

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی در خانمهای بارداری

✓ تازههای علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیههای داروساز در خصوص پولیپ کولون

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

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

پاسخگوی
سؤال‌های
علمی دارویی

۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: www.13abanpharmacy.tums.ac.ir

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

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۸

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی در خانم‌های بارداری

بیماران مبتلا به بیماری دوقطبی که به پایداری خلق رسیده‌اند، بایستی در دوره بارداری و پیش از بارداری دارودرمانی مناسبی برای حفظ شرایط پایدار خلقی دریافت نمایند. به طور کلی، بروز علائم دوقطبی خانم‌ها، در دوره‌ای که در سنین باروری قرار دارند، محتمل‌تر است.

تعریف بیماری دوقطبی

بیماران دوقطبی دو قطبی دو فاز مختلف افسردگی و مانیا/هیپومانیا را تجربه می‌کنند. دو زیرگروه مختلف برای بیماری دوقطبی مطرح است: نوع I / نوع II. بیماران دوقطبی نوع I، در اکثریت مواقع اپیزودهای افسردگی ماژور و هایپومانیا دارند اما در بعضی موارد اپیزودهای مانیا را هم تجربه می‌کنند. در بیماران دوقطبی نوع II، حداقل یک اپیزود هیپومانیا، یک اپیزود افسردگی ماژور را تجربه می‌کنند اما اپیزود مانیا ندارند.

مدیریت بیماری دوقطبی

انتخاب نوع درمان برای خانم‌های مبتلا به بیماری دوقطبی که قصد بارداری دارند، بایستی با صلاحدید هر دو پزشک اعصاب و روان و متخصص زنان و زایمان انتخاب بشود. با در نظر گرفتن مضرات و مزایای درمان، این خانم‌ها می‌توانند یکی از راهکارهای زیر را انتخاب نمایند:

- ادامه روند سابق دارودرمانی در دوره پیش از بارداری، حین بارداری و در هنگام زایمان
 - تغییر داروهای پرخطر به کم خطر پیش از اقدام به بارداری
 - قطع دارودرمانی پیش از اقدام به بارداری و شروع مجدد درمان در سه ماهه دوم یا سوم (پس از تکمیل ارگانوژنز)
 - قطع دارودرمانی پیش از اقدام به بارداری و عدم شروع درمان در حین و پس از اتمام بارداری
- برای خانم‌های مبتلا به بیماری دوقطبی که تصمیم به بارداری دارند، توصیه می‌شود
- بیمارانی که در دوره بارداری درمانی دریافت نمی‌کنند، دچار اپیزودهای متعدد تغییر مود می‌شوند. به همین دلیل، جهت جلوگیری از تغییرات شدید مود، توصیه می‌شود درمان نگهدارنده ادامه داده شود. برای خانم‌هایی که علائم بسیار خفیفی داشته‌اند، می‌توان گزینه قطع درمان در حین بارداری را در نظر گرفت.
- در انتخاب رژیم درمانی نگهدارنده برای خانم‌های مبتلا به اختلال دوقطبی پیش و در حین بارداری، بایستی تا حد امکان موارد زیر را رعایت نمود:

- انتخاب داروهایی با حداقل احتمال تراتوژنیسیته
- مونوتراپی
- کمترین دوز موثر درمان

برای خانم‌هایی که پیش از بارداری، به عنوان درمان نگهدارنده از داروی لاموتریژین، لیتیوم یا یکی از داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم استفاده می‌کردند، بهتر است همان درمان قبلی ادامه داده شود. در صورت استفاده از والپروات یا کاربامازپین، توصیه

می‌شود از داروهای کم‌خطرتری استفاده شود. برای خانم‌هایی که تمایل دارند درمان با والپروات و کاربامازپین را ادامه بدهند، استفاده از روش باروری *in vitro* و رحم اجاره‌ای استفاده نمود.

جهت جلوگیری از کاهش غلظت خونی داروها به ویژه در سه ماهه دوم و سوم، توصیه می‌شود دوز داروها به تدریج بالا برود. بارداری باعث تغییرات بیولوژیکی می‌شود که فارماکوکینتیک دارو دچار تغییر می‌شود.

اثرات تراژوژنیسیته دارودرمانی: بعد از پایان سه ماهه اول، ریسک تراژوژنیسیته دارویی کاهش می‌یابد و می‌توان از رژیم‌های چند دارویی و دوزهای بالاتر استفاده کرد.

قطع درمان شامل خطرات زیر است

- مشخص نیست که شروع مجدد داروهای کم‌خطرتری که پیش از بارداری قطع شده‌اند، باز هم همان اثربخشی قبلی را ایجاد کند.

- در صورت قطع به ویژه قطع ناگهانی داروها، خطر عود اپیزودهای مکرر تغییر خلق افزایش پیدا می‌کند. منظور از قطع ناگهانی، قطع دارو در بازه‌ای کوتاه‌تر از دو هفته می‌باشد.

- بروز حملات مکرر در دوره بارداری برای جنین خطرناک‌تر است چرا که در این حالت جنین با دوزهای بالاتری از داروها مواجه خواهد داشت.

- خانم‌هایی که در طول بارداری درمان نگهدارنده دریافت نکردند، پس از زایمان دفعات بیشتری دچار نوسان خلق خواهند شد.

تغییر داروهای والپروات و کاربامازپین به داروهای کم‌خطرتر:

در صورتی که بیماران مصرف‌کننده والپروات و کاربامازپین حداقل در ۶ هفته گذشته دچار تغییرات خلقی نشده‌اند، می‌توان برای آن‌ها داروهای کم‌خطرتری جایگزین کرد. بر اساس مطالعاتی که در خانم‌های مبتلا به تشنج انجام شده، دو داروی والپروات و کاربامازپین تراژوژن محسوب می‌شوند. مواجهه با این داروها، به ویژه والپروات سبب تاخیر در رشد و کاهش بهره‌ی هوشی جنین خواهد شد.

به طور معمول، توصیه می‌شوند این بیماران سه تا ۶ ماه قبل از اقدام به بارداری، داروهای والپروات یا کاربامازپین را قطع کرده و داروی دیگری جایگزین آن کنند. در این حالت، فرصت کافی برای بررسی اثربخشی داروی جدید هم وجود دارد. داروی والپروات و کاربامازپین بایستی به آهستگی و در عرض ۱۵ الی ۳۰ روز قطع بشوند. به این ترتیب، احتمال بروز حملات مجدد و عود کاهش پیدا می‌کند. معمولاً توصیه می‌شود که ضمن کاهش دوز داروی والپروات/کاربامازپین، داروی جدید به آهستگی جایگزین شده و تدریجاً دوز آن بالا برده شود. لازم به ذکر است میزان کاهش دوز دارو در هر بار تیپر، بایستی ثابت بماند. به عنوان مثال هر ۳ الی ۷ روز، صرفاً ۲۵۰ میلی‌گرم از دوز مصرف والپروات کم شود. نه کمتر و نه بیشتر.

درمان‌های جایگزین به اندازه والپروات و کاربامازپین موثر نیستند و ریسک بروز اپیزودهای مکرر با این درمان‌ها بیشتر می‌شود. در نتیجه، برای بیمارانی که سابقه پاسخ‌گویی ضعیف به داروهای از قبیل لاموتریژین، کوئتیپین و ریسپریدون و لیتیوم دارند، بهتر است درمان با والپروات و کاربامازپین را ادامه بدهند. خانم‌هایی که در طول بارداری از این دو دارو استفاده می‌کنند،

بایستی از دوزهای بالاتری از فولیک اسید (۴ یا ۵ میلی گرم) استفاده کنند. با این حال، هنوز شواهد متقنی مبنی بر کاهش نقص لوله عصبی با مصرف فولیک اسید رد دست نیست.

پایش بیماران: خانم‌هایی که باردار هستند یا قصد بارداری دارند و برای اختلال دوقطبی درمان نگهدارنده دریافت می‌کنند، بایستی از نظر عود علائم مانیا و افسردگی، به ویژه افکار خودکشی یا بروز علائم سایکوتیک پایش بشوند. برای بیمارانی که در وضعیت پایدار قرار دارند، ویزیت‌ها بایستی هر ۱ یا ۲ ماه تکرار بشود. با گذر زمان و حفظ وضعیت پایدار می‌توان فواصل بین مراجعات بیمار را افزایش داد.

انتخاب رژیم درمانی مناسب برای بیماران

هیچ کارآزمایی بالینی اختصاصی جهت انتخاب درمان نگهدارنده مناسب برای بیماران دوقطبی باردار یا بیمارانی که قصد بارداری دارند، در دست نمی‌باشد. در تمام کارآزمایی‌هایی بالینی انجام شده، خانم‌های باردار از مطالعه خارج می‌شوند.

در صورتی که درمان نگهدارنده بیمارانی که به ثبات خلقی رسیده‌اند، شامل لاموتریژین، آنتی‌سایکوتیک‌های نسل دوم یا لیتیوم باشد، می‌توان در دوره بارداری یا پیش از بارداری همین داروها را ادامه داد. در صورتی که بیمار از قبل داروی نگهدارنده‌ای دریافت نمی‌کرده، انتخاب داروها با رویکرد زیر انجام می‌شود:

خط اول درمان: برای بیماران با ثبات خلق که تصمیم به بارداری دارند، خط اول درمان نگهدارنده داروی لاموتریژین است. مطالعات بالینی انجام شده نشان داده که داروی لاموتریژین نسبت به کوئتیاپین و ریسپریدون عملکرد بهتری در تثبیت خلق و خوی بیماران دارد. کارآزمایی‌های بالینی انجام شده در مادران باردار مبتلا به اختلال دوقطبی هم همین ادعا را تایید می‌کند. لازم به ذکر است که پرفایل ایمنی داروی لاموتریژین از نظر سلامت باروری نسبت به سایر داروها مناسب‌تر است و نسبت به داروهای دیگر مطالعات بیشتری با لاموتریژین در دوره بارداری در دست می‌باشد. از نظر اثربخشی، مطالعات بالینی به نفع داروی لیتیوم است اما ایمنی دارو لاموتریژین در دوره بارداری بیشتر از لیتیوم است.

غلظت خونی لاموتریژین بایستی در طول دوره مصرف به طور منظم و هر ۴ هفته یک بار پایش شده و دوز دارو بر اساس غلظت خونی تنظیم شود. نسبت غلظت خونی به دوز دارو در طول سه ماه اول بارداری کاهش پیدا کرده و در سه ماه سوم به حداقل غلظت خود می‌رسد چرا که در این بازه کلیرانس دارو افزایش پیدا می‌کند. به همین دلیل، معمولاً دوز دارو در طی دوره بارداری ۲۰ تا ۲۵ درصد افزایش پیدا می‌کند. بعد از زایمان، کلیرانس دارو کاهش پیدا می‌کند و نیاز است که دوز دارو مجدداً کم شود.

بیماران مقاوم به درمان: در بعضی موارد، داروی لاموتریژین برای کنترل علائم بیماران موثر واقع نمی‌شود. برای بیمارانی که داروی لاموتریژین را تحمل نمی‌کنند یا این دارو برایشان موثر واقع نمی‌شود، می‌توان از داروی کوئتیاپین یا ریسپریدون استفاده کرد. مطالعه‌ای این دو دارو را با هم مقایسه کرده باشد، در دست نمی‌باشد. در نتیجه انتخاب بین این دو دارو بر اساس سابقه مصرف قبلی دارو، عوارض جانبی، بیماری‌های زمینه‌ای، تمایل بیمار و هزینه‌های درمان انجام می‌شود.

بر اساس مطالعات اثربخشی لیتیوم به عنوان درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی بهتر از ریسپریدون و کوئتیاپین ارزیابی شده است اما ریسپریدون و کوئتیاپین با نواقص مادرزادی جدی در ارتباط نبوده‌اند. در حالیکه لیتیوم به طور کلی یک داروی تراتوژن محسوب می‌شود.

برای تغییر دارو، دوز لاموتریژین به آهستگی کم شده و در عرض یک الی دو هفته قطع می‌شود. در همین زمان، ریسپریدون یا کوئتیاپین با دوز کم شروع شده و کم کم با دوز بیشتر تجویز می‌شود. میزان کاهش دوز لاموتریژین در هر بازه زمانی بایستی ثابت باشد. به عنوان مثال، هر ۳ روز دوز دار ۵۰ میلی‌گرم کاهش می‌یابد نه کمتر نه بیشتر.

عواقب متابولیک مصرف دارو

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم سبب ایجاد هایپیرگلاسمی می‌شوند. در خانم‌های باردار مبتلا به دیابت، هایپیرگلاسمی با افزایش ریسک سقط‌های خودبه‌خودی، نواقص مادرزادی و ماکروزومیا همراه بوده است.

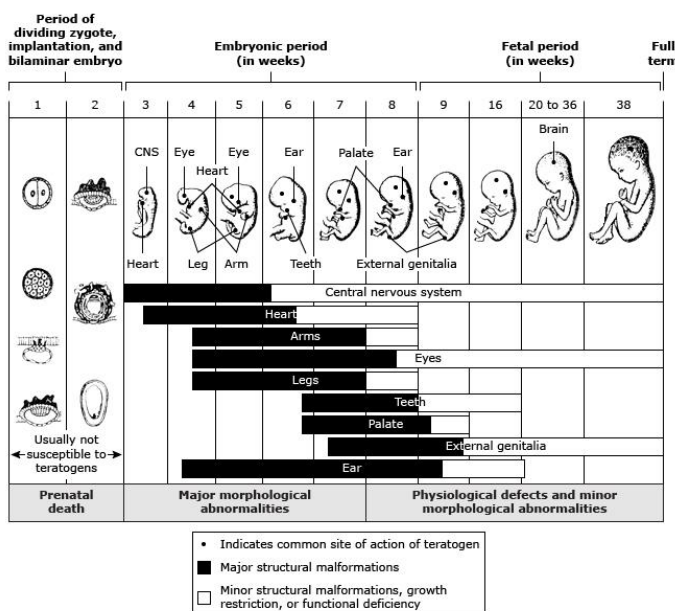
علاوه‌براین، داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم باعث بروز چاقی هم می‌شوند. چاقی در دوره بارداری می‌تواند به دیابت بارداری و پره‌اکلامسیا منجر بشود. بروز دیابت بارداری، با مصرف کلوزاپین، الانزاپین، کوئتیاپین و ریسپریدون محتمل‌تر است. در صورت تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم، موارد زیر بایستی به طور منظم در بیمار پایش شود:

- افزایش وزن

- فشار خون

- قند خون ناشتا، کلسترول و تری‌گلیسرید ناشتا. لازم به ذکر است که سطوح نرمال تری‌گلیسرید و کلسترول در خانم‌های باردار بالاتر است.

این بیماران بایستی در اولین ویزیت و در ادامه هر ۱ الی ۳ ماه بررسی شوند. تست تحمل گلوکوز هم بایستی هر ۴ ماه یک بار برای بیماران انجام بشود.



بیماران مقاوم به درمان: در مواردی که بیمار به لاموتریژین، کوئتیاپین و ریسپریدون پاسخ مناسبی نشان ندهد، گزینه درمانی بعدی داروی لیتیوم می‌باشد. این دارو یک داروی ترانوژن محسوب می‌شود و احتمال بروز نقص‌های مادرزادی قلبی (آنومالی Ebstein) را بالا می‌برد. برای مادران بارداری که از این دارو استفاده می‌کنند، انجام سونوگرافی غربالگرانه در هفته ۱۶ الی ۱۸ بارداری توصیه می‌شود. بر اساس نتیجه این غربالگری یا بارداری باید خاتمه پیدا کند یا بیمار به طور اورژانسی زایمان کند. در مواردی هم بارداری طبق روال عادی پیش رفته و نوزاد بعد از زایمان بایستی از نظر کاردیولوژی تحت نظر قرار بگیرد.

در بیماران بارداری که به ناچار بایستی از داروی لیتیوم استفاده کنند، حداقل دوز لازم برای ایجاد غلظت خونی مناسب تجویز می‌شود. جهت جلوگیری از پیک غلظت دارو در سرم، بهتر است دارو در دو یا سه وعده منقسم و ترجیحاً به صورت فرمولاسیون‌های با رهش کنترل‌شده به بیمار داده شود. مشخص نیست که آیا این راهکار ترانوژنیسته دارو را کاهش می‌دهد یا خیر. تا هفته ۳۶ بارداری، غلظت سرمی لیتیوم باید هر ۲ تا ۴ هفته و پس از آن به صورت هفتگی بررسی بشود. سایر

مانیتورینگ‌های لازم برای مادران بارداری که لیتیوم دریافت می‌کنند، عبارتند از تست‌های عملکرد تیروئید، تست‌های عملکرد کلیه که بایستی در اولین ویزیت و سپس هر سه ماه یک بار بررسی بشوند.

به طور معمول، غلظت سرمی لیتیوم در دوره بارداری کاهش پیدا کرده و برای دستیابی به اثربخشی مطلوب لازم است دوز دارو در بارداری افزایش پیدا کند. در دوره بارداری، حجم مایعات بین‌بافتی بیمار افزایش کرده و فیلتراسیون گلومرولی او نیز بالا می‌رود. در بارداری دفع کلیوی لیتیوم ۳۰ الی ۱۰۰ درصد زیاد می‌شود. در سه ماهه دوم و سوم بارداری، برای رسیدن به غلظت سرمی درمانی لیتیوم، دوز دارو بایستی دو برابر بشود.

تکرر ادرار، تشنگی، افزایش وزن و تهوع از جمله علائمی است که با مصرف لیتیوم در بارداری تشدید می‌شود. نوزاد مادرانی که در طی بارداری از لیتیوم استفاده کرده‌اند، ممکن است پس از زایمان، علائم سندرم قطع و برخی عوارض دیگر را تجربه نمایند. به همین علت، این مادران بایستی در یک مرکز درمانی مجهز زایمان کنند. جهت پیشگیری از بروز مسمومیت با لیتیوم، توصیه می‌شود در هنگام زایمان یا یک یا دو روز قبل از زمان زایمان، داروی لیتیوم قطع شود.

پس از زایمان، زمانیکه بیمار به وضعیت پایداری برسد (به شرط آن‌که قصد شیردهی نداشته باشد)، می‌توان مصرف لیتیوم را دوباره از سر گرفت اما دوز دارو بایستی نسبت به دوز دارو در سه ماهه سوم بارداری، کمتر باشد چون سطح فیلتراسیون گلومرولی، پس از زایمان، بلافاصله به سطوح قبل از بارداری برمی‌گردد. در صورتی که بیمار پیش از بارداری با لیتیوم درمان می‌شده، دارو با همان دوز قبل از بارداری شروع می‌شود. اگر بیمار قبل از بارداری لیتیوم دریافت نمی‌کرده، به طور معمول، درمان با دوز ۶۰۰ تا ۹۰۰ میلی‌گرم در روز شروع شده و در ادامه بر اساس پاسخ بیمار، هر یک الی ۵ روز، ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلی‌گرم بالا برده می‌شود. سطوح سرمی دارو، ۲۴ ساعت پس از زایمان و پس از آن هر ۳ تا ۵ روز اندازه‌گیری می‌شوند تا زمانی که سطوح خونی دارو به سطح درمانی مناسبی برسد.

تا ۱۰ روز پس از زایمان، نوزاد باید از نظر علائم مسمومیت با لیتیوم پایش شود. حتی در صورتی که غلظت خونی دارو پیش از زایمان در خون مادر در حد درمانی بوده باشد، این پایش‌ها حتماً باید انجام شود. در صورت مشاهده علائم سمیت نوزاد در هنگام زایمان، بایستی غلظت دارو در جفت اندازه‌گیری شده و برای نوزاد الکتروکاردیوگرام انجام داده شود.

بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده

در میان خانم‌های مبتلا به بیماری دوقطبی، بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده بسیار محتمل است و ممکن است سبب تشدید دفعات بروز تغییرات خلقی بشود. در صورتی که علائم این خانم‌ها قبل از بارداری با استفاده از لاموتریژین، داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم یا لیتیوم تحت کنترل بوده است، می‌توان همین داروها را در طول دوره بارداری ادامه داد.

در صورتی که پیش از بارداری برنامه‌ریزی نشده، خانم در حال مصرف والپروات یا کاربامازپین بوده است، لازم است که داروی بیمار تغییر داده شود. در این شرایط توصیه می‌کنیم که داروی جدید با دوز کم شروع شده و دوز آهسته آهسته بالا برده شود. در همین حین هم، داروی والپروات یا کاربامازپین بیمار به آهستگی کم شده و قطع شود.

تازه‌های علمی - دارویی

آیا با قطع دارو، ریزش مو مجدداً شروع می‌شود؟

آلوپسی آرئاتا یا AA² (ریزش مو سکه‌ای) فرم شایعی از ریزش مو است که در سال‌های اخیر تعداد زیادی از افراد را درگیر کرده است. به طور معمول، در درمان این نوع ریزش مو از داروهای کورتیکواستروئیدی استفاده می‌شود. یکی دیگر از داروهای پرکاربرد که در درمان ریزش مو سکه‌ای، داروی باریسیتینیب است که با دوز ۲ الی ۴ میلی‌گرم در این اندیکاسیون تجویز می‌شود و اثرگذاری بسیار خوبی هم ایجاد کرده است.

اخیراً پژوهشگران دانشگاه Yale به این نتیجه رسیده‌اند که اثرگذاری این دارو تا زمانی ادامه دارد که مصرف باریسیتینیب ادامه داشته باشد. در ادامه کارآزمایی بالینی BRAVE-AA1 که به بررسی اثربخشی داروی باریسیتینیب روی ریزش مو سکه‌ای می‌پرداخت، یک مطالعه‌ی دیگر طراحی شد که اثرات قطع دارو بر وضعیت مو و ریزش مو بیمار را ارزیابی کند.

در این پژوهش ۶۵۴ بیمار بالغ مبتلا به نوع شدید AA به ۳ گروه تقسیم‌بندی شدند. به مدت ۵۲ هفته، گروه اول روزانه ۴ میلی‌گرم باریسیتینیب، گروه دوم روزانه ۲ میلی‌گرم باریسیتینیب و گروه سوم پلاسبو دریافت کردند.



در هفته ۵۲، ۱۱۵ نفر از بیماران گروه ۱ و ۳۹ نفر از بیماران گروه ۲ مجدداً به طور ناشناس گروه‌بندی شدند. تعدادی از آن‌ها به مصرف باریسیتینیب ادامه داده و به گروه دیگر پلاسبو دادند. هدف از انجام فاز ۲ مطالعه این بود که درصد بیمارانی که تا

² Alopecia Areata

هفته ۱۵۲ شاخص SALT آن‌ها بیشتر از ۲۰ واحد افت پیدا می‌کند و همچنین درصد افرادی که با شروع مجدد دارو، بهبود را تجربه می‌کنند، مشخص شود.

بیمارانی که در فاز ۱ مطالعه جواب گرفته بودند و در ادامه در گروه پلاسبو قرار گرفتند، خیلی زود مجدداً دچار ریزش مو شدند و شاخص SALT^۳ در این بیماران ۲۰ واحد کم شد. این بیماران دوباره تحت درمان با باریسیتینیب قرار گرفتند.

در هفته ۱۵۲ مطالعه، ۹۰ درصد بیمارانی که باریسیتینیب ۴ میلی‌گرم را تا هفته ۱۵۲ ادامه دادند و ۸۹ درصد بیمارانی که باریسیتینیب ۲ میلی‌گرم را تا هفته ۱۵۲ ادامه دادند، شاخص SALT از عدد ۲۰ پایین‌تر نیامد.

افرادی که بعد از هفته ۵۲ باریسیتینیب دریافت نکردند، ریزش مو شدیدی تجربه کردند. به طوریکه در هفته ۱۵۲ صرفاً ۲۰ درصد گروه ۱ و ۱۰ درصد گروه ۲ SALT بالای ۲۰ داشتند.

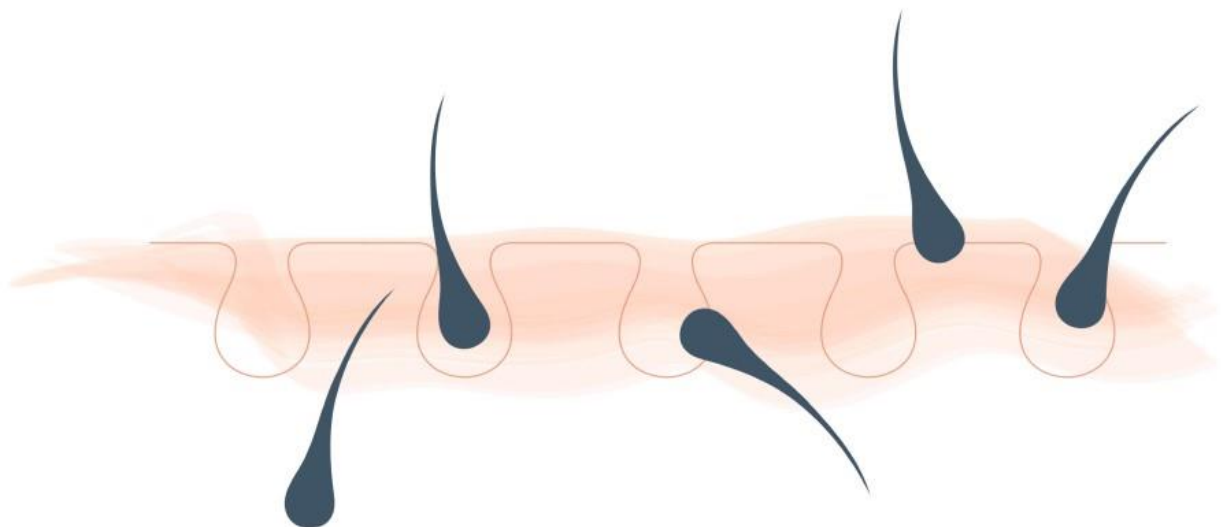
در افرادی که تا پایان زمان مطالعه باریسیتینیب را ادامه دادند، صرفاً ریزش مو در ۷ درصد موارد اتفاق افتاد. در حالیکه ۸۰ درصد بیمارانی که در فاز ۲ پلاسبو دریافت کردند، مجدداً دچار ریزش مو شدند.

بیمارانی که در فاز ۲ به دنبال دریافت پلاسبو، دچار ریزش مو شدند و دوباره تحت درمان با باریسیتینیب قرار گرفتند، مجدداً به SALT بالای ۲۰ رسیدند. این مورد، در ۸۷٫۵ درصد بیماران گروه ۱ و ۶۳ درصد بیماران گروه ۲ مشاهده شد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد بیمارانی که بعد از یک سال مصرف دارو، دارودرمانی را قطع کردند، دوباره ریزش مو شدید پیدا کرده و تقریباً تمام موهای تازه روییده شده خود را از دست دادند. بنابراین، توصیه می‌شود دوره درمان آلوپسی آره ئاتا با داروی باریسیتینیب بیشتر از یک سال ادامه داشته باشد.

۱۴ آگوست ۲۰۲۴

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

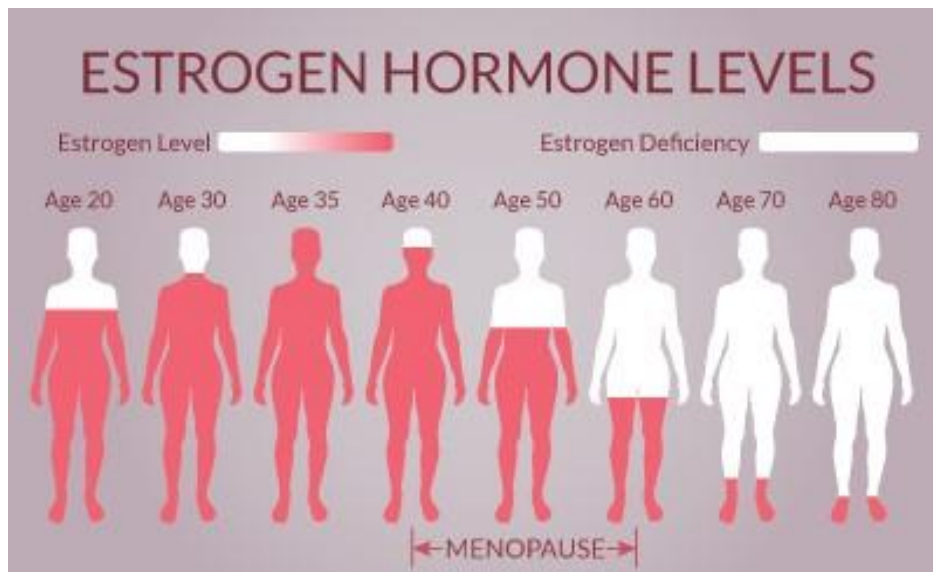


³ Severity of Alopecia Tool

معرفی یک داروی جدید: Elinzanetant

پایان دوره باروری خانم‌ها یا به اصطلاح دوره یائسگی با بروز علائم آزارنده به ویژه گرگرفتگی‌های شدید، تغییرات خلقی، خشکی و احساس درد در ناحیه واژن همراه است. در بسیاری از موارد، این علائم به مرور زمان کمتر شده و از بین می‌روند اما در بعضی حالات این علائم ممکن است تا سال‌ها (حتی تا ۱۰ سال هم) برطرف نشود و زندگی بیمار و فعالیت‌های روزمره او را با مشکل مواجه کند.

روش‌های درمانی متعدد و رژیم‌های دارویی فراوانی برای کنترل علائم دوره یائسگی وجود دارد. اصلی‌ترین درمان برای کنترل علائم پس از یائسگی خانم‌ها روش‌های مبتنی بر هورمون درمانی است. در خصوص ایمنی و بی‌خطری روش‌های هورمونی نظرات متضادی وجود دارد و همه پزشکان با تجویز این نوع داروها موافق نیستند. علاوه‌براین، همه خانم‌ها قادر به دریافت استروژن نیستند و موارد متعددی وجود دارد که استفاده از این دارو برای بیمار ممنوعیت جدی دارد.



اخیرا شرکت آلمانی Bayer داروی جدیدی وارد بازار کرده که در مدیریت شدت گرگرفتگی‌های متوسط تا شدید پس از یائسگی کاربرد دارد. این دارو که Elinzanetant نام دارد، اولین داروی آنتاگونیست دوگانه گیرنده نوروکینین ۱ و ۳ (NK-1/3) است که از مسیرهای غیرهورمونی علائم وازوموتور (VMS) دوره یائسگی را کنترل می‌کند. این دارو عملکرد گروهی از نورون‌های هیپوتالاموس (به نام KNDy) که به استروژن حساس هستند، تعدیل می‌کند. در نبود استروژن (به دنبال یائسگی)، این ناحیه از هیپوتالاموس دچار هایپرتروفی شده و مسیرهای تنظیم دمای بدن را تحریک می‌کند. به این ترتیب، خانم‌های یائسه دچار علائم وازوموتور و گرگرفتگی می‌شوند.

پیش از این، در سال ۲۰۲۳، سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) داروی fezolinetant را به عنوان اولین درمان غیرهورمونی علائم وازوموتور یائسگی تایید نمود. این دارو هم با اثر روی گیرنده نوروکینین ۳ عمل می‌کند. در حالی که داروی Elinzanetant عملکرد دوگانه دارد و هم گیرنده نوع ۱ هم گیرنده نوع ۳ را درگیر می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که گیرنده نوع ۳ نوروکینین در تنظیم خواب هم نقش دارد. بنابراین، انتظار می‌رود داروی Elinzanetant در بهبود بی‌خوابی‌های خانم‌های یائسه هم تاثیرگذار باشد.

از نظر عوارض جانبی، داروی Elinzanetant پروفایل عوارض جانبی قابل قبولی دارد. شایع‌ترین عوارض دارو سردرد و احساس خستگی بوده است. هیچ موردی از عوارض خطرناک یا سمیت‌های کبدی و کلیوی در کارآزمایی‌های بالینی انجام شده برای دارو (OASIS 1 & 2) گزارش نشد.

در مطالعات بالینی انجام شده، داروی Elinzanetant با دوزهای مختلفی روی بیماران آزمایش شد. نتایج این مطالعات حاکی از این بود دارو در دوز ۱۲۰ میلی‌گرم و ۱۶۰ میلی‌گرم به صورت یک بار در روز بهترین اثرات را برای بیماران ایجاد می‌کند. همین دوزها کیفیت خواب بیماران و به طور کلی کیفیت زندگی این افراد را به طرز چشم‌گیری ارتقا داد. اثرات درمانی دارو حدود یک هفته بعد از شروع درمان آغاز شده و پس از ۴ هفته به حداکثر میزان خود رسید. در مطالعات انجام شده، این دارو برای مدت حداکثر ۱۲ هفته برای بیماران ادامه داده شد. البته لازم به ذکر است که اثرات دارو با دوز ۱۶۰ میلی‌گرم نسبت به دوز ۱۲۰ برتری چندانی ندارد و دوز ایده‌آل فعلاً بر اساس پژوهش‌های منتشر شده، ۱۲۰ میلی‌گرم در نظر گرفته شده است.

۲۰ مارس ۲۰۲۴

منبع: [Efficacy and safety of elinzanetant: a dose-finding clinical trial \(SWITCH-1\)](#)



گیاه اسطوخودوس (Lavender): تداخلات دارویی و احتیاطات مصرف

اسطوخودوس با نام علمی *Lavandula angustifolia* یک گیاه همیشه سبز و بومی مناطق مدیترانه‌ای است. از گل این گیاه و روغن‌های فراری (اسانس) که از این گل استخراج می‌شود، در پزشکی و صنایع آرایشی-بهداشتی استفاده می‌شود.

بررسی‌های علمی حاکی از این است که اسانس اسطوخودوس، چه به صورت خوراکی چه به صورت آروماتراپی، در کنترل اضطراب کاربرد دارد. برخی پژوهشگران معتقدند استعمال موضعی روغن اسطوخودوس می‌تواند برای خانم‌هایی که در دوره قاعدگی یا PMS دچار کرامپ‌های شکمی و دیس‌مینوره هستند، کمک‌کننده باشد. تعدادی از مقالات جدید به نقش این گیاه در آلوپسی آئهراتا (ریزش مو سکه‌ای) اشاره کرده‌اند. به نظر می‌رسد استفاده موضعی از روغن اسطوخودوس در کنار رزماری و عصاره آویشن می‌تواند در عرض ۷ ماه ریزش مو را به اندازه ۴۴ درصد بهبود بخشد.



به نظر می‌رسد روغن اسطوخودوس اثرات هورمونی دارد. استفاده موضعی از این فرآورده در پسرانی که هنوز به سن بلوغ نرسیده‌اند، ممکن است منجر به اختلالات هورمونی و در بضعی موارد سبب ژنیکوماستی (بزرگی سینه‌ها) بشود.

مانند همه فرآورده‌های گیاهی، اسطوخودوس هم با تعدادی از داروهای پرکاربرد تداخل دارد که در ادامه توضیح داده شده‌اند:

داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور: گیاه اسطوخودوس سبب ایجاد خواب‌آلودگی و تا حدی گیجی می‌شود و عضلات بدن را شل می‌کند. استفاده از این فرآورده در کنار داروهایی که اثرات خواب‌آوری دارند، می‌تواند به تشدید علائم، کاهش هوشیاری بیماری و حتی مرگ منجر بشود. این تداخل با بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها، کلرال هیدرات و زولپیدم حائز اهمیت است.

مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

پاسخگوی سوالات علمی دارویی



شماره تماس ۳۰۱۰۱۰۱ 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



داروهای بیهوشی: از آنجایی که استفاده از اسطوخودوس روند فعالیت سیستم اعصاب مرکزی را کند می‌کند، استفاده از آن در کنار داروهای بیهوشی ممکن است خطرناک باشد. بیمارانی که قرار است تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، بایستی از حداقل ۲ هفته پیش از جراحی از مصرف هر گونه فرآورده حاوی اسطوخودوس خودداری کنند.

داروهای کاهنده فشار خون: افت فشار خون به دنبال استفاده از اسطوخودوس گزارش شده است. بیمارانی که تحت درمان با داروهای فشار خون هستند نباید از مقادیر بالای اسطوخودوس استفاده کنند.

سایر تداخلات: بر اساس برخی از منابع، استفاده از اسطوخودوس به افزایش اثرات داروهای رقیق‌کننده خون و داروهای کاهنده کلسترول (استاتین‌ها و نیکوتینیک اسید) منجر می‌شود.

منبع: سایت Rxlist.com و کتاب **The Review of Natural Products**

اثر منفی آگونیست‌های GLP1 بر روی رتینوپاتی دیابتی

بر اساس مطالعه‌ای که اخیراً در ژورنال *Diabetes, Obesity and Metabolism* به چاپ رسیده، به نظر می‌رسد که روند پیشروزی رتینوپاتی دیابتی (DR) بیماران دیابتی که از آگونیست‌های GLP1 استفاده کنند سریع‌تر از آن دسته بیماران است که از مهارکننده‌های SGLT2 استفاده می‌کنند.

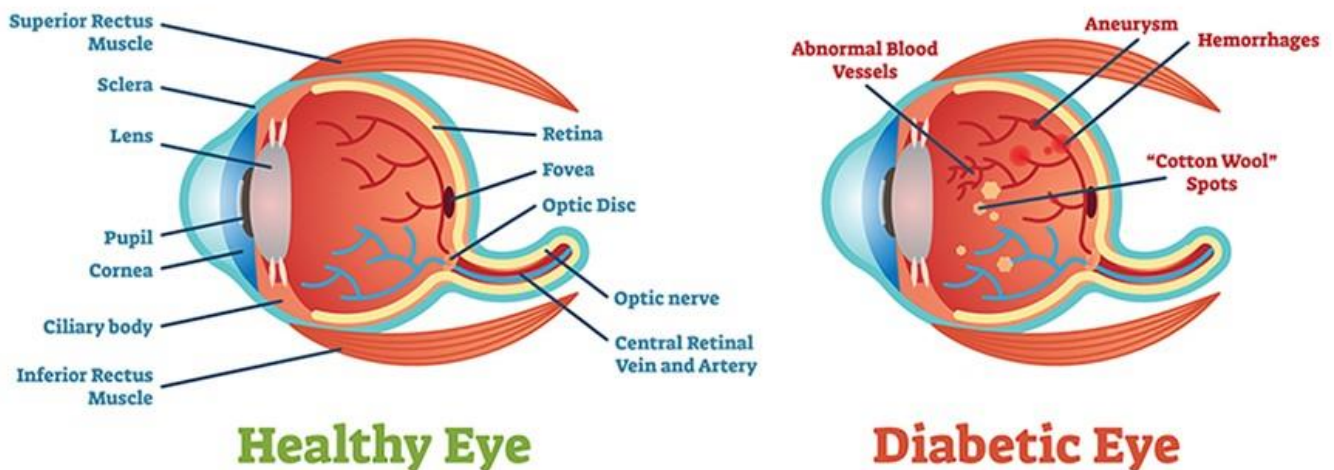
محققان تایوانی روی تعدادی زیادی از بیماران مبتلا به دیابت را که تعدادی از آن‌ها به رتینوپاتی دیابتی مبتلا شده بودند، مورد بررسی قرار دادند. ۱۵۷۱ بیمار DR داشتند و از آگونیست‌های GLP1 استفاده می‌کردند، ۹۵۴۹ بیمار DR نداشتند و از آگونیست‌های GLP1 استفاده می‌کردند، ۳۰۳۴ بیمار DR داشتند و از SGLT2 استفاده می‌کردند و ۱۹۹۰۸ بیمار DR نداشتند و از SGLT2 استفاده می‌کردند.

به نظر می‌رسد شانس بروز DR در بیمارانی که از ابتلای مطالعه به DR مبتلا نداشتند، در صورت مصرف هر کدام از دو دسته دارویی یکسان است اما در بیمارانی که از قبل دچار رتینوپاتی دیابتی شده بودند، پیشروی بیمار در میان بیماران مصرف‌کننده آگونیست‌های GLP1 بیشتر گزارش شده است.

بعضی از محققان معتقدند آگونیست‌های GLP1 در مراحل شدیدتر دیابت تجویز می‌شود. بنابراین ممکن است پیشروی سریع DR به علت پیشرفته‌تر بودن بیماری دیابت در این افراد باشد. هر چند این ادعا در حد فرضیه است.

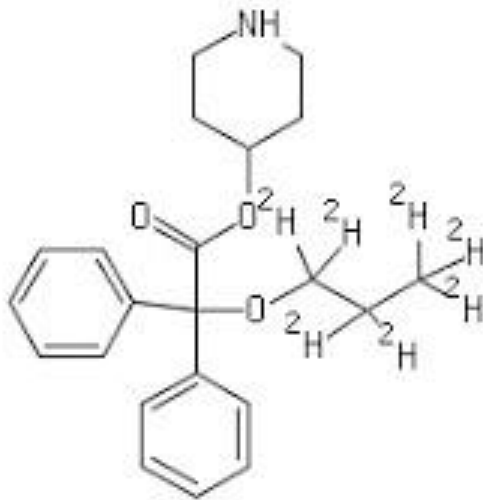
۲۶ جولای ۲۰۲۴

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



یک داروی جدید برای کنترل بی‌اختیاری ادرار

بر اساس نتایج مطالعه‌ای که محققان ژاپنی به تازگی در ژورنال Urology به چاپ رسانده‌اند، استفاده از داروی TAS-303 در کنترل بی‌اختیاری ادرار استرسی^۴ (SUI) بسیار موثرتر از پلاسبو عمل کرده است.



منظور از SUI نشت غیرارادی ادرار به دنبال کارهایی مثل عطسه کردن، سرفه، خندیدن یا بلند کردن اجسام است. به طور کلی، در این بیماری، افزایش فشار فضای داخل شکم باعث خروج ناخواسته ادرار شده و کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. درمان این بیماری بر اساس افزایش انقباضات عضلات صاف میزراه است. انقباضات این عضلات به دنبال تحریک گیرنده‌های آلفا ۲ آدرنرژیک اتفاق می‌افتد.

TAS-303 یک مهارکننده بازجذب نورآدرنالین است که از طریق افزایش تون پایه مجاری ادراری عمل می‌کند. در این بررسی که به مدت ۱۲ هفته و روی ۲۳۱ بیمار انجام شده، بیماران به دو گروه تقسیم شدند. ۱۱۵ نفر روزانه ۱۸ میلی‌گرم TAS-303 و مابقی دارونما دریافت کردند.

در پایان مطالعه، گروهی که TAS-303 دریافت کرده بودند، از نظر حجم ادرار و دفعات بی‌اختیاری وضعیت مناسب‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند. در این مطالعه، شاخص‌های مربوط به کیفیت زندگی نیز مورد بررسی قرار گرفت که به طور مشخص در گروه TAS-303 بالاتر از گروه دارونما گزارش شد.

عوارض گزارش شده از TAS-303 همگی خفیف و متوسط برآورد شدند. شایع‌ترین عارضه دارو، عوارض گوارشی بوده است. در این مطالعه، نشان داده شد که استفاده از TAS-303 به بروز عوارض سروتونرژیک مثل بروز افکار خودکشی یا خشونت منجر نشده است.

یکی از مهم‌ترین مزایای داروی TAS-303 نیمه عمر طولانی دارو و مصرف یک بار در روز آن است. بیماران می‌توانند با مصرف این دارو، فعالیت‌های روزمره خود را به صورت عادی ادامه دهند.

۳۰ جولای ۲۰۲۴

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

⁴ Stress Urinary Incontinence

تایید یک داروی جدید برای درمان رفلاکس مری به معده

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) به تازگی به داروی Voquezna (داروی Vonoprazan از شرکت داروسازی Phathom) برای تسکین سوزش معده ناشی از رفلاکس معده غیر آروزیوئیدر بزرگسالان تاییدیه صادر کرد. این دارو به صورت قرص‌های ۱۰ میلی‌گرمی فرموله شده و از طریق مهار آنزیم $\text{ATPase-K}^+-\text{H}^+$ ترشح اسید معده را مهار می‌کند. از نظر فارماکولوژیک، داروی Vonoprazan به دسته دارویی بلوک‌کننده‌های رقابتی پتاسیم تعلق دارد.

پیش از این، داروی Vonoprazam برای درمان ازوفازیت ساینده یا آروزیوئیدر تاییدیه دریافت کرده بود. علاوه بر این، مصرف آن در کنار آنتی‌بیوتیک‌ها برای ریشه‌کنی میکروب *Helicobacter Pylori* تایید شده بود.

مطالعه‌ی PHALCON یک مطالعه تصادفی‌سازی‌شده و دوسوکور است که به عنوان فاز ۳ کارآزمایی بالینی داروی Voquezna انجام شده است. در این مطالعه چند مرکزی، بیش از ۷۰۰ بیمار بالغ روزانه یک بار دارو را دریافت کردند. بیمارانی که وارد مطالعه شدند، افرادی بودند که حداقل ۴ روز در هفته علائم رفلاکس را تجربه می‌کردند.

نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهد که داروی Voquezna نسبت به PPIها موثرتر عمل می‌کند و اثرات درمانی آن از همان اولین روز مصرف آغاز می‌شود. لازم به ذکر است که اثرات درمانی دارو Voquezna تا ۲۰ هفته پس از قطع درمان ادامه داشت.

از جمله عوارض جانبی شایع این دارو می‌توان به دردهای شکمی، یبوست، اسهال، تهوع و عفونت ادراری اشاره نمود. این عوارض در دوره‌ای که بیمار تحت درمان بوده، بروز کرده است. پس از قطع دارو، موارد سینوزیت و عفونت دستگاه تنفسی فوقانی در گروه مصرف‌کننده داروی Voquezna بیشتر از گروه کنترل گزارش شده است.

۱۸ جولای ۲۰۲۴

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



⁵ Non Erosive Esophagitis

⁶ Erosive Esophagitis



بیمار اول

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۲۷ ساله‌ای هستند که فرزند دوماهه دارند و شیردهی دارند. با شکایت دومرتبه قاعدگی در ماه به متخصص زنان مراجعه کردند و پزشک برای ایشان قرص استرومارین ۱،۲۵ میلی‌گرم به مدت دو هفته تجویز کردند. سوال دارند که آیا این دارو در شیر ترشح می‌شود؟ آیا مشکلی برای فرزند شیرخوارشان ایجاد می‌شود؟

پاسخ و توصیه نهایی به بیمار: استرومارین نام تجاری استروژن کنژوگه می‌باشد. این دارو ترکیبی از چند مولکول مختلف با خواص استروژنی است. افرادی که مشکلات لکه‌بینی و خونریزی در دوهفته ابتدایی سیکل قاعدگی خود دارند، کاندید دریافت استروژن برای تنظیم سیکل قاعدگی خود هستند. این فرآورده صرفاً باعث کاهش حجم شیر مادر شده و اثر نامطلوبی روی شیرخوار ندارد.

منابع: کتاب **Uptodate و Brigg's**

دکتر علی وحدتی

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۶۰ ساله‌ای هستند که سابقه عمل قلب باز و دارای دریچه مصنوعی دارند. به تازگی با تشخیص آریتمی، قرص آمیودارون (200mg daily) برایشان تجویز شده است (توسط پزشک دیگری بجز متخصص قلب خودشان-البته در جریان مصرف وارفارین بوده‌اند). داروهای قبلی مصرفی بیمار به شرح زیر است:

Warfarin 2.5 mg daily

Metoprolol 95mg TDS

Valsartan/hydrochlorothiazide 80/12.5mg BD

Aspirin 80mg daily

Levothyroxine 0.1mg daily

بیمار به مدت ۱ هفته دارو را مصرف کرده‌اند و سپس INR را چک کرده‌اند و ۴/۵ بوده است (INR معمول بیمار ۳/۷۵ است). از زمان بررسی INR باز هم به مدت ۱ هفته داروها با همان دستور قبل (وارفارین ۲/۵ میلی‌گرم روزانه) مصرف شده است. بیمار سوال دارند که آیا آمیودارون با وارفارین تداخل دارد؟

پاسخ: تداخل رده D بین دو داروی وارفارین و آمیودارون وجود دارد (افزایش اثر ضدانعقادی آنتاگونیست‌های ویتامین K) و در مواردی که نیاز به مصرف همزمان باشد، باید تنظیم دوز وارفارین در زمان شروع یا تغییرات دوز آمیودارون انجام شود. به طور کلی کاهش دوز ۳۰-۵۰ درصدی در دوز وارفارین در زمان شروع آمیودارون قابل انجام است و بعد از این باید مانیتورینگ دقیق انجام گیرد تا دوز اپتیمال مشخص گردد. برای این بیمار با توجه به وجود دریچه فلزی هدف در تنظیم INR رسیدن به محدوده ۲/۵-۳/۵ است. در آخرین بررسی (۴ روز قبل) ۴/۵ بوده است و با توجه به نیمه عمر طولانی آمیودارون و delayed

بودن تداخل ذکر شده، ممکن است الان بالاتر هم باشد. برای اصلاح بالا بودن INR در محدوده بزرگتر مساوی ۴/۵ تا ۱۰ و عدم وجود خونریزی، با توجه به هدف درمانی (رسیدن به محدوده ۳/۵-۲/۵) باید مصرف وارفارین تا رسیدن به حداکثر سطح قابل قبول INR قطع شود. بعد از این مدت باید دوز وارفارین تنظیم شود و به طور معمول نیاز به ۲۰-۵ درصد کاهش دوز نگهدارنده هفتگی می باشد. همچنین در صورتی که بیمار در ریسک بالا برای خونریزی باشد، دوز پایین ویتامین K خوراکی ممکن است تجویز شود.

توصیه نهایی به بیمار: ارجاع به پزشک برای بررسی مجدد INR- دوز امروز وارفارین مصرف نشده است و توصیه شد فعلا hold شود- بعد از رسیدن به $INR = 3/5$ باید دوز وارفارین تنظیم شود.

منابع: Lexi- UptoDate

دکتر نرگس نعیمی

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۵۵ ساله‌ای هستند که به کبد چرب گرید ۱ مبتلا می‌باشند. متخصص گوارش و کبد برای ایشان روزانه ۲ عدد پرل ویتامین E ۴۰۰ واحدی تجویز کرده است. ایشان نگران هستند که این دوز ویتامین E برایشان مشکل ساز بشود.

ایشان سابقه ابتلا به کنسر پروستات داشته‌اند و دو سال پیش جراحی کردند. در حال حاضر امینیک ۰,۴ (روزی ۱)، لوزارتان اچ (روزی ۱) و رزوستاتین ۱۰ (روزی ۱) مصرف می‌کنند. قد بیمار ۱۷۸ سانتی‌متر و وزن ایشان ۸۸ کیلوگرم می‌باشد. **پاسخ:** خط اول درمان در بیماران غیردیابتی مبتلا به کبد چرب، ۸۰۰ واحد ویتامین E در روز می‌باشد. فلذا، دوز دارو با توجه به منابع داروئی مناسب است. اما مساله اینجاست که مصرف ویتامین E در آقایانی که به کنسر پروستات مبتلا هستند یا سابقه ابتلا به این سرطان را دارند، استفاده از ویتامین E ممنوع است.

در سال ۲۰۰۱، یک کارآزمایی بالینی عظیم راه‌اندازی شد که در آن اثرات سلیوم و ویتامین E در پیشگیری از سرطان پروستات به واسطه ماهیت آنتی‌اکسیدانی این دو ریزمغذی بررسی بشود. در این مطالعه که قرار بود بین ۷ الی ۱۲ سال طول بکشد، ۳۵،۵۳۳ آقای سالم بالای ۵۰ سال وارد مطالعه شدند. ۷ سال بعد از شروع این بررسی‌ها، محققان متوجه شدند بروز سرطان پروستات در گروهی که از ویتامین E استفاده می‌کند، به شکل قابل توجهی (در حدود ۱۷ درصد) از سایر گروه‌های مورد مطالعه بالاتر است. به دنبال این مشاهده، مطالعه متوقف شد. موسسه ملی سلامت در آمریکا (NIH) در آخرین گزارش خود ادعا کرده که مصرف ویتامین E ممکن است ریسک ابتلا به سرطان پروستات را بالا ببرد و هیچ مدرک مستدلی وجود ندارد که نشان بدهد مصرف روزانه ویتامین E از ابتلا به سرطان جلوگیری می‌کند.

توصیه نهایی به بیمار: به بیمار توصیه شد از این فرآورده استفاده نکند. تمرکز خود را بر اصلاح سبک زندگی (فعالیت بدنی بیشتر و رژیم غذایی سالم‌تر) و کاهش وزن قرار بدهد. چرا که بهترین درمان کبد چرب، کاهش وزن می‌باشد. لازم است در خصوص داروی جایگزین، با پزشک معالج مجدداً مشورت بشود.

منابع: Uptodate و سایت ODS.od.nih.gov

بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: خانمی ۲۵ ساله در ماه پنجم شیردهی است و هنوز خونریزی قاعدگی اش شروع نشده، سوال دارد آیا میتواند برای جلوگیری از بارداری از آمپول ۳ ماهه استفاده کند؟ کودک هم شیرخشک استفاده می کند و هم شیرمادر.

پاسخ: بله در شیردهی قابل استفاده است

توصیه نهایی به بیمار: هر ۱۳ هفته یکبار تزریق تکرار شود، با توجه به شرایط برای ۷ روز اول بهتر است روش بکاپ هم داشته باشد

منابع: [UptoDate](#)



سرتیتر تازه ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ دستور ریکال فرآورده کیدز گارد شرکت زیست تخمیر ببا سری ساخت KG0201
- ❖ ریکال فرآورده پروتئین وی ۱۰۰٪ با شماره سری ساخت C3_W1402007002 متعلق به شرکت نوین کاران میلاد نو
- ❖ ریکال قرص کو آموکسی کلاو ۶۲۵ Marquis wycfee & با شماره سری ساخت BET057۲۳ و BET056۲۳
- ❖ اعلام ریکال فرآورده Dextrose & Sodium Chloride (3.33% w/v) & (0.3% w/v) injection USP DNS ساخت DSDQ3074 ممنوعیت توزیع و فروش فرآورده تزریقی
- ❖ Cepefim یک گرمی شرکت Maya Biotech با سری ساخت DW002 ممنوعیت توزیع، عرضه و فروش فرآورده کپسول ویگرس
- ❖ جمع آوری فرآورده سنتی روغن شترمرغ طبی اکلاس
- ❖ اطلاع رسانی در خصوص [اعلام ۲۹ سری ساخت](#) قابل مصرف محلول دبالیز صفاقی ثامن (سایر سری های ساخت از نظر فیزیکوشیمیایی استاندارد نیستند).
- ❖ دستور توقف توزیع و جمع آوری قرص معجزه گیاهی Gensing شرکت گل بوستان
- ❖ دستور توقف توزیع، عرضه و فروش فرآورده وی پروتئین شرکت نوین کاران میلان نو با سری ساخت GM1402004001
- ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می توانید از سایت های زیر بازدید کنید:

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

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

توصیه‌های داروساز در خصوص پولیپ کولون

منظور از پولیپ برجستگی‌های کوچکی در دیواره روده بزرگ و رکتوم است. پولیپ علامت بسیار شایعیست که در بدن افراد زیادی یافت می‌شود. اغلب پولیپ‌ها خطرناک نیستند اما در برخی موارد ممکن است به سرطان‌های دستگاه گوارش تبدیل بشوند.

در اغلب موارد، پولیپ‌های روده بدون علامت هستند و به همین دلیل اکثر افراد مبتلا از وجود این زائده‌ها بی‌اطلاع هستند. ممکن است بیمار برای مشکل دیگری تحت کلونوسکوپی قرار بگیرد و در طی این پروسه، پولیپ‌هایش به طور اتفاقی تشخیص داده بشوند. در برخی موارد نادر که اندازه پولیپ بزرگ می‌شود، بیمار ممکن است علائم زیر را تجربه کند:

- مقادیر کمی موکوس یا خون در مدفوع
- خون‌ریزی از مقعد
- تغییر در الگوی اجابت مزاج (اسهال یا یبوست)
- کاهش وزن بی دلیل

پولیپ‌ها انواع مختلفی دارند. بعضی از انواع پولیپ‌ها (پولیپ‌های آدنوما، پولیپ‌های دنداندار بدون عضو⁷ (SSP) و آدنوم دنداندار سنتی⁸ (TSA)) پتانسیل سرطانی شدن را دارند. بعضی انواع دیگر از پولیپ‌ها (پولیپ‌های هایپرپلاستیک یا پولیپ‌های التهابی) به هیچ عنوان امکان سرطانی شدن ندارند.

به طور کلی، بیماران مبتلا به پولیپ باید نکات زیر را همواره در نظر داشته باشند:

- پولیپ‌های روده بسیار شایع هستند و در حدود ۳۰ الی ۵۰ درصد بالغین این پولیپ‌ها را دارند.
- همه پولیپ‌ها به سرطان تبدیل نمی‌شوند.
- سال‌های سال زمان لازم است تا پولیپ سرطانی شود.
- پولیپ‌ها را می‌توان به طور کامل و به صورت بی‌خطر از روده خارج کرد.

نحوه مدیریت پلیپ بسته به تعداد زوائد، نوع، اندازه و موقعیت آن‌ها می‌تواند متفاوت باشد.

دلایل پولیپ‌های روده

این پولیپ‌ها، صرف نظر از نژاد و قومیت، در بین خانم‌ها و آقایانی که در مناطق شهری و صنعتی زندگی می‌کنند، شایع‌تر است. از همین‌رو، به نظر می‌رسد فاکتورهای محیطی و رژیم غذایی افراد در بروز این پولیپ‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند.

سبک زندگی: هر چند علت بروز این پولیپ‌ها به طور دقیق مشخص نیست اما برخی عادات روزانه در افزایش ریسک ابتلا به این عارضه تاثیر دارند:

- استفاده از غذاهای پرچرب
- رژیم غذایی حاوی گوشت قرمز زیاد
- فیبر ناکافی در رژیم غذایی فرد

⁷ Sessile Serrated Polyps

⁸ Traditional Serrated Adenomas

- استفاده از سیگار
- چاقی

به نظر می‌رسد استفاده از داروی آسپیرین و رژیم غذایی سرشار از کلسیم احتمال ابتلا به پولیپ روده را کاهش داده و عملاً نقش محافظتی برای افراد دارد.

سن: به طور معمول، پولیپ و سرطان‌های کولورکتال در سنین قبل از ۴۰ سالگی ناشایع است. ۹۰ درصد موارد بعد از ۵۰ سالگی رخ می‌دهد. به همین علت، توصیه می‌شود غربال‌گری‌های مربوط به سرطان کولون از سن ۴۵ سالگی شروع بشود. به طور تقریبی، ۱۰ سال طول می‌کشد که یک پولیپ کوچک به سرطان تبدیل بشود. آقایان بیشتر مستعد ابتلا به پولیپ هستند.

سابقه خانوادگی و ژنتیک: به نظر می‌رسد ابتلا به پولیپ و سرطان کولون زمینه ژنتیکی داشته باشد. در بیماران مشکوک به پولیپ، سابقه خانوادگی باید حتماً توسط پزشک معالج بررسی بشود. بیماران باید در صورت ابتلا اعضای خانواده به پولیپ پزشک را مطلع کنند. سابقه خانوادگی مثبت در مواردی که پولیپ در سنین پایین در آن فرد بروز کرده باشد، از نظر بیولوژیکی به فرد خیلی نزدیک باشد یا چند نفر از اعضای خانواده به این پولیپ‌ها مبتلا باشند، از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد بود.

برخی از شرایط ژنتیکی نادر شانس ابتلا به سرطان در سنین پایین را افزایش می‌دهند.

انواع پولیپ روده‌ای

شایع‌ترین نوع پولیپ‌ها، پولیپ‌های هایپرپلاستیک، پولیپ آدنوماتوز، SSP و TSA هستند.

پولیپ هایپرپلاستیک: پولیپ هایپرپلاستیک معمولاً کوچک هستند، در قسمت انتهایی روده بزرگ (رکتوم و کولون سیگموئید) قرار دارند، پتانسیل بدخیم شدن ندارند و نگران‌کننده نیستند. تشخیص پولیپ هایپرپلاستیک از پولیپ آدنوماتوز بر اساس ظاهر در طول کولونوسکوپی همیشه ممکن نیست، به این معنی که پولیپ هایپرپلاستیک اغلب برای بررسی میکروسکوپی برداشته یا بیوپسی می‌شود.

پولیپ‌های آدنوماتوز: دو سوم پولیپ‌های روده بزرگ آدنوم هستند. بیشتر این پولیپ‌ها به سرطان تبدیل نمی‌شوند، اگرچه پتانسیل سرطانی شدن را دارند. آدنوم‌ها بر اساس اندازه، ظاهر کلی و ویژگی‌های خاص که در زیر میکروسکوپ دیده می‌شوند، به زیرگروه‌های دیگری طبقه بندی می‌شوند. به عنوان یک قاعده کلی، هرچه آدنوم بزرگتر باشد، احتمال اینکه در نهایت به سرطان تبدیل شود، بیشتر می‌شود. در نتیجه، پولیپ‌های بزرگ (بزرگ‌تر از ۵ میلی‌متر) معمولاً برای جلوگیری از سرطان و برای بررسی میکروسکوپی کامل‌تر برداشته می‌شوند.

پولیپ‌های SSP و TSA: این پولیپ‌ها پتانسیل تبدیل شدن به سرطان را دارند. معمولاً برای جلوگیری از سرطان به طور کامل برداشته می‌شوند.

پولیپ بدخیم: پولیپ‌هایی که حاوی سلول‌های سرطانی هستند به عنوان پولیپ بدخیم شناخته می‌شوند. درمان بهینه پولیپ بدخیم به میزان پیشرفتگی سرطان (در صورت بررسی با میکروسکوپ) و سایر عوامل فردی بستگی دارد.

تشخیص پولیپ کولون

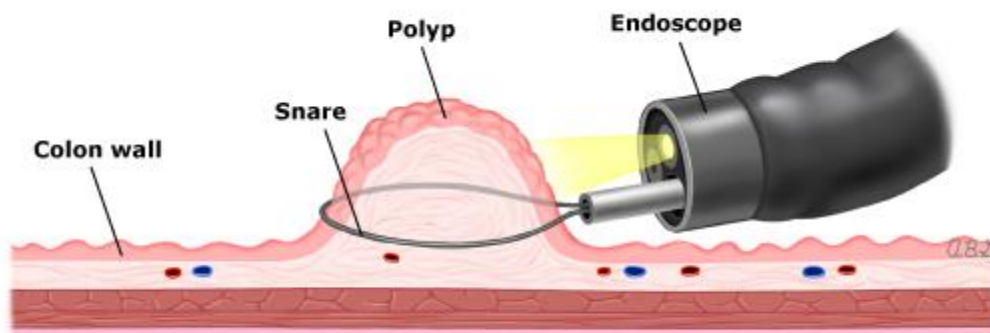
پولیپ‌ها به طور معمول بدون علامت هستند و به طور اتفاقی در طی کولونوسکوپی‌های غربالگری یا به دنبال مثبت شدن تست خون مخفی در مدفوع برای پیگیری این پولیپ‌ها اقدام می‌شود.

کولونوسکوپی بهترین روش تشخیص پولیپ‌های کولون است چرا که پزشک می‌تواند به خوبی سطح داخلی روده را مشاهده کرده و در صورتی که پولیپ خیلی بزرگ نباشد، آن را در حین پروسه کولونوسکوپی خارج کند.

بافتی که سطح پولیپ را می‌پوشاند، در اکثر مواقع شبیه بافت طبیعی روده است. در ادامه رنگ بافت روی پولیپ تغییر کرده، روی پولیپ ظاهر زخم مانند پیدا کرده و خون‌ریزی می‌کند.

درمان پولیپ کولون

برای پیشگیری از سرطان‌های کولورکتال، اصلی‌ترین راهکار، خارج کردن پولیپ‌ها از داخل روده قبل از سرطانی شدن آن‌هاست. به این پروسه پولی اکتومی گفته می‌شود. پولیپ‌های کوچک که به راحتی و در طی پروسه کولونوسکوپی از دیواره روده جدا شده و خارج می‌شوند. زمانی که اندازه پولیپ بزرگ باشد، پروسه کمی پیچیده‌تر است. جراح ابتدا با یک حلقه سیم کوچک، پولیپ را به دام می‌اندازد و در ادامه، با استفاده از جریان الکتریسیته پولیپ سوزانده می‌شود. این روش جلوی خون‌ریزی شدید در هنگام خارج کردن پولیپ را می‌گیرد. این پروسه با درد همراه نیست چرا که دیواره داخلی روده هیچ گیرنده‌ای برای درد ندارد. پیش از شروع پروسه، جهت راحتی بیمار و برای جلوگیری از درد کشیدگی ناحیه کولون، یک داروی خواب‌آور به بیمار تزریق می‌شود.



روش پولی اکتومی یک روش ایمن و بی‌خطر به شمار می‌رود اما در تعداد کمی از موارد (یک در ۱۰۰۰ مورد) ممکن است با عوارضی چون پارگی روده یا خون‌ریزی همراه باشد. در این موارد، شاید نیاز باشد بیمار تحت جراحی قرار بگیرد.

لازم به ذکر است که استفاده از استامینوفن و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAID) قبل و بعد از پولی اکتومی بلامانع است اما داروهای ضدانعقاد به خصوص داروی وارفارین طبق دستورالعمل خاصی که بر اساس بیماری‌های زمینه‌ای فرد،

دوز و عملکرد کلیوی او مشخص می‌شود، قطع شود. البته بسیاری از مراجع پزشکی استفاده از آسپیرین در جلوگیری از بروز سرطان کولورکتال را تایید کرده‌اند.

پیشگیری از سرطان کولون

چند هفته بعد از پولی اکتومی، پس از انجام بررسی‌های پاتولوژیک بر روی توده، نتایج این آنالیزها در اختیار بیمار قرار می‌گیرد. بر اساس این نتایج، ادامه روند درمان، لزوم و فواصل انجام غربال‌گری‌های بعدی تعیین خواهد شد. بیماران مبتلا به پولیپ‌های آدنوماتوز بیشتر از سایرین در ریسک بروز پولیپ‌های جدید هستند. در کولونوسکوپی دوم که معمولاً ۳ سال بعد از اولین اقدام انجام می‌شود، ۲۵ الی ۳۰ درصد احتمال مشاهده مجدد آدنوما وجود دارد. فواصل بین انجام کولونوسکوپی‌ها، بر اساس موارد زیر مشخص می‌شود:

- ویژگی‌های میکروسکوپی کولون
- تعداد و اندازه پولیپ
- امکان بررسی کامل کولون در کولونوسکوپی قبلی
- آماده‌سازی مناسب بیمار و تخلیه کامل کولون در کولونوسکوپی قبلی

افرادی که خانواده درجه یک آن‌ها (پدر، مادر، خواهر یا برادر) در سن قبل از ۶۰ سالگی دچار پولیپ شده‌اند، افرادی که بیشتر از دو نفر از اعضای درجه یک خانواده‌شان در هر سنی دچار پولیپ شده‌اند، در ریسک بیشتری برای ابتلا به پولیپ و سرطان کولورکتال هستند. به این افراد توصیه می‌شود که از سن ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از بروز عارضه پولیپ/سرطان در اعضای خانواده‌شان غربال‌گری‌های مربوط به کولون را شروع کنند. (هر کدام نزدیک‌تر باشد). غربال‌گری سرطان کولون شامل کولونوسکوپی است که هر ۵ سال یک بار باید تکرار شود. در افرادی که خانواده درجه دو آن‌ها (پدر بزرگ، مادر بزرگ، عمو و عمه) و خانواده درجه سه آن‌ها (پدر بزرگ یا مادر بزرگ والدینشان یا دختر عمو، پسر عمو و غیره) به پولیپ روده مبتلا باشند، ریسک متوسطی برای ابتلا به این بیماری دارند. برخی از شرایط، مانند سرطان روده بزرگ غیر پولیپوز ارثی (سندرم لینچ)، پولیپ آدنوماتوز خانوادگی و بیماری التهابی روده (به عنوان مثال، کولیت اولسراتیو، بیماری کرون) به طور قابل توجهی خطر ابتلا به پولیپ روده بزرگ یا سرطان را در اعضای خانواده افزایش می‌دهد.

راهکارهایی برای پیشگیری از پولیپ روده

- ۱) رژیم غذایی سرشار از میوه‌ها، سبزیجات و حبوبات غنی از فیبر
- ۲) کاهش وزن در صورت نیاز
- ۳) کاهش مصرف گوشت قرمز، غذاهای فرآوری شده و غذاهای خیلی پرچرب
- ۴) استفاده از مکمل کلسیم و ویتامین د (در صورت صلاح‌دید پزشک)

منبع: [Uptodate](#)



مناسبت‌های سلامت مهر ماه:

- ۶ مهر: روز جهانی مبارزه با هاری ✓
- ۹ مهر: روز جهانی سالمندان ✓
- ۱۸ مهر: روز جهانی سلامت روان ✓
- ۲۳ مهر: روز جهانی مبارزه با سل ✓
- ۲۸ مهر: روز جهانی پیشگیری از یوکی استخوان ✓

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)

