز این عوارض به ترتیب (RR, 1.30; 95 percent CI, 0.98 to 1.71) و (RR, 1.77; 95 percent CI, 1.25 to 2.49) می‌باشد. احتمال تجویز نسخ داروهای آلرژی در این کودکان بالاتر است. (RR, 1.45; 95 percent CI, 1.06 to 1.99)

Relative Risk

تاثیرات مثبت مکمل‌های کرن بری در حافظه

طبق مطالعه‌ای که اخیراً در مجله *Frontiers in Nutrition* منتشر شد، مکمل کرن بری با بهبود عملکرد حافظه اپیزودیک (حافظه رویدادی) و عملکرد عصبی در افراد مسن مرتبط است.

اما فلانگان، از دانشگاه انگلیا انگلستان، این موضوع را در یک مطالعه بالینی تصادفی‌سازی‌شده بررسی نمود. در این مطالعه ۶۰ سالمند (۵۰ تا ۸۰ سال) به مدت ۱۲ هفته مورد بررسی قرار گرفتند. به گروهی از این افراد پودر کرن بری خشک شده (معادل یک فنجان کوچک کرن بری) و به گروه دیگر دارونما داده شد. قبل و بعد از مداخله، تصویربرداری عصبی و آنالیز خون برای هر بیمار انجام شد. محققان دریافتند که مصرف ۱۲ هفته مکمل کرن بری به طور قابل توجهی حافظه اپیزودیک بصری را در افراد مسن بهبود می‌بخشد. افزایش پرفیوژن ناحیه‌ای در قشر انتورینال راست، ناحیه آکومینس و هسته دم‌دار^۱ در گروه کرن بری مشاهده شد. علاوه بر این، سطح LDL در این بیماران کاهش یافت. بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری در فاکتور نورو تروفیک مشاهده نشد.

به گفته نویسندگان، لازم است مطالعات آتی به بررسی اثر این فرآورده بر بیماران مبتلا به بیماری‌های نورودژنراتیو مثل دمانس و اختلالات شناختی خفیف بپردازند. لازم به ذکر است که این تحقیق توسط شرکت سازنده فرآورده کرن بری تامین مالی شده بود.

۲۴ مه ۲۰۲۲

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

با تست آزمایشگاهی تایید شده بود، داروی Tecovirimat دریافت کردند. لازم به ذکر است که نه نفر از بیماران مبتلا به HIV بودند، یک نفر از آنها بیش از ۲۵ سال قبل واکسن آبله را دریافت کرده بود و چهار نفر پس از شروع علائم، یک دوز واکسن^۱ Jynneos را دریافت کردند.

محققان دریافتند که با شروع رژیم دارویی، علائم سیستمیک، ضایعات موضعی یا هر دو به طور میانگین به مدت ۱۲ روز ادامه داشتند. شایع‌ترین علائم سیستمیک تب، سردرد و خستگی عنوان شده است. لازم به ذکر است که بیست و سه نفر از بیماران مورد مطالعه، ضایعات تناسلی و اطراف مقعدی داشتند. ۱۳ بیمار کمتر از ۱۰ ضایعه در کل بدن خود داشتند. همه بیماران در ناحیه ضایعات درد داشتند. یکی از بیماران به مدت ۲۱ روز و سایرین ۱۴ روز تحت درمان قرار گرفتند. در روز ۷ درمان، در ۱۰ بیمار (۴۰ درصد) ضایعات به طور کامل بهبود پیدا کردند. تا روز ۲۱، درد و ضایعات در ۲۳ بیمار (۹۲ درصد) بیماران از بین رفت. Tecovirimat به طور کلی به خوبی تحمل شد و هیچ یک از بیماران درمان را قطع نکردند. در روز ۷ درمان، شایع‌ترین عوارض جانبی دارویی به صورت خستگی، سردرد، تهوع، خارش و اسهال (به ترتیب ۲۸، ۲۰، ۱۶، ۸ و ۸ درصد) گزارش شد. شایان ذکر است که همیشه نمی‌توان اثرات نامطلوب دارو را از عوارض بیماری تمایز داد.

این مطالعه شواهد کافی برای تعیین اثربخشی و ایمنی داروی Tecovirimat در بیماران مبتلا به آبله میمونی را فراهم نمی‌کند. لازم است در آینده نزدیک مطالعات دیگری به بررسی اثرات دارو در جمعیت بزرگتری از بیماران بپردازند.

۲۶ آگوست ۲۰۲۲

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

^۱ واکسنی است که برای پیشگیری از ابتلا به بیماری آبله میمون در افراد بالای ۱۸ سال که در معرض خطر بالای ابتلا به آبله میمون قرار دارند، تایید شده است.

سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان



بیمار اول

Apixaban 2.5: روزی ۲ مرتبه	Amlodipin 5: نصف قرص روزانه	Valsartan 80: صبح و شب یکی
Cyclosporin 50 : روزانه دو مرتبه	Furosemide 40 نصف قرص دو بار : در روز	Omega3: یک عدد
Tamsulocin: روزانه یک عدد	Sustac 2.6 روزانه دو مرتبه:	Rosuvastatin : روزانه یک عدد 20
Prednisolon 5: یکی و نصفی روزانه	Calcium-D3: روزانه یک عدد	

پاسخ:

بین سیکلوسپورین و رزواستاتین تداخل رده D مطرح است. سیکلوسپورین ممکن است غلظت سرمی رزواستاتین را افزایش دهد. توصیه می‌شود با مشورت پزشک متخصص، در صورت مصرف همزمان دوز سیکلوسپورین به ۵ میلی‌گرم در روز کاهش یابد و بیمار از جهت افزایش خطر سمیت با استاتین (مانند: میالژی، میوپاتی و رابدومیولوز) تحت نظر باشد. منابع کانادایی مصرف همزمان رزواستاتین و سیکلوسپورین را منع می‌کنند.

بین داروی آپیکسابان که فرد به دلیل داشتن ریسک آمبولی بعلت مشکلات زمینه‌ای مصرف دارند و اسیدهای چرب امگا ۳ تداخل رده C به نفع خونریزی هست که توصیه شد مراقب کار با وسایل تیز و برنده باشند و در صورت مشاهده خون در مدفوع یا ادرار و یا مدفوع قیری رنگ حتماً به بیمارستان مراجعه نمایند.

بین کلسیم کربنات و پردنیزولون تداخل رده D مطرح است. کلسیم کربنات ممکن است فراهمی زیستی کورتیکواستروئیدها را کاهش دهد. در صورت مصرف همزمان رعایت حداقل دو ساعت و یا بیشتر فاصله مصرف توصیه می‌گردد. می‌توانند از ملح سیترات استفاده نمایند.

توصیه نهایی به بیمار: به دلیل داشتن سابقه سنگ کلیه و ترس بیمار از ایجاد سنگ توسط کلسیم و عدم مشخص

شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۳۴ ساله‌ای است که در سه ماهه اول بارداری خود می‌باشد. برای تهوع بارداری دکتر داروی اندانسترون تجویز کردند. قبل از بارداری، با مصرف متوکلوپرامید دچار دیستونی می‌شدند. آیا اندانسترون این عارضه را ندارد؟ از این دارو می‌توانند استفاده کنند؟

پاسخ: خیر چنین عارضه‌ای ندارد. اما بهتر است از داروهای خط اول درمان تهوع بارداری استفاده شود و درمان‌های غیر دارویی هم رعایت شود (تعداد وعده‌های بیشتر حجم غذایی هر وعده کمتر شود، موقع بیدار شدن از بیسکویت یا نان تست استفاده شود، شکلات یا بیسکویت‌های زنجبیلی مصرف شود).

توصیه نهایی به بیمار: مشورت با پزشک برای استفاده از داروهای خط اول درمان مثل ویتامین ب ۶، دیفن‌هیدرامین، دیمن هیدرینات و غیره

این دارو به طور معمول توسط پزشکان برای درمان تهوع بارداری تجویز می‌شود. در حالی که منابعی چون Briggs و Schaefer توصیه شده که در سه ماهه اول بارداری از این داروها استفاده نشود.

دکتر پریسا رضائی

بیمار دوم



شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۷۶ ساله هستند که سابقه کنسر پروستات دارند و رادیوتراپی کردند. ایشان تحت نظر پزشک قلب نیز هستند، سابقه نارسایی کلیه و دفع پروتئین دارند (از میزان کراتینین اطلاع نداشتند - فرمودند طبق گفته پزشک در رنج نرمال است). آیا تداخل بین داروهای بیمار هست؟

بیمار چهارم



شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۳۷ ساله‌ای

است که سابقه دفع سنگ‌های کلیوی داشته است. به تازگی به دلیل درد کلیه، داروی اروسیترا به دستور متخصص کلیه جهت پیشگیری از سنگ کلیه مصرف می‌نماید. ۲۰ روز است ایشان بعد صبحانه دارو را استفاده نموده و آخر شب دارو دفع می‌شود. آیا این مساله طبیعی است؟

پاسخ: بله مربوط به خواص این دارو می‌باشد و بایستی علائم بالینی ایشان مثلاً از نظر درد کلیوی بررسی شود.

توصیه نهایی به بیمار: در صورت نامشخص بودن اثرات بالینی در بیمار، بایستی آزمایش ادرار مبنی بر وجود این دارو مورد پایش قرار گیرد.

منابع: بروشور

دکتر هدی شفیعی



بودن جنس سنگ توصیه شد حتی الامکان کلسیم مورد نیاز بیمار از منابع طبیعی مثل لبنیات کم چرب تامین گردد و در صورت نیاز به مصرف کلسیم بصورت مکمل ترجیحاً از ملح سیترات کلسیم استفاده نمایند.

منابع: Supervisor Help, Lexicomp, Uptodate.

دکتر رومینا محمدی

بیمار سوم



شرح مشکل بیمار: برای آقای ۴۰ ساله‌ای با

تشخیص لیکن پلان، سیکلوسپورین تجویز شده است. از قبل هم جهت ریزش مو اسپرونولاکتون تجویز شده بوده. در اینترنت خوانده اند که با هم تداخل دارند. آیا صحیح است؟

پاسخ: با اینکه تداخل بین این دو دارو در لکسی رده ایکس ذکر شده اما در منابع دیگر، بروز هایپرکالمی در مصرف هم زمان اسپرونولاکتون خیلی گزارش نشده و بروز آن ناشایع است. در صورتی که مصرف هر دو ضروری باشد، منع مطلق ندارد.

توصیه نهایی به بیمار: اول با پزشک مطرح شود، اگر نیاز به استفاده هر دو دارو بود، باید ابتدا سطح خونی پتاسیم چک شود و در فواصل منظم هم مانیتور سطح پتاسیم انجام شود تا در صورت بروز هایپرکالمی، داروها تغییر کنند.

منبع: UptoDate

دکتر فاطمه جام بزرگ



بیمار پنجم

شرح مشکل بیمار: بیمار پسر بچه ۱۰ ساله و ۳۰ کیلویی است که تاخیر رشد/تکامل دارد و به تشنج مبتلاست. بیمار از ۳ روز پیش دچار سینوزیت (ترشحات رنگی از بینی) شده است. از دو روز پیش تحت نظر متخصص اطفال داروهای برای درمان سینوزیت شروع شده. از وقتی داروهای جدید مصرف شده، بچه عدم تعادل و سردی دست و پا دارد. علاوه بر این، بچه بی‌قرار است. آیا عارضه داروهای جدید است؟

داروهای معمول: تگرتول ۲۰۰ روزی ۳ - کلوبازم ۱۰ روزی ۲ - شربت رهاکین هر ۱۲ ساعت ۶ سی‌سی - استازولامید روزی ۱

داروهای جدید: کلاریترومایسین ۲۵۰ هر ۱۲ ساعت ۵ سی‌سی - کوتریموکسازول هر ۱۲ ساعت ۲ سی‌سی - اسپری فنیل افرین هر ۸ ساعت ۱ پاف

پاسخ: بین کلاریترومایسین و کاربامازپین تداخل جدی وجود دارد. (رده X) داروی کلاریترومایسین می‌تواند اثرات کاربامازپین را تشدید کند و سبب بروز عوارض ناشی از کاربامازپین شود در حالیکه کاربامازپین اثرات کلاریترومایسین را کاهش می‌دهد.

توصیه نهایی به بیمار: دارو کلاریترومایسین باید قطع شود. در خصوص داروی جایگزین با متخصص گوش و حلق و بینی اطفال مشورت فرمائید.

منبع: UptoDate

دکتر هستی فتوگرافی

سرتیتر تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت

غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران در دی ماه

❖ ریکال ویال‌های رمدسیویر ساخت شرکت Health

Biotech با سری ساخت HIRD21013A

❖ تقلبی بودن ویال‌های دیسپورت ۵۰۰ با سری ساخت

C73281 منتسب به شرکت IPSEN

❖ آمادگی ایران برای صادرات تجهیزات پزشکی به عراق

❖ تخلف خواندن فعالیت اسنپ دارو توسط سازمان غذا و

دارو

❖ پیش‌بینی ۱۰۵ میلیارد تومان بودجه برای طرح

داروکاری در سال ۱۴۰۲

❖ ریکال ملاتونین شرکت رازک - سری ساخت

1401H70014

❖ ریکال قرص ارگوتامین تارترات و کافئین، محصول

شرکت هندی Ltd Pharmacia Edil-S

❖ ریکال ویال پنتوپرازول شرکت آفاشیمی - سری ساخت

۲۰۲۲۰۵۰

❖ ریکال محلول حجیم تزریقی سدیم کلراید ۰/۴۵ نیم

لیتری شهید قاضی - سری ساخت D29-0108308

❖ ریکال قرص ارگوتامین تارترات/کافئین با برند

Migraliv - سری ساخت CK02 و CK03

❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های

زیر بازدید کنید:

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

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

توصیه های یک داروساز به بیمار

تشنج ناشی از تب

منظور از تشنج ناشی از تب، تشنجی است که در اطفال شش ماهه تا پنج ساله که مبتلا به تب بالای ۳۸ درجه سانتی گراد هستند، دیده می شود. این نوع تشنج بیشتر در سنین ۱۲ الی ۱۸ ماهگی بروز می کند. این تشنج در ۲ تا ۴ درصد کودکان زیر پنج ساله اتفاق می افتد. بروز این تشنج به معنی ابتلای کودک به بیماری صرع نیست. زمانی برای کودک تشخیص صرع گذاشته می شود که حداقل دو حمله ی تشنج بدون تب داشته باشد. شایان ذکر است که این تشنج ها منجر به کاهش بهره ی هوشی یا آسیب مغزی کودک نمی شود.

علل تشنج ناشی از تب

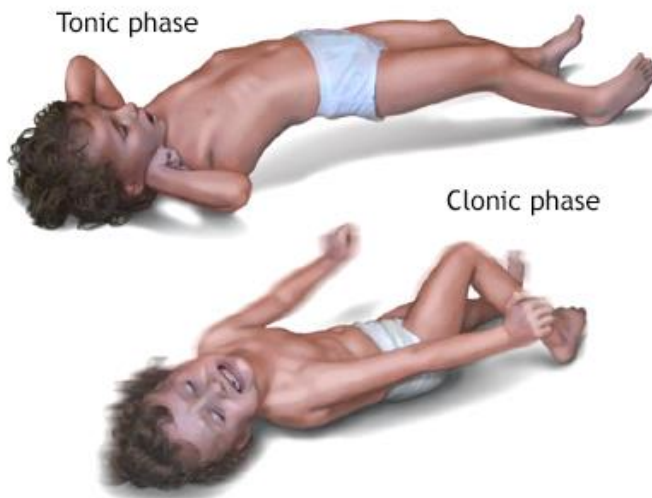
- عفونت: تب ناشی از عفونت ویروسی یا باکتریایی جز اصلی ترین علل بروز این نوع تشنج است.
- واکسیناسیون: تب به عنوان عارضه ی بعضی از واکسن ها به خصوص واکسن MMR (سرخک، سرخچه و اوریون) بروز می کند. این نوع تب معمولاً ۸ تا ۱۴ روز بعد از تزریق واکسن رخ می دهد.
- عوامل خطرناک: سابقه ی خانوادگی تشنج ناشی از تب احتمال بروز این عارضه را افزایش می دهد.

علائم تشنج ناشی از تب

این عارضه معمولاً در روز اول بیماری بروز می کند. گاهی این تشنج اولین علامت بیماری کودک است. بیشتر تشنج ها در زمان ابتلا به تب بالای ۳۹ درجه سانتی گراد اتفاق می افتد.

این نوع تشنج به دو دسته ی ساده و پیچیده تقسیم بندی می شود:

• ساده



این نوع از تشنج بیشتر شایع است. معمولاً کودک دچار کاهش سطح هوشیاری شده و دچار لرزش ریتمیک در دست و پا می شود. این تشنج ها معمولاً ۱ یا ۲ دقیقه طول می کشند اما ممکن است تا ۱۵ دقیقه هم ادامه پیدا کنند. بعد از توقف تشنج کودک ممکن است دچار گیجی یا خواب آلودگی شود اما ضعف و بی حسی در اندام ها را احساس نمی کند.

• پیچیده

این نوع تشنج چندان شایع نیست و برای ۱۵ دقیقه و در موارد شدید حتی ۳۰ دقیقه طول می کشد. کودک بعد از تشنج به طور موقت ممکن است دچار ضعف دست و پا شود.

ارزیابی و درمان تشنج ناشی از تب

کودکی که دچار تشنج ناشی از تب شده بایستی در اولین فرصت توسط پزشک بررسی شود و علت زمینه‌ای تشنج پیدا شود. برخی از کودکان خصوصا کودکانی که زیر ۱۲ ماه هستند، نیاز به بررسی بیشتر دارند تا احيانا مبتلا به مننژیت (نوعی عفونت مغزی) نباشند. بهترین تست برای تشخیص مننژیت Lumbar Puncture نام دارد. در این روش مایعی از نخاع بیمار گرفته شده و مورد بررسی قرار می‌گیرد.

درمان تشنج‌های طولانی مدت به طور معمول شامل یک داروی ضد تشنج می‌باشد. در این شرایط، باید ضربان قلب، فشار خون و تنفس کودک را نیز بررسی نمود. در صورتی که تشنج به صورت خودبه‌خودی متوقف شود، نیازی به مصرف داروی ضد تشنج نیست. عموماً کودکان بعد از توقف تشنج نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند. مگر آنکه کودک عفونت شدیدی داشته باشد که نیازمند مدیریت جدی‌تر است.

بعد از کنترل تشنج زمان مدیریت تب فرا می‌رسد. تب بایستی با استامینوفن خوراکی یا مقعدی و یا ایبوپروفن درمان شود. پاشویه با آب (آبی که هم‌دما با محیط باشد نه آب سرد) در کنترل تب کمک‌کننده است.

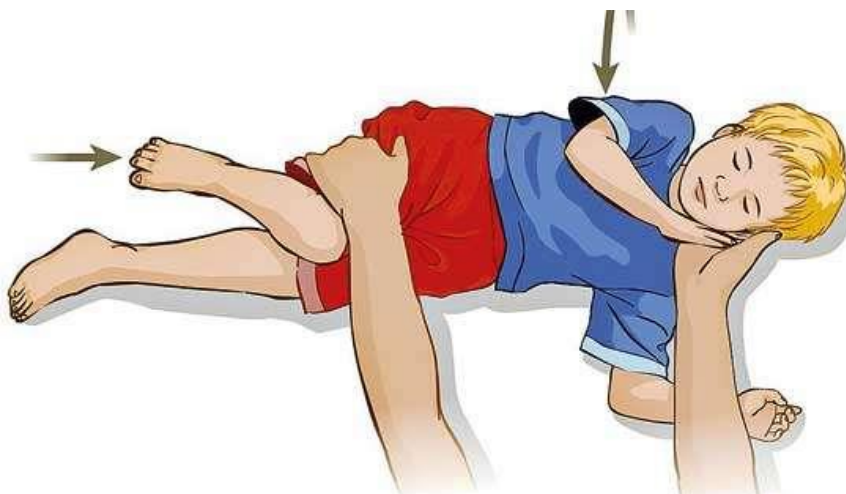
تشنج‌های مکرر ناشی از تب

کودکانی که سابقه‌ی یک تشنج ناشی از تب را دارند، بیشتر در معرض بروز مجدد این عارضه می‌باشند به طوریکه ۳۰ الی ۳۵ درصد این بیماران مجدداً دچار تشنج ناشی از تب می‌شوند. با این حال قرار نیست این کودکان با هر بار تب دچار تشنج شوند. بیشتر تشنج‌های راجعه در سال اول پس از اولین حمله یا نهایتاً ۲ سال بعد از حمله رخ می‌دهند.

احتمال تشنج مکرر ناشی از تب در کودکان زیر بیشتر از سایرین است:

- ✓ کمتر از ۱۵ ماه سن دارند.
- ✓ تب‌های مکرر دارند.
- ✓ پدر و مادر آنها سابقه‌ی تشنج ناشی از تب یا ابتلا به صرع را دارند.
- ✓ فاصله‌ی کوتاهی بین شروع تب و بروز تشنج وجود داشته باشد.
- ✓ قبل از بروز تشنج تب جزئی داشته است.

درمان‌های خانگی



در صورت بروز تشنج والدین باید با انجام راهکارهای زیر احتمال آسیب کودک را به حداقل برسانند:

مانع حرکت و لرزش‌های کودک نشوند. سعی کنند که چیزی در دهان او قرار دهند. سعی کنید او را به پهلو بخوابانند.

به زمان توجه داشته باشند. تشنجی که بیش از ۵ دقیقه طول بکشد به رسیدگی فوری نیاز دارد. در این حالت یکی از والدین باید در کنار کودک بماند و والد دیگر بایستی با اورژانس تماس بگیرد.

والدین کودکی که در ریسک تشنج مکرر قرار دارد بایستی درباره‌ی کنترل تشنج در خانه آموزش کافی را دریافت کنند. به طور معمول تشنج با دریافت یک دوز مناسب از داروی دیازپام کنترل می‌شود.

درمان پیشگیرانه

در بیشتر موارد نیازی به دریافت مداوم داروی ضد تشنج نمی‌باشد چراکه عوارض جانبی و خطرات مصرف این داروها از مزیت احتمالی آن‌ها بیشتر ارزیابی شده‌است. علاوه بر این، استفاده از داروهای تب‌بر به منظور جلوگیری از بروز در تب در بیماری که تب نکرده‌است (مثلا سرماخورده ولی تب ندارد) توصیه نمی‌شود. زیرا این کار ریسک بروز تشنج به دنبال تب را کاهش نمی‌دهد.

درمان تب (در صورتی که دمای مرکزی بدن ۳۸ درجه‌ی سانتی‌گراد یا بالاتر باشد) قابل قبول است اما همیشه ضروری نیست.

پیگیری درمان

بهره‌ی هوشی و سایر ابعاد تکامل مغز در اثر تشنج ناشی از تب دچار آسیب نمی‌شود.

بروز بیماری صرع در کودکانی که سابقه‌ی تشنج ناشی از تب داشته‌اند، بیشتر از دیگر هم‌سالانشان است. اما این احتمال در بروز یک بار حمله‌ی تشنج ساده بسیار جزئی است.

تازه های کووید-۱۹

کنترل رطوبت: کنترل کرونا



یکی از روش‌های شناخته‌شده برای کنترل انتقال ویروس کرونا، ایجاد تهویه مناسب در محیط‌های سر بسته می‌باشد. محققان دانشگاه MIT در طی پژوهشی که به تازگی انجام شده، به این نتیجه رسیدند که کنترل رطوبت نسبی محیط‌های سر بسته هم، می‌تواند در کنترل بیماری نقش داشته باشد. این یافته‌ها، نتیجه‌ی بررسی ارتباط بین وضعیت هواشناسایی ۱۲۱ کشور مختلف و آمار ابتلا و مرگ‌ومیر ناشی از کووید در فاصله ژانویه ۲۰۲۰ تا اگوست ۲۰۲۱ است.

رطوبت نسبی به معنی میزان رطوبت فعلی هوا به نسبت حداکثر ظرفیت رطوبتی است که هوا در یک شرایط دمایی مشخص می‌تواند در خود نگهدارد.

رطوبت نسبی ایده‌آلی که به نظر می‌رسد به کاهش موارد ابتلا و مرگ‌ومیر ناشی از کووید ۱۹ کمک کند، بازه ۴۰ تا ۶۰ درصدی می‌باشد. در صورتی که رطوبت محیط سر بسته خارج از این بازه باشد، احتمال انتقال بیماری بالاتر می‌رود. رطوبتی که به طور معمول، مطلوب عموم مردم است در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد می‌باشد.

پژوهشگران معتقدند که تنظیم رطوبت محیطی روشی آسان، ارزان و مناسب برای کنترل بیماری کووید ۱۹ به شمار می‌رود و رعایت آن بر خلاف سایر روش‌های پیشگیری (واکسیناسیون، بهداشت دست و استفاده از ماسک) برای بیماران دشوار نیست.

پرواضح است که این روش جایگزین روش‌های پیشگیری فوق‌الذکر نیست و افراد بایستی هم‌چنان واکسیناسیون خود را تکمیل کرده، در محیط سر بسته ماسک بزنند و بهداشت فردی را رعایت نمایند.

۷ دسامبر ۲۰۲۲

منبع: سایت Drugs.com

مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی سیزده آبان

DPIC
DRUG AND POISON INFORMATION CENTER

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی
۸۲۱۰۱
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 .
- ارائه اطلاعات اولیه به مسمومین ، همراهان و کادر پزشکی در پیشگیری از عوارض سوء مسمومیت ها .
- تهیه خبرنامه های دارویی .
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع آوری و تجزیه و تحلیل یافته های مراکز اطلاع رسانی دارو و سموم .
- انتشار کتب ، جزوات آموزشی ، بروشورهای دارویی مخصوص بیماران و اعضاء کادر درمان .

پاسخگوی سؤالات علمی دارویی
۸۲۱۰۱
تلفن: ۰۲۱-۸۲۱۰۱
۱۳ آبان - روشنی ۱۳ آبان

ماسک سه لایه در پیشگیری از کووید ۱۹



بر اساس پژوهش جدیدی که اخیراً در ژورنال *Annals of Internal Medicine* به چاپ رسیده است، اثربخشی ماسک‌های سه لایه ساده، در پیشگیری از انتقال ویروس کووید ۱۹ به مراقبین بیماران مبتلا به کووید با ماسک‌های N95 یکسان برآورد شد.



هدف این پژوهش آن بود که مشخص شود آیا واقعا اثربخشی ماسک‌های سه لایه ساده یا به اصطلاح ماسک‌های جراحی برای پرسنل کادر درمانی که از بیماران مبتلا به کووید مراقبت می‌کنند، کمتر از ماسک‌های N95 هست یا خیر. برای پاسخ به این سوال اطلاعات ۱۰۰۹ پرسنل کادر درمان از ۲۹ مرکز مختلف ارائه خدمات بهداشتی-درمانی مورد بررسی قرار گرفت. این افراد که در تماس مستقیم با بیماران مبتلا به کووید قرار داشتند، برای مدت ۱۰ هفته از یک ماسک سه لایه جراحی یا یک ماسک N95 استفاده نمودند.

در بررسی‌های بعدی، تست PCR کووید در ۱۰،۴۶ درصد از پرسنل گروه ماسک ساده و ۹،۲۷ درصد از گروه ماسک N95 مثبت شد. بررسی‌های جزئی‌تر نشان می‌دهد که در زیرگروه‌های مربوط به داده‌های حاصل از کشورهای پاکستان، مصر و کانادا، همین نتایج تکرار شده است.

۲۹ نوامبر ۲۰۲۲

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



۵ دی: روز ملی ایمنی در برابر زلزله ✓

۶ دی: روز مددکاری ✓

۲۵ دی: روز خانواده ✓

۲۹ دی: روز هوای پاک ✓

همکاران این شماره:

دکتر مژگان مشایخی

دکتر هستی فتوگرافی

دکتر امیرحسین ستوده

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)



دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو - پزشکی ۱۳ آبان