

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ درمان علائم آزارنده در بیماران مالتیپل اسکلروزیس

✓ تازه‌های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه‌های داروساز در خصوص لوپوس اریتماتوز

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

درمان علائم آزارنده در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خودایمنی، التهابی و نورودژنراتیو سیستم اعصاب مرکزی است که اصلی ترین علت ناتوانی حرکتی در افراد جوان جامعه محسوب می شود.

بیماران مبتلا ممکن است طیف وسیعی از علائم از جمله علائم شناختی، افسردگی، خستگی و اختلال حرکتی را تجربه کنند. با پیشروی بیماری، علائم دیگری مانند لرزش، سفتی عضلات، تشنج، اختلال در عملکرد اسفنکترها اختلالات جنسی هم ممکن است به علائم بیمار اضافه شود. مدیریت این دسته علائم به افزایش کیفیت زندگی بیماران و توانمندی ایشان در انجام امور روزمره شان به شدت تاثیرگذار است. از این رو، در این نوشتار به بررسی این علائم و راهکارهای کنترل آنها خواهیم پرداخت.

اختلال در عملکرد مثانه

علائم شایع اختلال عملکرد مثانه عبارتند از تکرر ادرار، احساس شدید نیاز به دفع ادرار و شب ادراری. عفونت ادراری در بیماران مبتلا به MS به ویژه خانمها شیوع بالاتری دارد.

- در بیمارانی که به دلیل اختلال عمل اسفنکتر، توانایی نگهداری ادرار در مثانه را ندارد، درمان انتخابی استفاده از داروهایی با اثرات آنتی کولینرژیک و آنتی موسکارینیک می باشد. داروی خط اول در این زمینه، داروی اوکسی بوتینین است که به میزان ۲،۵ تا ۵ میلی گرم ۱ تا ۳ بار در روز قابل مصرف است. داروی اوکسی بوتینین مانع تخلیه ادرار از مثانه می شود و باقی مانده ادراری پس از دفع (PVR) را افزایش می دهد. به همین علت توصیه می شود پیش از تجویز این دارو، طی انجام یک سونوگرافی دقیق، PVR بیماری بررسی شود. علاوه بر این، لازم است چند هفته پس از شروع دارو، مجدداً PVR مورد ارزیابی قرار بگیرد. از سایر داروهایی که با مکانیسم عمل مشابه به کنترل علائم ادراری بیماران MS کمک می کنند عبارتند از تولترودین و سولیفناسین. در برخی بیماران با علائم شدید درمان ترکیبی توصیه می شود. درمان ترکیبی ممکن است استفاده از دو دارو با اثرات آنتی کولینرژیک باشد یا می توان در کنار داروی آنتی کولینرژیک داروی دیگری مانند بلاکهای گیرنده آلفا آدرنرژیک، داروهای سمپاتومیمتیک و ضدافسردگی های TCA را پیشنهاد کرد. یکی از شایع ترین عوارض جانبی آنتی کولینرژیک ها گیجی است. پس تجویز این دارو در بیماران مسن و افرادی که از قبل مشکلات شناختی داشتند، گزینه مناسبی نیست. برای چنین بیمارانی، استفاده از داروهای آنتی موسکارینی که از سد خونی مغزی عبور نمی کنند (مثلاً کلرید تروسپیوم) پیشنهاد می شود که در بازار دارویی ایران موجود نیست.
- بیمارانی که پرکاری نورونیک مثانه دارند و با داروهای آنتی کولینرژیک به خوبی درمان نشده اند، می توانند از تزریق توکسین بوتولینوم سود ببرند. چندین کارآزمایی بالینی اثرات مثبت تزریق onabotulinumtoxinA در کاهش علائم ادراری بیماران مبتلا به MS را تایید کرده اند. برای کنترل علائم، لازم است ۲۰۰ تا ۳۰۰ واحد بین المللی از onabotulinumtoxinA در عضله دترسور^۱ یا نوار مثانه تزریق شود. از شایع ترین عوارض این روش درمانی می توان به احتباس ادرار و عفونت ادراری بدون علامت اشاره کرد. در موارد احتباس، ممکن است نیاز به سوندگذاری باشد.

^۱Post Void Residue

^۲detrusor

- در مواردی که بیمار قادر به تخلیه مثانه نمی‌باشد استفاده از آنتاگونیست‌های آلفا مثل پرازوسین، ترازوسین و تامسولوسین می‌تواند کمک‌کننده باشد.
- برای مدیریت موارد شب‌ادراری، استفاده از فرم خوراکی یا داخل بینی دسموپرسین توصیه شده است. ۵ درصد بیمارانی که تحت درمان با دسموپرسین قرار می‌گیرند، دچار هایپوناترمی می‌شوند. در برخی موارد، می‌توان با تجویز یک دیورتیک در بعد از ظهر و کنترل مصرف مایعات بیمار در ساعات پایانی شب، از شب‌ادراری جلوگیری کرد.
- در موارد عفونت ادراری مکرر و راجعه، بیمار باید حتماً تحت سونوگرافی و سیستوسکوپی قرار بگیرد تا از نبود اختلالات ساختاری زمینه‌ای در مجاری ادراری مطمئن شویم. در صورتی که چنین مشکل زمینه‌ای شناسایی نشود، بیماران باید به صورت پروفیلاکتیک از آنتی‌بیوتیک با دوز پایین استفاده کنند.

اختلال عملکرد دستگاه گوارش

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

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

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

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

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

در بیمارانی که دچار بی‌اختیاری مدفوع هستند، اولین اقدام اجتناب از مصرف فرآورده‌هایی است که علائم بیمار را تشدید می‌کند. به عنوان مثال، مصرف فیبر زیاد در این بیماران وضعیت را بدتر می‌کند. در این بیماران، رعایت بهداشت فردی از

اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و از ایجاد عفونت‌های متعاقب جلوگیری می‌کند. در این بیماران برای افزایش قوام مدفوع می‌توان از فرآورده‌های Bulking مانند پودر متیل سلولوز (۱ تا ۲ قاشق غذاخوری در روز) استفاده کرد. ممکن است در موارد شدید داروهای ضداسهال مانند لوپرامید مورد نیاز باشد. در موارد مقاوم به درمان، گزینه جراحی (کولوستومی و ایلئوستومی) هم مدنظر پزشک معالج قرار می‌گیرد.

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

اختلالات شناختی

بسیاری از بیماران مبتلا به MS درجات مختلفی از اختلالات شناختی به خصوص کاهش تمرکز و توجه، کاهش توانایی انجام امور اجرایی، درک مفاهیم انتزاعی، حافظه کوتاه مدت، به یادآوری کلمات و سرعت پردازش اطلاعات را تجربه می‌کنند و بعضاً دچار دمانس یا زوال عقل هم می‌شوند.

^۳Serving Size

این اختلالات ممکن است به دنبال اختلالات خواب و افسردگی بیماران ایجاد و تشدید شده باشد. در صورتی که عملکرد شناختی بیماران دچار اختلال شده لازم است داروهای مصرفی او، مورد ارزیابی مجدد قرار بگیرد و هر گونه دارو با عملکرد گیج‌کننده و سرکوب‌کننده CNS شناسایی و در صورت امکان قطع یا کم شود.

هیچ درمان اثبات شده‌ای برای درمان اختلال شناختی مرتبط با MS وجود ندارد. برخی از داروهای تعدیل‌کننده MS^f، از جمله اینترفرون بتا-۱a، اینترفرون بتا-۱b، ناتالیزوماب و فینگولیمود، ممکن است پیشرفت اختلال عملکرد شناختی MS را کند کنند. البته اطلاعات در این زمینه هنوز کامل و کافی نیست و مطالعاتی که در این زمینه انجام شده، هر کدام محدودیت‌هایی از جمله کمبود جمعیت مورد مطالعه یا عدم وجود گروه کنترل داشتند.

داروهای مهارکننده کولین استراز از طریق جبران ظرفیت کولینرژیک قشر مغز به کاهش علائم آلزایمر کمک می‌کنند. در پاتولوژی بیماری MS، کاهش ظرفیت کولینرژیک مغز گزارش نشده است و منطقی است که این داروها نباید به کاهش علائم شناختی بیماران کمکی کند. با این حال، صرفاً یک مطالعه کوچک اثرات مثبت نسبی از داروی دونپیزیل گزارش کرده است.

افسردگی

دسته‌های دارویی متعددی در درمان افسردگی کاربرد دارند. در بیماران مبتلا به MS برای انتخاب بین ضدافسردگی‌های مختلف موارد زیر را مد نظر قرار می‌دهیم:

- برای بیمارانی که از نوعی از درد رنج می‌برند (درد نوروپاتیک یا سندرم درد مزمن)، داروی انتخابی دلوکستین است.
- برای بیمارانی که در کنار افسردگی، دچار اختلالات اضطرابی هم هستند داروهای SSRI از جمله اس‌سیتالوپرام، فلوکستین و سرتالین گزینه‌های انتخابی هستند. در بین SSRIها، گزینه ترجیحی اس‌سیتالوپرام است چون شروع اثر سریعی دارد و جهت دستیابی به مود بهینه به تیتراسیون آنچنانی نیاز ندارد.
- در بیمارانی که احساس خستگی دارند، فلوکستین یا بوپروپیون گزینه انتخابی محسوب می‌شوند.
- در بیمارانی که دچار اختلالات جنسی شده‌اند، دلوکستین و بوپروپیون گزینه‌های اصلی درمان به حساب می‌آیند.
- در بیمارانی که دچار بی‌اختیاری ادرار یا شب‌ادراری هستند، ایمپیرامین و دزیپرامین بهترین گزینه‌ها هستند.
- در بیمارانی که خواب‌آلودگی زیاد دارند، ونلافاکسین و بوپروپیون انتخاب ارجح به حساب می‌آیند.
- در صورتی که بیمار هیچ علامت همراه دیگری نداشته باشد، شروع دارودرمانی او با SSRI خواهد بود.

خستگی

نوع خستگی که بیماران مبتلا به MS تجربه می‌کنند، به میزان فعالیت بدنی آن‌ها و کاری که انجام می‌دهند، هیچ ارتباطی ندارد. جهت مدیریت این عارضه، در قدم اول بایستی عواملی که ریشه خستگی هستند یا خستگی را تشدید می‌کنند، شناسایی و درمان کنیم. از جمله این عوامل می‌توان به آنمی، افسردگی، اختلالات خواب و عوارض داروها (فرآورده‌های اینترفرون بتا). در قدم بعدی، دارودرمانی قرار دارد. داروهای موثر در این زمینه عبارتند از:

- مدافینیل (۱۰۰ تا ۴۰۰ میلی‌گرم صبح‌ها به صورت یک‌جا): این دارو با القا حالت بیداری در درمان نارکولپسی، اختلالات ناشی از کار کردن در شیفت شب و آپنه انسدادی کاربرد دارد. در درمان خستگی ناشی از MS هم می‌توان از این دارو استفاده کرد.

^fDisease Modifying Medications

- متیل فنیدات (۵ تا ۱۰ میلی گرم در روز ترجیحا صبحها): دوز این دارو را می توان تا حداکثر ۶۰ میلی گرم در روز در دو یا سه دوز منقسم بالا برد.
- برخی از SSRIها علاوه بر درمان علائم افسردگی، در کنترل خستگی این بیماران هم نقش دارند. از جمله داروهای این دسته می توان به فلوکستین (۱۰ تا ۲۰ میلی گرم یک یا دو بار در روز) اشاره کرد. فرمولاسیون هفتگی فلوکستین (۹۰ میلی گرم در هفته) هم برای این مورد کاربرد دارد.
- آمانتادین (۱۰۰ میلی گرم دو بار در روز): این دارو پروفایل عوارض قابل قبولی دارد و اکثر بیماران به راحتی این دارو را تحمل می کنند. در بیمارانی که نارسائی کلیه یا سابقه تشنج دارند، مصرف دارو باید با احتیاط انجام شود.
- یک مطالعه کوچک تصادفی سازی شده به بررسی اثر مصرف دوزهای بالای آسپیرین (۱۳۰۰ میلی گرم در روز) برای کنترل خستگی بیماران MS پرداخته و این دارو را با پلاسبو مقایسه کرده است. هر چند این مطالعه اثرات مثبت دارو را تایید کرده اما به دلیل کم بودن حجم نمونه ها، چندان قابل استناد نیست.
- برخی از متخصصین و صاحب نظران معتقدند استفاده از کارنتین در درمان خستگی بیماران MS کمک کننده است. ۱۰۰۰ میلی گرم کارنتین (در دو وعده منقسم یا هر سه یا چهار ساعت یکبار در طول روز) دوز پیشنهادی برای این اندیکاسیون است. هر چند درمان باید با دوزهای پایین تر شروع شده و به آهستگی افزایش داده شد. دوز دارو را می توان تا حداکثر ۳۰۰۰ میلی گرم در روز بالا برد.

عدم تحمل گرما

یکی از وضعیت هایی که بیماران مبتلا به MS تجربه می کنند، افزایش گذارای دما بدن است که می تواند سبب تشدید علائم بشود. استفاده از پک یخ، دوش آب سرد، نوشیدن مایعات خنک و استفاده از وسایل سرمایشی اولین قدم درمان است. ممکن است استفاده از دالفامپریدین در این زمینه کمک کننده باشد.

تشنج

به نظر می رسد شیوع تشنج در جمعیت بیماران مبتلایان MS بیشتر از جمعیت عادی است. به نظر می رسد تشنج مرتبط با MS نوعی تشنج گذرا و خوش خیم است که به داروهای ضد تشنج خیلی خوب جواب می دهد. شایع ترین نوع تشنج در این جمعیت، تشنج جنرالیزه تونیک – کلونیک است. در ادامه، تشنج پارشیال ساده یا پیچیده بیشترین فراوانی را دارد.

اختلالات جنسی

مطالعات انجام شده نشان می دهد بهترین گزینه درمانی برای رفع اختلال نعوظ آقایان مبتلا به MS سیلدنافیل است که در جمعیت عادی هم به عنوان خط اول درمان در نظر گرفته می شود. به نظر می رسد خانم های مبتلا به MS هم با مصرف سیلدنافیل، لوبریکاسیون بهتری تجربه می کنند اما از نظر لیبدو و ارگاسم تغییری اتفاق نمی افتد. لازم به ذکر است که استفاده از هیچ کدام از مهارکننده های ۵ فسفودی استراز در مدیریت اختلالات جنسی خانم های غیرمبتلا به MS جایگاهی ندارند.

استفاده از کرم های مرطوب کننده واژن و لوبریکانت ها تا حد زیادی خشکی واژن و در هنگام نزدیکی را در خانم های مبتلا کاهش می دهد. برخی پزشکان استفاده از یک فرمولاسیون موضعی حاوی ۱۲ درصد گاباپنتین را برای کاهش درد هنگام نزدیکی در خانم های مبتلا به MS پیشنهاد داده اند.

اختلالات خواب

بیماران مبتلا به MS ممکن است از بی‌خوابی، سندرم پای بی‌قرار و اختلالات تنفسی حین خواب رنج ببرند. روند درمان بی‌خوابی در این جمعیت شبیه به جمعیت عادی است. در صورت شک به سندرم پای بی‌قرار، لازم است پروفایل آهن بیمار بالاخص فریتین او مورد بررسی قرار بگیرد.

اختلال در راه رفتن

بسیاری از بیماران مبتلا به MS در راه رفتن دچار اختلال شده و به تدریج نیازمند استفاده از عصا یا ویلچر می‌شوند. این اختلالات ممکن است به دنبال سفتی عضلات، ضعف، خستگی، اختلالات بینایی، حسی و نقص عملکرد گوش میانی اتفاق بیفتد. تنها دارویی که در این زمینه جایگاه دارد، داروی ۴آمینوپیریدین یا دالفامپریدین است که از طریق بلاک کانال‌های پتاسیمی عمل می‌کند. استفاده از این دارو به صورت ۱۰ میلی‌گرم دو بار در روز سرعت و توان راه رفتن بیماران مبتلا به MS را بهبود می‌بخشد. هر چند با بروز عوارضی چون اضطراب، عفونت ادراری و تشنج مرتبط است. علاوه‌براین، این دارو ممکن است سبب تشدید علائم در بیمارانی که سابقه نوروپاتی عصب سه قلو دارند، بشود. بنابراین، استفاده از دالفامپریدین در این دسته بیماران مجاز نیست.

واکسیناسیون

ریسک ابتلا به بسیاری از عفونت‌ها بالاخص ابتلا به توبرکلوزیس، هیپاتیت ب و واریسلا زوستر در بیماران مبتلا به MS بالاتر از جمعیت عادی است. چرا که این بیماران تحت درمان با داروهای تعدیل‌کننده یا سرکوب‌کننده سیستم ایمنی قرار دارند. ریسک بروز این دسته عفونت‌ها با برخی از داروهای تعدیل‌کننده ایمنی کمی بالاتر از سایر داروهاست. از جمله این درمان‌ها می‌توان به آلمتوزومب، کلادربیین، دی‌متیل فومارات، فینگولیمود، ناتالیزومب، اکریلیزومب، ریتوکسی‌مب، سیپونیمود و تری‌فلونامید اشاره کرد.

پیش از شروع درمان با داروهای تعدیل‌کننده ایمنی بیماران بایستی از نظر ابتلا به فرم نهفته توبرکلوزیس و هیپاتیت ب پایش شوند.

در روند واکسیناسیون بیماران مبتلا به MS توجه به نکات زیر ضروری است:

- واکسیناسیون علیه هرپس زوستر و هیپاتیت ب باید حداقل ۴ تا هفته پیش از شروع درمان با داروهای تعدیل‌کننده سیستم ایمنی انجام شود.
- همه بیماران باید به طور سالانه واکسن آنفولانزا دریافت کنند.
- در بیمارانی که تحت درمان با داروهای تعدیل‌گر ایمنی هستند، تزریق واکسن‌های زنده ضعیف‌شده ممنوع است.
- در بیمارانی که در حال تجربه یک حمله یا فاز حاد بیماری MS هستند، تزریق واکسن باید تا پایان حمله به تعویق بیفتد.

درد

بیماران مبتلا به MS نسبت به دردهای نروپاتیک مستعدتر هستند. یکی از انواع دردهای نروپاتیک بسیار شایع در بین این جمعیت، درد عصب سه قلو^۴ است. این درد به صورت ناگهانی و معمولاً یک طرفه بروز می‌کند. خط اول درمان این نوع درد،

^۴Trigeminal neuralgia

مانند آن چه در جمعیت غیرمبتلا به MS انتخاب شده، داروی کاربامازپین است. درد نوروپاتیک طول کشنده نوع دیگری از اختلالات درد است که در بیماران MS شایع است. این درد می‌تواند به صورت درد آتیبیکال صورت، سردرد تنشی مزمن و درد لگن بروز کند.

سفتی عضلات^۶

علامت سفتی عضلات تعداد زیادی از افراد مبتلا به MS را درگیر می‌کند و باعث مشکلات حرکتی شدید می‌شود، فعالیت روزانه بیمار را با اختلالات جدی مواجه می‌کند، خستگی بیمار را تشدید کرده و به طور کلی، هزینه و دشواری مراقبت از بیماران را افزایش می‌دهد. در مدیریت این عارضه، لازم است شدت گرفتگی عضلات و گروهی از عضلات که درگیر هستند، به صورت کمی درآید و سپس بر اساس آن روند درمان مشخص بشود. برای کمی کردن علائم بیمار از شاخص Ashworth استفاده می‌شود. امتیازبندی مربوط به این شاخص در جدول زیر خلاصه شده است.

مرحله بیماری (Grade)	توضیحات
۰	هیچ افزایش تونی در عضلات مشاهده نمی‌شود.
۱	افزایش جزئی در تون عضلات. مقاومت جزئی در آخرین مرحله دامنه حرکتی هنگام Flexion یا Extension
۱+	افزایش جزئی در تون عضلات. مقاومت جزئی در کل دامنه حرکت
۲	افزایش تون عضلات به میزان بالاتر در تمام دامنه حرکتی. بیمار همچنان می‌تواند عضو درگیر را به راحتی حرکت بدهد.
۳	افزایش قابل توجه تون عضلات و سختی در حرکت
۴	بخش‌های درگیر در Flexion یا Extension بسیار سفت و غیرقابل حرکت هستند.

خط اول درمان برای مدیریت سفتی عضلات در بیماران مبتلا به MS داروهای خوراکی هستند. شواهد علمی موجود، اثربخشی داروهای باکلوپن، تیزانیدین و دانترولن را تایید کرده‌اند. اثربخشی باکلوپن و تیزانیدین تقریباً مشابه هم ارزیابی شده است. تیزانیدین معمولاً بیمار را در ریسک گیجی و خشکی دهان قرار می‌دهد در حالیکه عارضه شایع باکلوپن ضعف حرکتی است. بنابراین، انتخاب اول در اکثریت بیماران داروی باکلوپن خواهد بود. لازم به ذکر است که این دارو باید با دوز پایین شروع شده و دوز آن به آرامی افزایش داده شود. (۵ الی ۱۰ میلی‌گرم ۱ بار در روز سپس به صورت دو بار در روز و در نهایت ۳ بار در روز). افزایش دوز سریع یا دوز روزانه بالای ۲۰۰ میلی‌گرم ریسک تشنج، گیجی و حتی کما را در بیمار بالا می‌برد. دوز معمول دارو در مدیریت سفتی عضلات بیماران مبتلا به MS ۸۰ میلی‌گرم در روز به صورت منقسم می‌باشد. بیمار باید آموزش داده شود که کاهش دوز به مقدار زیاد یا قطع ناگهانی دارو ممکن است برای او خطرناک باشد. داروی

تیزانیدین را می‌توان به تنهایی یا در کنار باکلوپن تجویز نمود. حداکثر دوز قابل تجویز دارو ۳۶ میلی‌گرم در روز می‌باشد. خواب‌آلودگی شدید و احساس ضعف و کرختی قابل توجه از جمله عوارض شایع این دارو هستند.

به دلیل ریسک بالای سمیت کبدی دانترولن، استفاده از این دارو در مدیریت گرفتگی عضلات چندان رایج نیست. در موارد شدیدتر، می‌توان از تزریق داخل نخاعی باکلوپن یا تزریق بوتاکس استفاده کرد.

^۶Spasticity

استفاده از بنزودیازپین‌ها به ویژه کلونازپام در بیمارانی که در شب و هنگام خواب علائم شدیدتری تجربه می‌کنند، توصیه می‌شود.

اختلال در بلع، تنفس و صحبت کردن

در موارد MS پیشرفته که ساقه مغز درگیر شده است، بیمار می‌تواند دچار علائمی مثل دیس‌فاژی، دیس‌آرتری^۷ و اختلالات تنفسی (مشکل در تخلیه ترشحات مجاری هوایی) بشود. در این حالت، بیمار در ریسک بالاتری برای آسپیراسیون، عفونت، سرکوب تنفسی و حتی مرگ قرار می‌گیرد.

بیمارانی که دچار دیس‌فاژی شده‌اند، ممکن است نیاز به استفاده از تیوب تغذیه داشته باشند. در بیمارانی که کمتر از ۳۰ روز به لوله تغذیه نیاز دارند، می‌توان از تیوب نازوگاستریک استفاده کرد. در موارد طولانی‌تر، ناچار هستیم از تیوب اندوسکوپی زیرپوستی گاستروتومی^۸ (PEG) برای تغذیه، دارورسانی و هیدراسیون بیمار استفاده کنیم.

در بیمارانی که در معرض عوارض تنفسی بیماری قرار دارند، واکسیناسیون روتین علیه آنفولانزا و استرپتوکوک پنومونی ضروری است.

اختلالات بینائی

بسیاری از بیماران MS حداقل در یک دوره از بیماری خود دچار اختلالات بینائی می‌شوند که ناشی از التهاب عصب بینائی می‌باشد. این عارضه می‌تواند به شکل تاری دید، دوبینی، نیستاگموس و از دست دادن بینائی (Scotoma) بروز کند. برخی مطالعات حاکی از آن است که استفاده از داروی دالفامپریدین می‌تواند در کاهش نیستاگموس موثر واقع شود. لازم به ذکر است که بسیاری از علائم بینائی بیماری MS در مواجهه با دمای بالا تشدید می‌شوند.

ویتامین D

مطالعات متعددی ارتباط معکوسی بین سطح خونی ویتامین D و شیوع بیماری MS شناسایی کرده‌اند. در واقع، می‌توان گفت میزان مواجهه با نور خورشید و اشعه فرابنفش با شیوع MS رابطه عکس دارد. هر چند به نظر نمی‌رسد استفاده از مکمل‌های ویتامین D در کاهش ضایعات مغزی، ناتوانی‌های بیمار و پیشروی بیماری نقشی داشته باشد اما بسیاری از متخصصین توصیه می‌کنند که سطح ویتامین D در بیماران مبتلا به MS بین ۶۰ الی ۸۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر حفظ شود. برخی دیگر از متخصصین بازه ۴۰ الی ۶۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر را به عنان سطح ایده‌آل ویتامین D در بیماران مبتلا به MS در نظر می‌گیرند. اکثر بیماران با مصرف ۲۰۰۰ الی ۵۰۰۰ واحد ویتامین D در روز به سطح مطلوب خونی ویتامین D دست پیدا می‌کنند. روش درمانی دیگر مصرف هفتگی ۵۰،۰۰۰ واحد ویتامین D برای کوتاه مدت (حدود ۶ ماه) است. مقایسه‌های انجام شده نشان می‌دهد که هر دو روش دوزبندی به لحاظ اثربخشی و عوارض جانبی مشابه هم هستند.

حملات حسی-حرکتی

منظور بروز ناگهانی برخی عوارض حرکتی یا حسی است که می‌تواند به دنبال ضایعات دمی‌لینه CNS رخ دهد. بروز چنین ضایعاتی در داخل ساقه مغز، ممکن است باعث دوبینی حمله‌ای، پارستزی صورت، نورالژی عصب سه قلو، آتاکسی و دیس‌آرتری شوند. علاوه بر این، فرد ممکن است دچار درد، پارستزی تنه و اندام، ضعف، آتاکسی، خارش، آکینزی و تشنج

^۷ اختلال در صحبت کردن به دلیل ضعف عضلات درگیر در تکلم

^۸ Percutaneous Endoscopic Gastrostomy

بشود. درگیری سیستم حرکتی ممکن است منجر به دیستونی شود که با انقباضات تونیک دردناک عضلات یک یا دو اندام (یک طرف بدن)، تنه و گاهی اوقات صورت ظاهر می‌شود. این حملات ممکن است به دوزهای پایین داروهای ضد تشنج مانند کاربامازپین و اسید والپروئیک پاسخ دهند و اغلب پس از چند هفته تا چند ماه، معمولاً بدون عود، بهبود می‌یابند.

درمان‌های جایگزین و تکمیلی

توصیه‌هایی در خصوص استفاده از طب مکمل در کنترل علائم MS وجود دارد هر چند به لحاظ علمی، اکثر این توصیه‌ها ثابت شده نیستند. در ادامه به برخی از این موارد می‌پردازیم:

- فیزیوتراپی علاوه بر بهبود عملکرد حرکتی بیماران می‌تواند به کنترل مود و وضهیت سلامت عمومی بیماران هم کمک کند. هرچند این اثر کوتاه مدت است.
- مطالعات متعددی در خصوص استفاده از کانابیوئیدها در بیماران MS انجام شده که هیچ یک اثری از این فرآورده‌ها در جلوگیری از پیشروی بیماری مشاهده نکردند. سفتی عضلانی به دنبال مصرف کانابیوئیدها کاهش پیدا نکرد. در یکی از متاآنالیزهای انجام شده، شاخص Ashworth که بالاتر هم به آن اشاره شد، در گروه تحت درمان با کانابیوئیدها کمی بهبود پیدا کرد.

منبع: [Uptodate](#)

تازه‌های علمی - دارویی

داروی Exenatide و پارکینسون

داروی Exenatide یکی از داروهای آگونیست GLP1 می‌باشد. این دارو تحت نظارت شرکت AstraZeneca فرموله شده و در ابتدا به نظر می‌رسد علاوه بر اثرات مثبت روی پروفایل قند خون و کنترل وزن، می‌تواند تاثیرات مثبتی در بیماران مبتلا به پارکینسون نیز ایجاد نماید. مکانیسم پیشنهاد شده برای این اثر، اثرات ضدالتهابی و Neuroprotective دارو است. پژوهشگران معتقد بودند داروی Exenatide روی مسیرهای سیگنالینگ بقا نورون‌های دوپامینرژیک تاثیرات مثبت اعمال می‌کند.

پژوهشگران دانشگاه آکسفورد در یک مطالعه بالینی چند مرکزی به بررسی اثرات استفاده از داروی Exenatide در بیماران مبتلا به پارکینسون می‌پرداختند. در این مطالعه که در ۶ مرکز در سرتاسر انگلستان به انجام می‌رسید، ۱۹۴ بیمار بین ۲۵ تا ۸۰ سال برای مدت ۹۶ هفته مورد بررسی قرار گرفتند. نیمی از این بیماران، هر هفته یک تزریق زیرجلدی از فرمولاسیون آهسته رهش حاوی ۲ میلی‌گرم Exenatide و نیمی دیگر پلاسبو دریافت می‌کردند.



شاخص‌های مربوط به حرکت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون، بعد از گذشت ۹۶ هفته، در گروه دریافت‌کننده Exenatide نه تنها بهبود پیدا نکرد بلکه بدتر هم شد. این شاخص به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرد. افت شاخص کیفیت زندگی Exenatide نسبت به گروه پلاسبو بیشتر افت پیدا کرد. (۵,۷ در مقابل ۴,۵ واحد) لازم به ذکر است که ۹ نفر از گروه Exenatide و ۱۱ نفر از گروه پلاسبو دچار عوارض دارویی شدید شدند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد با وجود نتایج امیدبخش مطالعات In Vitro و In Viv، داروی Exenatide در مرحله بالین نمی‌تواند بر روی علائم بیماری پارکینسون رنج می‌برد، تاثیرگذار باشد.

۷ فوریه ۲۰۲۵

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

معرفی یک داروی جدید: Guselkumab

داروی Guselkumab با نام برند Tremfya یک منوکلونال آنتی‌بادی بر علیه اینترلوکین ۲۳ (IL23) می‌باشد. این دارو از اتصال یک مولکول پروتئینی پیش‌ساز به سلول‌های CD64 که سلول‌های سازنده IL23 هستند جلوگیری کرده و مانع ساخته و ترشح شدن این ترکیب می‌شود. این دارو در سه اندیکاسیون پلاک‌های پسوریاتیک، آرتریت پسوریاتیک و کولیت اولسراتیو تاییدیه دریافت کرده است. استفاده از این دارو در درمان کولیت اولسراتیو با یک فاز درمان القائی (Induction) شروع می‌شود. در این فاز ۲۰۰ میلی‌گرم دارو به صورت داخل وریدی (IV) در هفته‌های صفر، ۴ و ۸ برای بیمار تزریق شده و سپس، به عنوان درمان نگهدارنده؛ دارو به صورت زیر جلدی (SC) با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم هر ۸ هفته یک بار ادامه داده می‌شود.

مطالعه‌ی جدید پژوهشگران آلمانی نشان داده که می‌توان با حفظ اثربخشی دارو، درمان در فاز القائی را به صورت زیرجلدی انجام داد. این بررسی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو متوسط تا شدید انجام شده است و اثرات مشابه با تزریق وریدی نشان داده است. این بررسی‌ها در قالب یک مطالعه بالینی فاز ۳ با عنوان GRAVITY انجام شد و تاثیرات فرم SC و ایمنی این روش را تایید کرد. تزریق زیرجلدی این دارو می‌تواند در ناحیه ران، اطراف ناف و پشت بازو انجام شود.

مانند تمامی داروهای موثر بر انواع اینترلوکین، بیمار باید پیش از شروع درمان، تمام واکسیناسیون مناسب با شرایط سنی خود را انجام بدهد و در حین مصرف، از تردد در اماکن خیلی شلوغ یا تماس نزدیک با افرادی که علائم سرماخوردگی دارند، خودداری کنند. استفاده از این دارو به صورت همزمان با دارو آپاداسیتینیب غیر مجاز است و منع مصرف دارد.

۲۸ فوریه ۲۰۲۵

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



³Maintenance

گیاه گل ختمی (Marshmallow): تداخلات داروئی و احتیاطات مصرف

گل ختمی با نام علمی *Althea Officinalis* یکی از گیاهان پرکاربرد در طب کهن و طب سنتی است. قسمت مورد استفاده گیاه برگ‌ها و ریشه‌های آن هستند. ماده موثره اصلی این گیاه موسیلاژ نام دارد. موسیلاژ فیبر چسبناک و غلیظی است که بیشتر در ریشه گیاه تجمع پیدا می‌کند. علاوه بر این، گیاه سرشار از انواع فلاونوئیدها، تانن، پکتین، آسپاراژین و غیره می‌باشد.



وجود موسیلاژ فراوان در بخش‌های مورد استفاده این گیاه باعث می‌شود که به دنبال استفاده خوراکی، یک لایه محافظ روی دیواره داخلی دستگاه گوارش شکل بگیرد که می‌تواند برای دستگاه گوارش اثرات محافظتی داشته باشد. به دنبال استفاده موضعی، روی زخم یا محل گزیدگی حشرات، موسیلاژ با اثر محافظتی خود، به بهبود التهابات پوستی کمک می‌کند. در گذشته، از این گیاه برای درمان زخم معده و برخی اختلالات

گوارشی دیگر استفاده می‌شد. هر چند در منابع پزشکی نوین، شواهد کافی برای اثربخشی دارو در اندیکاسیون‌های گوارشی وجود ندارد. علاوه بر این، مواد موثره این گیاه در کاهش سرفه و کنترل عفونت‌ها کمک‌کننده هستند.

این گیاه با برخی از داروها تداخل دارد که لیست این داروها در ادامه آورده شده است:

- **لیتیوم:** گل ختمی مدر است و اثرات دیورتیکی دارد. استفاده از فرآورده‌های حاوی این گیاه، از طریق تاثیر بر عملکرد کلیه، میزان دفع ادراری لیتیوم را کاهش می‌دهند و سبب تجمع این دارو در بدن، افزایش غلظت خونی لیتیوم و منطقاً ریسک بالا برای بروز عوارض داروئی و مسمومیت با لیتیوم می‌شود.
 - **داروهای کاهنده قند خون:** این گیاه می‌تواند سبب کاهش قند خون بشود. در نتیجه مصرف آن در بیماران دیابتی که از داروهای کاهنده قند استفاده می‌کند، ریسک بروز هایپوگلیسمی (اپیزودهای افت شدید قند خون) را بالا می‌برد.
 - **داروهای ضدانعقاد:** از آنجایی که گل ختمی روند انعقاد خون را کند می‌کند، استفاده از آن در بیمارانی که تحت درمان با داروهای ضدانعقاد و ضدپلاکت هستند، توصیه نمی‌شود.
- به طو کلی، مصرف همزمان هیچ داروئی در کنار گل ختمی توصیه نمی‌شود. موسیلاژ مولکول‌های داروئی را در خود به دام می‌اندازد و از جذب شدن آن‌ها جلوگیری می‌کند. بنابراین لازم است بین مصرف فرآورده‌های حاوی گل ختمی و سایر داروها حداقل یک ساعت فاصله وجود داشته باشد.
- اثرات ضدانعقادی گل ختمی در بیمارانی که قرار است تحت جراحی قرار بگیرند، اهمیت پیدا می‌کند. استفاده از این دارو باید حداقل ۲ هفته پیش از زمان جراحی متوقف شود تا بیمار در معرض خون‌ریزی بیش از حد قرار نگیرد.

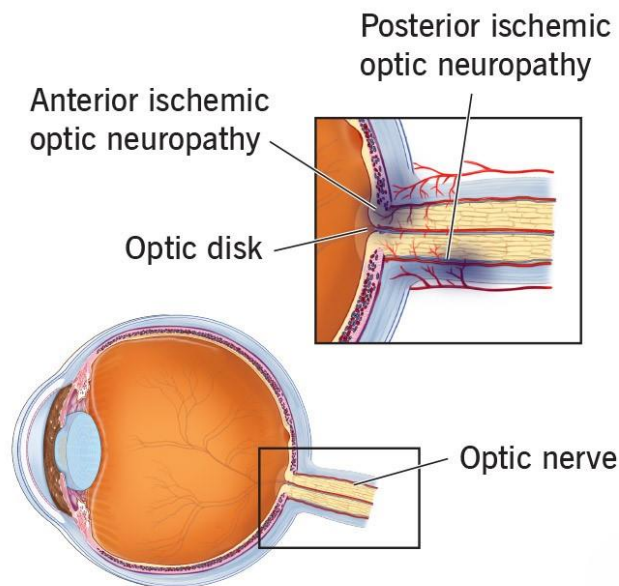
منبع: سایت Rxlist و کتاب Review of Natural Product

ارتباط بین مصرف داروی اوزمپیک و اختلالات بینائی

بر اساس نتایج مطالعه‌ای که به تازگی در ژورنال JAMA Ophthalmology به چاپ رسیده است، ریسک از دست دادن بینائی به دنبال آسیب عصب بینائی در بیمارانی که تحت درمان با داروی سماگلوتاید هستند، بالاتر از دیگران است.

این عارضه که به دنبال استفاده از داروی سماگلوتاید ایجاد می‌شود، نوروپاتی ایسکمی قدامی غیر-شریانی عصب بینائی^۱ (NAION) نام دارد و به صورت از دست دادن ناگهانی بینائی یک چشم خود را نشان می‌دهد. این عارضه در جمعیت مصرف‌کننده سماگلوتاید ۳۲ درصد بالاتر از جمعیت عادی گزارش شده است. علت بروز این عارضه احتمالاً اختلال در خون رسانی به عصب بینائی می‌باشد.

Ischemic optic neuropathy



در سال ۲۰۲۴ هم مقاله‌ی دیگری که در همین ژورنال به چاپ رسیده بود، به افزایش ۴ برابری ریسک NAION در بیمارانی که سماگلوتاید مصرف می‌کردند، اشاره کرده بود. مقاله جدید که حاصل کار محققین دانشگاه جان هاپکینز می‌باشد، یافته‌های بیشتری از ارتباط بین سماگلوتاید و NAION در اختیار جامعه علمی قرار داده اما ریسک بروز عارضه با سماگلوتاید را کمی کمتر برآورده کرده است. البته لازم به ذکر است که ریسک بروز NAION در تمام بیمارانی که از یکی از انواع آگونیست‌های GLP1 استفاده می‌کنند، یکسان است و سماگلوتاید ریسک بالاتری از نظر ابتلا به این عارضه ندارند. در مطالعه دانشگاه جان هاپکینز سوابق پزشکی ۲۷ میلیون بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ (T2DM) بررسی شد که بیش از ۸۱۰,۰۰۰ نفر از آن‌ها تحت درمان با سماگلوتاید بودند.

¹ Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy

هنوز مکانیسم دقیق بروز این عارضه مشخص نشده و لازم است در این خصوص مطالعات بیشتری صورت گیرد اما به هر حال، توصیه می‌شود پزشکان در هنگام تحویز این دسته داروئی، احتمال رخداد این عارضه نادر را در نظر داشته باشند. البته نمی‌توان مزایای فراوان این دسته داروئی در مدیریت T2DM، چاقی و اضافه وز و کاهش Mortality و Morbidity ناشی از اختلالات متابولیک را نادیده گرفت. بیمارانی که تحت نظر پزشک متخصص و به دلیل اندیکاسیون صحیح در حال مصرف دارو هستند، نباید در خصوص ادامه مصرف دارو نگرانی داشته باشند.

۲۴ فوریه ۲۰۲۵

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



نقش دوز بالای کلسیم در پیشگیری از سرطان کولورکتال

پیش از این سرطان کولورکتال (CRC) بیشتر افراد بالای ۶۵ سال را درگیر می‌کرد در حالیکه امروزه بروز این نوع سرطان در جمعیت جوان رو به افزایش است. اثرات محافظتی کلسیم برای روده‌ها و نقش این عنصر در کاهش ریسک CRC سال‌هاست که شناخته شده است اما در خصوص تاثیر دوز، سن و محل قرارگیری تومورهای گوارشی بر روی این نقش محافظتی هنوز اطلاعات تکمیل نشده است.

مطالعه کوهورتی که در سال ۲۰۲۳ بر روی خانم‌های آمریکایی انجام شد، نشان داد که هر چه دوز کلسیم بالاتر باشد، اثرات محافظتی بیشتر است اما تاثیر افزایش دوز بر افزایش اثرات محافظتی تا سن ۵۵ سالگی قابل مشاهده بود. یعنی اگر مصرف کلسیم در سنین پایین‌تر شروع شود، اثرات پیشگیرانه بهتری در خصوص CRC ایجاد می‌کند. از نتایج این مطالعه چنین استنتاج شده است که هر ۳۰۰ میلی‌گرم کلسیم در روز ریسک ابتلا به CRC را ۸ درصد کاهش می‌دهد. در بیماران زیر ۵۰ سال، ارتباط معکوسی بین مصرف ویتامین D و ریسک ابتلا به CRC گزارش شد. هر چند داده‌های چندان دقیقی در این زمینه در دست نیست اما به نظر می‌رسد مصرف مکمل کلسیم بیشتر در کاهش ریسک ابتلا به انواع پروکسیمال CRC نقش دارد و بعضاً داده‌هایی در خصوص افزایش ریسک CRC دیستال و رکتال به دنبال مصرف کلسیم گزارش شده است. در این پژوهش نقش وزن هم بررسی شده و دیده شده که افراد با BMI کمتر از ۲۵ بیشترین سود از نظر کاهش ریسک CRC را می‌برند. تاکید این پژوهش بر مصرف پیشگیرانه کلسیم است. به نظر می‌رسد افرادی که پیش از تشخیص بیماری CRC به ویژه در سنین نوجوانی مصرف بالاتری داشتند، بیشتر از اثرات محافظتی کلسیم بر روده سود می‌برند.

یکی از مکانیسم‌های پیشنهادی در نقش محافظتی کلسیم، اتصال کلسیم به اسیدهای صفراوی و همچنین اسیدهای چرب است. هر دو این اسیدها، نقش به‌سزایی در تکثیر سلول‌های اپیتلیال روده دارند. با اتصال کلسیم به این اسیدها، فرم نامحلولی از نمک این دو ماده تشکیل شده که دفع می‌شود و به این ترتیب، مانع تکثیر بیش از حد سلول‌های روده‌ای می‌شود و

اخیراً مقاله‌ی جدیدی در این زمینه در ژورنال JAMA Network Open به چاپ رسیده است. بر اساس نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد هر چه میزان مصرف کلسیم بالاتر باشد، ریسک ابتلا به سرطان کولورکتال بیشتر پایین می‌آید. محققان موسسه ملی سرطان در مرلند در قالب یک مطالعه کوهورت از داده‌های از پیش جمع‌آوری شده موسسه ملی تحقیقات سلامت و رژیم غذایی استفاده کردند. این مطالعه کوهورت بر روی ۴۸۱۲،۰۰۰ شرکت‌کننده بین ۵۰ تا ۷۱ سال انجام شد. در بررسی‌های ابتدائی این داده‌ها، ۱۰،۶۱۸ مورد ابتلا اولیه به CRC گزارش شد. میانگین مصرف کلسیم در گروه کمینه مصرف، ۴۰۱ میلی‌گرم در روز (برای خانم‌ها) و ۴۰۷ میلی‌گرم (برای آقایان) ثبت شده است. در حالی که در گروه بیشینه مصرف، مقدار مصرف کلسیم، به طور میانگین ۲۰۵۶ میلی‌گرم در روز (برای خانم‌ها) و ۱۷۷۳ میلی‌گرم در روز (برای آقایان) ثبت شده است. ریسک CRC در گروه بیشینه به طرز معناداری از گروه‌های دیگر پایین‌تر است.

۲۱ فوریه ۲۰۲۵

منبع: سایت [Drugs.com](https://www.drugs.com) و مقاله [Total calcium and risk of colorectal cancer](#)

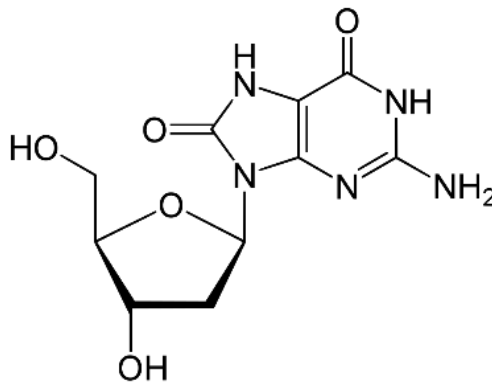
¹ Colorectal Cancer

نقش ملاتونین در پیشگیری از سرطان در کارکنان شیفت شب

به تازگی مقاله‌ای در ژورنال *Environmental Medicine & Occupational* به چاپ رسیده که ادعا می‌کند استفاده از مکمل‌های ملاتونین می‌تواند در ظرفیت ترمیم آسیب‌های اکسیداتیو به DNA در افرادی که شیفت شب کار می‌کنند، کاهش دهد.

در این بررسی که در مرکز تحقیقات سرطان موسسه پژوهشی بریتیش کلمبیا انجام شده، ۴۰ فرد که در شیفت شب کار می‌کنند، مورد بررسی قرار گرفتند. نیمی از جمعیت مورد مطالعه، پیش از شروع خواب روزانه خود، به مدت ۴ هفته از فرآورده‌های ملاتونین و نیمی دیگر از شرکت‌کنندگان از فرآورده‌های حاوی پلاسبو استفاده کردند.

به طور معمول، سطوح ملاتونین در بدن افرادی که در شیفت شب کار می‌کنند، کمتر از سایرین است. در این پژوهش، همه شرکت‌کنندگان در ۶ ماهه گذشته برای حداقل ۲ شب متوالی در یک هفته شیفت‌های شبانه ۷ الی ۹ ساعته داشتند. برای مقایسه وضعیت اکسیداتیو بدن شرکت‌کنندگان، سطح ادراری ۸-هیدروکسی ۲-دئوکسی گوانوزین (8-OH-dG) به عنوان شاخص در نظر گرفته شد. این مولکول یکی از ترکیباتی است که به دنبال ترمیم آسیب‌های اکسیداتیو DNA ایجاد می‌شود. هر چه سطح این ماده بالاتر باشد، یعنی سلول در ترمیم آسیب‌های اکسیداتیو DNA بهتر عمل کرده است.



در ابتدا و انتهای دوره ۴ هفته‌ای مطالعه، میزان 8-OH-dG در نمونه ادرار شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفت. اولین ادرار پس از بیدار شدن از خواب صبحگاهی در این شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. میزان 8-OH-dG در ادرار گروه مصرف‌کننده ملاتونین ۸۰ درصد بالاتر از گروه پلاسبو گزارش شد.

به نظر می‌رسد ملاتونین بر روی مسیرهای ترمیم‌کننده DNA تاثیرگذار است. افت سطح ملاتونین در بدن ممکن است توانایی بدن در شناسایی آسیب‌های DNA و ترمیم آن‌ها کاهش دهد.

هر چند لازم است مطالعات بلندمدت‌تری در این زمینه صورت بگیرد و جایگاه ملاتونین و مزایا و مضرات مصرف آن در بین افرادی که سال‌ها در شیفت شب کار می‌کنند، مشخص بشود.

۲۵ فوریه ۲۰۲۵

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



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

شرح مشکل بیمار: بیمار ۲۵ ساله مبتلا به OCD مصرف کننده داروی فلوکستین به صورت هفتگی با دوز ۹۰ میلی گرم و فرمولاسیون DR می‌باشد. بیمار باردار و شیرده نیست و داروی دیگری نیز مصرف نمی‌کند. در اولین هفته شروع مصرف دارو دچار خونریزی ماهانه شده‌اند و متوجه شده‌اند خونریزی ایشان نسبت به دوره‌های گذشته سنگین‌تر شده است. سوال دارند آیا می‌تواند این مسئله به مصرف فلوکستین ارتباطی داشته باشد. در گذشته فلوکستین ۲۰ روزانه می‌خورده‌اند.

پاسخ: با توجه به اثرات مهارى فلوکستین بر روند تجمع پلاکت‌ها و ارتباط *dose dependent* این دارو با چنین عارضه، احتمال بروز منوراژی برای ایشان با مصرف دوز بالای به صورت هفتگی افزایش یافته است. پس این امر طبیعی و وابسته به مصرف داروی فلوکستین می‌باشد. در شرح حال‌گیری باید به این نکته دقت شود که دوز قبلی مصرف فلوکستین در ایشان چقدر بوده است و با چه فاصله‌ای از مصرف آخرین دوز فلوکستین IR مصرف فرم DR را شروع کرده اند. مصرف هفتگی هر کپسول ۹۰ میلی گرمی فلوکستین DR معادل مصرف روزانه ۲۰ میلی گرم فلوکستین IR است و برای تغییر فرم دارویی باید ۷ روز بین مصرف آخرین دوز ۲۰ میلی گرمی و اولین دوز ۹۰ میلی گرمی فاصله باشد.

توصیه نهایی به بیمار: به بیمار توضیح داده شد در صورتیکه شدت خونریزی بسیار بالا بود و موجب بی حالی و ضعف ایشان شد یا طول دوره خونریزی به بیش از ۷ روز رسید به پزشک مراجعه شود.

منابع: [WHO](#) و [Fluoxetine Induced Menorrhagia](#)

دکتر سحر مطوریان پور

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: خانم ۳۷ ساله در هفته ۱۵ بارداری که به دلیل قند خون بالا یک ماه پیش به متخصص غدد مراجعه کرده و براش انسولین دتمیر از دوز شبی ۲ واحد شروع شده و به ۶ واحد رسیده (زیرا پزشک گفته قند ناشتا باید کمتر از ۹۵ باشد) و ۳ روز است که برایش رپیدسولین تجویز شده ۲ واحد قبل از ناهار و شام. ولی وقتی قبل از غذا انسولین می‌زند، یک ساعت بعد غذا دچار سرگیجه و بی‌حسی دست می‌شوند. قند بیمار در این شرایط اندازه‌گیری نشده است. پزشک گفته‌اند قند ناشتا بایستی زیر ۹۵ و قند ۲ ساعته زیر ۱۲۰ باشد. بیمار در بارداری قبلی مشکل قند خون نداشته. بیمار در شرح حال خود اشاره کردند که ناهار سبک و کم کربوهیدرات می‌خورند و سپس به پیاده‌روی می‌روند. وضعیت قند بیمار زمانی که ۴ واحد دتمیر و ۲ واحد آسپارت قبل ناهار و شام استفاده می‌کرده، به شرح زیر است:

ناشتا: ۱۲۹-۱۰۶

۲ ساعت بعد صبحانه: ۱۸۹-۱۴۹

۲ ساعت بعد ناهار: ۱۱۵-۱۰۲

۲ ساعت بعد شام: ۱۴۰-۱۰۹

پاسخ: بیمار باید قند خون را در شرایطی که دچار علامت شده است، با یک دستگاه دقیق و کالیبره اندازه‌گیری کند. برای گرفتن قند بهتر است الکل استفاده نشود و دست‌ها شسته شود. خون اولیه پاک شود و از قطره خون بعدی برای اندازه‌گیری قند استفاده شود. بیمار در زمان پیک انسولین، فعالیت بدنی دارد و احتمالاً همین عامل باعث هیپوکلایسمی او شده است. به خصوص که حجم کربوهیدرات مصرفی در وعده ناهار کم است. بهتر است حداقل ۴ ساعت بعد انسولین آسپارت پیاده روی و فعالیت ورزشی انجام نشود.

منابع: [Uptodate](#)

دکتر ستایش اولادی

بیمار سوم

شرح حال مشکل بیمار: بیمار آقای ۷۵ ساله‌ای هستند که از ۴ ماه پیش به دنبال آنژیوپلاستی در حال دریافت داری تیکاگلولور (۹۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت) می‌باشند. اخیراً نتوانسته‌اند داروی تیکاگلولور را در داروخانه‌های شهر پیدا کنند. متخصص قلبی ایشان به صورت تلفنی داروی کلوییدوگرل را جایگزین کرده است. بیمار داروی اسویکس ۷۵ از دارخانه تهیه کرده‌اند اما نمی‌دانند این دارو را باید با چه دوزبندی استفاده کنند.

داروهای مصرفی: آسپیرین ۸۰ روزی ۱ - رزواستاتین ۱۰ روزی ۱ - بی‌زوپرولول ۵ روزی ۱ - والزمیکس ۸۰/۵ روزی ۱ - پنتوپرازول ۴۰ روزی ۱

پاسخ: این دو دارو هر دو با مکانیسم بلاک P2Y12 اثرات آنتی‌پلاکتی دارند و قابل جایگزینی هستند. با توجه به اینکه اثر دوزهای ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم کلوییدوگرل کمی با تاخیر شروع می‌شود، بهتر است یک Loading Dose برای بیمار در نظر گرفته شود. اثر دوزهای ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلی‌گرم دارو تقریباً در عرض ۲ ساعت شروع می‌شود. با توجه به اینکه بیمار به تازگی تحت آنژیوپلاستی قرار گرفته و ریسک بالایی برای بروز اختلالات انعقادی و پلاکتی دارد، دوز بارگیری یا Loading Dose حتماً برای ایشان در نظر گرفته می‌شود.

توصیه نهائی به بیمار: ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از آخرین دوز داروی تیکاگلولور، ۶۰۰ میلی‌گرم اسویکس (۸ قرص) به بیمار داده شود. این تعداد قرص باید حتماً با معده پر استفاده بشود. در ادامه، روزی یک دوز ۷۵ میلی‌گرمی از اسویکس برای بیمار کفایت می‌کند.

منبع: [Uptodate](#)

دکتر هستی فتوگرافی

سرتیتر تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ 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 آرشام 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 تئوفیلین پیوسته رهش ۲۰۰ میلی‌گرم نیل فارمد با سری ساخت های ۰۲۱۷۲۱ تا ۰۲۱۷۲۷
- ❖ ریکال داوطلبانه کپسول گاباپنتین ۳۰۰ میلی‌گرم 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
- ❖ ریکال آمپول استامینوفن ۱۰۰ میلی‌گرم در ۱۰ میلی‌لیتر (تاموستامول) با سری ساخت J 28A001۰۱
- ❖ 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 لوپوس اریتماتوز سیستمیک

بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک یک بیماری مزمن خودایمنی است که ممکن است بخش‌های مختلفی از بدن را تحت تاثیر قرار دهد. منظور از بیماری خودایمنی این است که سیستم ایمنی بدن نسبت به بافت‌ها و اندام‌های خودی واکنش بیش از حد نشان می‌دهد و به این بافت‌ها حمله می‌کند. علت بروز بیماری لوپوس هنوز به طور دقیق فهمیده نشده است. به نظر می‌رسد ژنتیک نقش به‌سزایی در ابتلا به این بیماری داشته باشد. چرا که احتمال ابتلا به این بیماری در افرادی که یکی از افراد خانواده آن‌ها سابقه ابتلا به لوپوس داشته‌اند، بالاتر است اما عوامل محیطی هم به طور قطع در ایجاد بیماری لوپوس نقش ایفا می‌کنند. به طور معمول، علائم بیماری در جوانی آغاز می‌شود. هر چند ممکن است شروع علائم بیماری در هر سنی اتفاق بیفتد.

علائم افراد مبتلا در برخی بازه‌های زمانی بدتر شود (دوره عود یا شعله‌وری بیماری)، در برخی بازه‌های زمانی علائم بیماری بهتر می‌شود (دوره خاموشی بیماری). سرعت تغییر وضعیت بیمار از حالت شعله‌وری به حالت خاموشی، فرد به فرد متفاوت است. شدت بیماری هم در افراد مختلف تفاوت‌های زیادی دارد. برخی افراد صرفاً علائم خفیف تجربه می‌کنند و برخی دیگر ممکن است دچار علائم تهدیدکننده حیات بشوند.

علائم بیماری

ماهیت بیماری لوپوس التهابی است. این التهاب ممکن است بخش‌های مختلفی از بدن را تحت تاثیر قرار دهد و هر بیمار بسته به محل درگیری علائم اختصاصی تجربه کند اما برخی علائم در همه بیماران مبتلا به لوپوس مشترک هستند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود:

- خستگی: یکی از شایع‌ترین علائم لوپوس که می‌تواند بسیار آزارنده باشد و انجام فعالیت‌های روزمره را برای فرد دشوار کند، خستگی است. هر چند لازم به ذکر است که هر خستگی لزوماً ناشی از لوپوس نیست و پزشک باید سار علل محتمل را رد کند.
- تب: بسیاری از بیماران لوپوس در دوره شعله‌وری دچار تب می‌شوند. منظور از تب دمای مرکزی بالاتر از $37,8$ درجه سانتی‌گراد است.
- درد ماهیچه‌ای: درد ماهیچه‌ای یا حساسیت به لمس در این بیماری بسیار شایع است. حتی برخی بیماران ممکن است دچار ضعف عضلانی هم بشوند.
- تغییرات وزن: ابتلا به لوپوس ممکن است باعث افزایش یا کاهش وزن بشود.
 - بیماران ممکن است به دنبال کاهش اشتها و سایر عوارض گوارشی که تجربه می‌کنند، دچار کاهش وزن ناخواسته بشوند.
 - دسته‌ی دیگری از بیماران ممکن است به دنبال مشکلات کلیوی دچار احتباس آب شده و افزایش وزن پیدا کنند. برخی از بیماران هم به دلیل مصرف گلوکوکورتیکوئیدها دچار افزایش اشتها و در نتیجه افزایش وزن می‌شوند.

علائم اختصاصی هر ارگان

درد و خشکی مفصل: اکثر افراد مبتلا به لوپوس، علائم آرتریت (درد و خشکی مفاصل) را تجربه می‌کنند. معمولاً این علائم، جزء اولین علائمی است که برای بیمار پیش می‌آید. این عوارض ممکن است از مفصلی به مفصل دیگر منتقل شود و به طور معمول به صورت یک طرفه بروز می‌کند. مفاصلی که بیشتر احتمال درگیر شدن دارند عبارتند از انگشتان، مچ و زانو.

تغییرات پوستی: دو سوم بیماران لوپوس دچار علائم پوستی می‌شوند که شایع‌ترین شکل این عارضه راش پوستی است. این راش به دلیل شکل خاص آن به راش پروانه‌ای معروف است. این راش پس از مواجهه با نور خورشید، به صورت قرمزی در ناحیه گونه و بینی ظاهر خواهد شد. این راش معمولاً در عرض چند روز ی‌طرف می‌شود اما گاهی دوباره برمی‌گردد.

حساسیت به نور: بسیاری از مبتلایان به لوپوس به نورفرابنفش یا UV حساس می‌شوند و ممکن است به دنبال مواجهه با UV و قرار گرفتن طولانی مدت در معرض نور آفتاب دچار ثورات جلدی و قرمزی در پوست بشوند. برای محافظت از پوست در بیماران لوپوس پیشنهاد می‌شود:

- بایستی هر روز از یک ضدآفتاب طیف وسیع‌الطیف با SPF حداقل ۵۰ استفاده شود. حتی اگر بیمار قرار نیست از خانه بیرون برود. ضدآفتاب باید ۳۰ الی ۶۰ دقیقه قبل از خروج از منزل استفاده شده و هر ۴ الی ۶ ساعت تمدید شود.
- در اواسط روز یعنی از ساعت ۱۰ الی ۱۶ بهتر است مواجهه با نور خورشید نداشته باشند.
- از مصرف سایر داروهایی که باعث ایجاد حساسیت به نور می‌شوند، تا حد امکان خودداری شود.

کلیه‌ها: تغییر عملکرد کلیوی در بیماران مبتلا به لوپوس بسیار رایج است. این تغییرات معمولاً در همان سال‌های ابتدایی ابتلا خود را نشان می‌دهند. به همین دلیل، به تمامی بیماران مبتلا به لوپوس (حتی آن‌هایی که علائم کلیوی ندارند) توصیه می‌شود به طور منظم عملکرد کلیوی خود را از طریق انجام تست‌های خونی و ادراری پایش کنند.

لوپوس ممکن است باعث التهاب گلومرول‌ها بشود. گلومرول آن بخشی از کلیه است که خون را فیلتر کرده و مواد زائد و دفعی را جداسازی می‌کند. به التهاب گلومرول‌ها گلومرولونفریت یا لوپوس نفریت گفته می‌شود. التهاب گلومرول‌ها باعث می‌شود که کلیه توانایی خارج کردن مواد زائد از خون را نداشته باشد. در نتیجه ترکیبات زائد در خون تجمع پیدا می‌کنند.

آسیب به گلومرول ممکن است سبب دفع پروتئین به داخل جریان ادرار بشود. خروج پروتئین‌ها از ادرار سبب تجمع و احتباس آب در فضای بین بافتی شده و منجر به ورم پاها می‌شود.

اگر نفریت ناشی از لوپوس درمان نشود، ممکن است باعث آسیب همیشگی به کلیه‌ها بشود و بیمار را در خطر دیالیز شدن قرار دهد.

سیستم گوارش: ممکن است التهاب ناشی از لوپوس پانکراس (پانکراتیت)، پرده داخل شکن (پریتونیت) و روده بزرگ (کولیت) را درگیر کند. در برخی موارد آسیب گوارشی به دنبال استفاده از داروهای درمان‌کننده لوپوس مثل گلوکوکورتیکوئیدها و ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی ایجاد می‌شود.

ریه‌ها: لوپوس ممکن است آسیب‌های مختلفی به ریه‌ها بزند که عبارتند از:

- درد هنگام تنفس: در صورت وجود التهاب داخل قفسه سینه و دیواره ریه‌ها، درد قفسه سینه با هر بار تنفس عمیق بدتر می‌شود.
- تنگی نفس: تجمع آب در فضای اطراف ریه‌ها باعث می‌شود توانایی ریه در گنجاندن هوا در داخل خود کم شده و بیمار احساس تنگی نفس کند.

قلب: در بیماری لوپوس قسمت‌های مختلفی از قلب ممکن است تحت تاثیر قرار بگیرد. اصلی‌ترین قسمتی که دچار التهاب می‌شود، بافت اطراف قلب است. به ایم=ن حالت پریکاردیت گفته می‌شود که سبب ایجاد درد در قفسه سینه می‌شود. در برخی موارد نادر، عضلات یا دریچه‌های قلب ممکن است درگیر شوند. لوپوس ریسک بیماری‌های کرونری قلب را بالا می‌برد.

سیستم عصبی: چه بیماری لوپوس و چه درمان‌های لوپوس هر دو سیستم اعصاب مرکزی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. علائم عصبی بیماری لوپوس شامل موارد زیر است:

- اختلال تمرکز و تفکر
- گیجی و از دست دادن حافظه
- افسردگی و اضطراب
- سردرد
- تشنج
- نوروپاتی محیطی (احساس گزگز و سوزش در دست و پا)
- ضعف و بی‌حسی
- سکته

چشم‌ها: شایع‌ترین عارضه چشمی لوپوس خشکی چشم همراه با احساس وجود سنگ‌ریزه در چشم است. این حالت را می‌توان با فرآورده‌های اشک مصنوعی کنترل کرد.

در بیمارانی که تحت درمان با هیدروکسی کلروکین هستند، پایش و معاینه روتین چشمی برای بیمار ضروری است. چرا که استفاده طولانی مدت از این دارو احتمال آسیب شبکیه را بالا می‌برد. این بیماران به دلیل مصرف طولانی مدت گلوکوکورتیکوئید در ریسک بیشتری برای ابتلا به آب مروارید و گلوکوم قرار دارند.

درمان

متأسفانه درمان قطعی برای لوپوس وجود ندارد اما می‌توان با مصرف داروها علائم و عوارض این بیماری را کنترل کرد. معاینات و بررسی‌های منظم و دوره‌ای توسط روماتولوژیست از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

اصلاح سبک زندگی و اقدامات پیشگیرانه:

- مواجهه با نور خورشید و اشعه فرابنفش می‌تواند علائم بیماری لوپوس را تشدید کند. بنابراین، بیماران باید از مواجهه طولانی مدت با خورشید اجتناب کرده و همیشه ضدآفتاب بزنند.
- رژیم غذایی: اکثر بیماران مبتلا به لوپوس نیاز به رژیم غذایی خاصی ندارند و به طور کلی توصیه می‌شود از یک رژیم غذایی غنی و متعادل استفاده نمایند. منظور از رژیم غذایی متعادل رژیم کم چرب، سرشار از میوه‌ها، سبزیجات، غلات کامل و مقدار متوسطی گوشت، مرغ و ماهی می‌باشد. بسته به اثر لوپوس روی بدن ممکن است نیاز به رژیم‌های غذایی متفاوتی وجود داشته باشد. در این خصوص پزشک متخصص به بیمار راهنمایی می‌دهد.
- استفاده از گلوکوکورتیکوئیدها (مانند پردنیزولون) سبب افزایش اشتها و افزایش وزن می‌شود. بیماران باید نسبت به این مساله هوشیار باشند و از خوردن بیش از حد اجتناب نمایند.
- در صورت وجود ورم در پاها، لازم است نمک مصرفی بیمار کاهش پیدا کند.
- بیمارانی که رژیم غذایی متعادل دارند، نیازی به استفاده از مکمل‌ها ندارند. در صورتی که رژیم غذایی بیمار مناسب نباشد یا بیمار در حال از دست دادن وزن باشد، ممکن است نیاز باشد با نظارت پزشک از ویتامین‌ها و داروهای مکمل استفاده نماید.
- خانم‌هایی که در سن یائسگی هستند و از گلوکوکورتیکوئیدها استفاده می‌کنند، نیاز به مصرف کلسیم و ویتامین D دارند تا ریسک کاهش تراکم استخوان در آن‌ها بالا نرود.
- استفاده از فرآورده‌های گیاهی در این بیماران توصیه نمی‌شود. چرا که ممکن است با داروهای اصلی بیمار تداخل و ناسازگاری داشته باشد.
- ورزش و فعالیت بدنی:** به دلیل خستگی و علائمی مثل تنگی نفس ورزش کردن برای این بیماران کار دشواری است اما عدم فعالیت بدنی برای ایشان به مراتب خطرناک‌تر است چرا که باعث از دست رفتن قدرت عضلانی می‌شود. فعالیت‌های بدنی هر چه قدر هم جزئی باشند در دراز مدت به بیمار کمک می‌کنند. ایده‌آل‌ترین تمرینات برای بیماران مبتلا به لوپوس تمرینات کششی، یوگا، پیلاتس و ورزش‌های سبک هوازی هستند.
- عدم استعمال دخانیات:** مصرف سیگار سبب تشدید علائم بیماری می‌شود و به همه بیماران مبتلا توصیه می‌شود که سیگار را ترک کنند.
- واکسیناسیون:** استفاده روتین از واکسن‌های پنوموکوک، آنفولانزا و کووید ۱۹ در بیماران لوپوس ضروری است. در برخی موارد بیمار ممکن است نیاز به تزریق واکسن زونا داشته باشد.
- برخی از واکسن‌ها که حاوی میکروب‌های زنده ضعیف شده هستند (واریسلا، فلج اطفال، سرخک، سرخچه و اوریون) برای بیمارانی که تحت درمان با سرکوب‌کننده‌های ایمنی هستند، خطرناک است.
- حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌ها:** حساسیت به آنتی‌بیوتیک‌ها خصوصا داروهای سولفونامید در بیماران مبتلا به لوپوس رایج است.

دارودرمانی

هیدروکسی کلروکین: تقریباً تمامی بیماران لوپوس باید از این دارو استفاده کنند مگر اینکه منع مصرف به خصوصی برای دریافت دارو داشته باشند. این دارو علائم عمومی بیماری، علائم عضلانی-اسکلتی، علائم پوستی و تعداد دفعات شعله‌ور شدن بیماری را کاهش می‌دهد.

ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی: داروهای این دسته مثل بروفن و ناپروکسن در کاهش التهاب و درد مفاصل کمک‌کننده هستند.

داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی: به ویژه در مواردی که لوپوس به اندام‌های بدن (کلیه، ریه، قلب و غیره) آسیب می‌زند، نیاز به استفاده از داروهایی وجود دارد که سیستم ایمنی را سرکوب کند. انواع مختلفی از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی وجود دارند از جمله کورتیکواستروئیدها، متوترکسات، آزاتیوپرین، مایکوفنولات و سیکلوفسفامید.

پزشک روماتولوژی بعد از قیاس مزایا و معایب مصرف این داروها، داروی مناسب از این دسته را انتخاب کرده و با دوز صحیح برای بیمار تجویز می‌کند.

لوپوس و بارداری

خانم‌های بارداری که به لوپوس مبتلا هستند، در ریسک بالاتری برای سقط و بارداری ناموفق دارند. هرچند بسیاری از خانم‌های مبتلا بدون هیچ مشکلی باردار می‌شوند و بارداری‌های موفقی را پشت سر می‌گذارند. خانم‌های مبتلا به لوپوس بهتر است تا ۶ ماه بعد از آخرین حمله بیماری برای بارداری اقدام نکنند.

روش‌های پیشگیری از بارداری در خانم‌های مبتلا به لوپوس از اهمیت بالایی برخوردار است. گزینه‌هایی که برای این خانم‌ها وجود دارد، عبارتند از:

- دستگاه داخل رحمی (IUD): یک قطعه فلزی کوچک است که در داخل رحم قرار داده می‌شود. انواعی از این دستگاه‌ها به داروی هورمونی پروژستینی آغشته شده‌اند، موثرتر عمل می‌کنند.
- قرص‌های پیشگیری از بارداری: این قرص‌ها از دو جز استروژنی و پروژسترونی تشکیل شده‌اند. بسیاری از بیماران لوپوس مشکلی برای دریافت این داروها ندارند اما در مواردی که ریسک لخته خون در خانم بالاست، استفاده از داروهای حاوی استروژن توصیه نمی‌شود و بهتر است قرص‌هایی که صرفاً پروژسترون دارند، جایگزین شوند.
- داروهای تزریقی پیشگیری از بارداری: این آمپول‌ها حاوی فرآورده‌های پروژسترونی هستند که باید هر چند ماه یک بار داخل عضله بازو تزریق شوند. استفاده طولانی مدت از این داروها به خصوص در کنار استفاده از کورتیکوئیدها ریسک ابتلا به پوکی استخوان را بالا می‌برد.

منبع: [Uptodate](#)



مناسبت‌های سلامت اسفند ماه:

۱ الی ۷ اسفند: هفته سلامت مردان ✓

۱۱ اسفند: روز ملی بهداشت محیط ✓

۲۲ اسفند: روز جهانی کلیه ✓

۲۸ اسفند: روز جهانی خواب ✓

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)

