

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مدیریت بیماری پسوریازیس در بالغین

✓ تازه های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه های داروساز در خصوص بیماری گال

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

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

پاسخگوی
سؤال‌های
علمی دارویی



۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: www.13abanpharmacy.tums.ac.ir

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

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۸

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

مدیریت پسوریازیس مزمن در بالغین

پسوریازیس یک بیماری مزمن التهابی است سیستم‌های متعددی از بدن را درگیر کرده و با تظاهرات بالینی مختلفی بروز پیدا می‌کند. پلاک‌های پسوریاتیک شایع‌ترین شکل بروز این بیماری هستند. این پلاک‌های التهابی مرزبندی مشخص و ظاهر فلسی مانند دارند. البته در نواحی مثل زیربغل که پوست با پوست دچار اصطکاک می‌شود، پلاک‌ها ظاهر فلسی ندارند. به جهت تأثیرات منفی ضایعات پسوریازیس بر روی کیفیت زندگی بیماران، روش‌های درمانی مختلفی برای کنترل این ضایعات



وجود دارد که عبارتند از درمان‌های موضعی، درمان‌های سیستمیک و فوتوتراپی. بیماری‌های زمینه‌ای فرد و ترجیح بیمار در انتخاب روش درمان تأثیرگذار است. علاوه بر نمای نامناسب ضایعات، درد و خارش هم از دیگر علائمی هستند که بیماران را آزار می‌دهند و بر فعالیت‌های روزانه و ارتباطات اجتماعی او اثر می‌گذارند. نرخ ابتلا به اختلالات اعصاب و روان (افسردگی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، ناتوانی‌های جنسی و افکار خودکشی) در بیماران پسوریازیس بالاتر از جمعیت عادی می‌باشد. علاوه بر این، ارتباطاتی هم بین ابتلا به پسوریازیس و ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و بیماری‌های متابولیک دیده شده است.

گزینه‌های درمانی

هیچ درمان قطعی برای کنترل پلاک‌های مزمن پسوریازیس وجود ندارد اما بای کنترل علائم و بیماری‌های همراه این اختلال روش‌های درمانی متعددی مطرح هستند که در ادامه توضیح داده می‌شوند:

۱. **درمان‌های موضعی** عبارتند از کورتیکواستروئیدهای موضعی، آنالوگ‌های ویتامین D، مهارکننده‌های کلسی‌نورین، تازاروتن، تاپیناروف، روفلومیلاست. لازم به ذکر است که ۳ مورد آخر هنوز وارد بازار داروئی ایران نشده‌اند.

نام دارو	فرمولاسیون	دفعات مصرف
کورتیکواستروئیدها موضعی	انواع مختلف	دو بار در روز
مهارکننده‌های کلسی‌نورین موضعی		
تاکرولیموس	پماد ۰٫۰۳ درصد و ۰٫۱ درصد	دو بار در روز
پیمکرولیموس	کرم ۱ درصد	دو بار در روز
مهارکننده‌های ۴-فسفودی‌استراز موضعی		
روفلومیلاست	کرم ۰٫۳	یک بار در روز
رتینوئید موضعی		
تازاروتن	کرم و ژل ۰٫۰۵ درصد و ۰٫۱ درصد	یک بار در روز، ترجیحاً عصرها
آنالوگ‌های موضعی ویتامین D		
کلسی‌پوتریول	کرم یا پماد ۰٫۰۰۵ درصد	۲ بار در روز

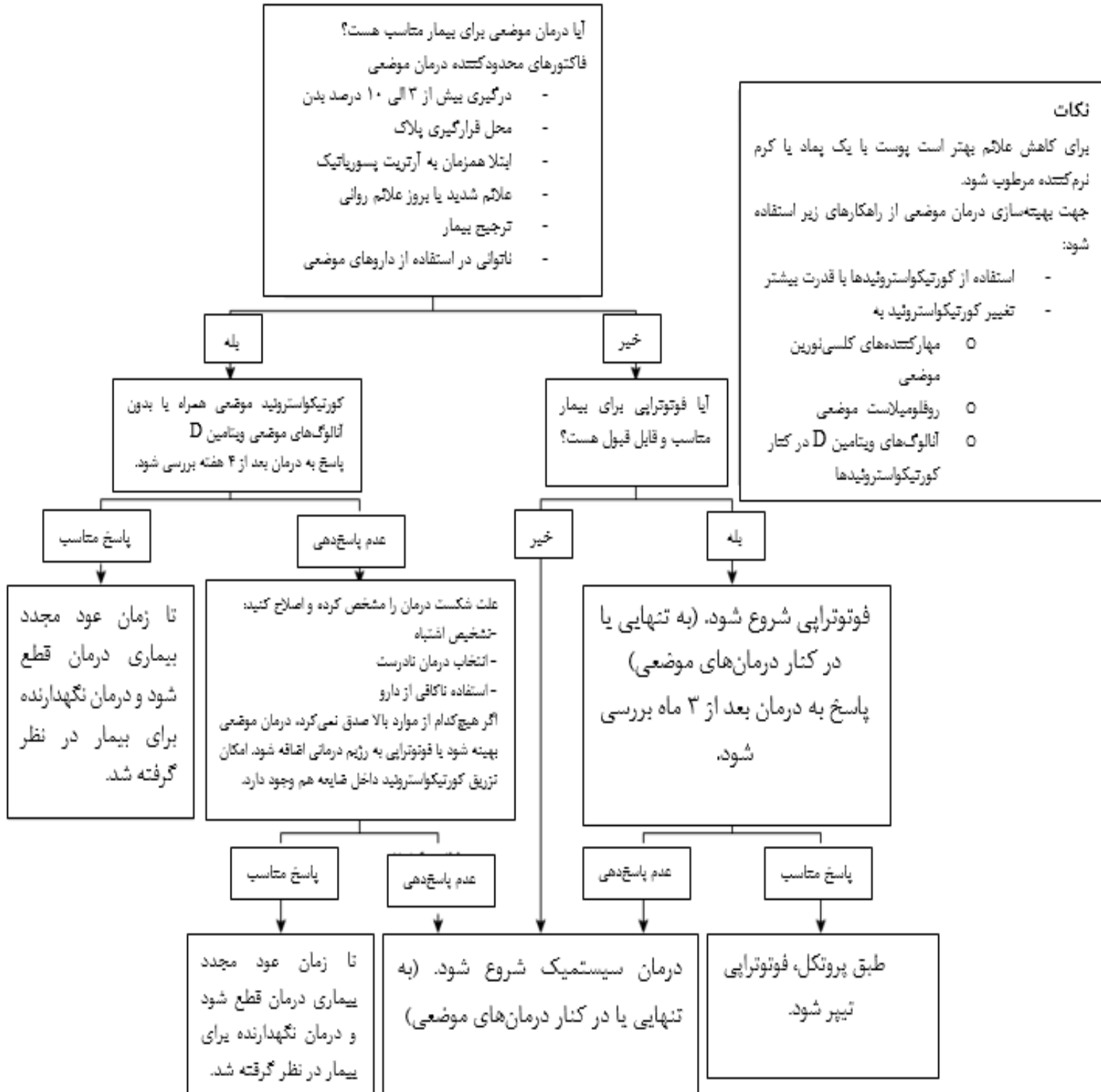
۲. درمان‌های سیستمیک عبارتند از داروهای ضد TNF آلفا، داروهای ضد اینترلوکین ۱۷ (IL17)، داروهای ضد اینترلوکین ۲۳، اپرمیلاست، داروی deucravacitinib، متوتروکسایت، آسیترتین و سیکلوسپورین.

نام دارو	رژیم درمانی استاندارد
مهارکننده‌های IL-23	
گوسلکومب	۱۰۰ میلی گرم به صورت زیرجلدی در هفته صفر و ۴ سپس هر ۸ هفته یک بار
مهارکننده‌های IL-17	
سکوکینومب	۳۰۰ میلی گرم به صورت زیرجلدی یک بار در هفته در هفته‌های ۳، ۲، ۱، ۰ و ۴ سپس ۳۰۰ میلی گرم هر ۴ هفته یک بار. دوز ۱۵۰ میلی گرم ممکن است برای بعضی بیماران کافی باشد.
مهارکننده‌های IL-12/23	
آستکینومب	برای بیماران با وزن کمتر از ۱۰۰ کیلوگرم و کمتر: ۴۵ میلی گرم به صورت زیرجلدی در هفته صفر و ۴ و سپس هر ۱۲ هفته یکبار برای بیماران با وزن بالای ۱۰۰ کیلوگرم: ۹۰ میلی گرم با همان دستور بالا.
مهارکننده‌های TNF آلفا	
آدالیمومب	ابتدا ۸۰ میلی گرم به صورت زیرجلدی سپس ۴۰ میلی گرم به صورت یک هفته درمان
سرتولیزومب	۴۰۰ میلی گرم به صورت زیرجلدی هر یک هفته در میان. یک گزینه انتخابی برای بیمارانی که وزن کمتر از ۹۰ کیلوگرم دارند، دریافت ۴۰۰ میلی گرم دارو در هفته صفر، ۲ و ۴ و سپس ۲۰۰ میلی گرم به صورت یک هفته در میان است.
اتانرسپت	۵۰ میلی گرم دو بار در هفته به صورت زیرجلدی برای سه ماهه اول سپس ۵۰ میلی گرم هفته‌ای یک بار به عنوان درمان نگهدارنده
اینفلکسیمب	۵ میلی گرم بر کیلوگرم به صورت انفوزیون وریدی در هفته‌های صفر، ۲ و ۶ سپس ۵ میلی گرم بر کیلوگرم هر ۸ هفته یک بار
مهارکننده‌های فسفودی استراز ۴	
اپرمیلاست	۳۰ میلی گرم دو بار در روز به صورت خوراکی
سایر درمان‌ها	
آسیترتین	۲۵ میلی گرم به صورت یک روز در میان تا ۵۰ میلی گرم یک بار در روز به صورت خوراکی
سیکلوسپورین	۲،۵ الی ۵ میلی گرم بر کیلوگرم در روز به صورت خوراکی و منقسم در دو دوز
متوتروکسات	۷،۵ الی ۲۵ میلی گرم در هفته به صورت خوراکی یا زیر جلدی (همراه با مکمل فولیک اسید)

۳. فوتوتراپی با اشعه ماورا بنفش B، پرتودرمانی با اشعه ماورا بنفش A به همراه پسونال و فوتوتراپی هدفمند.

انتخاب روند درمان

برای انتخاب اولین قدم در روند درمان بیماران مبتلا به پسونیازیس، الگوریتم زیر بسیار کمک کننده خواهد بود:



درصد سطح درگیری بدن و محل‌های درگیری در تعیین شدت بیماری و انتخاب نوع درمان نقش دارند. علاوه بر این دو عامل، موارد زیر هم در انتخاب روند درمان نقش تعیین‌کننده‌ای دارند:

- عواقب جسمی و روانی بیماری
- توانایی و ترجیح بیمار
- بیماری‌های زمینه‌ای
- دسترسی به درمان
- نحوه‌ی پاسخ‌گویی به درمان‌های قبلی

در بعضی موارد، ممکن است بیمار نیاز به بیش از یک روش درمانی نیاز داشته باشد. (در الگوریتم بالا توضیحات آورده شده است.) استفاده از درمان‌های موضعی در کنار درمان‌های سیستمیک و فوتوتراپی در درمان موارد مقاوم به درمان بسیار اثربخش است.

محل و شدت درگیری: محل و شدت درگیری یکی از عواملی است که مشخص می‌کند آیا امکان استفاده از درمان‌های موضعی وجود دارد یا خیر.

در صورتی که پلاک‌های پسوریازیس نواحی محدودی را درگیر کرده باشند، درمان‌های موضعی انتخاب منطقی برای شروع درمان هستند. این روش‌ها نسبت به درمان‌های سیستمیک عوارض کمتری دارند و بر خلاف فوتوتراپی، نیاز به مراجعه مکرر به مطب پزشک ندارند. هر چند موفقیت درمان‌های موضعی تا حد زیادی به پایداری بیمار به درمان^۱ و استفاده صحیح از فرآورده موضعی بستگی دارد. بنابراین، در مواردی که محل درگیری وسیع است یا امکان استفاده از داروی موضعی در این محل وجود ندارد، می‌توان از درمان‌های سیستمیک یا فوتوتراپی به عنوان خط اول درمان استفاده کرد.

در صورتی که پلاک‌ها سطح وسیعی از بدن را درگیر کرده باشند، درمان موضعی گزینه خوبی نیست. در مواردی می‌توان از این درمان استفاده کرد که پلاک‌ها کمتر از ۳ الی ۱۰ درصد سطح بدن را گرفته باشند. هر چند در مواردی هم که سطح درگیری از این درصد بالاتر است، استفاده از درمان‌های موضعی به کنترل پلاک‌ها کمک می‌کند اما استفاده طولانی مدت از این فرآورده‌ها برای بیمار دشوار است. برای محاسبه درصد درگیری بدن از دو روش ساده استفاده می‌کنیم. در روش اول، سطحی معادل یک کف دست بیمار (در صورت بسته بودن انگشتان) برابر ۱ درصد از کل سطح بدن در نظر گرفته می‌شود. در سطح دوم، نواحی سر و گردن معادل ۱۰ درصد، دست‌ها (از شانه تا انگشت) معادل ۲۰ درصد، تنه ۳۰ درصد و اندام‌های تحتانی (شامل عضلات سرینی) معادل ۴۰ درصد سطح بدن در نظر گرفته می‌شود.

درگیری نقاط خاص (کف سر، نواحی تناسلی، کف دست، کف پا یا صورت): در مواردی که محل قرارگیری پلاک مانع از رسیدن درمان‌های موضعی به پلاک دارد، ناچار درمان را با داروهای سیستمیک شروع می‌کنیم. در مواردی مثل درگیری صورت که پلاک‌ها کیفیت زندگی بیمار را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهند، استفاده از درمان سیستمیک در اولویت قرار می‌گیرد. در صورتی که پلاک‌ها در چندین نقطه دور از هم قرار گرفته باشند، استفاده از درمان موضعی برای بیمار دشوار خواهد بود و ترجیح بر استفاده از فرم سیستمیک یا فوتوتراپی است.

^۱Adherence

- **عواقب جسمی و روانی بیماری:** در صورتی که بیماری سبب عواقب فیزیکی ناتوان کننده‌ای برای بیمار بشود یا به لحاظ روانشناختی او را شدیداً تحت تاثیر قرار بدهد، لازم است درمانی انتخاب شود که شروع اثر سریعی دارد. در این موارد می‌توان در کنار درمان‌های سیستمیک موثر و سریع‌الاث‌ر، داروهای موضعی را هم اضافه کرد.
- توانایی و ترجیح بیمار: پسوریازیس یک بیماری مزمن و بدون درمان است که علائم آن فقط و فقط از طریق درمان مداوم طولانی مدت میسر است. بنابراین، باید درمانی برای بیمار انتخاب شود که او توانایی استفاده از آن برای طولانی مدت را داشته باشید. به عنوان مثال، درمان‌های موضعی اغلب روزانه یک یا دو بار باید استعمال شوند. در صورتی شرایط فیزیکی، اجتماعی، شغلی یا روانشناختی فرد مناسب این روش مصرف دارو نباشد، تجویز چنین دارویی بی‌ثمر است. از طرف دیگر، فوتوتراپی نیازمند مراجعه مکرر به مرکز درمانی (۲ الی ۳ بار در هفته) است که ممکن است برای همه بیماران امکان‌پذیر نباشد.
- **بیماری‌های زمینه‌ای:** فرد مبتلا ممکن است به بیماری‌هایی مبتلا باشد که با پسوریازیس درمان مشترک دارند یا بیماری‌هایی داشته باشد که با درمان‌های مربوط به پسوریازیس بدتر می‌شوند:
 - آرتريت پسوریاتیک و سایر بیماری‌ها با درمان مشترک با پسوریازیس: اکثر درمان‌های سیستمیک مورد استفاده در کنترل پلاک‌های پسوریازیس، به کنترل علائم آرتريت پسوریاتیک و سایر بیماری‌های التهابی از جمله التهاب روده هم کمک می‌کند. بنابراین، در مواردی که فرد یک بیماری زمینه‌ای التهابی دارد، استفاده از درمان‌های سیستمیک ارجح است.
 - بیماری‌هایی که علائم آن‌ها با درمان‌های پسوریازیس تشدید می‌شود: فوتوتراپی و برخی از درمان‌های سیستمیک سبب تشدید اختلالاتی چون حساسیت به نور، عفونت‌های مزمن و بدخیمی‌ها می‌شوند.
- **هزینه و در دسترس بودن درمان:** هزینه و در دسترس بودن یکی از مواردیست که استفاده از برخی درمان‌ها به ویژه داروهای سیستمیک بیولوژیک را برای بیماران چالش برانگیز می‌کند.

آموزش به بیمار

- این بیماری مسری نیست و برخی عوامل از جمله ژنتیک و سابقه خانوادگی فرد را در معرض ابتلا به این بیماری قرار می‌دهد.
- این بیماری ممکن است به صورت ناگهانی شروع شود و تا مدت‌ها ادامه پیدا کند یا در برخی موارد علائم تخفیف پیدا کند و آرام‌تر شود.
- ریسک ابتلا به آرتريت پسوریاتیک، چاقی، سندرم متابولیک و تصلب شرایین در افراد مبتلا به پسوریازیس بالاتر است.
- علائم آرتريت پسوریاتیک عبارتند از درد مفصلی، تورم، خشکی مفاصل به ویژه در صبح و کمر درد.

نقش تغذیه در مدیریت بیماری

در خصوص نقش تغذیه بر روی علائم بیماری پسوریازیس اتفاق نظر وجود ندارد اما اکثر منابع معتبر کاهش وزن و کاهش کالری مصرفی در کاهش علائم بیمارانی که مبتلا به اضافه وزن یا چاقی هستند، نقش دارند. برخی منابع به نقش ویتامین D، سلنیوم، ویتامین B12 و روغن ماهی در کنترل علائم اشاره کرده‌اند که هیچ‌کدام توسط شواهد و مستندات علمی حمایت نشده‌اند.

فالوآپ و پایش بیمار

در شروع درمان، بیمار باید یک هفته بعد از مصرف یک داروی جدید توسط پزشک مورد بررسی قرار بگیرد و موارد چون پایداری به درمان و اثربخشی درمان ارزیابی شوند. در ادامه، بر اساس وضعیت کلی بیمار، مدت زمانی که انتظار داریم اثر درمان را ببینیم و مانیتورینگ‌هایی که داروهای تجویز شده نیاز دارند، زمان فالوآپ بعدی تعیین می‌شود. به طور معمول، بیمارانی که در وضعیت پایداری قرار دارند باید هر ۶ تا ۱۲ ماه یک بار توسط پزشک معاینه شوند.

پاسخ به درمان

درمان کامل ضایعات پوستی نتیجه ایده‌آل و دلخواه درمان است. هر چند در بسیاری از موارد بیمار دچار عود مجد شده یا ضایعات به طور کامل از بین نمی‌روند. باید تا حد ممکن انتظار بیمار را به واقعیت بالینی نزدیک کرده و در ادامه با استفاده از درمان مناسب یا درمان‌های ترکیبی تا حد ممکن ضایعات را بهبود بخشید. یکی از فاکتورهای پاسخ به درمان با آن سنجیده می‌شود، درصد درگیری سطح بدن است. لازم به تذکر است که تغییرات رنگدانه‌های پوست در ناحیه درگیر ممکن است تا ماه‌ها بعد از خاموش شدن پلاک پسوریاتیک ادامه داشته باشد.

منبع: [Uptodate](#)

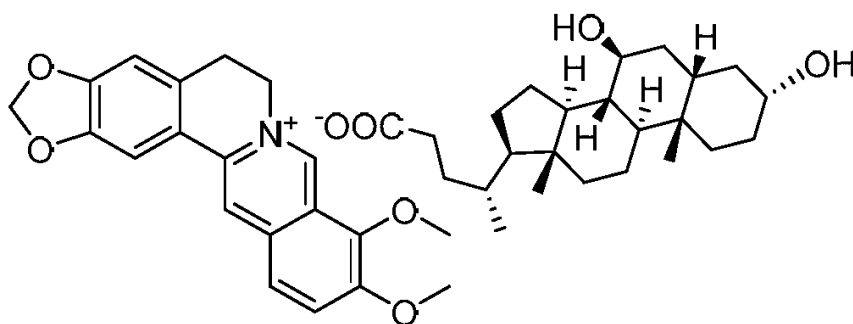
تازه‌های علمی - دارویی

یک مولکول دارویی جدید برای درمان دیابت نوع دو

بربرین اورسودئوکسیکولات^۲ (HTD1801) مولکول جدیدی است که به نظر می‌رسد پتانسیل بالایی برای ورود به بازار داروهای دیابت نوع دو را داشته باشد. مصرف این ماده با کاهش قابل توجه هموگلوبین A1C (Hb A1C) و همچنین قند ناشتا بیماران همراه بوده است. جمعیت مصرف‌کننده این دارو صرفاً موارد جزئی عوارض خفیف تا متوسط را تجربه کردند.

در بازار دارویی سرتاسر دنیا جای خالی دارویی با اثرات متابولیک که بتواند ریسک فاکتورهای مربوط به دیابت نوع دو را هدف قرار بدهد و بتواند قند خون خیل عظیم بیماران مبتلا به این مشکل را تنظیم نماید، احساس می‌شود. تحقیقات جدید دانشگاه پکن حاکی از آن است که HTD1801 ممن است دقیقاً همین دارو باشد.

HTD1801 یک مولکول دارویی نوین با اثرات ضدالتهاب‌یست که به عنوان تنظیم‌کننده متابولیک هم عمل کرده و در کنترل دیابت کمک‌کننده است. جزء بربرین این مولکول به عنوان فعال‌کننده آنزیم AMP Kinase عمل کرده، روند سوخت‌وساز گلوکز و اسیدهای چرب را بهینه‌سازی می‌کند. بدین ترتیب، سبب بهبود حساسیت به انسولین شده و واکنش‌های التهابی را کمتر می‌کند. جزء اورسودئوکسیکولیک اسید به عنوان تنظیم‌کننده اسیدهای صفراوی و برای درمان اختلالات هپاتوبیلیاری کاربرد دارد. مولکول ترکیبی بربرین اورسودئوکسیکولات، ضمن حفظ اثرات هر جزء، اثرات فارماکولوژیک منحصر به فردی از خود نشان می‌دهد.



فاز دو کارآزمایی بالینی این دارو در ۱۴ مرکز در چین برگزار شده است. در این مطالعه ۱۲ هفته‌ای، ۱۱۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۵۴,۳ بوده، ۳۶,۳ درصد جمعیت خانم و ۳,۶۷ درصد آقا بودند. میانگین قند خون ناشتا بیماران مورد بررسی کمتر از ۲۵۰,۵ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر و میانگین A1C بین ۷ تا ۱۱ بوده است.

² Berberine ursodeoxycholate

بیماران به صورت رندوم به ۳ گروه تقسیم شدند. گروه اول (۳۸ نفر) به صورت روزانه پلاسبو دریافت کردند، گروه دوم (۳۷ نفر) روزی ۲ بار هر بار ۵۰۰ میلی گرم HTD1801 و گروه سوم (۳۸ نفر) روزی ۲ بار هر بار ۱۰۰۰ میلی گرم HTD1801 دریافت کردند.

هموگلوبین بیمار در ابتدای مطالعه، هفته ۸ و ۱۲ اندازه گیری شد. در هفته ۱۲، سایر تغییرات پروفایل قند خون بیماران و پارامترهای کبدی هم بررسی شد.

به نظر می رسد یک ارتباط وابسته به دوز بین مصرف HTD1801 و وضعیت A1C وجود دارد. در هفته ۱۲، در ۵۵,۹ درصد بیماران گروه ۳ و ۱۵,۲ درصد بیماران گروه ۱، سطح A1C کمتر از ۷ گزارش شد.

قند ناشتا در گروه ۲ به اندازه ۱۳ میلی گرم در دسی لیتر و در گروه سوم ۱۸,۴ میلی گرم بر دسی لیتر کاهش یافت. در گروه پلاسبو این شاخص ۰,۳ میلی گرم در دسی لیتر تغییر کرده بود.

مصرف HTD1801 با کاهش LDL و سایر لیپوپروتئین ها (به غیر از HDL) همراه بود. در پایان مطالعه دیده شد که سطح آنزیم های کبدی بیماران که HTD1801 دریافت کرده بودند هم کاهش پیدا کرد. در پایان ۱۲ هفته، تغییرات وزن چشمگیری در بیماران مشاهده نشد.

۱۰ مارچ ۲۰۲۵

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

تایید یک داروی ترکیبی جدید برای درمان اندومتريوزهای مقاوم به درمان

بسیاری از خانم‌های مبتلا به اندومتريوز به درمان‌های رایج جواب نداده و ناچار به جراحی می‌شوند. حتی در برخی موارد نادر، علائم بیمار به دنبال جراحی هم به طور کامل برطرف نمی‌شود. اخیراً سیستم سلامت ملی انگلستان^۳ (NHS) یک قرص خوراکی ترکیبی را برای درمان این موارد تایید کرده است.

دارو مذکور حاوی سه جزء Estradiol, Relugolix و Norethisterone می‌باشد و برای خانم‌هایی کاربرد دارد که در سنین باروری هستند و به درمان‌های روتین پاسخ مناسبی نشان نداده‌اند.



از مزیت‌های این دارو می‌توان به مصرف آسان‌تر اشاره کرد. با مصرف خوراکی این دارو بیماران نیازی به مراجعه به مرکز درمانی برای دریافت داروهای تزریقی ندارند. این دارو برای خانم‌هایی که در آینده قصد بارداری دارند، گزینه مناسب‌تری است چرا که قطع دارو راحت‌تر انجام می‌شود.

پیش از این، استفاده از این فرآورده در موارد متوسط تا شدید فیبروک رحمی هم پیشنهاد شده بود.

به طور کلی، درمان بیماران مبتلا به اندومتريوز از طریق یکی از این ۴ روش صورت می‌گیرد: داروهای مسکن، داروهای هورمونی، آنالوگ‌های هورمون آزادکننده گنادوتروپین (GnRH) و جراحی.

به دنبال استفاده از فرم تزریقی آنالوگ‌های GnRH به طور موقت علائم بیمار تشدید شده و عود می‌کند اما این عارضه با فرم خوراکی دارو کمتر دیده می‌شود. شروع اثر داروی خوراکی به مراتب سریع‌تر از فرم تزریقی آن است چرا که همه داروهای مورد نیاز در یک قرص جمع شده‌اند و وضعیت بیمار را خیلی سریع به وضعیت نرمال نزدیک می‌کنند. به نظر می‌رسد درمان بیماران با این دارو سریع‌تر به نتیجه می‌رسد در نتیجه زودتر می‌توان دارو را قطع کرد.

³ National Institute of Health

از نظر کنترل درد، این دارو نسبت به پلاسبو بسیار بهتر عمل می‌کند.

دو مطالعه SPIRIT 1 و SPIRIT 2 به عنوان فاز ۳ کارآزمایی بالینی این دارو انجام شد. در این مطالعات خانم‌های ۱۸ تا ۵۰ ساله مبتلا به فرم متوسط تا شدید بیماری مورد بررسی قرار گرفتند. ۲۴ هفته پس از شروع تحقیقات، علامت دیس‌منوره در ۷۵ درصد بیماران که داروی relugolix CT دریافت کردند، کاهش پیدا کرد. این عدد در گروه پلاسبو ۲۷ درصد گزارش شد. در همین زمان دردهای لگنی ۶۶ درصد بیماران گروه relugolix CT و ۴۰ درصد بیماران گروه پلاسبو کاهش پیدا کرد.

۱۳ مارچ ۲۰۲۵

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



گیاه کرچک (*Ricinus communis*): تداخلات دارویی و احتیاطات مصرف

گیاه کرچک یا *Ricinus communis* از گیاهان بسیار پرکاربردی است که از روغن دانه آن برای مصارف پزشکی استفاده می‌شود. لازم به ذکر است که پوشش خارجی دانه کرچک حاوی ماده‌ای به نام ریسین است که اثرات سمی دارد. مصرف ۱ الی ۶ دانه کرچک پوست‌گیری نشده می‌تواند یک انسان بالغ را از بین ببرد. بنابراین، پیش از روغن‌گیری حتما باید پوسته خارجی دانه جدا شده باشد.

روغن دانه کرچک یا همان روغن کرچک اثرات ملین و ضدالتهابی دارد. یکی از آشناترین و شناخته‌شده‌ترین موارد کاربرد روغن کرچک جهت تخلیه دستگاه گوارش پیش از انجام کولونوسکوپی می‌باشد. علاوه بر اثرات ملینی و کمک به تخلیه دستگاه گوارش پیش از انجام کولونوسکوپی، روغن کرچک کاربردهای دیگری هم دارد. به عنوان مثال، از قطره‌های حاوی این روغن برای درمان خشکی چشم استفاده می‌شود. ایمنی و بی‌خطری استفاده از این قطره‌ها به مدت ۳۰ روز تایید شده است. در خانم‌های بارداری که موعد زایمان آن‌ها گذشته است، استفاده از فرم خوراکی این روغن به القا زایمان کمک می‌کند. به دلیل وجود رسینولتیک اسید در این روغن، استفاده موضعی از آن به خشکی پوست و برخی بیماری‌های التهابی پوستی کمک می‌کند.

مصرف کوتاه مدت فرآورده‌های حاوی روغن کرچک با عوارض گوارشی مثل تهوع، درد و اسپاسم شکمی همراه است. مصرف طولانی مدت یا دوز بالای این روغن باعث افت پتاسیم و از دست دادن حجم زیادی از مایعات بدن می‌شود.

همان‌طور که اشاره شد، از آنجایی که از روغن کرچک اثرات القا زایمان دیده شده، استفاده از این ترکیبات به عنوان ملین در طی دوره‌ی بارداری مجاز نیست. در خصوص ایمنی و بی‌خطری روغن کرچک در دوره شیردهی اطلاعاتی در دست نیست و توصیه می‌شود که از این روغن در دوره شیردهی هم استفاده نشود. علاوه بر این، استفاده از روغن کرچک برای افراد مبتلا به اختلالات صفراوی، معده درد با دلیل نامشخص و موارد مشکوک به انسداد روده مجاز نیست. استفاده از این فرآورده در کودکان زیر ۱۲ سال جایگاهی ندارد.

روغن کرچک با برخی از داروها تداخل دارد. لیست این داروها در ادامه آورده شده است:

داروهای مدر: همانطور که پیشتر اشاره شد، مصرف روغن کرچک با ریسک افت پتاسیم همراه است. هر چند این عارضه بیشتر در دوزهای بالا یا مصرف طولانی مدت این فرآورده اتفاق می‌افتد. داروهای ادرارآور به خصوص هیدروکلروتیازید هم می‌توانند سطح پتاسیم را پایین بیاورند. در نتیجه مصرف هم‌زمان این داروها منطقی نیست.

سدیم سولفات و سدیم پیکو سولفات: برخی از داروهایی که برای تخلیه دستگاه گوارش قبل از کولونوسکوپی تجویز می‌شوند، حاوی سدیم سولفات یا سدیم پیکو سولفات هستند. بین این ترکیب و روغن کرچک تداخل جدی وجود دارد. مصرف هم‌زمان این ترکیب سبب تشدید عوارض داروها و افزایش احتمال بروز زخم‌های گوارشی می‌شود.

پلی‌اتیلن گلیکول: این ترکیب به عنوان ماده موثره بسیاری از فرآورده‌های ملین کاربرد دارد و جهت آماده‌سازی قبل از کولونوسکوپی تجویز می‌شود. مصرف این دارو در کنار روغن کرچک ممکن است سبب تشدید عوارض و افزایش ریسک بروز زخم‌های گوارشی شود. هر چند لازم به ذکر است که شدت این تداخل نسبت به تداخل روغن کرچک با مشتقات سدیم سولفات کمتر است.

منبع: سایت WebMD و کتاب Herbal PDR

افزایش ریسک افسردگی بعد از زایمان با مصرف داروهای ضدبارداری

بر اساس نتایج مطالعه‌ای که اخیراً در ژورنال JAMA Network Open به چاپ رسیده است، استفاده از داروهای هورمونی پیشگیری از بارداری در دوره بعد از زایمان، ریسک ابتلا به افسردگی بعد از زایمان را افزایش می‌دهد.

در این پژوهش که در قالب یک مطالعه کوهورت طراحی شده است، جمعیت خانم‌هایی که بین اول ژانویه ۱۹۹۷ تا ۳۱ دسامبر ۲۰۲۲ برای بار اول باردار شدند (Primiparous)، مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش داروهای هورمونی در ۴ دسته تقسیم‌بندی شدند: داروهای هورمونی ترکیبی خوراکی^۴ (COC)، داروهای هورمونی ترکیبی غیرخوراکی^۵ (CNO)، قرص‌های حاوی پروژسترون تنها^۶ (POP) و فرآورده‌های پروژسترونی غیرخوراکی^۷ (PNO). البته در بازار دارویی کشور خودمان فرآورده‌های CNO موجود نمی‌باشند. لازم به ذکر است که داروهای هورمونی که صرفاً حاوی پروژسترون هستند، از همان روز اول بعد از زایمان، قابل استفاده هستند. در حالیکه، داروهای ترکیبی هورمونی (داروهایی که یک جزء استروژنی و یک جزء پروژسترونی دارند) به دلیل افزایش ریسک ترومبوآمبولی در ۲۱ روز اول پس از زایمان مجاز نیستند.

بر اساس این پژوهش ۴۰٫۷ درصد از جمعیت مورد مطالعه (که برابر با ۶۱۰٫۰۳۸ نفر بوده) در طی ۱۲ ماه پس از زایمان از داروهای پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند. میانگین سنی مادران مورد بررسی ۲۷ سال بوده است و هیچیک از آن‌ها در دو سال گذشته علامتی مبنی بر ابتلا به افسردگی نداشتند. حدود ۵۰ درصد جمعیت مورد مطالعه در عرض ۷ الی ۱۰ هفته بعد از زایمان مصرف دارو را شروع کردند. ۱٫۵ درصد خانم‌های مورد مطالعه در طی ۱۲ ماه بعد از زایمان، دچار افسردگی پس از زایمان شدند. ریسک بروز افسردگی بعد از زایمان در بین مادرانی که در عرض ۱۲ ماه بعد از زایمان از داروهای ضدبارداری هورمونی استفاده کرده بودند، نسبت به سایر مادران ۱۸ درصد بیشتر بود. شیوع افسردگی پس از زایمان در مادرانی که از داروهای هورمونی ضدبارداری استفاده نمی‌کردند، ۳۶ درصد و در گروه مادرانی که ضدبارداری‌های هورمونی دریافت کرده بودند، ۵۴ درصد گزارش شد. به نظر می‌رسد ریسک بروز این عارضه با قرص‌های ترکیبی هورمونی بیشتر از فرآورده‌هایی است که صرفاً شامل پروژسترون می‌شوند.

به علاوه، ریسک بروز افسردگی پس از زایمان به دنبال استفاده از داروهای هورمونی ضدبارداری با سن مادران رابطه عکس دارد. در مادرانی که در سنین کمتر از ۲۰ سال زایمان داشته‌اند، احتمال ابتلا به افسردگی بالاتر گزارش شده است. هر چند بین مادران گروه ۲۰ الی ۲۹ سال و مادران گروه ۳۰ سال و بالاتر تفاوت چشمگیری مشاهده نشده است. نکته جالب دیگر مربوط به سابقه ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان بود. ریسک بروز افسردگی پس از زایمان به دنبال استفاده از داروهای هورمونی ضدبارداری، در خانم‌هایی که سابقه مشکلات اعصاب روان داشتند ۳۲ درصد و در خانم‌هایی که سابقه‌ای این بیماری‌ها را نداشتند، ۶۳ درصد گزارش شد.

۳ آوریل ۲۰۲۵

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

^۴Combined Oral Contraceptives

^۵Combined Nonoral Contraceptives

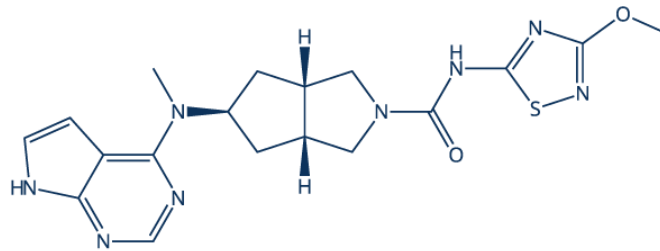
^۶Progestron-Only Pill

^۷Progestogen-Only Nonoral Contraceptives

یک داروی آزمایشی جدید برای درمان ریزش مو سکه‌ای

ریزش مو سکه‌ای یا Alopecia Areata یکی از انواع ریزش موست که زمینه التهابی دارد و به طور معمول با درمان‌های ضدالتهاب از جمله کورتیکواستروئیدهای موضعی یا خوراکی می‌باشد

اخیرا پژوهشگران دانشگاه پکن به بررسی تاثیرات داروی Ivarmacitinib در درمان این اختلال پرداخته‌اند. Ivarmacitinib یک مهارکننده انتخابی آنزیم جانوس کیناز ۱ (JAK1) است و از طریق مهار مسیرهای سیگنالینگ این آنزیم ترشح سایتوکاین‌های التهابی را کاهش می‌دهد. این دارو در برخی بیماری‌های التهابی مثل آرتریت روماتوئید و آرتریت پسوریاتیک تجویز می‌شود اما هنوز تاییدیه سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) را دریافت نکرده است.



در مطالعه دانشگاه پکن، ۳۳۰ بیمار مبتلا به ریزش مو سکه‌ای شدید (بیشتر از ۵۰ درصد کف سر درگیر است) مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در ۳ گروه تقسیم‌بندی شدند. گروه اول (۱۰۹ نفر) روزانه ۴ میلی‌گرم Ivarmacitinib، گروه دوم (۱۱۱ نفر) روزانه ۸ میلی‌گرم Ivarmacitinib و گروه سوم (۱۱۰ نفر) پلاسبو دریافت کردند. این مطالعه دوسوکور برای مدت ۲۸ هفته ادامه پیدا کرد.

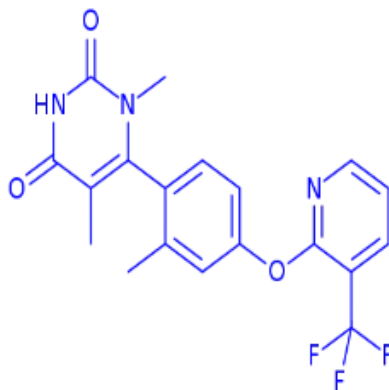
در پایان مطالعه، وضعیت کف سر بیماران مقایسه شد. وضعیت بیماران گروه ۱ و ۲ نسبت به گروه سوم به ترتیب ۲۵,۶ درصد و ۳۱,۶ درصد پیشرفت داشت. هیچ مرگ، عارضه قلبی-عروقی و وقایع ترومبوآمبولیک در هیچ یک از سه گروه اتفاق نیفتاد. لازم به ذکر است که یک مورد لنفوما فولیکولار و یک مورد سرطان تیروئید در دسته بیماران مصرف‌کننده Ivarmacitinib مشاهده شد.

۱۳ مارچ ۲۰۲۵

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

معرفی یک داروی جدید برای کمک به کنترل علائم پارکینسون: Tavapadon

پارکینسون یکی از بیماری‌های شایع مغز و اعصاب است که متأسفانه شیوع آن در کشور ما ۴۰ درصد بیشتر از میانگین جهانی گزارش شده است. بیماران مبتلا به پارکینسون دچار علائمی چون اختلالات حرکتی، کندی حرکات و لرزش اندام هستند. مصرف داروهای مناسب زیر نظر نورولوژیست به کنترل علائم بیمار و کند شدن روند پیشروی بیماری کمک می‌کند. یکی از اصلی‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به پارکینسون، نوسان شدید در عملکرد حرکتی هستند. به دنبال مصرف داروها به خصوص در مورد داروی لوودوپا که اصلی‌ترین درمان پارکینسون به شمار می‌رود، علائم حرکتی بیمار تا چند ساعت کنترل می‌شود. به این بازه زمانی On Time گفته می‌شود. در این بازه علائم حرکتی بیمار کنترل شده یا از شدت علائم کاسته می‌شود. با گذشت زمان و کاهش غلظت خونی دارو، علائم حرکتی بیماران دوباره آشکار می‌شود. به این بازه زمانی Off Time گفته می‌شود. بسیاری از بیماران ممکن است در طی روز و در فواصل مصرف داروها بین حالت On و Off نوسان داشته باشند. این نوسانات برای بیماران بسیار آزارنده است. به همین علت، محققین به دنبال راهکاری برای کاهش نوسانات بین حالت On/Off هستند. مطالعات جدید حاکی از آن است که استفاده از داروی Tavapadon به عنوان درمان کمکی در کنار لوودوپا به کنترل علائم بیماران کمک شایانی کرده و بازه On Time بیماران را افزایش می‌دهد. Tavapadon پارشیال آگونیست گیرنده‌های D₁/D₅ است که روزانه یک عدد به صورت خوراکی مصرف می‌شود.



پژوهشگران کلینیک تحقیقاتی کلیولند ۵۰۷ بیمار مبتلا به پارکینسون که بین ۴۰ تا ۸۰ سال سن داشتند، مورد مطالعه قرار دادند. این بیماران به دو گروه تقسیم شدند. همه بیماران داروی لوودوپا دریافت می‌کردند. گروه اول در کنار لوودوپا داروی Tavapadon هم دریافت کرد. دوز این دارو از ۵ میلی‌گرم در روز آغاز شد و به آهستگی تا ۱۵ میلی‌گرم در روز افزایش داده شد. گروه دوم در کنار لوودوپا، پلاسبو دریافت کردند. در گروهی که داروی کمکی Tavapadon دریافت کردند، بازه On Time به طرز معناداری از گروه پلاسبو بیشتر بود. لازم به ذکر است که بیماران گروه اول بدون تجربه عارضه دیس‌کینزیا، دوره On Time طولانی‌تری تجربه کردند. علاوه‌براین، علائم بیماران گروه Tavapadon در دوره Off Time نسبت به علائم ایشان قبل از شروع دارو کمتر شد. به لحاظ عوارض جانبی دارویی، مشکل خاصی با این دارو گزارش نشد و اکثر عوارض در حد خفیف یا متوسط بودند. این دارو توسط شرکت دارویی Abbvie ساخته شد.

۸ آوریل ۲۰۲۵

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



بیمار اول

شرح مشکل بیمار: آقای ۶۰ ساله مبتلا به دیابت با توجه عدم کنترل قند خون با داروهای مصرفی (متفورمین ۵۰۰ دو بار در روز و گلی‌کلازید ۳۰ یک بار در روز)، داروهای متفورمین/لیناگلپتین ۲,۵/۵۰۰ دو بار در روز و گلی‌کلازید ۳۰ دو بار در روز توسط پزشک فوق تخصص غدد از ۲۰ روز برای ایشان تجویز شد. ایشان مصرف داروها را در ماه رمضان بدون مصرف سحری و تنها با وعده‌های افطار و شام ادامه دادند. بیمار دچار هایپوگلیسمی همراه با علام لرزش دست، تعریق و ضعف شدند.

پاسخ: با توجه به کاهش کالری دریافتی بیمار در زمان روزه داری و طولانی بودن زمان گرسنگی، مصرف داروی گلی‌کلازید از خانواده سولفونیل اوره‌ها با توجه به ریسک هایپوگلیسمی، توصیه نمی‌شود و یا کاهش دوز آن باید مدنظر قرار گیرد.

توصیه نهایی به بیمار: بررسی منظم قند خون بیمار، به خصوص در صورت بروز علائم انجام شود و مصرف ۱۵ گرم قند ساده در صورت بروز هایپوگلیسمی. همچنین توصیه به مصرف وعده سحری و عدم مصرف گلی‌کلازید همزمان با روزه‌داری ضمن مشورت با پزشک معالج.

منابع: [Uptodate](#)

دکتر سهیلا طایفه



بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۷۵ ساله‌ای هستند که از ۱۰ سال پیش به دلیل ابتلا به دیابت نوع ۲ در حال مصرف متفورمین ۵۰۰ (روزی ۲ عدد) و انسولین NPH و رگولار هستند. متخصص غدد برای ایشان آمپول ویتامین ب ۱۲ تجویز کرده که به صورت ماهانه تزریق شود. تزریق دارو کمی برای بیمار مشکل است. امکان مصرف خوراکی دارو وجود دارد؟ لازم به ذکر است که آزمایشی برای بررسی سطح خونی ویتامین ب ۱۲ انجام نشده است.

سایر داروهای مصرفی: آسپرین ۸۰ روزی ۱ - رزواستاتین ۲۰ روزی ۱ - گلورنتا ۱۰/۵ روزی ۱ - پنتوپرازول ۴۰ روزی ۱

پاسخ: به طور معمول، افزایش سن جزء ریسک فاکتورهای کمبود ویتامین ب ۱۲ نمی‌باشد اما سالمندانی که تحت درمان با داروهایی مثل متفورمین و مهارکننده‌های پمپ پروتون هستند، بیشتر در ریسک افت سطح ب ۱۲ قرار می‌گیرند. در صورتی که فرد از نظر جذب خوراکی ب ۱۲ مشکلی نداشته باشد، اثربخشی فرم خوراکی با تزریق عضلانی دارو تفاوتی ندارد. به طور معمول، دوز خوراکی ویتامین ب ۱۲ حدود ۱۰۰۰ میکروگرم در روز است. در بیمارانی که سیستم جذب وابسته به فاکتور داخلی مختل است، مصرف دوزهای بالا (مثلا ۲۰۰۰ میکروگرم در روز) امکان جذب از مسیرهای دیگری را فراهم کرده و می‌تواند موثر واقع شود.

توصیه نهایی به بیمار: به دلیل مصرف متفورمین و پنتوپرازول، جذب خوراکی ویتامین ب ۱۲ در بیمار کم است. در صورتی که کمبود ب ۱۲ مطرح باشد، دوز خوراکی بیمار ۲۰۰۰ میکروگرم در روز خواهد بود. بهتر است در مشورت با پزشک معالج، سطح خونی ویتامین ب ۱۲ بررسی و بر اساس نتیجه آزمایش دوز روزانه مشخص شود.

منابع: [Uptodate](#)

دکتر هستی فتوگرافی

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: برای یک خانم ۳۸ ساله به دلیل سرماخوردگی و سابقه آلرژی تنفسی شربت سالبوتامول تجویز شده است. از روز شروع دارو دچار لرزش دست و کمی تپش قلب شدند. داروهای دیگری چون ایوبروفن و دیفن هیدرامین هم می‌خوردند که آن‌ها را قطع کردند اما باز هم لرزش خوب نشده و به مرحله‌ای رسیده که امروز در ناحیه لب هم لرزش دارند آیا مربوط به سالبوتامول می‌باشد؟

شربت سالبوتامول هر ۶ ساعت ۵ سی سی

پاسخ: بله این عارضه می‌تواند بخاطر سالبوتامول باشد. ترمور در ۵ الی ۳۸ درصد بیماران مصرف‌کننده گزارش شده است. با افزایش سن ریسک بروز این عارضه بیشتر می‌شود.

توصیه نهایی به بیمار: باتوجه به شدت عارضه و اینکه مربوط به داروست توصیه شد دارو قطع شود و با یک متخصص ریه برای کنترل علائم تنفسی مشورت شود

منابع: Uptodate

دکتر سپیده سبحانی



سرتیتر تازه ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ جمع آوری فرآورده بیلی ناستر شرکت سبحان دارو با سری ساخت ۲۰۴۰۱۴
- ❖ جمع آوری فرآورده کپسول سوپر گرین شرکت زرین اورمان دارو با سری ساخت S.S140205
- ❖ جمع آوری فرآورده بیلی استاپ شرکت جهان فارمد آریا با سری ساخت های ۱۴۰۲۰۶، ۱۴۰۲۰۷ و ۱۴۰۳۰۱
- ❖ جمع آوری فرآورده ژری لاکت توپلاس شرکت زیست تخمیر با توجه به وجود گیاه سنا در سری ساخت GP0303
- ❖ جمع آوری فرآورده اسپری بینی آلوسالین شرکت آرشم دارو آریا با توجه به عدم انطباق کانت میکروبی در سری ساخت های ۲۳۶۵۱۰، ۲۳۶۵۰۹ و ۲۳۶۵۱۴
- ❖ ریکال داوطلبانه آمپول آمینودیک با سری ساخت های CT486 تا CT510 شرکت کاسپین تامین
- ❖ ریکال داوطلبانه قرص تثوفیلین پیوسته رهش ۲۰۰ میلی گرم نیل فارمد با سری ساخت های ۰۲۱۷۲۱ تا ۰۲۱۷۲۷
- ❖ ریکال داوطلبانه کپسول گاباپنتین ۳۰۰ میلی گرم نیل فارمد با سری ساخت ۰۳۱۲۰۲
- ❖ جمع آوری فرآورده کپسول پرو.ال.دی.ال
- ❖ جمع آوری فرآورده کیدی گارد شرکت زیست تخمیر با سری ساخت KG0201
- ❖ گزارش مورد تقلبی دیسپورت ۵۰۰ با سری ساخت U24526
- ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

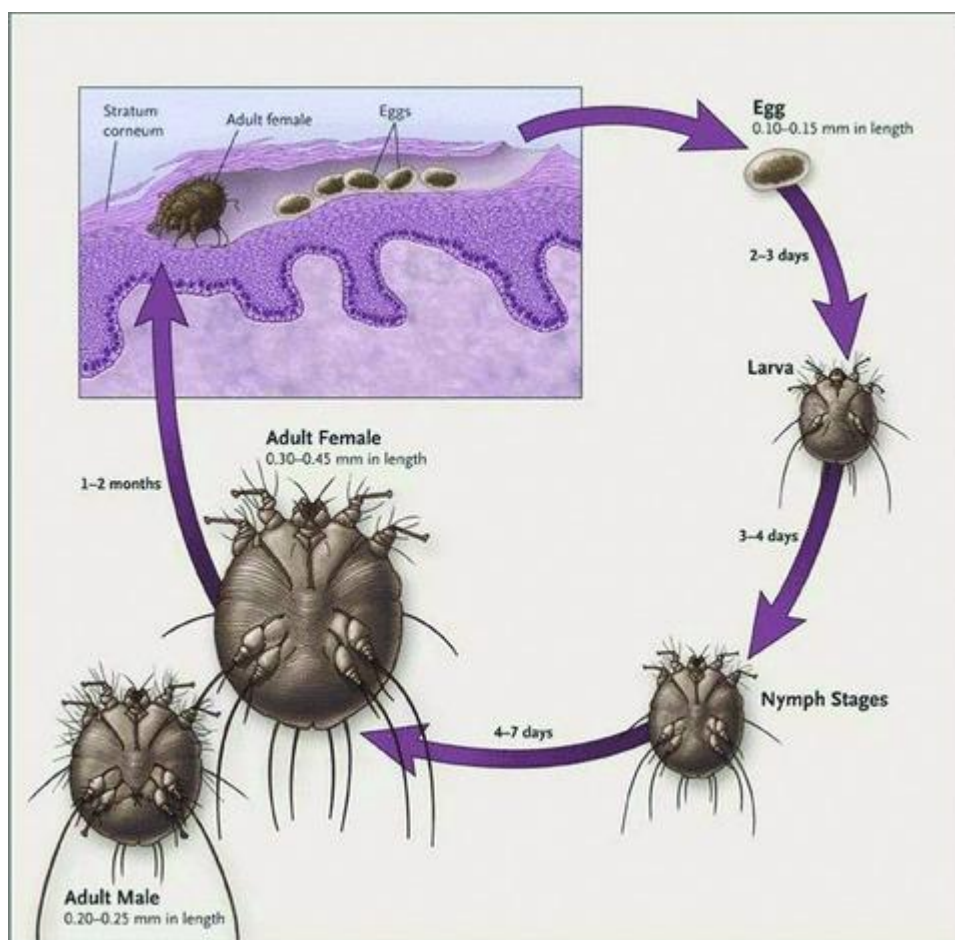
<http://fdo.tums.ac.ir/>

توصیه‌های داروساز در خصوص بیماری گال

در بیماری گال نوعی مایت به نام *Sarcoptes scabiei* پوست را آلوده کرده و باعث ایجاد خارش شدید می‌شود. مایت‌ها موجودات ریز و میکروسکوپی هستند که در محل‌های مرطوب رشد می‌کنند. این موجودات به دنبال تماس مستقیم پوست به پوست بین دو نفر، از فردی به فرد دیگر انتقال پیدا می‌کنند.

چرخه زندگی مایت

مایت‌هایی که عامل ایجاد بیماری گال هستند، رنگ سفید مایل به قهوه‌ای دارند، به سختی با چشم غیرمسلح دیده می‌شوند و هشت پا دارند. علائم بیماری گال توسط مایت‌های ماده بارور شده ایجاد می‌شوند. این موجودات ضایعات تونل‌مانندی زیر پوست ایجاد کرده، در این قسمت‌ها تخم‌گذاری می‌کنند و تا زمانی که بمیرند (۱ الی ۲ ماه بعد) در زیر پوست حرکت کرده و تونل می‌زنند. زمانی که مایت‌ها از تخم خارج شوند، خود را به سطح پوست می‌رسانند، در آنجا جفت‌گیری کرده و سپس برای تخم‌گذاری به قسمت‌های زیرین پوست تونل می‌زنند و همان روند قبلی را مجدداً تکرار می‌کنند. به طور معمول، هر فرد مبتلا در آن واحد ۱۲ مایت در بدن خود دارد.



چگونگی انتقال بیماری گال

راه اصلی انتقال بیماری، تماس مستقیم پوست به پوست است. به عنوان مثال، انتقال این بیماری بین والدین و کودکان به راحتی اتفاق بیفتد در حالی که انتقال بیماری بین دانش‌آموزان یک کلاس بسیار غیرمعمول است. پس از آلوده شدن، تقریباً ۳ الی ۴ هفته طول می‌کشد تا علائم بیماری ظاهر شوند.

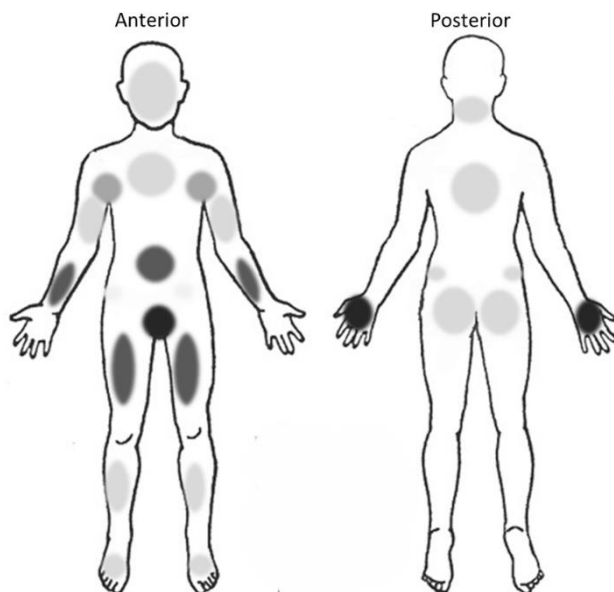
یکی از اصلی‌ترین راه‌های انتقال بیماری بین بالغین به دنبال برقراری تماس جنسی است. انتقال بیماری نیاز به انجام فعالیت جنسی ندارد بلکه به دنبال نزدیکی دو فرد، مایت از بدن فردی به فرد دیگر انتقال پیدا می‌کند. این مایت‌ها در صورتی که در محیطی خارج از پوست، صرفاً برای مدت ۲۴ الی ۳۶ ساعت زنده می‌مانند. هر چه دمای محیط پایین‌تر باشد، مدت زمانی که مایت در محیط دوام می‌آورد، افزایش پیدا می‌کند. به همین دلیل، این بیماری در زمستان شایع‌تر از فصول گرم سال است.

ممکن است انتقال بیماری از راه‌هایی به غیر از تماس مستقیم پوست به پوست رخ بدهد اما احتمال آن بسیار کم است. به عنوان مثال، به دنبال پوشیدن یا حمل کردن لباس‌هایی که مملو از مایت *Sarcoptes scabiei* هستند، فرد ممکن است به این مایت‌ها آلوده شود یا اگر فرد در رخت‌خوابی که بیمار مبتلا به نوع شدید گال در آن خوابیده، دراز بکشد ممکن است به این نوع مایت مبتلا شود.

حیوانات هم به بیماری گال مبتلا می‌شوند. عامل گال در حیوانات انواع دیگری از مایت‌ها هستند. این مایت‌ها نیز قادرند در پوست انسان تونل بزنند و ایجاد خارش کنند اما چون توانایی تکثیر و تولیدمثل در پوست انسان را ندارند، صرفاً برای مدت زمان محدودی می‌توانند خارش ایجاد کنند. معمولاً چند روز بعد از ابتلا، مایت‌ها از بین می‌روند و علائم بدون هیچ درمانی، خود به خود، برطرف می‌شود.

علائم ابتلا به گال

گال تیپیکال یا معمولی: علامت اصلی این بیماری، خارش شدید در سطح وسیعی از پوست است که معمولاً شب‌ها بدتر می‌شود. بیماران مبتلا اغلب دچار زخم‌های قرمز تاول‌مانندی می‌شوند. علائم در کودکان شدیدتر است. علاوه‌براین، فرد مبتلا ممکن است متوجه وجود ضایعات تونل‌مانند بسیار ظریفی در زیر پوست خود شود. این تونل‌ها ممکن است بین ۲ الی ۱۵ میلی‌متر طول داشته باشند. احتمال وجود مایت‌های عامل گال در برخی اندام‌ها بیشتر است که لیست این اندام‌ها در ادامه آورده شده است:



- انگشتان و فضای بین انگشت‌ها
- پوست اطراف مچ دست، آرنج و زانو
- زیر بغل
- نواحی اطراف نوک سینه به خصوص در خانم‌ها
- کمر
- ناحیه تناسلی در آقایان
- قسمت‌های بالایی ران و ناحیه باسن
- پاها

احتمال درگیر سر و کمر معمولاً پایین است. هر چند احتمال درگیری این نواحی در بین نوزادان و کودکان وجود دارد .
به دنبال خاراندن نواحی درگیر، ضایعات ملتهب‌تر شده و ممکن است عفونی بشوند .

گال پوسته‌دار یا گال نروژی: این نوع از گال در افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند (بیماران مبتلا به HIV/AIDS ، لنفوم و غیره (ایجاد می‌شود. بروز این نوع گال در بین افراد سالمند یا افراد مبتلا به سندرم داون محتمل‌تر است .
در این نوع از بیماری، برآمدگی یا پچ‌های بزرگی روی پوست ایجاد می‌شوند که حالت پوسته پوسته دارند. تعداد زیادی مایت در هر یک از این پچ‌ها وجود دارد. انتقال این نوع از بیماری سریع‌تر است و حتی ممکن است از طریق تماس با اقلام مورد استفاده فرد مبتلا هم اتفاق بیفتد .

تشخیص گال

تشخیص این بیماری معمولاً بر اساس علائم بیمار (خارش شدید و وجود برجستگی‌های قرمز تاول‌مانند روی پوست) و شرح حال او (وجود علائم مشابه در یکی از اطرافیان نزدیک) انجام می‌شود. در بعضی موارد، برای تایید بیماری، پزشک ممکن است لایه نازکی از پوست را بتراشد تا در زیر میکروسکوپ، مایت‌ها و تخم‌های آن‌ها را مشاهده نماید.

درمان گال

از بین بردن مایت‌ها: در اکثریت موارد، برای از بین بردن مایت‌ها، از فرآورده‌های موضعی مانند کرم پرمترین ۵ درصد استفاده می‌شود. برخی بیماران ممکن است نیاز به درمان‌های خوراکی (به عنوان مثال درمان با داروی ایورمکتین) داشته باشند .

تمامی قسمت‌های بدن، از گردن به پایین (حتی زیر ناخن‌ها) باید به پماد پرمترین آغشته شده و بعد از ۸ الی ۱۴ ساعت شسته شود. درمان با فرآورده‌های موضعی عوارض کمتری دارد. به همین جهت، روش انتخابی درمان گال می‌باشد. (به ویژه در خانم‌های باردار و نوزادان) بیماران مبتلا به فرم تیپیکال گال باید درمان خود را (چه موضعی و چه خوراکی) بعد از ۱ الی ۲ هفته مجدداً تکرار کنند. در گال پوسته‌دار لازم است هر دو درمان موضعی و خوراکی به صورت همزمان مورد استفاده قرار بگیرد. در این موارد، پرمترین هر یکی دور روز یک بار برای مدت ۱ الی ۲ هفته مصرف می‌شود. ایورمکتین هم باید در عرض ۱ الی ۳ هفته برای چندین نوبت مورد استفاده قرار بگیرد.

درمان اعضای خانواده: در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اعضای خانواده و نزدیکان فرد مبتلا هم تحت درمان قرار بگیرند تا چرخه انتقال بیماری شکسته شود. لزوم درمان اطرافیان بیمار توسط پزشک معالج تعیین می‌شود .

هر چند احتمال انتقال بیماری گال از طریق البسه یا رخت‌خواب فرد مبتلا کم است، بهتر است تمامی ملافه‌ها، لباس‌ها، حوله‌ها و حتی عروسک‌هایی که بیمار در ۳ روز قبل از شروع درمان با آن‌ها تماس داشته، شسته و سپس اتو کشیده شوند. در صورتی که امکان شستن وسیله وجود نداشته باشد، بایستی برای مدت حداقل ۳ روز، آن را در یک کیسه پلاستیکی در بسته به صورت جداگانه نگهداری کرد .

تسکین خارش: برای کنترل خارش بیمار بایستی از داروهای آنتی‌هیستامین استفاده کرد. آنتی‌هیستامین‌های نسل جدید مانند سیتیزین و لوراتادین، اثرات خواب‌آوری کمتری دارند و برای استفاده در طول روز مناسب‌ترند. داروهای نسل قدیم

آنتی‌هیستامین‌ها مانند دیفن‌هیدرامین اثرات ضد خارش قوی‌ترند و به دلیل خواب‌آوری بالا معمولاً شب‌ها مصرف می‌شوند. خارش ممکن است تا چند هفته پس از اینکه مایت‌ها از بین رفتند، ادامه داشته باشد. استفاده از کورتیکواستروئیدهای موضعی یا خوراکی هم می‌تواند در موارد شدید، کمک‌کننده باشد.

درمان عفونت: در صورتی که علائم عفونت باکتریال در پوست دیده شود (قرمزی، تورم، خروج چرک و درد)، بیمار باید با آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی درمان شود.

بازگشت به مدرسه یا محل کار: همان‌طور که گفته شد، انتقال بیماری از طریق تماس مستقیم پوست به پوست صورت می‌گیرد و احتمال ابتلای هم‌کلاسی‌ها یا همکاران فرد مبتلا چندان بالا نیست. به طور کلی، توصیه می‌شود کودکان بعد از دریافت یک مرتبه از درمان در کلاس درس حضور پیدا کنند. لزومی به استفاده از هیچ روش درمانی در هم‌کلاسی‌های فرد وجود ندارد.

منبع: [Uptodate](#)



مناسبت‌های سلامت فروردین ماه:

- ۴ فروردین: روز جهانی سل ✓
- ۱۳ فروردین: روز جهانی اوتیسم ✓
- ۱۸ الی ۲۴ فروردین: هفته سلامت ✓
- ۲۸ فروردین: روز جهانی هموفیلی ✓

همکاران این شماره:
دکتر مژگان مشایخی
دکتر هستی فتوگرافی

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

موارد مصرف

مصرف در شیردهی

مصرف در بارداری

تداخل دارویی

شرایط نگهداری

نحوه مصرف

مسمومیت دارویی

عوارض مصرف

۸۲۱۰۱

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

DPIC

(DRUG AND POISON INFORMATION CENTER)

