

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ پیشگیری از سنگ های کلیوی کلسیم اگزالات

✓ تازه های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه های داروساز در خصوص اگزما

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

پیشگیری سنگ‌های کلیوی از جنس کلسیم اگزالات

مشکل سنگ کلیه یکی از مشکلات شایع اورولوژی است. بسیاری از بیماران بیش از یک بار در زندگی خود این اختلال دردناک را تجربه می‌کنند. تشکیل مجدد سنگ یا عود سنگ کلیه در بیماران احتمال بالایی دارد. در این نوشتار کوتاه به بررسی راهکارهای دارویی و غیردارویی پیشگیری از تشکیل مجدد سنگ کلیه پرداخته شده است.

مبنای اصلی پیشگیری از تشکیل مجدد سنگ‌های اگزالاتی کاهش غلظت ادراری فاکتورهای کمک‌کننده به ساخت سنگ یعنی کلسیم و اگزالات و از طرف دیگر افزایش غلظت ادراری فاکتورهای مهارکننده تشکیل سنگ مثل سیترات است.

۱) تغییرات رژیم غذایی

به نظر می‌رسد افزایش میزان مایعات مصرفی، کلسیم موجود در رژیم غذایی، پتاسیم و فیتات در کاهش ریسک عود مجدد سنگ کلیه موثر واقع شود. از طرف دیگر، کاهش مصرف اگزالات، پروتئین‌های حیوانی، ساکروز، سدیم، فروکتوز، مکمل‌های ویتامین C و مکمل‌های حاوی کلسیم (بر خلاف کلسیم غذایی) احتمال تشکیل سنگ کلسیم اگزالات را کاهش می‌دهد.

✓ مصرف مایعات کافی

یکی از راهکارهای اصلی برای اصلاح و تنظیم شیمی ادرار افزایش مصرف مایعات است که به افزایش حجم ادرار منتج می‌شود. به نظر می‌رسد بین مصرف مایعات و حجم ادرار یک رابطه خطی وجود داشته باشد. هر چند اثرات مثبت مصرف مایعات در حجم‌های بالای ۲٫۵ لیتر در روز کمی کاهش پیدا می‌کند. توصیه عمومی به بیماران با سابقه سنگ‌های کلیوی مصرف ۲٫۵ الی ۳ لیتر آب در روز می‌باشد. البته مطالعات بالینی حاکی از آن است که نوع مایعات مصرفی بیمار اهمیت دارد. به عنوان مثال، مصرف آب گریپ‌فروت نه تنها ریسک ابتلا به سنگ کلیه را کم نکرده بلکه به دلایل نامعلوم احتمال تشکیل رسوبات کلسیم اگزالاتی را بالا می‌برد.

✓ مصرف کلسیم کافی در رژیم غذایی

کاهش میزان مصرف کلسیم رژیم غذایی به هیچ عنوان در بیمارانی که سابقه سنگ‌های کلیوی کلسیم اگزالاتی داشته‌اند، توصیه نمی‌شود. هر چند به این افراد پیشنهاد می‌شود که از مکمل‌های کلسیم استفاده نکنند. چرا که به نظر می‌رسد مکمل‌های کلسیم (صرف نظر از نوع ملح آن) احتمال تشکیل مجدد سنگ را بالا می‌برد. به طور کلی، این بیماران باید روزانه ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌گرم کلسیم در چند وعده دریافت نمایند.

شیرهای گیاهی که حاوی مقادیر قابل توجهی کلسیم هستند، گزینه مناسبی برای تامین کلسیم روزانه افراد می‌باشند. در بیمارانی که سابقه سنگ کلسیم اگزالاتی دارند اما به دلایل مختلف مانند پوکی استخوان نیاز به استفاده از مکمل‌های کلسیم دارند، لازم است پیش از شروع مکمل‌درمانی و یک ماه بعد از شروع آن میزان کلسیم ادرار سنجیده بشود. در صورتی که میزان ترشح کلسیم در ادرار از نظر بالینی بالا برآورد شود، مکمل‌درمانی متوقف شده یا دوز آن کاهش داده می‌شود. در چنین شرایطی می‌توان از دیورتیک‌های تیازیدی که ترشح کلسیم در ادرار را کاهش می‌دهند، بهره جست.

✓ کاهش مصرف پروتئین حیوانی

به همه بیماران با سابقه سنگ کلیه کلسیم اگزالاتی توصیه می‌شود میزان مصرف پروتئین حیوانی خود که از فرآورده‌های غیرلبنی کاهش بدهند. متابولیسم آمینواسیدهای حاوی سولفور باعث ایجاد سولفوریک اسید شده و ترشح کلسیم در ادرار را تسهیل می‌کند. لازم به ذکر است که آمینواسیدهای حاوی سولفور در پروتئین‌های حیوانی فراوان‌تر از منابع پروتئینی گیاهی هستند. به طور کلی، توصیه عمومی این است که مصرف روزانه پروتئین این بیماران از ۸۰ گرم در روز تجاوز نکند.

✓ کاهش مصرف اگزالات

فرآورده‌های غذایی مثل اسفناج، ریواس، سیب‌زمینی و بادام درختی حاوی مقادیر بالایی اگزالات هستند. توصیه می‌شود از مصرف چنین فرآورده‌هایی اجتناب شود و مصرف خوراکی‌هایی که میزان اگزالات آن‌ها متوسط برآورده شده (مثل بادام زمینی یا بادام هندی) محدود شود. آووکادو، چای، شکلات و گردو هم حاوی مقادیر نسبتاً زیاد اگزالات است و بهتر است کمتر در رژیم غذایی بیماران استفاده شود.

✓ پرهیز از مصرف مکمل‌های ویتامین C

ویتامین C ممکن است داخل بدن به اگزالات تبدیل شود. علاوه بر این، مصرف دوز بالای ویتامین C در قالب مکمل‌ها باعث افزایش ترشح اگزالات به داخل ادرار می‌شود. بنابراین مصرف مکمل‌های ویتامین C بایستی در این بیماران محدود شود.

✓ کاهش مصرف سدیم

میزان ترشح کلسیم به داخل ادرار با میزان سدیم مصرفی رابطه مستقیم دارد. کاهش کلسیم رژیم غذایی میزان کلسیوری بیماران را کم می‌کند. به طور کلی، این دسته بیماران بهتر است کمتر از ۲ گرم سدیم در روز دریافت نمایند.

✓ محدود کردن مصرف ساکاروز و فروکتوز

مصرف ساکاروز، صرف نظر از میزان مصرف کلسیم، دفع ادراری آن را بالا برده و احتمال تشکیل سنگ را بیشتر می‌کند. فروکتوز هم ریسک تشکیل سنگ را افزایش می‌دهد.

مطالعات جدید حاکی از آن است که احتمال تشکیل سنگ‌های کلیوی در بین افراد چاق و افراد مبتلا به دیابت بیشتر از سایرین است. به نظر می‌رسد مقاومت به انسولین میزان ترشح سیترات در ادرار را کاهش داده و ترشح کلسیم در ادرار را افزایش می‌دهد. از طرف دیگر، افزایش شاخص توده بدنی (BMI) با افزایش غلظت اگزالات در ادرار ارتباط مستقیم دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که کاهش وزن و کنترل قند خون از تشکیل سنگ‌های کلیوی جلوگیری کند. [مطالعه جدیدی](#) که اخیراً در ژورنال BMJ به چاپ رسیده حاکی از آن است که مصرف برخی داروهای مورد استفاده بیماران دیابتی به ویژه داروهای مهارکننده ترانسپورتر سدیم-گلوکز ۲ (SGLT-2) تشکیل مجدد سنگ‌های کلیوی را بلاک می‌کند.

دارودرمانی

در صورتی که بعد از ۳ الی ۶ ماه رعایت غذایی همچنان غلظت کلسیم و اگزالات در ادرار بیمار بالا باشد یا به اصطلاح سنگ بیمار فعال باشد (ایجاد سنگ جدید، بزرگ شدن سنگ قبلی یا دفع ادامه دار سنگریزه) لازم است که بیمار تحت دارودرمانی مناسب قرار بگیرد. هدف از این کار جلوگیری از رسوب بیشتر کلسیم اگزالات است. لازم به ذکر است که بر خلاف سنگ‌های اوریک اسید یا سیستینی، احتمال حل شدن سنگ‌های کلسیم اگزالاتی که از قبل تشکیل شده باشند، بسیار کم است. بنابراین، در این دسته بیماران، دفع سنگ کلیه یکی از نموده‌های درمان است. داروهای مختلفی برای پیشگیری از رسوب بیشتر کلسیم اگزالات مورد استفاده قرار می‌گیرند که به شرح زیر هستند:

✓ **تیازیدها:** این داروها باعث کاهش ترشح کلسیم در ادرار می‌شوند و در مواردی که غلظت ادراری کلسیم بالاست، مورد استفاده قرار می‌گیرند. به طور کلی، تیازیدهای طولانی اثر مثل ایندپامید و کلرتالیدون برای این مورد مناسب‌تر هستند. هر چند مطالعاتی هم در حمایت از جایگاه هیدروکلروتیازید در کاهش ریسک عود سنگ‌های کلسیم اگزالاتی وجود دارد. نکته قابل تامل این است که محدوده استاندارد برای غلظت ادراری کلسیم تعریف نشده است. بنابراین، در بیمارانی که دچار سنگ‌های مکرر کلسیم اگزالاتی هستند، سطح کلسیم ادراری اندازه‌گیری شده و هدف درمانی کاهش این مقدار خواهد بود. جهت جلوگیری از بروز عوارض این داروهای دیورتیک، حداقل دوز موثر آن‌ها برای این اندیکاسیون در نظر گرفته می‌شود.

○ کلرتالیدون: دارو با دوز ۱۲٫۵ تا ۲۵ میلی‌گرم در روز شروع می‌شود. در صورت نیاز، می‌توان دوز را تا ۵۰ یا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز افزایش داد. در اکثر موارد، اگر بیمار به دوز ۵۰ میلی‌گرم پاسخ مناسب نداشته باشد، با دوزهای بالاتر هم بهبودی حاصل نمی‌شود.

○ ایندپامید: دارو با دوز ۲٫۵ میلی‌گرم در روز شروع می‌شود.

○ هیدروکلروتیازید: دارو با دوز ۲۵ میلی‌گرم در روز شروع می‌شود. در صورت نیاز، می‌توان دوز را تا ۵۰ یا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز افزایش داد که در این حالت، با توجه به نیمه عمر کوتاه دارو، بهتر است در دوز منقسم (صبح و ظهر یا صبح و عصر) مصرف شود.

در بیمارانی که تحت درمان با تیازیدها قرار می‌گیرند، احتمال هایپوکالمی مطرح است. بنابراین، سطح پتاسیم خونی باید یک هفته پس از شروع دارو و پس از آن به صورت سالانه پایش شود. این بررسی از این جهت حائز اهمیت است که افت سطح پتاسیم سبب کاهش ترشح سیتрат در ادرار شده و احتمال تشکیل سنگ کلسیم اگزالاتی را بالا می‌برد.

برای افزایش اثربخشی تیازیدها، بیماران بایستی میزان سدیم مصرفی در رژیم غذایی خود را کاهش بدهند. در صورتی که دو ماه پس از شروع درمان با تیازیدها، سطح کلسیم ادرار کاهش پیدا نکرده باشد، احتمالاً مقصر اصلی سدیم است و باید در رژیم غذایی بیمار بسیار محدود شود. در این موارد، اضافه کردن آمیلوراید (۵ الی ۱۰ میلی‌گرم در روز) می‌تواند کمک‌کننده باشد. این دارو که از دسته دیورتیک‌های نگهدارنده پتاسیم^۱ می‌باشد، بازجذب توبولی کلسیم را افزایش داده و میزان کلسیم موجود در ادرار را کم می‌کند. پر واضح است که این دارو با جلوگیری از هایپوکالمی، از افت غلظت ادراری سیترات پیشگیری کرده و از این طریق هم به جلوگیری از تشکیل مجدد سنگ کمک می‌کند.

✓ **پتاسیم سیترات یا پتاسیم بی‌کربنات:** در مواردی که تیازیدها اثربخشی کافی ندارند یا برای بیمار قابل تحمل نیستند، می‌توان از پتاسیم سیترات یا پتاسیم بی‌کربنات استفاده کرد. این فرآورده‌ها در مواردی که میزان سیترات

^۱ Potassium Sparing Diuretic

ادرار کم باشد نیز، قابل تجویز هستند. این درمان می‌تواند به تنهایی یا در کنار تیازیدها تجویز شود. مصرف همزمان فرآورده‌های پتاسیم‌دار و آمیلوراید توصیه نمی‌شود چرا که این ترکیب ممکن است بیمار را در معرض هایپرکالمی قرار بدهد. به طور معمول، درمان با پتاسیم سیترات (۳۰ تا ۴۰ میلی‌اکی‌والان در روز در ۲ یا ۳ دوز منقسم) یا پتاسیم بیکربنات (۲۵ تا ۵۰ میلی‌اکی‌والان در دو دوز منقسم) انجام می‌شود. لازم به ذکر است که این داروها باید با دوز کم شروع شده و در ادامه، ضمن پایش سطح سیترات ادرار و پتاسیم سرم تیتراپ شوند. سیترات قادر است با کلسیم باند شده و یک کمپلکس محلول تشکیل بدهد. به این ترتیب، کلسیم با اگزالات و فسفات باند نشده و سنگی تشکیل نمی‌شود. قلیایی کردن ادرار سبب تسهیل و افزایش ترشح سیترات در ادرار می‌شود. پتاسیم بیکربنات با این مکانیسم به کاهش ریسک تشکیل سنگ کلسیم اگزالاتی کمک می‌کند. سیتراتی که از طریق دارو وارد بدن شود، در عرض چند دقیقه به بیکربنات متابولیزه می‌شود و به افزایش pH ادرار هم کمک می‌کند. بنابراین، پتاسیم سیترات از دو مسیر مختلف به افزایش سیترات ادراری کمک کرده و کمی موثرتر از پتاسیم بیکربنات عمل می‌کند.

لازم به تأکید است که برخلاف تصور عمومی، نوشیدنی‌هایی مثل آب پرتقال یا آب کرن‌بری حاوی مقادیر حاوی سیترات نیستند و به پیشگیری از سنگ‌های کلیوی کلسیم اگزالاتی کمکی نمی‌کنند.

✓ **آلوپورینول:** در موارد سنگ‌های کلیوی راجعه کلسیم اگزالاتی که اوریک اسید ادرار بالاست، داروی آلوپورینول (۳۰۰ میلی‌گرم در روز) می‌تواند کمک‌کننده باشد. هر چند در این زمینه اتفاق نظر وجود ندارد اما به نظر می‌رسد سطوح بالای اوریک اسید ادرار ریسک تشکیل سنگ‌های کلسیم اگزالاتی را بالا می‌برد.

✓ **کلسیم کربنات:** در برخی بیماران علت تشکیل مجدد سنگ‌های کلسیم اگزالاتی، غلظت بالای اگزالات در ادرار است. در مواردی که غلظت بالای اگزالات ناشی از جذب گوارشی بالای آن باشد (هایپراگزالوری روده‌ای)، می‌توان از کلسیم به عنوان اگزالات بایندر استفاده کرد. این بیماران می‌توانند بین ۱ تا ۴ گرم کلسیم (با ملح کربنات یا سیترات) همراه وعده غذایی خود دریافت نمایند که با اگزالات موجود در غذا بایند شده و از جذب خوراکی آن جلوگیری کند. هر چند در قسمت‌های بالاتر اشاره شد که استفاده از مکمل‌های کلسیم در این بیماران توصیه نمی‌شود اما اهمیت کاهش جذب اگزالات بیشتر از مقادیر اندک کلسیمی است که از این طریق وارد جریان خون بیمار می‌شود. البته در این دسته بیماران، کاهش اگزالات موجود در رژیم غذایی راهکار اصلی و اولیه شروع درمان است.

✓ **کلستیرامین:** کلستیرامین فرآورده‌ای است که هم با اگزالات و هم با اسیدهای صفراوی باند شده و می‌تواند به کاهش جذب گوارشی اگزالات کمک کند. البته عوارض جانبی این راهکار درمانی معمولاً برای بیماران قابل تحمل نیست.

✓ **منیزیم اکساید:** در بیمارانی که هایپراگزالوری اولیه دارند (میزان تولید اگزالات در بدن بالاست)، استفاده از منیزیم اکساید کریستال شدن سنگ‌های کلسیم اگزالات را مهار می‌کند.

✓ **روغن ماهی:** هر چند هیچ کارآزمایی بالینی جهت بررسی اثرات پیشگیرانه مکمل‌های حاوی روغن ماهی انجام نشده اما از آنجایی که شیوع سنگ کلیه در جمعیت‌هایی که رژیم غذایی آن‌ها سرشار از غذاهای دریایی است، بسیار پایین است، احتمال داده می‌شود این فرآورده مغذی در پیشگیری از تشکیل سنگ کلیه موثر واقع شود.

ارتباط بین مصرف استامینوفن در بارداری و ریسک اوتیسم در فرزندان

اخیرا صحبت‌های جنجالی زیادی در خصوص افزایش ریسک اوتیسم به دنبال استفاده از استامینوفن در دوره بارداری مطرح شده است. برخی از این ادعاها از طرف چهره‌های غیرعلمی و غیرمتخصص برجسته شده است. در این نوشتار کوتاه به بررسی صحت و سقم این ادعا می‌پردازیم.

استامینوفن به صورت روتین در مراحل مختلف بارداری تجویز می‌شود. این دارو گزینه انتخابی برای مدیریت تب و درد علی‌الخصوص سردردهای میگرنی در دوره بارداری است. این دارو قادر است از جفت عبور کند و وارد جریان خون جنینی بشود. در گذشته تصور عمومی بر این بود که استفاده از استامینوفن در دوره بارداری کاملاً بی‌خطر است و نیاز به رعایت هیچ احتیاطی وجود ندارد. هر چند بررسی‌های جدید نتایج متفاوتی به همراه داشتند.

به طور کلی، ریسک بروز عوارض جانبی در جنین به دنبال استفاده از استامینوفن در دوره بارداری بسیار پایین است. مصرف طولانی مدت این دارو (برای چندین هفته) ممکن است

با برخی اختلالات عصبی-تکاملی^۲ مانند اوتیسم، بیش‌فعالی^۳ (ADHD) و کاهش ضریب هوشی یا IQ^۴ ارتباط داشته باشد. نتایج این مطالعات هنوز کاملاً قطعی نشده و دانشمندان نتوانستند رابطه علی-معلولی بین مصرف استامینوفن و اختلالات عصبی-تکاملی برقرار کنند. از طرف دیگر، مقالات نشان می‌دهند که مصرف کوتاه مدت استامینوفن به ویژه در شرایطی که مادر دچار تب باشد، هیچ آسیب یا خطری به دنبال نداشته و از جنین در برابر خطرات ناشی از تب مادر محافظت کرده است. عوارض ابتلا به تب در دوره بارداری می‌تواند بسیار جدی باشد. از جمله عواقب خطرناک تب مادر در دوره بارداری می‌توان به اختلالات کانال عصبی در جنین، شکاف کامی و نارسایی قلبی مادرزادی اشاره کرد. بنابراین، مانند هر داروی دیگری، استفاده روتین و طولانی مدت استامینوفن در دوره بارداری می‌تواند مشکل‌ساز باشد اما در صورتی که مادر تب داشته باشد یا به هر دلیل دیگری نیاز به استفاده از استامینوفن داشته باشد، نباید به علت بارداری از تجویز یا مصرف دارو خودداری کرد. سایر گزینه‌های درمانی برای مدیریت تب و درد عبارتند از آسپرین، ایبوپروفن و برخی از داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی^۵ (NSAIDs) که مشخصاً آثار سوء اثبات شده روی جنین دارند. بنابراین، همچنان استامینوفن بهترین گزینه برای مادران باردار است.

در سال ۲۰۱۷، یک مطالعه کوهورت با عنوان کوهورت مادر و فرزند در نروژ انجام شده است. در این مطالعه، ۱۱۴،۵۰۰ کودک که بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۹ به دنیا آمده بودند، بررسی شدند. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که ریسک بروز اوتیسم در نوزادانی که مادرشان به دلیل تب در حین بارداری از استامینوفن استفاده کرده است، پایین‌تر از نوزادانی بود که مادرشان با وجود تب، استامینوفن دریافت نکرده بود. علاوه بر این، در این مطالعه نشان داده شد که از ۵۱،۲۰۰ بارداری مورد بررسی، ۲۰،۷۴۹ (۴۰،۵٪) از مادران حداقل یک بار در حین بارداری از استامینوفن استفاده کردند. استفاده طولانی مدت (بیشتر از ۲۸ روز) با تاخیر در رشد حرکتی و اختلال در توانایی برقراری ارتباط، همراه بود. چنین علائمی در مصرف کوتاه مدت (زیر ۲۸ روز) مشاهده نشد.

^۲ Neurodevelopmental

^۳ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

^۴ Intelligence Quotient

^۵ Non-Steroid Anti-Inflammatory Drugs

مطالعه‌ی مشابهی در کشور سوئد انجام شده و ۲,۵ میلیون کودکی را که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۹ متولد شده‌اند، مورد بررسی قرار داده است. در این مطالعه، ۱,۴۲ درصد کودکانی که در دوره جنینی با استامینوفن مواجهه داشته‌اند، دچار اوتیسم شدند در حالیکه نرخ بروز اوتیسم در بین کودکانی که مواجهه جنینی با استامینوفن نداشته‌اند، ۱,۳۳ درصد گزارش شده است. این اختلاف آنقدر ناچیز است که نشان می‌دهد استفاده یا عدم استفاده از استامینوفن در حین بارداری تفاوتی در ریسک ابتلا به اوتیسم ایجاد نمی‌کند.

خطاها و ایرادات متعددی به مقالاتی که به ارتباط بین استامینوفن و اوتیسم اشاره کرده‌اند، وارد است که تعدادی از آن‌ها به شرح زیر است:

- استامینوفن در اکثر کشورهای دنیا یک دارو بدون نسخه^۶ (OTC) است و اکثر بیماران بدون نسخه و بدون تجویز پزشک این دارو را تهیه و مصرف می‌کنند. بنابراین، بسیاری از مادرانی که از دارو استامینوفن در هنگام بارداری استفاده کرده‌اند، در مطالعات مربوطه وارد نشده و بررسی نمی‌شوند. بسیاری از این مادران، بدون هیچ مشکل یا عارضه‌ای، برای مدیریت درد یا تب از استامینوفن استفاده کرده بودند.
 - هیچ یک از مطالعات انجام شده موفق به برقراری ارتباط علی-معلولی بین مصرف استامینوفن و اوتیسم نشده‌اند. در برخی از مطالعات، صرفاً بین دارو و بیماری، ارتباط یا Correlation گزارش شده است. به این معنی که مادرانی که فرزند آن‌ها دچار اوتیسم شده، با استامینوفن مواجهه داشته‌اند. هنوز اطلاعات متقن و قابل اتکایی در دست نیست که نشان بدهد استامینوفن علت بروز اوتیسم باشد.
 - عوامل مخدوش‌کننده^۷ یکی از اصلی‌ترین مواردی هستند که باید پیش از استنتاج و نتیجه‌گیری مورد توجه قرار بگیرند. خانم‌هایی که در طول بارداری ناچار به استفاده از استامینوفن هستند، معمولاً از وضعیت سلامت عمومی پایین‌تری برخوردارند، بیماری زمینه‌ای دارند یا دچار عفونت شده‌اند. بروز اوتیسم در فرزند این مادران ممکن است به علت بیماری زمینه‌ای رخ بدهد نه مصرف دارو. اپیدمیولوژیست‌های دانشگاه کارولینسکای سوئد معتقدند که در مطالعاتی که مبنای این ادعای جنجالی قرار گرفته‌اند، فاکتورهای مخدوش‌کننده به اندازه کافی مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.
 - در سال ۲۰۲۴ مطالعه‌ای انجام شد که ریسک ابتلا به اوتیسم را در کودکانی که از یک مادر متولد شده‌اند (خواهران و برادران) مقایسه می‌کرد. این کودکان پایه ژنتیکی مشترکی دارند و از نظر بستر رشد و شرایط جسمانی مادر وضعیت یکسانی را تجربه می‌کنند. بنابراین، هر گونه تفاوتی در میزان ابتلا به اوتیسم در بین این گروه‌ها می‌تواند به علت مصرف دارو اتفاق افتاده باشد. نتایج این بررسی نشان داد که بین مصرف استامینوفن با بروز اوتیسم، ADHD و عقب‌ماندگی ذهنی هیچ ارتباطی وجود ندارد.
- در نهایت، می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که مصرف استامینوفن در بارداری علت بروز اوتیسم در بین کودکان نیست. هر چند بهتر است دارو فقط در صورت نیاز، با حداقل دوز و برای حداقل مدت زمان ممکن مورد استفاده قرار بگیرد.

۲۲ سپتامبر ۲۰۲۵

منبع: [Uptodate](#)، کتاب Brigg's و سرمقاله ژورنال [Nature](#)

^۶ Over the Counter

^۷ Confounding Factors

کانابیس و افزایش ریسک ابتلا به دیابت

مصرف کانابیس در سرتاسر دنیا با سرعت زیادی رو به افزایش است به طوریکه تخمین زده می‌شود حداقل ۴,۵٪ درصد از جمعیت جهان در سال ۲۰۲۴ از این فرآورده استفاده کرده باشند. اثرات بلند مدت متابولیک این ترکیب کاملاً ناشناخته است. پیشتر بعضی مطالعات از پتانسل مثبت کانابیس در زمینه کاهش وزن و اثرات ضدالتهابی آن نوشته بودند. در حالیکه مطالعات جدیدتر نشان می‌دهند کانابیس سبب کاهش حساسیت به انسولین شده و تنظیم گلوکز خون را مختل می‌کند. به نظر می‌رسد استفاده از کانابیس ریسک ابتلا به دیابت نوع ۲ را ۴ برابر بیشتر می‌کند.

پژوهشگران دانشگاه بوستون به بررسی داده‌های ۵۴ مرکز درمانی در آمریکا و اروپا پرداختند. در این مطالعه، ۹۶,۷۹۵ بیمار بین ۱۸ تا ۵۰ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. (۵,۵۲ درصد جمعیت مورد بررسی خانم بودند). این افراد بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۸ با یک دلیل مرتبط به کانابیس به مرکز درمانی مراجعه کرده بودند. برخی از این افراد دچار اعتیاد به کانابیس بودند، برخی دیگر فرآورده را گاهی استفاده می‌کردند، عده‌ای به دلیل مسمومیت و بعضی به دلیل علائم Withdrawal یا سندرم قطع مراجعه کرده بودند.

این افراد با گروه از افراد سالم که از نظر وضعیت سنی، جنسیتی و بیماری‌های زمینه‌ای شرایط مشابه داشتند، مچ و مقایسه شدند. با مطالعه این دو گروه، محققان پی بردند که نرخ بروز موارد جدید دیابت نوع ۲ در گروه کانابیس ۲,۲ درصد و در گروه شاهد ۰,۶ درصد بوده است. هر چند مکانیسم دقیق این عارضه شناسایی نشده است، احتمال داده می‌شود که کانابیس از طریق افزایش مقاومت به انسولین بیماران را در معرض ابتلا به دیابت قرار می‌دهد.

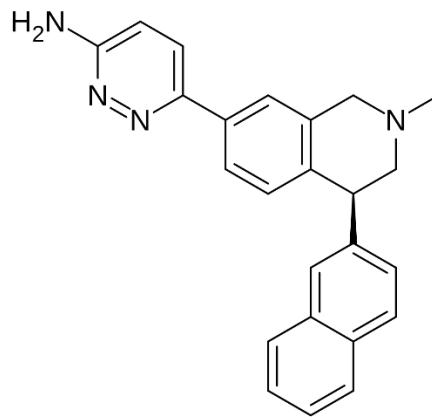
۱۵ سپتامبر ۲۰۲۵

منبع: [Scitechdaily.Com](https://www.scitechdaily.com) سایت



یک دسته داروئی جدید برای درمان افسردگی

داروی Liafensine اولین دارو از دسته مهارکننده‌های سه‌گانه است که بازجذب سروتونین، نوراپی‌نفرین و دوپامین را مهار می‌کند. این دارو در کنترل موارد افسردگی مقاوم به درمان^۸ (TRD) در افرادی که حامل ژن (ANK3) Ankyrin-3 هستند، اثربخشی و تحمل‌پذیری بسیار خوبی دارد. دارو فاز دو مطالعات بالینی را به تازگی طی کرده و تمامی شاخص‌های بالینی را در بیمارانی که حامل ژن مربوطه بودند، بهبود بخشیده است. علائم افسردگی بیمارانی که تحت درمان با Liafensine قرار گرفتند، در عرض ۷ روز پس از شروع دارو به میزان قابل‌توجهی کاهش پیدا کرد. شروع اثر این دارو در مقایسه با سایر داروهای ضدافسردگی بسیار سریع‌تر است.



liafensine اولین داروی سیستم اعصاب و روان است که بر اساس بیومارکرهای ژنتیکی هدف‌گذاری شده است. ژن ANK3 از طریق اثرگذاری بر روی پروتئین‌های غشای سلولی نقش بسیار مهمی در روند سیگنالینگ بین نورون‌ها بازی می‌کند. این ژن بیشتر در سیستم اعصاب بیان شده و به نظر می‌رسد با بیماری‌های اعصاب و روان مثل افسردگی ارتباط مستقیم دارد. بر خلاف داروهای معمول ضدافسردگی که از طریق مهار بازجذب سروتونین یا بازجذب سروتونین و نوراپی‌نفرین عمل می‌کنند، داروی liafensine ترنسپورترهای هر سه مونوآمین کلیدی از جمله دوپامین را مهار می‌کنند. هر چند نقش ژن ANK3 در تعیین اثربخشی داروی liafensine به طور کامل شناخته نشده است. به نظر می‌رسد که این ژن روی مسیرهای سیگنالینگ دوپامین اثرگذار باشد. به جز مطالعه فاز ۲ کارآزمایی بالینی دارو که توسط شرکت سازنده، شرکت Denovo Biopharma انجام شده، دو مطالعه بالینی بزرگ دیگر هم در خصوص این مولکول طراحی و انجام شد که در هیچ کدام ژنتیک بیماران لحاظ نشده بود. در این مطالعات داروی liafensine نسبت به پلاسبو برتری ویژه‌ای نداشت. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این دارو صرفاً در بیماران حامل ژن ANK3 اثربخشی قابل‌توجهی دارد. این دارو با دوز ۱ میلی‌گرم یا ۲ میلی‌گرم در روز استفاده شده است که هر دو به یک اندازه برای بیماران تاثیرگذار بوده‌اند. به نظر می‌رسد دوز یک میلی‌گرم با عوارض کمتری همراه بوده و برای بیماران تحمل‌پذیرتر است. از عوارض شایع مصرف liafensine می‌توان به تهوع و سردرد اشاره کرد که برای اکثر بیماران قابل تحمل بودند.

۱۵ سپتامبر ۲۰۲۵

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

⁸ Treatment-Resistant Depression

گیاه زیره سیاه (Caraway): تداخلات دارویی و احتیاطات مصرف

گیاه زیره با نام علمی *Carum carvi* گیاهی از خانواده چتریان است که روغن، میوه و دانه آن در مصارف پزشکی و غذایی به کار می‌رود.

از اصلی‌ترین کاربردهای درمانی این گیاه می‌توان به درمان علائم سوءهاضمه و نفخ اشاره کرد. فرآورده‌های حاوی این گیاه در مدیریت یبوست و علائم سندرم روده تحریک‌پذیر^۹ (IBS) کمک‌کننده هستند.

این گیاه به صورت گسترده برای مصارف غذایی کاربرد دارد و در مقادیر معمول، عارضه خاصی به دنبال ندارد. بعضی افراد ممکن است با مصرف زیره سیاه درجاتی از مشکلات گوارشی از جمله سوزش سردل و تهوع را تجربه کنند. استفاده موضعی از روغن زیره سیاه برای مدیریت دردهای مفصلی و عضلانی-اسکلتی تا ۳ هفته بدون عارضه و ایمن است. زیره با افزایش جریان خون به کاهش درد و التهاب بیماران کمک می‌کند.

در گذشته از زیره سیاه برای القا قاعدگی استفاده می‌کردند. از همین رو، مصرف آن در خانم‌های باردار، چه به صورت خوراکی چه به صورت موضعی، به دلیل ریسک سقط جنین توصیه نمی‌شود. اطلاعات کافی در خصوص ایمنی زیره سیاه در شیردهی در دست نیست. به همین دلیل، به مادران شیرده پیشنهاد می‌شود از فرآورده‌های دارویی حاوی زیره سیاه استفاده نکنند. هر چند در طب سنتی، زیره برای افزایش شیر مادر توصیه شده است.

بهتر است فرآورده‌های حاوی زیره سیاه از حداقل دو هفته قبل از انجام عمل جراحی قطع شوند چرا که این فرآورده‌ها ممکن است با پروسه بیهوشی بیمار تداخل داشته باشند.

یکی از عوارض محتمل با زیره سیاه هموکروماتوزیس یا تجمع آهن در بدن است. عصاره زیره سیاه جذب گوارشی آهن را افزایش داده و مصرف آن در کنار فرآورده‌های غذایی حاوی آهن یا مکمل‌های آهن‌دار باعث ازدیاد جذب آهن می‌شود.

مانند همه فرآورده‌های گیاهی، گیاه زیره سیاه هم با برخی از داروهای شیمیایی تداخلات مهم و حائز اهمیت دارد. فهرستی از مهم‌ترین تداخلات این دارو در ادامه آورده شده است:

- **داروهای کاهنده قند خون:** عصاره زیره سیاه سبب افت قند خون می‌شود. بیمارانی که از داروهای کاهنده قند خون استفاده می‌کنند، بایستی در صورت استفاده از زیره سیاه، قند خون خود را پایش کنند.
- **لیتیوم:** عصاره زیره سیاه روند دفع لیتیوم از بدن را کند کرده و باعث افزایش سطح سرمی دارو می‌شود. به این ترتیب، ریسک بروز عوارض جانبی و مسمومیت با لیتیوم، به دنبال استفاده از زیره سیاه بالا می‌رود.
- **داروهای سرکوب‌کننده سیستم اعصاب مرکزی:** عصاره زیره سیاه اثرات خواب‌آوری دارد و می‌تواند مرکز تنفس در مغز را سرکوب کند. مصرف همزمان آن در کنار داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش می‌تواند سبب تشدید این عارضه شده و بسیار خطرناک باشد.
- **داروهای مدر (دیورتیک):** استفاده از زیره سیاه می‌تواند در برخی موارد منجر به افت سطح پتاسیم خون یا هایپوکالمی شود. دیورتیک‌ها هم دفع ادراری پتاسیم را افزایش می‌دهند. بنابراین، مصرف همزمان این فرآورده‌ها ممکن است سبب افت شدید و گاهی نگران‌کننده این الکترولیت بشود.

⁹ Irritable Bowel Disease

- داروهایی که توسط آنزیم کبدی CYP1A1 متابولیزه می‌شوند: زیره سیاه از طریق مهار آنزیم CYP1A1 روند متابولیسم داروهایی مانند تتوفیلین را کند کرده و سبب تجمع این داروها در بدن می‌شود. در این شرایط، احتمال بروز عوارض جانبی و مسمومیت افزایش پیدا می‌کند.

منبع: سایت Webmd.com



معرفی یک داروی جدید: Mavacamten

داروی Mavacamten اولین داروی مهارکننده میوزین قلبی است که در درمان اختلال کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک کاربرد دارد.

کاردیومیوپاتی هایپرتروفیک^{۱۰} (HCM) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی ارثی است. بیماران مبتلا دچار هایپرتروفی عضلات بطن چپ هستند. در این اختلال عضلات قلبی بزرگ و ضخیم می‌شوند. ضخیم شدن عضلات روند پمپاژ خون توسط قلب را دشوار می‌کند. از جمله علائمی که این اختلال ممکن است ایجاد کند عبارتند از تنگی نفس، ضربان‌های قلب غیرعادی و درد قفسه سینه به ویژه در هنگام فعالیت. در این اختلال، دیواره بین دو بطن یا سپتوم ضخیم شده و روند خروج خون از قلب را با اختلال مواجه می‌کند. در این حالت، بیماری فرد HCM انسدادی نام می‌گیرد. بیماران در این شرایط مستعد ابتلا به نارسائی قلب و ایست قلبی خواهند بود.

یکی از جدیدترین داروهایی که در مدیریت این بیماری مورد استفاده قرار می‌گیرد، داروی Mavacamten است که در سال ۲۰۲۲ برای این اندیکاسیون تاییدیه سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) را دریافت کرد.

مکانیسم عمل

Mavacamten مهارکننده آلوستریک^{۱۱}، انتخابی و برگشت‌پذیر آنزیم ATPase میوزین قلبی است که از اتصال پروتئین‌های اکتین و میوزین به یک دیگر جلوگیری می‌کند. همانطور که می‌دانید، در روند انقباض عضلات قلبی، دو پروتئین اکتین و میوزین نقش کلیدی بازی می‌کنند. اتصال این دو پروتئین و تشکیل ساختاری به نام پل عرضی باعث منقبض شدن عضلات قلبی می‌شود. داروی Mavacamten با کاهش توانایی انقباض عضلات قلبی، از هایپرتروفی این عضلات جلوگیری کرده و همچنین سبب کاهش شاخص کسر جهشی^{۱۲} (EF) می‌گردد.

اشکال دارویی

Mavacamten به صورت کپسول خوراکی با قدرت ۵، ۲، ۵، ۱۰ و ۱۵ میلی گرم فرموله شده است.

دوزبندی

به طور معمول، دارو با دوز ۵ میلی گرم یک بار در روز شروع شده و در صورت نیاز و تحمل بیمار، دوز دارو می‌تواند هر ۴ هفته یک بار افزایش داده شود و تا حداکثر به ۱۵ میلی گرم در روز برسد. غلظت پلاسمایی دارو بایستی در محدوده ۳۵۰ الی ۷۰۰ نانوگرم در لیتر قرار بگیرد تا شاهد تاثیرات بالینی دارو باشیم. معمولاً رسیدن به سطح پلاسمایی هدف چند هفته زمان می‌برد. در ابتدای درمان و همچنین به صورت دوره‌ای در حین دریافت دارو، وضعیت بالینی بیمار و شاخص EF بایستی پایش و بررسی شود. لازم به ذکر است که دارو فقط و فقط زمانی برای بیماران شروع می‌شود که EF بالای ۵۵ درصد باشد. در حال حاضر، تنظیم دوز کبدی و کلیوی برای دارو در نظر گرفته نشده است. هر چند در بیمارانی که نارسایی شدید کبدی یا کلیوی دارند، دارو باید با احتیاط مصرف شود.

¹⁰ Hypertrophic Cardiomyopathy

¹¹ Allosteric: مهارکننده به جایگاه فعال آنزیم متصل نمی‌شود بلکه با اتصال به ناحیه دیگری سبب تغییر شکل جایگاه فعال شده و امکان اتصال آنزیم به سوبسترای خود را نمی‌دهد.

¹² Ejection Fraction: حجم خونی که با هر انقباض از بطن چپ قلب خارج می‌شود.

استفاده از دارو در بارداری و شیردهی

اطلاعات به دست آمده از مطالعات حیوانی حاکی از آن است که استفاده از Mavacamten در بارداری با سمیت برای جنین همراه است. در شروع مصرف دارو، خانم‌هایی که در سنین باروری قرار دارند، بایستی حتماً از عدم بارداری خود اطمینان حاصل کنند. در هنگام مصرف و تا ۴ ماه پس از آخرین دوز دارو، خانم‌ها باید یک روش موثر و مطمئن پیشگیری از بارداری داشته باشند. برخی از داده‌ها نشان می‌دهد که داروی Mavacamten ممکن است اثر برخی از پروژستین‌ها را کاهش بدهد. از همین رو، برخی پزشکان معتقدند خانم‌های مصرف‌کننده Mavacamten بهتر است در کنار داروهای هورمونی از روش‌های غیرهورمونی هم استفاده کنند.

در خصوص تاثیر Mavacamten بر روی شیر مادر، غلظت دارو در شیر و تاثیرات احتمالی آن بر روی شیرخوار اطلاعات کافی در دست نیست. بنابراین، در صورت تجویز این دارو برای خانم‌های شیرده، مزایا و معایب درمان باید به دقت سنجیده شود.

در خصوص استفاده از دارو در کودکان هیچ مطالعه‌ای انجام نشده و اطلاعاتی وجود ندارد. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که هیچ تفاوتی در ایمنی و اثربخشی دارو در بیماران سالمند مشاهده نشده است. به همین سبب، هیچ تنظیم دوزی در بیماران مسن ضرورتی ندارد.

عوارض جانبی

داروی Mavacamten انقباض عضلات قلب در فاز سیستولیک را کاهش داده و ممکن است باعث بلاک کامل برون‌ده بطنی بشود. شاخص EF در برخی بیماران مصرف‌کننده به میزان ۱۰ درصد کاهش پیدا کرده است. از جمله شایع‌ترین عوارض دارو می‌توان به گیجی (۲۷٪) و سنکوپ (۶٪) اشاره کرد. سایر عوارض دارو عبارتند از:

- سردرد
- تاکی‌کاردی بطنی
- استرس کاردیومیوپاتی حاد
- آنژین پکتوریس
- دیس‌پنه
- درد قفسه سینه
- خستگی
- ادم پا
- فیبریلاسیون دهلیزی

تداخلات دارویی

داروی Mavacamten سوبسترای آنزیم CYP2C19 و CYP3A4 است. مصرف دارو در کنار مهارکننده‌های ضعیف CYP2C19 یا مهارکننده‌های متوسط CYP3A4 منجر به افزایش غلظت خونی دارو می‌شوند. بنابراین، شاید لازم باشد دوز دارو Mavacamten با شروع این داروها کاهش پیدا کند.

مصرف همزمان Mavacamten با داروهایی که اثر اینتروپیک منفی دارند، وضعیت قلبی بیماران را وخیم‌تر می‌کند. مصرف این دارو در کنار رانولازین، وراپامیل، بتابلاکرها یا دیلتیازم ریسک نارسایی عملکردی بطن چپ و بروز نارسایی قلبی را بیشتر می‌کند. بنابراین، استفاده از این داروها به طور همزمان ممنوع است.

منبع: کتاب [StatPearls: Mavacamten](#)



درمان پیرچشمی بدون عینک بدون جراحی با استفاده از یک قطره چشمی

با افزایش سن همه افراد درجاتی از پیرچشمی را تجربه می‌کنند و در مشاهده اجسام نزدیک و خواندن متون دچار اختلال می‌شوند. این افراد معمولاً جزء استفاده از عینک چاره دیگری ندارند اما به تازگی محققان آرژانتینی از قطره‌ای رونمایی کرده‌اند که می‌تواند درمان این مشکل باشد.

این قطره، ترکیبی از داروی پیلوکارپین و داروی دیکلوفناک است. پیلوکارپین باعث تنگی مردمک شده و به انقباض عضلات مژگانی^{۱۳} چشم کمک می‌کند. عضلات مژگانی در عمل تطابق چشم برای دیدن اشیاء در فواصل مختلف نقش دارند. داروی دوم، دیکلوفناک، یک داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی است که التهاب و ناراحتی ناشی از پیلوکارپین را کنترل می‌کند.

اکثر بیماران مورد مطالعه این قطره را روزی ۲ بار استفاده کردند. یک بار هنگام بیدار شدن از خواب و بار دوم ۶ ساعت بعد از اولین دوز. در صورت تداوم علائم و اختلالات بینایی، بیماران مجاز بودند در صورت تمایل برای بار سوم از دارو استفاده کنند. در این پژوهش ۳۷۳ خانم و ۳۹۳ آقا مورد بررسی قرار گرفتند که میانگین سنی آن‌ها ۵۵ سال بوده است. این افراد در سه گروه مختلف تقسیم‌بندی شدند و هر کدام یک فرمولاسیون از این ترکیب دارویی را استفاده کردند. دوز دیکلوفناک در هر سه فرمولاسیون یکسان بود اما دوز پیلوکارپین در هر یک از این سه فرمولاسیون متفاوت و به ترتیب ۱ درصد، ۲ درصد و ۳ درصد بود.



^{۱۳} Ciliary

برای برآورد میزان اثربخشی این روش، پژوهشگران یک ساعت بعد از مصرف دوز اول قطره از بیماران می‌خواستند بدون استفاده از عینک متون چارت جگر^{۱۴} را بخوانند. این بررسی‌ها برای دو سال ادامه داده شد. از مزایای این روش درمانی، سرعت اثربخشی آن بود. تنها یک ساعت بعد از اولین دوز دارو، توانایی بیماران در خوانش متون جگر پیشرفت پیدا کرد. در این متون، اندازه حروف هر خط از خط بعدی بزرگتر است یعنی در خط‌های پایین‌تر عبارات با اندازه کوچک‌تری نوشته شده‌اند. در گروه اول که از فرمولاسیون حاوی ۱٪ پیلوکارپین استفاده کرده بودند، دید نزدیک ۹۹ درصد افراد پیشرفت خارق‌العاده‌ای داشت به طوریکه شرکت‌کنندگان بدون عینک متون جگر را می‌خواندند و حتی قادر بودند ۱ یا ۲ خط بیشتر از قبل از استفاده از قطره پیش بروند. همانطور که اشاره شد، در متون جگر، کلمات هر خط با اندازه‌ی کوچک‌تری نسبت به حرف قبل نگارش شده است. در گروه فرمولاسیون ۲٪، ۶۹ درصد بیماران و در گروه فرمولاسیون ۳٪، ۸۴ درصد بیماران توانستند ۳ خط یا بیشتر در جگر پیشروی داشته باشند. بهبود دید نزدیک تا حداکثر ۲ سال و به طور میانگین برای ۴۳۴ روز حفظ شد.

لازم به ذکر است که هیچ عارضه جانبی نگران‌کننده‌ای از جمله افزایش فشار داخل چشم و جداسازی شبکیه^{۱۵} گزارش نشده است. شایع‌ترین عوارض جانبی گزارش شده عبارتند از سوزش چشم هنگام استفاده از قطره، تاری دید موقت و سردرد. ارض جانبی گزارش شده عبارتند از سوزش یا قرمزی چشم هنگام استفاده از قطره، تاری دید موقت، اشک ریزش، مگس‌پران^{۱۶} و سردرد.

محققان معتقدند که برای افرادی که پیرچشمی چندان شدیدی ندارند، فرمولاسیون ۱٪ مناسب‌تر است و افرادی که عملکرد ضعیف‌تری در خوانش متون جگر داشتند، بهتر است از درصدهای بالاتر پیلوکارپین استفاده کنند.

۱۵ سپتامبر ۲۰۲۵

منبع: سایت [ScienceDaily.com](https://www.sciencedaily.com)



Jaeger chart^{۱۴}: یکی از تست‌های سنجش بینایی که در ارزیابی دقت دید نزدیک کاربرد دارد.

^{۱۵} Retinal Detachment

^{۱۶} Floater



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۵۷ ساله‌ای هستند که ۱۰ سال پیش پیوند کلیه انجام داده‌اند. در حال حاضر، پردنیزولون ۵ میلی‌گرم (۱ بار در روز)، پروگراف ۱ میلی‌گرم (۲ بار در روز) و سلسپت ۵۰۰ میلی‌گرم (۲ بار در روز) مصرف می‌کنند. در رابطه با تزریق واکسن آنفولانزا نگران هستند. کدام یک از واکسن‌های آنفولانزای موجود در ایران برای ایشان قابل استفاده است؟ اعضای خانواده ایشان کدام نوع واکسن را می‌توانند تزریق کنند؟

پاسخ: سه نوع واکسن آنفولانزا در ایران وجود دارد. (ایرانی، هلندی و فرانسوی) هر سه نوع واکسن غیر فعال یا نوترکیب هستند و حاوی ویروس زنده ضعیف شده نمی‌باشند. هر سه نوع واکسن برای خود بیماران و نزدیکان او قابل استفاده است و با توجه به داروهای مصرفی ایشان و نقص ایمنی ناشی از آن‌ها، تزریق واکسن برای وی اهمیت بالایی دارد.

منبع: بروشور دارو و Uptodate

دکتر علی وحدتی

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۶۳ ساله‌ای هستند که قرار است برای بررسی کیست سینه MRI همراه با کنتراست انجام بدهند. ایشان به دلیل ابتلا به دیابت روزانه ۱۰۰۰ میلی‌گرم متفورمین مصرف می‌کنند. می‌خواهند بدانند آیا قبل از انجام MRI و استفاده از داروی حاجب، لازم است متفورمین را قطع کنند؟

پاسخ: مصرف همزمان متفورمین و داروهای حاجب یددار ریسک بروز لاکتیک اسیدوز و نارسائی کلیوی را افزایش می‌دهد. در پروسه انجام MRI پستان معمولاً از داروهای حاجب مبتنی بر Gadolinium استفاده می‌شود که فاقد ید هستند. رایج‌ترین داروی حاجب مورد استفاده در پروسه MRI پستان، داروی Gadobutrol با برند Gadavist می‌باشد. در دوزهای معمول این داروهای حاجب، بین ۰٫۱ تا ۰٫۳ میلی‌مول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، هیچ نگرانی در خصوص تداخل با متفورمین مطرح نمی‌باشد. با توجه به دوز، نوع و ماهیت داروی حاجب مورد استفاده، نیازی به قطع متفورمین وجود ندارد.

منابع: مقاله [Metformin and Contrast Agents](#)

دکتر هستی فتوگرافی



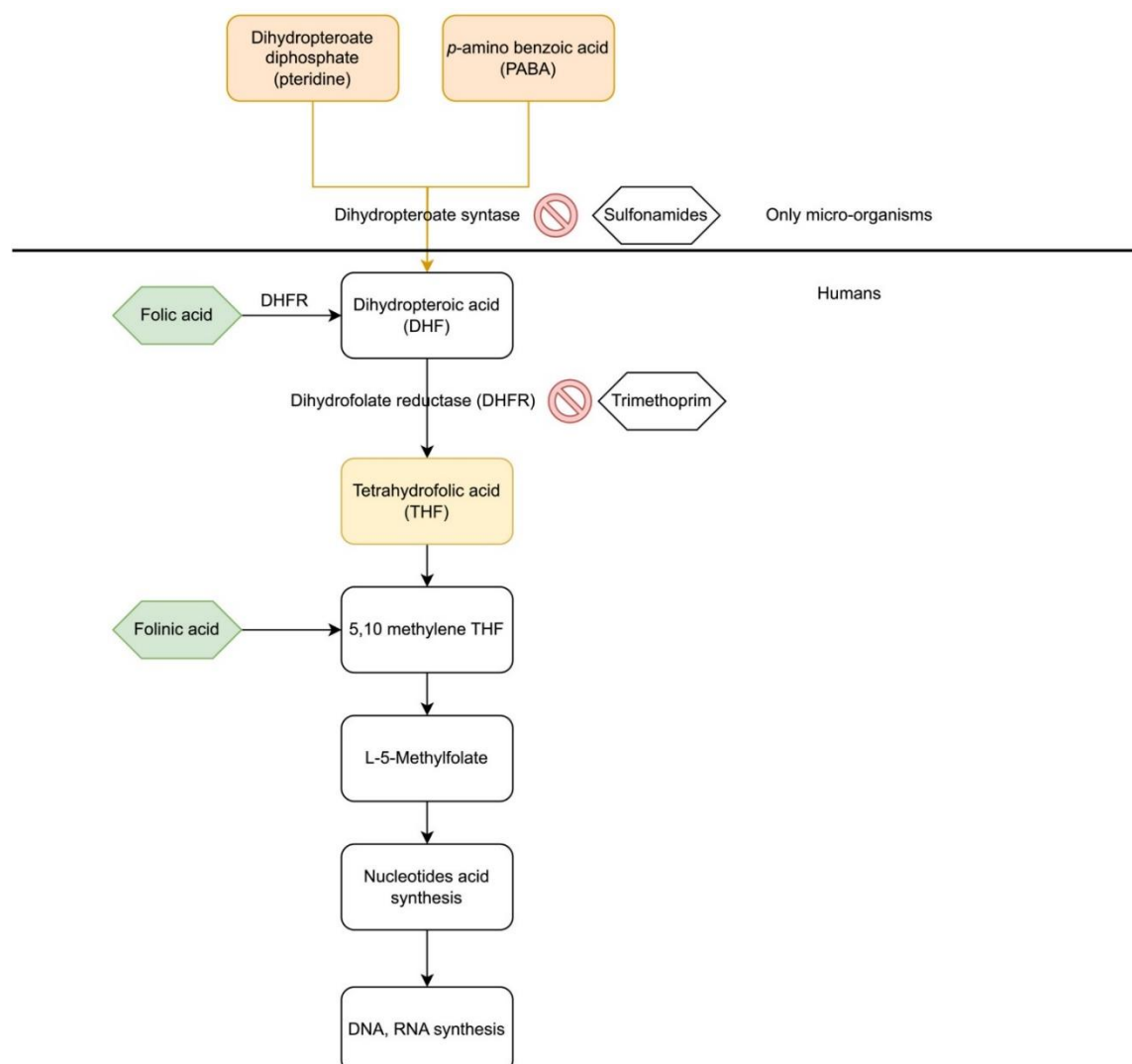
بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۳۰ ساله و مورد توکسوپلاسموز در دوران بارداری هستند که جهت درمان در حال دریافت کوتریموکسازول می‌باشند. پزشک معالج ایشان سوال دارد که آیا فولینیک اسید کنار درمان ایشان ضرورت دارد؟ آیا فولینیک اسید با فولیک اسید قابل جایگزینی است؟

پاسخ: مصرف فولینیک اسید کنار کوتریموکسازول ضرورت دارد و جزئی از پروتکل درمانی توکسوپلاسموز است. به دلیل مهار آنزیم دی هیدروفولات ردوکتاز انگل و میزبان توسط کوتریموکسازول، چرخه ساخت فولات در هر دو دچار اختلال می‌گردد. در این حالت به علت مهار این آنزیم، تجویز اسید فولیک آورده‌ای برای میزبان و انگل نخواهد داشت، اما فولینیک اسید محصول مراحل بعدی چرخه ساخت است و می‌تواند عوارض هماتولوژیک کوتریموکسازول را در میزبان کاهش دهد اما چون سرعت برداشت فولینیک اسید توسط سلول‌های میزبان بسیار بالاتر از سرعت سلول‌های انگل است، روند درمان ضدانگل مختل نخواهد شد.

منابع: Uptodate

دکتر نگین داودی



بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: خانم ۳۵ ساله‌ای با سوختگی درجه ۲ هر دو پا تماس گرفته‌اند (هر پا به اندازه ۵ سانتی‌متر سوختگی دارد). دکتر پوست برایشان پماد سیلور سولفادیازین تجویز کرده است. با توجه به اینکه شیرده هستند و بچه ۳ ماهه صرفاً از شیر مادر تغذیه می‌کند، آیا مصرف این دارو مانعی ندارد؟ ایشان هر ۸ ساعت ۱ عدد سفالکسین ۵۰۰ هم مصرف می‌کنند.

پاسخ: به صورت کلی، مشخص نیست که آیا سیلور سولفادیازین پس از مصرف موضعی در شیر مادر ترشح می‌شود یا خیر؛ با این حال، غلظت سرمی سولفونامید **ممکن است پس از مصرف در نواحی وسیع** به سطوح قابل اندازه‌گیری در خون بیمار، برسد با توجه به احتمال بروز عوارض جانبی جدی ناشی از سولفادیازین در شیرخوار، منابع به صورت کلی، توصیه می‌کنند مصرف این دارو در حین شیردهی نباشد. با توجه به اهمیت دریافت دارو برای مادر، یا دارو یا شیردهی باید قطع شود.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به وسعت محدود درگیری، احتمال اینکه میزان جذب دارو به حدی باشد که در شیرمادر ترشح شود و برای نوزاد عوارضی داشته باشد، بسیار کم هست. با این حال توصیه می‌شود با توجه به اینکه اکثر منابع توصیه به عدم استفاده این دارو در دوران شیردهی دارند، ترجیحاً با مشورت پزشک جایگزین دیگری برای ایشان تجویز شود.

منابع: WebMD، Uptodate و [سایت FDA](#)

دکتر حورا آتشگر

سرتیتر تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

❖ ریکال فرآورده دارویی شربت Bromhexine 4MG/5ML با سری ساخت شماره BR140301 شرکت آسا داروپلوس

❖ ریکال داوطلبانه فرآورده دارویی دگزامتازون شرکت سینا دارو با سری ساخت ۴۱۱۱۵۷، ۴۱۱۱۵۸، ۴۱۱۱۵۹، ۴۱۱۱۶۰، ۴۱۱۱۶۱، ۴۱۱۱۶۲، ۴۱۱۱۶۳، ۴۱۱۱۶۴، ۴۱۱۱۶۵، ۴۱۱۱۶۶ و ۴۱۱۱۶۷

❖ ریکال فرآورده کولیکومان شرکت رحمان گستران با سری ساخت ۴۰۳۰۳

❖ جمع آوری فرآورده fastmeal pediatrics synnbiotic با سری ساخت KD-VC-004 شرکت پژوهش گستران تغذیه آسا

❖ ریکال داوطلبانه فرآورده مفنامیک اسید شرکت رازک با سری ساخت شماره 04c2001

❖ جمع آوری فرآورده Bio-IBS با سری ساخت ۳۸۰۶۹ شرکت تک ژن زیست

❖ ریکال داوطلبانه فرآورده دارویی Albumin 50ml با نام تجاری Albiomin شماره سری ساخت C234433P01

❖ توقف فروش فرآورده دارویی Mgdobutamine-Arang 250 با شماره سری ساخت B3GH007

❖ ریکال ویال پنتوپرازول ۴۰ با شماره سری ساخت ۰۲۰۱۴

❖ جمع آوری و ریکال فرآورده هیدروکات شرکت سونا طب پارسه

❖ 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 اگزما (درماتیت آتوپیک)

اگزما یا درماتیت آتوپیک یک بیماری پوستی است که سبب ایجاد خشکی، خارش و قرمزی پوست می‌شود. این اختلال ممکن است در همه گروه‌های سنی بروز کند و به طور معمول با استفاده از پمادهای موضعی و کرم‌های مرطوب‌کننده درمان می‌شود.

دلایل اگزما

علت زمینه‌ای مشکل اگزما به طور کامل شناخته نشده است اما به نظر می‌رسد ژنتیک نقش بسیار مهمی در بروز این اختلال بازی می‌کند. در اگزما خارجی‌ترین لایه پوست یا اپیدرم درگیر می‌شود. اپیدرم به عنوان اولین سد دفاعی بدن، از نفوذ میکروب‌ها، ترکیبات آلرژی‌زا (آلرژن‌ها) و محرک‌های محیطی جلوگیری جلوگیری کرده و میزان تبخیر آب از سطح بدن را کنترل می‌کند. در بیماران مبتلا به اگزما این سد دفاعی استحکام خود را از دست داده و نفوذپذیرتر از قبل می‌شود.

علائم اگزما

اکثر افراد مبتلا، برای اولین بار، در کودکی و پیش از ۵ سالگی علامت‌دار می‌شوند. این علائم عبارتند از خارش شدید پوست، ملتهب شدن بخش‌هایی از پوست و گاهی پوسته‌پوسته شدن و خشکی شدید پوست. بسیاری از افراد به اشتباه تصور می‌کنند علائم اگزما در کودکان صرفاً ناشی از آلرژی غذایی است. لازم به ذکر است التهابات پوستی اگزما به دنبال خاراندن شدیدتر و ملتهب‌تر می‌شوند و بیمار خارش بیشتری را تجربه می‌کند. اکثر بیماران از تشدید خارش‌ها در هنگام شب شکایت دارند.

علائم اگزما از فردی به فرد دیگر کاملاً متفاوت است. علائم یک بیمار ممکن است با گذر زمان تغییر کند.

در نوزادان معمولاً پوست قسمت گونه‌ها، قسمت جلوی بازوها، پاها یا کف سر دچار التهاب شده و گاهی پوسته‌پوسته می‌شود. در حالت عادی، اگزما، باعث درگیری ناحیه پوشک نمی‌شود.

در کودکان و بزرگسالان، اگزما معمولاً ناحیه پشت گردن، آرنج یا پشت زانوها درگیر می‌شود. قسمت تنه، صورت، مچ دست و ساعد هم ممکن است دچار اگزما شود. پوست ناحیه در اثر خاراندن‌های متوالی ضخیم و تیره شده و چیزی شبیه به جای زخم (اسکار) در ناحیه ایجاد می‌شود. علاوه بر این، این خاراندن‌های شدید ممکن است به عفونت‌های پوستی هم منتج شود. از اصلی‌ترین نشانه‌های عفونت پوست، ایجاد یک ضایعه جوش‌مانند دردناک در ناحیه است که ممکن است بعضاً چرکی هم باشد. در صورت شک به عفونی شدن ضایعه، حتماً و سریعاً باید به پزشک مراجعه نمایید. سایر نشانه‌های اگزما عبارتند از:

- خشک و فلسی شدن پوست
- متورم شدن فولیکول‌های مو که بیشتر در ناحیه صورت، بازو و ران رخ می‌دهد. (مانند آنچه در تصویر مشاهده می‌کنید.)
- تیرگی پوست



تشخیص اگزما

هیچ تست تشخیصی برای شناسایی و تایید این بیماری وجود ندارد. تشخیص بیماری صرفاً بر اساس شرح حال پزشکی بیمار، علائم و معاینات پزشک انجام می‌شود.

عواملی که به تایید تشخیص اگزما کمک می‌کنند عبارتند از خارش طولانی-مدت و مکرر، شروع علائم از سنین پایین و سابقه خانوادگی مثبت. منظور از سابقه خانوادگی مثبت صرفاً ابتلای خانواده نزدیک بیمار به اگزما نیست. افرادی که بستگانشان به آسم یا آلرژی فصلی مبتلا هستند، بیشتر در ریسک ابتلا به اگزما هستند. یکی دیگر از مواردی که به شناسایی اگزما کمک می‌کند این است که علائم بیماری در مواجهه با محرک‌های خاصی تشدید می‌شود.

درمان اگزما

اگزما یک بیماری مزمن است. در بسیاری از بیماران ممکن است اگزما برای سال‌ها خاموش بماند و دوباره فعال بشود. متأسفانه این مشکل درمان قطعی ندارد اما می‌توان با استفاده از برخی داروهای موضعی و اقدامات احتیاطی علائم فرد را مدیریت کرد.

هر چند در اکثر موارد مدیریت اگزما روند پیچیده‌ای نیست و می‌توان با کمک دکتر داروساز یا پزشک عمومی علائم را کنترل کرد، بهتر است بیمار تحت نظر یک پزشک متخصص پوست هم باشد تا مطمئن شود مشکل فعلی او اگزماست نه عارضه پوستی دیگری. چرا که بسیاری از مشکلات پوستی، تظاهرات مشابهی دارند.

قدم اول در مدیریت اگزما، شناسایی فاکتورهای تحریک‌کننده است. رایج‌ترین عوامل محرک عبارتند از:

- محیط‌های سرد و خشک
- تعریق
- اضطراب
- تغییرات سریع در دمای محیط
- مواجهه با برخی ترکیبات شیمیایی (پاک‌کننده‌ها، فرآورده‌های آرایشی، عطر پشم یا الیاف سنتتیک، گرد و خاک و دود سیگار)

مرحله بعدی درمان، حذف رطوبت پوست و هیدراته نگه داشتن آن است. محصولات متعددی برای این منظور در بازار دارویی موجود است. بیماران مبتلا به اگزما باید از نرم‌کننده‌ها (Emollients) استفاده کنند. منظور از نرم‌کننده هر کرم، لوسیون یا پمادی است که به حفظ رطوبت پوست کمک کند. بهترین نرم‌کننده‌ها برای بیماران مبتلا به اگزما کرم‌های غلیظ و پمادهایی مانند وازلین هستند. در ترکیب این فرآورده‌ها یا اصلاً آب وجود ندارد یا مقادیر آن بسیار کم است. در مقایسه با پمادها، لوسیون‌ها حاوی مقادیر بیشتری آب در ساختار خود هستند اما در مرطوب نگه داشتن پوست به اندازه‌ی پمادها موثر واقع نمی‌شوند. نرم‌کننده‌ها اگر بلافاصله پس از حمام کردن روی پوست استعمال شوند، بهترین تاثیر را خواهند داشت و بایستی حداقل دو بار در روز مصرف شوند. برای جلوگیری از تشدید خشکی پوست، توصیه می‌شود از استحمام طولانی مدت با آب داغ اجتناب شود.

قدم بعدی مدیریت علائم از جمله خارش و سوزش است. برای این منظور معمولاً از فرآورده‌های موضعی حاوی کورتیکواستروئیدها یا کورتون‌ها استفاده می‌شود. در موارد خفیف تا متوسط این فرآورده‌ها برای درمان و مدیریت علائم کفایت می‌کنند. اولین انتخاب در این موارد، کرم هیدروکورتیزون ۱ درصد است. این کرم و سایر فرآورده‌های مشابه آن باستی

یک الی دو بار در روز مصرف شوند. اغلب این فرآورده‌های پایه چرب دارند که به حفظ رطوبت پوست هم کمک می‌کند. پس از یک دوره کوتاه استفاده از این قبیل محصولات، زمانی که علائم آزارنده کاهش پیدا کرد، بهتر است از نرم‌کننده‌های مناسب استفاده کرد. استفاده طولانی مدت از فرآورده‌های حاوی کورتیکواستروئیدها سبب نازک شدن پوست می‌شود.

در برخی موارد، پزشک معالج ممکن است صلاح ببیند که از یک کرم موضعی از دسته **مهارکننده‌های کلسی‌نورین^{۱۷}** برای بیمار استفاده کند. این داروها در موارد خفیف تا متوسط اگزما و بیشتر در مواردی که پوست نواحی حساس مثل پوست صورت یا کشاله‌ها درگیر هستند، به کار می‌رود. اگرچه این داروها به اندازه کورتیکواستروئیدهای موضعی موثر هستند، با سرعت کورتیکواستروئیدها علائم بیمار را کاهش نمی‌دهند. استفاده از این فرآورده‌ها در بیماران زیر ۲ سال ممنوع است. طول مدت استفاده از این داروهای موضعی بایستی محدود باشد و توسط پزشک معالج تعیین بشود. در بازار دارویی ایران، از این دسته‌ی دارویی، کرم‌های تاکرولیموس و پیمکرولیموس موجود می‌باشد.

برای کنترل علائمی مثل خارش بعضا ممکن است نیاز به مصرف آنتی‌هیستامین‌های خوراکی وجود داشته باشد. به طور معمول، آنتی‌هیستامین‌های نسل ۱ مثل دیفن‌هیدرامین و هیدروکسی‌زین اثرات ضدخارش قوی‌تری دارند اما به شدت خواب‌آورند. مصرف این داروها در طول روز، در صورتی که مشغول کاری هستید که نیاز به دقت و تمرکز دارد و همچنین در بیمارانی که سابقه تشنج یا مشکلات شدید قلبی دارند، توصیه نمی‌شود. آنتی‌هیستامین‌های نسل ۲ مثل لوراتادین و سیتیریزین کمتر بیمار را دچار خواب‌آلودگی می‌کنند و برای استفاده در طول روز مناسب‌تر هستند.

در موارد خیلی شدید یا در صورت شعله‌وری شدید علائم اگزما ممکن است از داروهای **کورتیکواستروئید خوراکی** هم استفاده شود. هر چند این داروها ممکن است با عوارض جانبی زیادی همراه باشند. بنابراین، باید برای کوتاه‌ترین زمان ممکن و با حداقل دوز موثر و زیر نظر پزشک متخصص استفاده بشوند.

یکی دیگر از راهکارهای درمانی اگزما **نوردرمانی** یا فوتوتراپی با اشعه ماورای بنفش است. البته این روش بسیار پرهزینه است و ممکن است ریسک ابتلا به سرطان‌های پوست را بیشتر کند. از همین رو، دارو صرفا برای موارد خیلی شدید که از سایر درمان‌ها پاسخی نگرفته‌اند، به کار برده می‌شود.

در موارد شدید و مقاوم به درمان، پزشک معالج ممکن است مجبور به استفاده از **فرآورده‌های بیولوژیک** تعدیل‌کننده سیستم ایمنی شود. این فرآورده‌ها پاسخ سیستم ایمنی را تضعیف کرده و شدت علائم بیماری را کاهش می‌دهند. البته این داروها معمولا کمیاب، گران و نسبتا پرهزینه هستند و جز در موارد خاص، معمولا گزینه اصلی درمان به حساب نمی‌آیند.

منبع: [Uptodate](#)

^{۱۷} Calcineurin Inhibitors



مناسبت‌های سلامت مهر ماه:

- ۷ مهر: روز جهانی قلب ✓
- ۱۸ مهر: روز جهانی بهداشت روان ✓
- ۲۲ الی ۲۹ مهر: هفته ملی سلامت زنان ✓
- ۲۳ مهر: روز جهانی مبارزه با سل ✓
- ۲۸ مهر: روز جهانی پوکی 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)

