

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان



آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مروری بر تازه های دارو درمانی دیابت

✓ تازه های علمی-دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه های داروساز در غربالگری سرطان پروستات

✓ تازه های کووید-۱۹

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع‌رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

- اطلاع‌رسانی 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 بی‌رویه آن‌ها در سطح عموم مردم
- تهیه خبرنامه دارویی
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل یافته‌های مراکز اطلاع‌رسانی 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

مروری بر تازه های دارودرمانی دیابت

۱- مقدمه

استانداردهای مراقبت پزشکی در دیابت شامل توصیه های عملی بالینی ارائه شده توسط انجمن دیابت آمریکا (ADA^۱) است و هدف آن ارائه جزئیات مراقبت از بیماران دیابتی، اهداف و دستورالعمل های کلی درمانی و ابزارهایی برای ارزیابی کیفیت مراقبت است. در این مقاله دارودرمانی دیابت بحث خواهد شد.

۲- درمان دارویی

۲-۱-۱-۲- دیابت نوع اول

۲-۱-۱-۲- انسولین

مشخصه بیماری دیابت نوع اول عدم فعالیت سلولهای بتا پانکراس است، بنابراین درمان با انسولین برای همه افراد مبتلا به دیابت نوع اول ضروری می باشد. براساس شواهد جمع آوری شده طی سه دهه گذشته، جایگزینی انسولین از طریق تزریق چندگانه انسولین (بازال و پرنديال) در طول روز یا تزریق مداوم زیرجلدی (CSII^۲) به کمک پمپ انسولین، ترکیبی از بهترین اثربخشی و ایمنی را در افراد مبتلا به دیابت نوع اول داشته است. مطالعه DCCT^۳ نشان داده است که این روش جایگزینی انسولین با کاهش عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار تا پنجاه درصد همراه است. هر چند در این روش ها، ریسک بروز هایپوگلیسمی بیشتر است. با ورود مانیتورهای مداوم گلوکز در بالین، این ریسک کاهش یافته است. به طور مثال، کاهش هیپوگلیسمی شبانه در افراد مبتلا به دیابت نوع اول، با استفاده از پمپ های انسولین با سنسورهای گلوکز با تعلیق خودکار تحویل انسولین در سطح گلوکز از پیش تعیین شده، مشاهده شده است.

اخیراً دو نوع جدید انسولین با پروفایل عمل سریع تر فرموله شده است:

الف) انسولین انسانی استنشاقی، که در مقایسه با انسولین های سریع الاثر یا RAA^۴ سریع تر به پیک اثر می رسد و طول اثر کوتاه تری دارد و ممکن است با ریسک کمتری از هایپوگلیسمی و افزایش وزن همراه باشد.

ب) احتمالاً انسولین آسپارت با اثر سریع تر^۵ و انسولین لیسپرو-اabc^۶ فند خون پرنديال را بهتر از RAA کاهش می دهد. برای ایجاد جایگاه روشن برای این عوامل در مدیریت دیابت، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است.

^۱ American Diabetes Association

^۲ Continuous subcutaneous insulin infusion

^۳ Diabetes Control and Complications Trial

^۴ Rapid-Acting Analog

^۵ Faster-acting insulin aspart

^۶ Insulin lispro-aabc

به علاوه، آنالوگ‌های جدید انسولین بازال با اثر طولانی‌تر (گلازژین U-۳۰۰ (مانند توجئو) یا دگلودک^۷) احتمالاً ریسک بروز هایپوگلیسمی کمتری در قیاس با گلازژین U-۱۰۰ در بیماران مبتلا به دیابت نوع اول دارند.

به طور کلی، بیماران مبتلا به دیابت نوع اول، پنجاه درصد انسولین روزانه خود را به صورت پایه و پنجاه درصد را به صورت پرنديال دریافت می‌کنند. کل نیاز روزانه انسولین را می‌توان براساس وزن، تخمین زد؛ به این ترتیب ۱-۰/۴ واحد به ازای کیلوگرم وزن بیمار در روز در نظر گرفته می‌شود، که ممکن است در دوران بلوغ، بارداری یا برخی شرایط بیماری نیاز به حد بالای دوز انسولین باشد. اما به طور معمول و در افرادی که از نظر متابولیسی پایدارند، دوز ۰/۵ واحد بر کیلوگرم در روز انسولین (نصف دوز جهت کنترل قند خون پایه و نیمی دیگر برای کنترل قند خون بعد از غذا) شروع می‌شود.

رژیم انسولین به صورت تزریق چند بار در روز شامل تزریق انسولین طولانی اثر در شب، جهت کنترل قند خون شبانه و ناشتا و انسولین‌های کوتاه اثر جهت کنترل قند خون بعد از غذا می‌باشد.

زمان مناسب تزریق انسولین پرنديال به فارماکوکینتیک انسولین (رگولار، سریع‌ال اثر (RAA)، استنشاقی)، سطح گلوکز خون قبل از غذا و میزان کربوهیدرات مصرفی بستگی دارد. ترشح انسولین فیزیولوژیک با توجه به قند خون، اندازه وعده غذایی و نیازهای بافتی به گلوکز متفاوت است. بنابراین، آموزش بیماران در مورد نحوه تنظیم انسولین پرنديال با در نظر گرفتن میزان کربوهیدرات مصرفی، سطح گلوکز قبل از غذا و فعالیت پیش بینی شده، می‌تواند موثر باشد.

۲-۱-۲- درمان‌های غیرانسولینی

▪ پراملینتید^۸

پراملینتید بر پایه پپتید آمیلین که بطور طبیعی از سلول‌های بتا ترشح می‌شود، است و برای استفاده در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع اول تأیید شده است. نتایج حاصل از کارآزمایی‌های بالینی، کاهش متغیر A_{1c} (۰-۰/۳٪) و وزن بدن (۲-۱ کیلوگرم) را با افزودن پراملینتید به انسولین نشان داده است.

▪ متفورمین

افزودن متفورمین در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع اول، باعث کاهش اندکی در وزن بدن و سطح چربی می‌شود، اما A_{1c} را بهبود نمی‌بخشد.

▪ آگونست‌های گیرنده GLP-۱^۹

افزودن آگونست‌های گیرنده GLP-۱ (لیراگلو تاید^{۱۰} یا اگزنتاید^{۱۱}) به انسولین در بیماران دیابت نوع اول کاهش مختصری (۰/۲٪) در A_{1c} در مقایسه با انسولین به تنهایی ایجاد کرده و وزن را نیز به طور میانگین تا ۳ کیلوگرم کاهش داده است.

^۷ Degludec

^۸ Pramlintide

^۹ Glucagon-Like Peptide ۱

^{۱۰} liraglutide

^{۱۱} Exenatide

▪ مهارکننده‌های SGLT^۲ ^{۱۲}

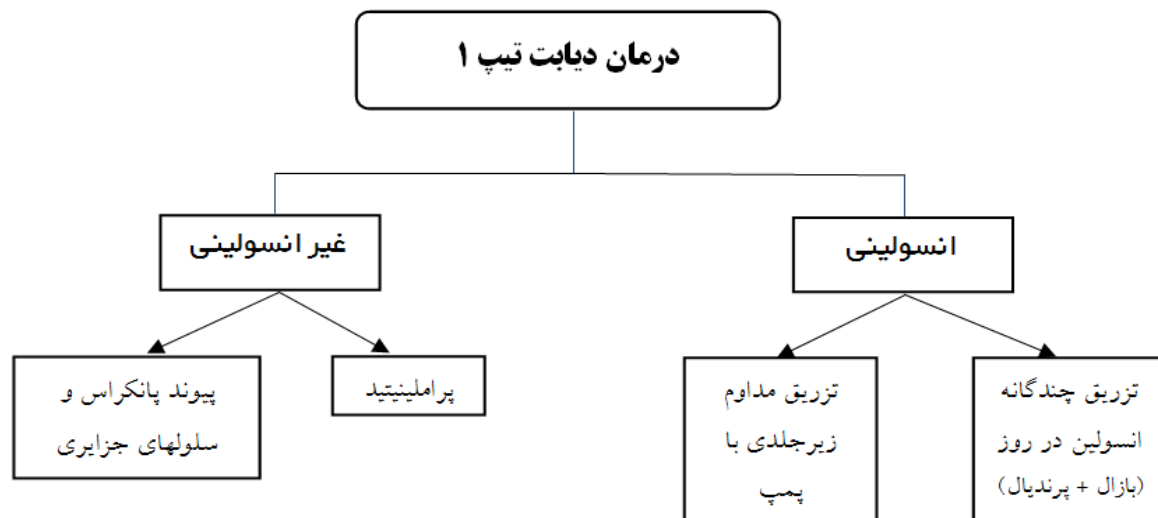
افزودن یک مهارکننده SGLT^۲ به انسولین درمانی با بهبود A_{1c} و وزن بدن در مقایسه با انسولین به تنهایی همراه است. با این حال، استفاده از مهارکننده های SGLT^۲ در دیابت نوع اول با افزایش دو تا چهار برابری کتواسیدوز همراه است.

با توجه به آنچه ذکر شد، تاکنون فقط پراملینیتید برای درمان دیابت نوع اول تأییدیه گرفته است و برای سایر عوامل کمکی نیازمند بررسی‌های بیشتر است.

۲-۱-۳- جراحی

پیوند پانکراس و سلول‌های جزایر لانگرهانس ^{۱۳} می‌تواند سطح گلوکز خون را نرمال کرده و عوارض میکروواسکولار دیابت نوع اول را کاهش دهد. با این حال چنین بیماری‌زانی نیازمند دریافت ایمونوساپرسور برای جلوگیری از رد پیوند بصورت مادام‌العمر هستند. بنابراین با توجه به عوارض بالقوه درمان با ایمونوساپرسورها، پیوند پانکراس باید برای بیمارانی که همزمان پیوند کلیه هم می‌شوند یا افرادی که اپیزودهای مکرر کتواسیدوز یا هایپوگلیسمی شدید علی‌رغم درمان متمرکز و شدید قند خون داشته در نظر گرفته شود.

در شکل شماره ۱ درمان دیابت نوع اول خلاصه شده است.



شکل ۱- دارو درمانی در دیابت نوع اول

^{۱۲} Sodium–Glucose cotransporter^۲ (SGLT^۲) inhibitor

^{۱۳} Islet cell

۲-۲- دیابت نوع دوم

انجمن‌های دیابت آمریکا (ADA) و اروپا یک روش بیمار محور را برای انتخاب درمان دارویی مناسب گلوکز خون توصیه می‌کنند که شامل بررسی اثر بخشی و فاکتورهای مرتبط با بیمار است که در زیر خلاصه شده است:

- ۱) بیماری‌های مهم همراه مانند بیماری‌های قلبی و عروقی آترواسکلروتیک (ASCVD) و شاخص‌های خطر بالای ASCVD، بیماری مزمن کلیه (CKD) و نارسایی قلبی
- ۲) خطر افت قند خون
- ۳) تأثیر بر وزن بدن
- ۴) عوارض جانبی
- ۵) هزینه
- ۶) ترجیح بیمار

اصلاح سبک زندگی که باعث بهبود سلامتی می‌شود، باید همراه با هر روش درمانی دارویی مورد تأکید قرار گیرد.

۲-۲-۱- درمان اولیه

متفورمین باید در زمان تشخیص دیابت نوع دوم شروع شود مگر در مواردی که منع مصرف وجود داشته باشد. برای بسیاری از بیماران، این درمان بصورت مونوتراپی به همراه اصلاح سبک زندگی خواهد بود. متفورمین، دارویی موثر، ایمن و ارزان است که امکان کاهش حوادث قلب و عروق و مرگ را نیز به همراه دارد. در فرم سریع رهش بصورت دو تا سه بار در روز و در فرم آهسته رهش، یک بار در روز دوز می‌شود. در مقایسه با سولفونیل اوره‌ها، متفورمین به عنوان درمان خط اول، اثرات مفیدی بر A_{1c}، کاهش وزن و مرگ و میر ناشی از حوادث قلبی-عروقی دارد. عوامل اضافی و یا جایگزین ممکن است در شرایط خاص در نظر گرفته شوند، مثلاً در افرادی که در معرض عوارض قلبی و عروقی یا کلیوی قرار دارند.

عوارض اصلی متفورمین عدم تحمل گوارشی به دلیل نفخ، ناراحتی شکمی و اسهال است. این عوارض را می‌توان با تیتراسیون تدریجی دوز کاهش داد.

متفورمین دفع کلیوی دارد و در شرایطی چون مصرف دوز بیش از حد و یا نارسایی کلیه، ریسک لاکتیک اسیدوزیس افزایش می‌یابد. با این حال بروز این عارضه بسیار نادر است و FDA مصرف در 1.73 m^2 $\geq 30 \text{ mL/min}$ eGFR^{۱۵} را مجاز دانسته است. همچنین متفورمین با کمبود ویتامین B_{۱۲} و بدتر شدن علائم نوروپاتی مرتبط است؛ لذا آزمایش دوره‌ای ویتامین B_{۱۲} پیشنهاد می‌شود.

در بیماران با موارد منع مصرف یا عدم تحمل متفورمین، درمان اولیه باید بر اساس شرایط بیمار باشد و دارویی از دسته دیگر انتخاب شود.

^{۱۴} Food and Drug Administration

^{۱۵} estimated Glomerular Filtration Rate

در بسیاری از بیماران، زمانیکه A₁C بیش از ۱,۵٪ از هدف بالاتر باشد، نیاز است که درمان دو دارویی در نظر گرفته شود.

انسولین در مواقعی که سایر عوامل کاهنده قند خون موثر واقع نشوند، در نظر گرفته شود. همچنین در شرایط هایپرگلیسمی شدید به ویژه اگر ویژگی های کاتابولیک (کاهش وزن، هایپرتری گلیسیریدمی، کتوزیس) وجود داشته باشد، به عنوان بخشی از درمان استفاده می شود.

به طور معمول زمانیکه قند خون بیش از ۳۰۰mg/dl و یا A₁C بیش از ۱۰٪ باشد یا اگر بیمار علائم هایپرگلیسمی (پلی اوری، پلی دیپسی) یا شواهدی از کاتابولیسم (کاهش وزن) داشته باشد، انسولین در ابتدای درمان شروع می شود.

۲-۲-۲- درمان ترکیبی

از آنجا که دیابت نوع دوم در بسیاری از بیماران یک بیماری پیشرونده است، باقی ماندن در رنج هدف قند خون با مونوتراپی اغلب فقط برای چند سال امکان پذیر است و پس از آن درمان ترکیبی لازم است. توصیه های فعلی استفاده از افزودن گام به گام داروها به متفورمین برای حفظ A₁C در هدف است. با این روش ارزیابی اثرات مثبت و منفی داروی جدید واضح تر است و به عنوان روش استاندارد در نظر گرفته شده است. اما برخی مطالعات نشان دادند که شروع درمان ترکیبی از ابتدا باعث شده بیماران زودتر به رنج هدف قند خون رسیده و ریسک شکست درمان کمتر باشد. علاوه بر این، از آنجا که اثربخشی اکثر داروهای خوراکی در کاهش A₁C به تنهایی به ندرت از ۱٪ فراتر می رود، درمان ترکیبی اولیه باید در بیمارانی که دارای سطح A₁C ۱,۵-۲,۰٪ بالاتر از هدف هستند، در نظر گرفته شود.

انتخاب دارویی که به متفورمین اضافه می شود براساس شرایط بالینی بیمار و ترجیح وی است. شرایطی از قبیل بیماری های آترواسکلروتیک قلبی-عروقی^{۱۶}، نارسایی قلبی، نارسایی مزمن کلیه و خطر بروز عوارض جانبی دارویی خاص، همچنین ایمنی، تحمل پذیری و هزینه داروهاست.

در صورتی که بیمار بعد از تقریباً سه ماه، به A₁C هدف نرسید، می توان هر یک از شش دسته دارویی سولفونیل اوره (SU)، تiazولیدین-دیون (TZD)، مهارکننده دی پپتیدیل پپتیداز-۴ (DPP-۴)، مهارکننده SGLT₂، آگونیست رسپتور ۱-GLP یا انسولین بازال را به متفورمین افزود.

متأانیلیز اثربخشی مقایسه ای نشان می دهد که هر گروه جدید از عوامل غیر انسولینی که به درمان اولیه با متفورمین اضافه شوند، A₁C را تقریباً ۱-۰,۷٪ کاهش می دهد.

برای بیماران با ASCVD قبلی یا در ریسک بالای ASCVD (مثل بیمار با سن ≤ 55 سال به همراه تنگی $\leq 50\%$ هر یک از شرایین کرونر، کاروتید، یا اندام تحتانی یا هایپرتروفی بطن چپ)، نارسایی قلبی، نارسایی مزمن کلیه، یک مهارکننده SGLT₂ یا آگونیست های رسپتور ۱-GLP با فواید کاردیووسکولار ثابت شده، به عنوان بخشی از رژیم کاهنده قند خون، در کنار متفورمین توصیه می شود. حال

^{۱۶} AtheroSclerotic CardioVascular Disease (ASCVD)

انتخاب داروی دوم براساس اثربخشی، عوارض جانبی، هزینه و ترجیح بیمار صورت می‌گیرد. در صورت نیاز، جهت انتخاب داروی سوم هم همین تمهیدات در نظر گرفته می‌شود.

بررسی‌های اخیر نشان می‌دهد بیشترین کاهش در سطح A₁C با رژیم‌های انسولینی و رژیم آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ در کنار متفورمین حاصل شده است.

نیاز به داروهای تزریقی با قدرت بیشتر، خصوصاً در افرادی که مدت بیشتری دیابت دارند، معمول است. افزودن انسولین پایه (بازال)، چه NPH انسانی یا یکی از آنالوگ‌های انسولین طولانی اثر به رژیم‌های خوراکی برای بسیاری از بیماران موثر است. علاوه بر این، شواهد اخیر از قابلیت استفاده از رژیم آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ در بیماران که به قند خون هدف نرسیده‌اند، پشتیبانی می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ اثربخشی مشابه و یا حتی بیشتر از انسولین بازال در کنترل قند خون دارد (ریسک هایپوگلیسمی کمتر و اثرات مفید بر وزن داشتند، البته با عوارض جانبی بیشتر گوارشی). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ گزینه ترجیحی برای بیماران است که نیازمند یک داروی تزریقی جهت کنترل بهتر قند خون می‌باشند. با این حال، هزینه‌های بالا و موضوع تحمل‌پذیری از موانع مهم استفاده از آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ هستند. تنها فرم خوراکی در دسترس از داروهای آگونیست‌های رسپتور GLP-۱، سماگلوتید^{۱۷} است.

بر اساس نتایج چندین کارآزمایی بالینی، استفاده از مهارکننده‌های SGLT₂ (امپاگلیفلوزین^{۱۸}، کاناگلیفلوزین^{۱۹}، داپاگلیفلوزین^{۲۰}) یا آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ (لیراگلوتید، سماگلوتید، دولاگلوتید^{۲۱}) در رژیم درمانی بیماران با دیابت نوع دوم منجر به کاهش حوادث قلبی و عروقی می‌شود. در همین مطالعات مشخص شد که امپاگلیفلوزین، کاناگلیفلوزین، داپاگلیفلوزین، لیراگلوتید، سماگلوتید و دولاگلوتید همگی اثرات خوبی بر شاخص‌های CKD دارند، در حالیکه مطالعات اختصاصی کلیوی نشان از منافع بیشتر مهارکننده‌های SGLT₂ می‌دهد.

هزینه داروهای دیابت طی دو دهه گذشته به طرز چشمگیری افزایش یافته است و به عامل اصلی استرس در این بیماران تبدیل شده که در نتیجه منجر به کاهش کمپلیانس بیمار می‌شود.

۲-۲-۳ - انسولین درمانی

بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم سرانجام به درمان با انسولین نیاز دارند. (شکل ۲). به دلیل اینکه در بیماران با دیابت نوع دوم مقاومت به انسولین بیش از دیابت نوع اول است و از طرفی ریسک هایپوگلیسمی کمتری برایشان مطرح است، نیازمند دوز بالاتری از انسولین (۱ واحد در کیلوگرم در روز) می‌باشند.

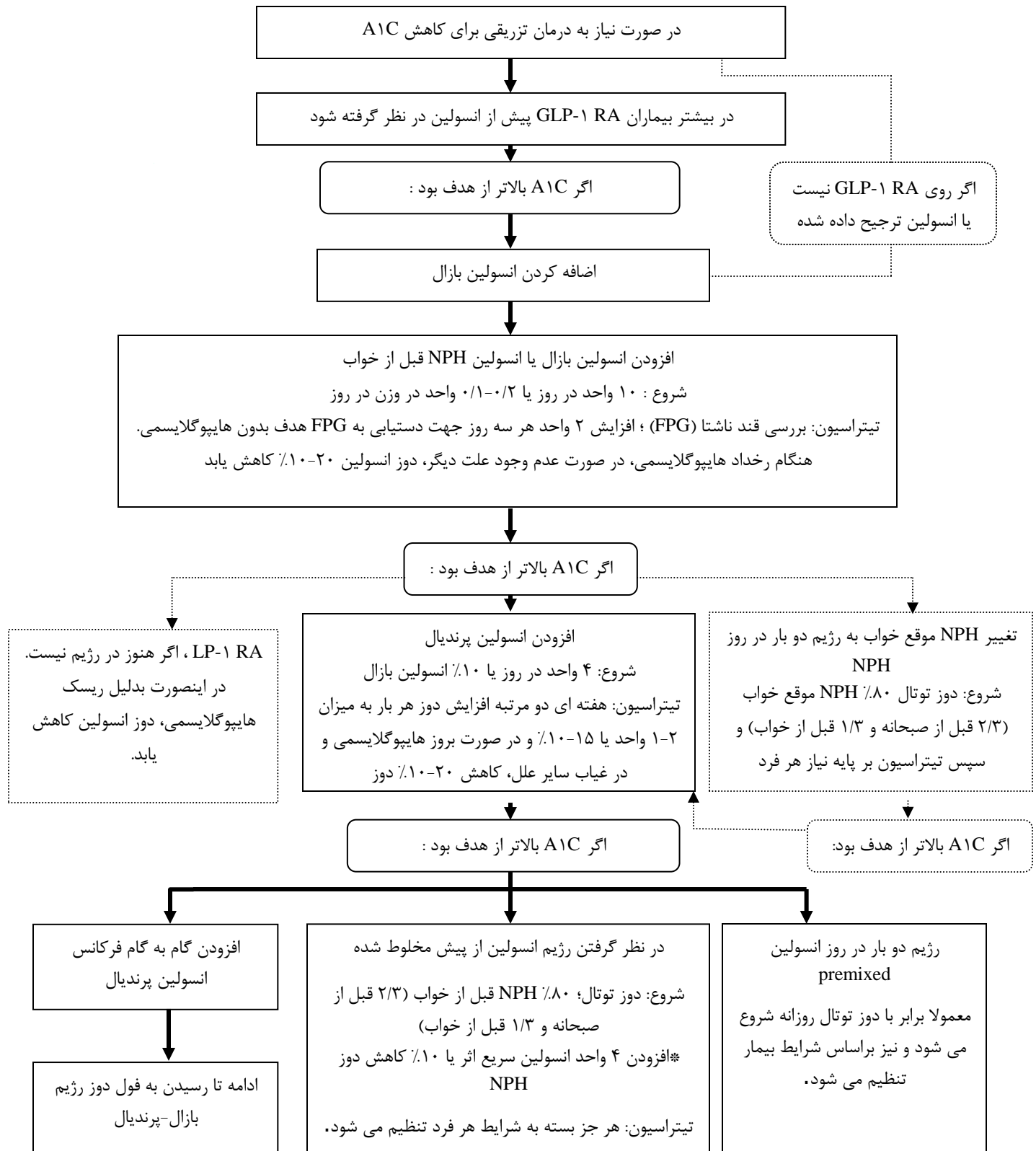
^{۱۷} Semaglutide

^{۱۸} Empagliflozin

^{۱۹} Canagliflozin

^{۲۰} Dapagliflozin

^{۲۱} Dulaglutide



شکل ۲- تشدید رژیم درمانی با داروهای تزریقی

▪ انسولین بازال (پایه)

انسولین بازال به تنهایی راحت‌ترین رژیم انسولین است و می‌تواند به متفورمین و سایر عوامل خوراکی اضافه شود. شروع دوزینگ براساس وزن بدن (۰/۱-۰/۲ واحد در کیلوگرم در روز) و درجه هایپرگلیسمی تخمین زده شده و سپس طی روزها و هفته‌های آینده در هر فرد تنظیم می‌شود. اقدام اصلی انسولین پایه جلوگیری از تولید گلوکز کبدی و هایپرگلیسمی در طول شب و بین وعده‌های غذایی است. کنترل قند خون ناشتا را می‌توان با انسولین NPH انسانی یا آنالوگ‌های انسولین طولانی اثر به دست آورد. در مطالعات بالینی ثابت شده است که آنالوگ‌های بازال با اثر طولانی‌تر (گلارژین U-۳۰۰ یا دگلودک) نسبت به آنالوگ‌های انسولین طولانی‌اثر (گلارژین U-۱۰۰ یا دتمیر) و انسولین NPH انسانی، به ترتیب؛ ریسک هایپوگلیسمی شبانه کمتری دارند. ولی در عمل، این تفاوت با انسولین NPH انسانی قابل توجه نبوده و متوسط است.

هزینه انسولین طی دو دهه گذشته به طور مداوم با سرعتی چندین برابر سایر هزینه‌های پزشکی در حال افزایش است. این هزینه بار قابل توجهی را برای بیماران به همراه دارد و می‌تواند منجر به عدم رعایت درمان از جانب بیمار شود.

بنابراین برای بسیاری از بیماران با دیابت نوع دوم، انسولین انسانی (NPH و رگولار) می‌تواند گزینه مناسب درمان باشد و پزشکان باید در رابطه با نحوه استفاده از این داروها آشنایی کامل داشته باشند.

▪ انسولین پرندیال

بسیاری از بیماران با دیابت نوع دوم برای رسیدن به قند خون هدف نیازمند دوزهایی از انسولین قبل از غذا در کنار انسولین بازال هستند. با یک دوز ۴ واحدی یا ۱۰٪ مقدار انسولین بازال همزمان با بزرگترین وعده غذایی شروع می‌شود و در ادامه می‌توان براساس نیاز بیمار، افزایش داد. تیتراسیون براساس مانیتور قند خون و یا A_{1c} انجام می‌گیرد. در صورت افزایش قابل توجه در انسولین پرندیال پیش از شام، کاهش میزان انسولین بازال باید در نظر گرفته شود.

متآنالیز انجام شده از مطالعات بالینی جهت مقایسه آنالوگ‌های سریع اثر انسولین با انسولین رگولار در بیماران دیابتی نوع ۲، تفاوت مهمی را در A_{1c} یا افت قند خون گزارش نکرده است.

▪ انسولین‌های تغلیظ شده^{۲۲}

انسولین رگولار U-۵۰۰، بر اساس تعریف، پنج برابر غلیظ‌تر از انسولین رگولار U-۱۰۰ است. رگولار U-۵۰۰ با شروع تاخیری و طول اثر بیشتر، دارای خصوصیتی بیشتر شبیه به انسولین متوسط‌الاثر (NPH) است و می‌توان با فرکانس تزریق دو یا سه بار در روز استفاده کرد.

غلظت گلارژین U-۳۰۰ و دگلودک U-۲۰۰، به ترتیب؛ سه و دو برابر بیشتر از فرمولاسیون‌های U-۱۰۰ آن‌ها است و اجازه می‌دهد دوزهای بالاتر انسولین پایه در حجم استفاده شود.

^{۲۲} Concentrated Insulins

FDA همچنین فرمولاسیون تغلیظ شده انسولین سریع اثر لیسپرو U-۲۰۰ (۲۰۰ واحد در میلی‌لیتر) و انسولین لیسپرو-U-aabc ۲۰۰ را تأیید کرده است. این فرآورده‌های تغلیظ شده باعث شده خصوصاً برای کسانی که مقاومت به انسولین بالایی داشته و نیازمند دوزهای زیادی از انسولین هستند، کمپلیانس بهتری به درمان نشان دهند.

به غیر از انسولین رگولار U-۵۰۰ که به دو صورت پن از پیش پر شده و ویال در مارکت است، سایر انسولین‌های تغلیظ شده فقط بصورت پن‌های از پیش پر شده موجود می‌باشند.

▪ انسولین استنشاقی

انسولین استنشاقی به عنوان انسولین سریع اثر جهت کنترل قند خون بعد از غذا بدون عوارض هایپوگلیسمی و افزایش وزن، به کار می‌رود. انسولین استنشاقی در افراد با بیماری مزمن ریوی مثل آسم و COPD^{۲۳} ممنوع است و در افراد سیگاری و یا کسانی که اخیراً ترک کرده‌اند، توصیه نمی‌شود. همچنین برای سایر افراد هم نیاز به تست اسپیرومتری (FEV₁)^{۲۴} قبل و بعد از شروع انسولین استنشاقی است.

۲-۲-۴-درمان ترکیبی تزریقی

اگر انسولین بازال برای رسیدن به یک قند خون ناشتا قابل قبول تیترا شده باشد (یا اگر دوز ۰/۵ واحد در کیلوگرم در روز باشد و نشانه‌هایی از نیاز به درمان دیگر باشد) و A_{1c} بالاتر از هدف باقی بماند، باید درمان ترکیبی تزریقی را در نظر گرفت.

در این روش می‌توان از افزودن آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ به انسولین پایه یا دوزهای متعدد انسولین استفاده کرد؛ که ترکیب اول اثر بیشتری در پایین آوردن قند خون دارد و ریسک هایپوگلیسمی و افزایش وزن کمتری را باعث می‌شود. دو فرآورده حاوی انسولین بازال به همراه آگونیست‌های رسپتور GLP-۱ در دسترس می‌باشد: انسولین گلارژین به علاوه لیکسیسنا تید^{۲۵} و انسولین دگلودک به علاوه لیراگلو تید، که البته در بازار دارویی ایران موجود نیست.

تشدید درمان با انسولین می‌تواند با افزودن دوزهای پراندیال به انسولین پایه انجام شود. در ابتدا با تک دوز انسولین پرندیال به همراه بزرگترین وعده غذایی شروع و سپس در صورت نیاز در تعداد دفعات بیشتر استفاده می‌شود. در روشی دیگر می‌توان رژیم بیمارانی که تحت درمان با انسولین بازال/پرندیال هستند را به دو دوز انسولین از پیش مخلوط شده^{۲۶} تبدیل کرد. هر رویکرد مزایا و معایبی دارد. به عنوان مثال، رژیم‌های بازال/پرندیال برای بیمارانی که با برنامه‌های نامنظم غذا می‌خورند، پیشنهاد می‌شود. از طرف دیگر، دو دوز انسولین پیش مخلوط یک روش ساده و راحت برای تأمین نیاز انسولین در طول روز است. علاوه بر این، انسولین‌های انسانی چه بصورت جداگانه و یا از پیش مخلوط شده (NPH/ رگولار ۳۰/۷۰) گزینه‌های ارزان‌تری جهت انسولین درمانی‌اند.

^{۲۳} chronic obstructive pulmonary disease

^{۲۴} forced expiratory volume in ۱ s

^{۲۵} lixisenatide

^{۲۶} premixed insulin

هنگام شروع درمان تزریقی ترکیبی، درمان با متفورمین باید حفظ شود، در حالی که سولفونیل اوره و مهار کننده‌های DPP-۴^{۲۷} معمولاً قطع می‌شوند. در بیماران با کنترل کمتر از حد مطلوب گلوکز خون، به ویژه در مواردی که به دوز انسولین زیاد نیاز دارند، افزودن تiazolidinedione یا یک مهار کننده SGLT۲ ممکن است به بهبود کنترل و کاهش میزان انسولین مورد نیاز کمک کند، اگرچه عوارض جانبی بالقوه باید در نظر گرفته شود.

با افزایش سن افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، ممکن است لازم باشد که رژیم‌های پیچیده انسولین به دلیل کاهش توانایی خود مدیریتی، ساده شوند.

تهیه و تنظیم: دکتر علی طالبی (دستیار داروسازی بالینی)

دکتر نیلوفر خوشنام راد (دستیار داروسازی بالینی)

منابع:

1. American Diabetes Association. ۹. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of medical care in diabetes-۲۰۲۱. Diabetes care. ۲۰۲۱Jan;۴۴(Suppl ۱):S.۲۴-۱۱۱
۲. https://diabetesjournals.org/care/issue/۴۴/Supplement_۱

^{۲۷} dipeptidyl peptidase-۴ inhibitors

تایید یک داروی جدید برای درمان

بی خوابی

با توجه به ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، بی خوابی ترکیبی از عدم دریافت خواب کافی و نارضایتی از کیفیت خواب همراه با تأثیرات منفی قابل توجهی بر عملکرد روزانه فرد تعریف می شود. بی خوابی مزمن اختلالی در شروع خواب و حفظ طول مدت زمان خواب است که حداقل سه شب در هفته به مدت حداقل سه ماه در بیمار مشاهده شود. بی خوابی شایع ترین اختلال خواب است که بیش از ۲۵ میلیون بزرگسال در ایالات متحده را تحت تأثیر قرار داده است. خواب کم کیفیت یا ناکافی می تواند بر بسیاری از جنبه های زندگی روزمره افراد از جمله توانایی تمرکز، خلق و خو و سطح انرژی تأثیر بگذارد. در درازمدت، بی خوابی با بسیاری از بیماری های جدی مانند اختلالات روانی، بیماری های قلبی عروقی، دیابت نوع ۲، سوء مصرف مواد و زوال عقل همراه است.

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) به تازگی داروی Daridorexant با برند Quviviq را برای درمان بی خوابی در بزرگسالان تایید نموده است. این دارو که به صورت قرص های ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی فرموله شده هم در القای خواب و هم در حفظ طول مدت زمان خواب به بیماران کمک می کند. این تاییدیه بر اساس داده های حاصل از مطالعات بالینی گسترده ای که در ۱۸ کشور، ۱۶۰ مرکز و بر روی ۱۸۵۴ بیمار بالغ مبتلا به بی خوابی انجام شده، صادر گردیده است.

Quviviq یک آنتاگونیست گیرنده اورکسین است. نوروپپتیدهای اورکسین محرک بیداری هستند و این دارو از طریق مسدود کردن گیرنده های آن ها، مانع اثرشان می شود. به نظر می رسد این دارو بر خلاف داروهای مشابه، به طور کلی سبب سرکوب سیستم اعصاب مرکزی نمی شود بلکه سیگنال های بی جای بیداری را مهار می کند.

در طول فاز ۳ کارآزمایی بالینی انجام شده، Quviviq در مقایسه با دارونما، برتری قابل توجهی در معیارهای عینی شروع خواب و حفظ طول مدت زمان خواب نشان داد. بیماران مصرف کننده Quviviq مدت زمان خواب طولانی تری را گزارش کردند. شایع ترین عوارض جانبی دارو عبارتند از سردرد (دارونما: ۰.۵٪، دوز ۲۵ میلی گرم: ۰.۶٪، دوز ۵۰ میلی گرم: ۰.۷٪)، خواب آلودگی یا خستگی (دارونما: ۰.۴٪، دوز ۲۵ میلی گرم: ۰.۶٪، دوز ۵۰ میلی گرم: ۰.۵٪).

FDA توصیه کرده است که Quviviq به عنوان یک «دارو تحت کنترل» طبقه بندی شود و پیش بینی می شود که در ماه می ۲۰۲۲ در دسترس بیماران قرار گیرد.

مارتین کلوزل، پزشک عمومی و مدیر ارشد علمی شرکت تولیدکننده این دارو، Idorsia اظهار داشت: پس از بیش از ۲۰ سال تحقیق در مورد نقش اورکسین در تعادل خواب و بیداری و پتانسیل آنتاگونیست های احتمالی گیرنده اورکسین، ما داروی Daridorexant را برای کمک به رفع انواع اختلالات خواب طراحی کردیم. ویژگی های بارز Daridorexant عبارتند از مهار قوی هر دو گیرنده اورکسین، جذب سریع برای شروع خواب و مشخصات فارماکوکینتیک مناسب به طوری که حدود ۸۰٪ از Daridorexant پس از یک شب از بدن حذف می شود تا احتمال بروز عوارض جانبی دارو به حداقل برسد.

فاز ۳ کارآزمایی بالینی

اثر بخشی Quviviq در دو مطالعه موازی چند مرکزی، تصادفی، دوسوکور و کنترل شده با دارونما مورد ارزیابی قرار گرفت.

در مجموع ۱۸۵۴ بیمار که مطابق ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) مبتلا به یکی از انواع اختلالات خواب بودند برای دریافت Quviviq یا دارونما به طور تصادفی انتخاب شدند و برای مدت سه ماه هر روز یک

معنی‌داری در شاخص‌های مربوط به دوز ۱۰ میلی‌گرمی Quviviq دیده نشد.

اثربخشی Quviviq در بین زیر گروه‌ها مختلف بر اساس سن، جنس، نژاد و منطقه مشابه بود. دوز ۵۰ میلی‌گرمی Quviviq، که در یکی از دو مطالعه محوری مورد ارزیابی قرار گرفت، در مقایسه با دارونما کاهش قابل توجهی را در خواب آلودگی در طول روز نشان داد.

اطلاعات مهم ایمنی در خصوص داروی Quviviq

Quviviq یک داروی نسخه‌ای برای بزرگسالانی است که در به خواب رفتن یا مدت زمان خواب شبانه مشکل دارند. اگر بیمار اغلب در زمان‌های غیرمنتظره به خواب می‌رود (نارکولپسی) باید از مصرف Quviviq خودداری کند.

از جمله عوارض جانبی جدی دارو می‌توان به کاهش آگاهی و هوشیاری اشاره کرد. صبح بعد از مصرف Quviviq، ممکن است توانایی بیمار در رانندگی و تفکر واضح و سریع کاهش یابد. همچنین ممکن است بیمار در طول روز دچار خواب آلودگی شود. دارو باید ۳۰ دقیقه قبل از به رخت خواب رفتن مصرف شود و صرفاً در شرایطی مورد استفاده قرار بگیرد که بیمار بتواند حداقل ۷ ساعت در رخت خواب بماند.

قبل از تجویز Quviviq بیمار باید از نظر موارد ذیل مورد بررسی قرار بگیرد:

- شرح حال اعصاب و روان: سابقه افسردگی یا هر بیماری روانی دیگری، سابقه افکار یا اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، شروع ناگهانی ضعف عضلانی (کاتاپلکسی) و خواب‌آلودگی در طول روز
- مشکلات ریوی یا تنفسی از جمله آپنه خواب
- مشکلات کبدی
- بارداری و شیردهی

ژانویه ۲۰۲۲

منبع خبر: Drugs.com

قرص دریافت کردند. در مطالعه ۱، ۹۳۰ نفر به صورت تصادفی در ۳ گروه Quviviq ۵۰ میلی‌گرم (N = ۳۱۰)، Quviviq ۲۵ میلی‌گرم (N = ۳۱۰) و دارونما (N = ۳۱۰) تقسیم‌بندی شدند. در مطالعه ۲، ۹۲۴ نفر به طور تصادفی در ۳ گروه Quviviq ۲۵ میلی‌گرم (N = ۳۰۹)، Quviviq ۱۰ میلی‌گرم (N = ۳۰۷) و دارونما (N = ۳۰۸) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که دوز ۱۰ میلی‌گرم دوز تاییدشده‌ای نیست.

در پایان دوره ۳ ماهه، شرکت‌کنندگان هر دو مطالعه تحت یک دوره ۷ روزه درمان با دارونما قرار گرفتند. پس از آن بیماران می‌توانستند وارد یک مطالعه تکمیلی ۹ ماهه، دوسوکور و کنترل‌شده با دارونما شوند. (مطالعه ۳) در مجموع ۶۰۰ نفر برای حداقل ۶ ماه درمان تجمعی تحت درمان قرار گرفتند، از جمله ۳۷۳ نفر برای حداقل ۱۲ ماه درمان شدند.

شاخص اثربخشی اولیه برای هر دو مطالعه «زمان تاخیر در شروع خواب مداوم^{۲۸}» و «زمان بیداری پس از شروع خواب^{۲۹}» بود که با پلی‌سومنوگرافی در آزمایشگاه خواب اندازه‌گیری شد. LPS معیاری برای القای خواب و WASO معیاری برای حفظ مدت زمان خواب است. این شاخص‌ها در ابتدای مطالعه، پایان ماه ۱ و ماه ۳ مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. شاخص اثر بخشی ثانویه این مطالعه زمان کل خواب^{۳۰} گزارش شده توسط بیمار بود که هر روز صبح در خانه با استفاده از پرسشنامه اعتبارسنجی شده خاطرات خواب مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

در مطالعه ۱، دوزهای ۲۵ و ۵۰ میلی‌گرم Quviviq در مقایسه با دارونما بهبود معنی‌داری را در پلی‌سومنوگرافی بیمار (LPS، WASO و Stst) در ماه ۱ و ماه ۳ نشان دادند.

در مطالعه ۲، دوز ۲۵ میلی‌گرم Quviviq در مقایسه با دارونما بهبود معنی‌داری را در پلی‌سومنوگرافی بیمار (LPS، WASO و Stst) در ماه ۱ و ماه ۳ نشان داد اما بهبود

^{۳۰}Total Sleep Time (sTST)

^{۲۸}Latency to Persistent Sleep (LPS)

^{۲۹}Wake After Sleep Onset (WASO)

📌 هشدار FDA در مورد پوسیدگی دندان ناشی

از فرم حل‌شونده در دهان بوپرنورفین

سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) در قالب یک پیام ایمنی هشدار داده است که فرمولاسیون‌های حل‌شونده در دهان داروی بوپرنورفین با مشکلات شدید دهان و دندان مرتبط هستند. این سازمان، تولیدکنندگان را ملزم به قید این عوارض در بروشور این فرآورده‌ها کرده‌است.

عوارض جانبی این داروها که در مدیریت دردهای شدید و درمان سوء مصرف اوبیوئیدها (OUD) استفاده می‌شوند، شامل پوسیدگی دندان، آبسه و عفونت‌های دندانی، سایش دندان و حتی افتادن دندان می‌باشد.

موارد متعددی از بروز این عوارض حتی در بیمارانی که سابقه مشکلات دهان و دندان نداشتند، گزارش شده است.

با این حال، FDA تاکید می‌کند که بوپرنورفین یک گزینه درمانی مهم در درمان OUD و کنترل درد در بیماران بدحال است و در این بیماران، مزایای این فرمولاسیون به وضوح بیشتر از خطرات آن است.

در سال ۲۰۰۲ قرص زیر زبانی بوپرنورفین و در سال ۲۰۱۵ فیلم‌های دهانی این دارو برای مدیریت درد تاییدیه گرفتند. هر دو روش دارو رسانی با مشکلات دهان و دندان همراه بوده‌اند. از زمان تایید این فرآورده‌ها، FDA ۳۰۵ مورد از عوارض دهان و دندان مرتبط با بوپرنورفین را شناسایی کرده است که ۱۳۱ مورد آن جز عوارض جدی به شمار می‌رفتند. هر چند به نظر می‌رسد موارد بیشتری وجود داشته باشد چراکه این آمار صرفاً منعکس‌کننده داده‌های FDA و مقالات پزشکی منتشر شده می‌باشد.

میانگین سنی بیمارانی که در حین مصرف بوپرنورفین دچار این دسته عوارض شده‌اند، ۴۲ سال است اما بیماران ۱۸ ساله نیز در بین موارد گزارش شده به چشم می‌خورند.

سر تیتیر های تازه ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران بهمن ماه

📌 تلاش سازمان غذا و دارو برای تولید و واردات داروی بیماران تالاسمی

📌 دریافت تعرفه خدمات دارویی توسط داروخانه‌ها قانونی است.

📌 تبدیل تهدید کرونا به فرصت/ بسته شدن فهرست دارویی یعنی سرکوب نوآوری در کشور

📌 سازمان غذا و دارو اثر بخشی دوز بوستر واکسن رازی کووید-۱۹ را تأیید کرد

📌 تأیید اثر بخشی دُز یادآور واکسن کووید-۱۹ فخرا

📌 ابلاغ برای چهارمین مرتبه - لزوم ثبت دقیق اطلاعات تهیه و توزیع دارو در سامانه رهگیری و کنترل اصالت سازمان TTAC

📌 ریکال فرآورده نیواشا-دارای اپلیکاتور

📌 فهرست شرکتها و فرآورده های ضد عفونی کننده فاقد مجوز

📌 ریکال شربت زینگاویس شرکت داروسازی سلامت گستر آرتیمان

📌 عدم توزیع اقلام پیشگیری از بارداری در مراکز بهداشتی

📌 سقف تجویز اینترفرون

📌 ریکال محلول حجیم تزریقی دکستروز ۱۰٪ نیم لیتری شهید

📌 قاضی

📌 اطلاع رسانی در خصوص محصول سیپروفلوکساسین شهید

📌 قاضی

📌 تمدید مهلت کسب امتیاز پنج ساله مشمولین قانون آموزش

📌 مداوم

🌐 برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

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

یکی از راهکارهایی که به کاهش بروز عوارض دهان و دندان این فرآورده‌ها کمک می‌کند، شست‌وشوی دهان بعد از استفاده از دارو می‌باشد. باید به بیماران توصیه شود پس از حل شدن کامل دارو، یک جرعه بزرگ آب بنوشند، آن را به آرامی اطراف لثه و دندان‌ها چرخانده و سپس ببلعند. بیماران باید حداقل ۱ ساعت بعد از استفاده از فرمولاسیون‌های حل‌شونده در دهان بوپرنورفین، از مسواک زدن خودداری کنند. با این کار فرصت کافی برای برقراری مجدد هموستاز دهانی فراهم می‌شود و از هرگونه آسیب مکانیکی که ممکن است در اثر مسواک زدن ایجاد گردد، جلوگیری می‌شود.

بیماران باید پزشک خود را از سوابق بیماری‌های دهان و دندان خود و همچنین پوسیدگی‌های دندانی فعلی خود مطلع کنند. توصیه می‌شود از ابتدای شروع درمان با فرمولاسیون‌های حل‌شونده در دهان بوپرنورفین، بیماران به صورت دوره‌ای توسط دندان‌پزشک معاینه شود.

۱۳ ژانویه ۲۰۲۲

منبع خبر: Medscape

تایید دو داروی جدید برای درمانیت

آتوپیک

سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) دو مهارکننده خوراکی JAK-۱ را برای درمان درمانیت آتوپیک (AD) متوسط تا شدید تأیید کرد. به این ترتیب، Upadacitinib و Abrocitinib اولین مهارکننده‌های JAK هستند که برای این اندیکاسیون در آمریکا مجوز گرفتند.

اما گاتمن، MD، PhD، استاد و رئیس دپارتمان پوست در دانشکده پزشکی Icahn در نیویورک در یک نشست خبری اظهار کرده: «تایید این دارو خبر بسیار بزرگیست. زیرا در سال‌های گذشته هیچ داروی سیستمیک ایمنی جز سیکلوسپورین و متوتروکسایت برای این بیماران مهیا نبود. تا به حال، تنها داروی خوراکی تأیید شده برای AD پردنیزون خوراکی بود که در مصرف طولانی مدت با عوارض جانبی

بیشتر موارد بروز عارضه مربوط به بیماری‌ها بوده است که برای درمان OUD تحت درمان با بوپرنورفین بوده‌اند. با این حال، ۲۸ مورد از مشکلات دهان و دندان در بیماران که از بوپرنورفین برای درمان درد استفاده می‌کردند، گزارش شده‌است.

در ۲۶ مورد، بیماران سابقه قبلی مشکلات دهان و دندان نداشتند. برخی از عوارض دندانی در عرض ۲ هفته پس از شروع درمان ایجاد شدند. در حالیکه میانگین زمان بروز این عوارض حدود ۲ سال پس از شروع درمان تخمین زده شده‌است.

از بین ۳۰۵ مورد گزارش شده، در ۱۱۳ مورد درگیری بیش از یک دندان گزارش شده است.

رایج‌ترین راهکار درمانی برای مدیریت این عوارض، کشیدن دندان بوده‌است که برای ۷۱ مورد از بیماران انجام شده است. سایر موارد تحت درمان ریشه، جراحی دندان، روکش‌گذاری و ایمپلنت قرار گرفتند.

FDA بر لزوم آموزش به بیماران در خصوص این عوارض و نحوه پیشگیری از آن تأکید می‌کند. کادر درمان موظفند بیماران را از شیوع بالای عوارض دهان و دندان به دنبال مصرف فرآورده‌های حل‌شونده در دهان بوپرنورفین آگاه کنند و در خصوص شدت این عوارض و لزوم مراجعه منظم به دندانپزشکی و ویزیت‌های دوره‌ای، اطلاعات لازم را در اختیار بیماران قرار دهند. بیماران باید توجه باشند که دارو باید مطابق آن‌چه پزشک برایشان تجویز کرده‌است، مصرف شود. قطع ناگهانی دارو یا کاهش دوز بدون مشورت با پزشک می‌تواند با عواقب جدی همراه باشد.

بیماران باید بهداشت دهان و دندان را بیش از پیش جدی بگیرند و اقدامات جدی‌تری در این راستا انجام دهند. آموزش بیماران در خصوص این اقدامات نیز از جمله وظایف کادر درمان می‌باشد.

تا شدید تأیید شده است. این تاییدیه بر اساس نتایج پنج کارآزمایی بالینی بر روی ۱۶۰۰ بیمار، صادر شده است. دوزهای توصیه شده این دارو دوز ۱۰۰ و ۲۰۰ میلی‌گرم می‌باشد و توصیه می‌شود دوز ۲۰۰ میلی‌گرمی برای افرادی تجویز می‌شود که به دوز ۱۰۰ میلی‌گرم پاسخ کافی نداده باشند.

بروشور داروی Upadacitinib و داروی Abrocitinib در مورد خطر عفونت‌های جدی، مرگ‌ومیر، بدخیمی، حوادث نامطلوب قلبی عروقی و ترومبوز ناشی از داروهای مهارکننده JAK-۱ هشدار داده است.

۱۴ ژانویه ۲۰۲۲

منبع خبر: Medscape



جدی همراه است. فلذا، این داروها اساساً اولین داروهای خوراکی هستند که می‌توانیم برای استفاده طولانی مدت به بیماران خود ارائه دهیم. چرا که بسیاری از بیماران تمایلی به استفاده از داروهای تزریقی ندارند.»

داروی Upadacitinib

داروی Upadacitinib با برند Rinvoq توسط شرکت AbbVie تولید می‌شود و برای درمان AD متوسط تا شدید در بیماران ۱۲ سال به بالا کاربرد دارد. تاییدیه این دارو بر اساس یافته‌های سه مطالعه بالینی فاز ۳ که مجموعاً بیش از ۲۵۰۰ بیمار بالغ و کودک بالای ۱۲ سال را مورد بررسی قرار داده، انجام شده است. دو مطالعه از سه مطالعه مذکور، اثربخشی داروی Upadacitinib را در مقایسه با دارونما ارزیابی کردند و در مطالعه سوم، اثربخشی استفاده از Upadacitinib در کنار کورتیکواستروئیدهای استنشاقی با دارونما مقایسه شد.

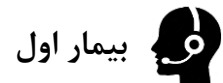
در هر سه مطالعه، Upadacitinib چه با دوز ۱۵ میلی‌گرم و چه با دوز ۳۰ میلی‌گرم تمام انتظارات را در شاخص‌های اولیه و ثانویه اثربخشی در هفته ۱۶ برآورده کرد. در برخی از بیماران شاخص EASI (Area and Severity Index) بیش از میزان مورد تصور پژوهشگران افزایش پیدا کرد. این شاخص نشان می‌دهد چند درصد از سطح پوست از وجود ضایعات و بثورات جلدی پاک شده است.

پیش‌بینی می‌شود که شرکت‌های بیمه سلامت، این دارو را تحت پوشش قرار دهند. چرا که بسیاری بیماران از درمان‌های سابق اثربخشی مکفی دریافت نکردند و دارو سطوح بالاتری از اثربخشی را برای بیماران فراهم نموده است.

Abrocitinib

داروی Abrocitinib با برند Cibinqo توسط شرکت Pfizer به بازار عرضه شده است و برای بزرگسالان مبتلا به AD متوسط

سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان



بیمار اول

شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۴۸ ساله است که سابقه ی جراحی برای خارج کردن صفرا در سال گذشته و سابقه ی جراحی ریه به دلیل برونشکتازی داشته اند و در حال مصرف لیورگل ۱۴۰ برای کبد چرب می باشند. بیمار با علائم سرفه و تنگی نفس که به دلیل ترشحات پشت حلق برای ایشان ایجاد شده است؛ به متخصص گوش، حلق و بینی مراجعه نموده است. بیمار تب نداشته است. پزشک برای بیمار سیپروفلوکساسین ۵۰۰ هر ۸ ساعت و لوراتادین روزانه یک عدد و برم هگزین هر ۸ ساعت تجویز کرده است. آیا میان لیورگل و دارو های بیمار تداخلی وجود دارد؟

پاسخ و توصیه نهایی به بیمار:

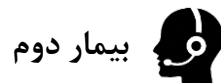
فرآورده ی لیورگل حاوی عصاره ی گیاه خارمریم بوده و در درمان کبد چرب کاربرد دارد. مطالعات در زمینه ی تداخلات فرآورده کم بوده و بر اساس مطالعات فعلی تداخلی میان این دارو و دارو های دیگر بیمار وجود ندارد.

بیمار سیپروفلوکساسین را می تواند همراه غذا استفاده کند تا عوارض گوارشی دارو کم شود و بهتر است در آن وعده ی غذایی فرآورده های لبنی نباشد.

دوز روزانه ی داروی سیپروفلوکساسین به طور معمول هر ۱۲ ساعت ۵۰۰ میلی گرم یا ۷۵۰ میلی گرم می باشد که در موارد درمان تشدید برونشکتازی بیماران به صورت دوز هر ۱۲ ساعت ۷۵۰ میلی گرم یا ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت می تواند تجویز شود.

منابع: rxlist/ webmd/lexi interacts /up to date / بروشور دارو

دکتر امیرحسین قهرمانیان



بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۶۷ ساله است که دارای سابقه دیابت با قند خون ناشتا حدود ۱۵۰-۱۶۰ و قند خون دو ساعته ۱۸۰-۱۹۰ می باشد. داروهای مصرفی ایشان زیپتین ۵۰، سینورپیا ۱۰۰۰/۵ و گلیبنکلامید می باشد. پزشک غدد به تازگی قرص گلتريو ۱۰/۵/۱۰۰۰ را به ایشان معرفی کرده اند. سوالی که دارند این است آیا خوب است این دارو را مصرف کنند؟

پاسخ: فرآورده گلتريو حاوی امپاگلیفوزین، لیناگلیپتین و متفورمین است. با توجه به این که هر ۵ میلی گرم لیناگلیپتین معادل ۱۰۰ میلی گرم سیتاگلیپتین است و قند ناشتا و دو ساعته مریض کنترل نبوده است احتمالاً پزشک با تجویز این دارو قصد داشته دوز دارو های وی را افزایش دهد.

توصیه نهایی به بیمار: این دارو را مصرف کنید و طی یک هفته قند خون ناشتا و دو ساعته را اندازه بگیرند و با پزشک خود در میان بگذارند.

منابع: uptodate

دکتر پردیس فتحی



بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۱۷ ساله است که به دلیل استرس کنکور دچار ریزش موی شدید شده است. پزشک معالج در اقدام اولیه برای بهبود ریزش موی ایشان PRP therapy را توصیه کرده است. آیا می توان برای فردی که زیر ۱۸ سال است PRP را انجام داد؟

دیسیکلومین به صورت ۴ سی سی هر ۸ ساعت مصرف می کند. آیا تداخلی بین داروهای بیمار وجود دارد؟

پاسخ: تداخل دارویی مائوری بین داروها وجود ندارد. با این وجود، مصرف همزمان فنی توئین با مترونیدازول باید با احتیاط انجام شود. مترونیدازول غلظت سرمی فنی توئین را بالا می برد و ریسک بروز عوارض و سمیت این دارو را افزایش می دهد. از طرف دیگر، داروی فنی توئین می تواند غلظت سرمی مترونیدازول را کاهش دهد. در صورت استفاده از فرآورده های حاوی پروپیلن گلیکول فنی توئین، بیمار ممکن است دچار عوارض شبه دی سولفیرام بشود. فلذا در حین مصرف این فرآورده و تا ۳ روز بعد از قطع آن باید از مصرف مترونیدازول خودداری کرد.

توصیه نهایی به بیمار:

بیمار باید از نظر عوارض و علائم سمیت فنی توئین پایش شود. در صورت بروز عدم تعادل، گیجی، سرگیجه، تهوع، استفراغ، ضعف عمومی و خواب آلودگی در بیمار، به پزشک اطلاع بدهید.

استفاده از مترونیدازول در بیمارانی که به صورت مزمن از داروی فنی توئین استفاده می کنند، ممکن است با شکست درمان همراه باشد. پس از اتمام دوره مصرف دارو، حتماً آزمایش مجدد و تست های Follow up انجام شود.

اشکال دارویی موجود در ایران حاوی پروپیلن گلیکول نمی باشد و نیازی به احتیاط خاصی وجود ندارد.

منابع: Uptodate

دکتر هستی فتوگرافی

پاسخ: برای درمان ریزش مو پس از معاینه ی اولیه آزمایشات خونی مربوط به فقر آهن، مشکلات تیروئیدی و کمبود ویتامین بررسی می شود. اقدامات مربوط مثل استفاده از ماینوکسیدیل مکمل های غذایی و فرآورده های هورمونی مانند فیناستراید نیز برای درمان اولیه توصیه می شود. در صورت عدم بهبودی می توان از روش هایی مانند مزوتراپی PRP و روش های تهاجمی استفاده کرد. مطالعاتی که برای PRP انتشار یافته اند عموماً برای افراد با سن بالای ۱۸ سال می باشند. در مواردی که ریزش موی بیمار به دلیل موارد دیگر مانند استرس باشد اقدام به درمان مشکل اصلی بیمار می شود.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به اینکه بیمار سن پایین ۱۸ سال دارد و هیچ درمان دیگری برای ایشان تا این زمان بررسی نشده است، انجام PRP توصیه نمی شود. همچنین توصیه می شود با متخصص اعصاب و روان برای استرس صحبت شده و نظر متخصص پوست و موی دیگری را نیز جویا شود.

منابع: up to date

دکتر پوریا صریحی

بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: بیمار کودکی ۲ ساله با وزن ۱۲ کیلوگرمی است که به دلیل تشنج از ۶ ماهگی در حال مصرف فنی توئین به صورت ۸ سی سی هر ۱۲ ساعت می باشد. کودک دچار گاستروانتریت شده و از ۴ روز پیش تهوع، درد شکمی، بیرون روی و استاتوره دارد. تست PCR کووید منفی بوده و آنالیز و کشت مدفوع به نفع عفونت ژیا ردا یا می باشد. متخصص اطفال برای وی شربت مترونیدازول به صورت ۷ سی سی هر ۸ ساعت برای ۷ روز تجویز کرده است. علاوه بر دارو های ذکر شده کودک فولیک اسید ۱ میلی گرم یک بار در روز و



بیمار پنجم

شرح مشکل بیمار: شرایط نگهداری انسولین نوورپید و لومیر قبل و بعد از استفاده به چه صورتی است؟

پاسخ: برند نوورپید و لومیر قبل از استفاده در یخچال باید باشد. اما بعد از استفاده میتواند یا در یخچال یا در دمای اتاق نگهداری شود.

توصیه نهایی به بیمار: انسولین های قلمی به جز برند نوورپید و لومیر پس از استفاده نباید در یخچال قرار بگیرند.

منابع: بروشور دارو

دلارام شهریاری نژاد

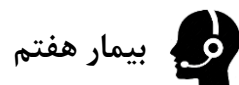
۳. در خصوص دیوالپرویکس ۲۵۰ و ۵۰۰ و برند دیوالدین، دوزهای گفته شده معادل والپرویک اسید بوده و این فرآورده قابل جایگزینی با داروهای قبلی نیستند.

در کل برای جایگزینی نیاز به تنظیم دوز و اینتروال بین فرآورده های مختلف والپروات وجود دارد و بهتر است دقت بیشتری در این موضوع شود.

فرآورده های حاوی والپرویک اسید (نسبت به والپروات سدیم) عوارض گوارشی بیشتری دارند.

منابع: CDC

دکتر زهرا فرساد



بیمار هفتم

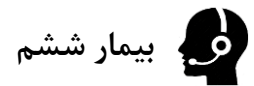
شرح مشکل بیمار: بیمار خانم باردار ۲۵ ساله ایی است که در ماه ششم بارداری (هفته ۲۴) قرار دارد و از سه ماه قبل از بارداری از ماینوکسیدیل ۵ درصد موضعی هر شب استفاده می کرده است. آیا مشکلی برای جنین ایجاد می شود؟

پاسخ: ممکن است عوارض ساده ای مثل پرمویی یا عوارض بیشتر مثل ناهنجاری در جنین مشاهده شود.

توصیه نهایی به بیمار: ارجاع و بررسی غربالگری بیشتر و قطع دارو

منابع: pubmed

دکتر پریسا رضایی



بیمار ششم

شرح مشکل بیمار: آیا میتوان دپاکین ساندوز را نصف کرد؟

پاسخ و توصیه نهایی به بیمار: بله میتوان این دارو را نصف کرد. در مورد فرآورده های والپروات نکات زیر قابل توجه است:

۱. دپاکین ۲۰۰، اورلیت ۲۰۰ و والپروات سدیم ایرانی ۲۰۰؛ هر سه اینها معادل ۲۰۰ میلی گرم والپروات سدیم، انتریک کتد، غیرقابل نصف کردن و قابل جایگزینی با هم می باشند.

۲. دپاکین کرونو ۵۰۰، اورلیت ال آ ۵۰۰، والپروات ساندوزو ۵۰۰ که هر سه حاوی ۱۴۵ میلی گرم والپرویک اسید و ۳۳۳ میلی گرم والپروات سدیم هستند. ۱۴۵ میلی از والپرویک اسید معادل با ۱۶۵ میلی والپروات سدیم است و هر سه این داروها در نهایت ۴۹۸ میلی گرم والپرویک اسید (همان حدود ۵۰۰) و معادل ۵۳۸ میلی گرم والپروات سدیم هستند. همگی SR، قابل نصف کردن و قابل جایگزینی هستند و ۱۵،۵ درصد داروی بیشتری نسبت به دپاکین دارد.

بیمار هشتم

دوز داروی دنوزومب یا حداقل ۶ هفته قبل تزریق دارو انجام بگیرد (بازه زمانی که متوسط طول بهبودی در آن را در نظر گرفته شده است)

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به بخیه هایی که فرد در دهان دارد و پروسه ادامه دار جراحی های دندان پزشکی فعلا دارو را تزریق نکنند و در سریع ترین زمان ممکن درباره این نکته و فاصله زمانی مطرح تا بهبودی کامل با دندان پزشک و ارتوپد صحبت کنند.

منابع: Uptodate، ncbi.nlm.nih.gov

دکتر سمانه فتاحیان

بیمار دهم

شرح مشکل بیمار: بیمار پسر ۱۵ ساله ایی است که به اشتباه محلول موضعی روشن کننده ی پوست که به صورت ساختنی تهیه شده است و شامل هیدروکینون ۴٪ و ترتینوئین ۰،۰۲۵٪ و همچنین شامل کوجیک اسید و پروپیلن گلیکول می باشد را به صورت خوراکی به مقدار ۱۵ قطره مصرف کرده است. در حال حاضر بیمار علائمی ندارد و سوزش و تحریک در مجاری گوارشی ایجاد نشده است. آیا نیاز به اقدامی می باشد؟

پاسخ و توصیه نهایی به بیمار: شست و شوی

دهان و مصرف مایعات فراوان تا ۱۲ ساعت بعد به

بیمار توصیه شد. احتمال ایجاد سردرد و حالت

تهوع و استفراغ وجود دارد. با توجه به حجم کم مصرف جای

نگرانی نمی باشد.

منابع: poison.org

دکتر محمد امین گودرز

شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۴۳ ساله به دلیل سابقه خون ریزی طولانی دچار فقر آهن شده و هموگلوبین ایشان ۷ است. پزشک برای ایشان ۳ عدد فرینجکت تجویز کرده است اما ایشان فراموش کردند که دارو را باید هر دو روز می زدند یا هر ۳ روز. با چه فاصله ای باید تزریق انجام شود؟

پاسخ: طبق بروشور دارو از فرآورده فرینجکت در هفته نباید بیش از ۱۰۰۰ میلیگرم تجویز شود. بنابراین مصرف هر دو روز منطقی نیست.

توصیه نهایی به بیمار: تزریق می تواند به صورت هر ۳ روز یک عدد انجام شود زیرا در هفته نمی توان بیش از ۱۰۰۰ میلیگرم از این دارو را تزریق کرد.

منابع: uptodate، medicines.org.uk

دکتر سپیده سبحانی

بیمار نهم

شرح مشکل بیمار: داروی پرولیا برای خانم ۵۸ ساله مبتلا به پوکی استخوان، برای بار اول تجویز شده است. فرد در حال حاضر در حال انجام پروسه های مربوط به ایمپلنت دندان است. چه نکاتی مطرح است که باید بدانند؟

پاسخ: فرد در طول استفاده از این دارو باید به خوبی بهداشت دهان و دندان را رعایت کند. اگر دندان ها نیازمند انجام پروسه های تهاجمی و جراحی هستند، بهتر است قبل شروع دارو این پروسه ها انجام شود. به طور کلی زمانی که زخم و محل انجام پروسه جراحی بهبود پیدا کرد و به اصطلاح موکوز بر روی زخم و محل جراحی را گرفت، فرد میتواند دارو را تزریق کند. از سوی دیگر تزریق دارو می تواند ۴ هفته بعد آخرین

بیمار یازدهم

یک و یک چهارم، بقیه روزها یک عدد، آملودیپین ۵ میلیگرم روزی یک عدد، انسولین رگولار و ان پی اچ. بیمار سوال دارد که آیا تغییر دارو مناسب بوده است و با چه دستوری باید تغییر پیدا کند؟

پاسخ: در اکثر افراد با سابقه AF با اندیکاسیون دریافت آنتی کوآگولانت استفاده از DOAC توصیه می شود و در افرادی که یکسال از وارفارین استفاده کرده اند توصیه می شود دارو به DOAC تغییر کند. در صورتی که INR بیمار زیر ۲,۵ باشد می توان تغییر دارو را انجام داد. با توجه به مصرف آسپیرین و ریواروکسابان نیاز به مصرف پنتوپرازول وجود دارد.

توصیه نهایی به بیمار: تغییر دارو مناسب است، INR بیمار چک شود و در صورتی که زیر ۲,۵ بود از فردایش ریواروکسابان همراه وعده غذایی شام مصرف شود. روزانه صبح ناشتا پنتوپرازول ۴۰ میلیگرم مصرف شود. والسارتان ۸۰ نیاز به مصرف منقسم ندارد.

منابع: up to date

دکتر سونا قاسمی

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۳۰ ساله هستند و مبتلا به سرطان کولون می باشند. به دلیل دل درد شدید و انسداد روده داروی مگلو مین به صورت خوراکی برای ایشان تجویز شده است ولی ایشان شک دارند که آیا دارو را میتوان به فرم خوراکی استفاده نمود؟

پاسخ: مگلو مین به غیر از فرم تزریقی به صورت خوراکی نیز قابل استفاده می باشد که جهت سی تی اسکن شکم و لگن ۲۰ میلی لیتر مگلو مین در یک و نیم لیتر آب حل شده و در فواصل ۵-۱۵ دقیقه یک لیوان داروی خوراکی به بیمار داده می شود و لیوان آخر دقیقا قبل از انجام آزمون نوشیده می شود.

توصیه نهایی به بیمار: مشکلی نیست که دارو به صورت خوراکی استفاده شود و بیمار بایستی هیدراته باشد زیرا در کنتراست خوراکی باعث می شود که لوبهای روده ها جدا شده و کیفیت تصاویر افزایش یابد.

منابع: pubmed, بروشور دارو

دکتر هدی شفیعی

بیمار سیزدهم

شرح مشکل بیمار: آمپول حلال همراه داروی میکرورولین شکسته است. میتوانم از آب مقطر استفاده کنم؟

توصیه نهایی به بیمار: حلال مورد استفاده برای تهیه دارو مانیتول است. امکان استفاده از آب مقطر نیست. برای تهیه مجدد حلال باید با شرکت در ارتباط باشید.

منابع: بروشور دارو

نرگس نعیمی

بیمار دوازدهم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۷۰ ساله است با سابقه AF که یک سال وارفارین مصرف می کرده است و در مراجعه به متخصص قلب دیگری داروی ایشان به ریواروکسابان ۲۰ میلی گرم تغییر داده شده است. بیمار سابقه خونریزی با وارفارین نداشته و یک ماه قبل INR ایشان ۱,۶ بوده است. دارو های مصرفی بیمار به شرح زیر می باشد: والسارتان ۸۰ میلیگرم دو بار در روز، آسپیرین ۸۰ روزی یک عدد، تریامترن اچ روزی یک عدد، وارفارین ۵ میلیگرم دو روز یک و نصف، یک روز

بیمار چهاردهم

پاسخ: با توجه به اینکه یک دوره از تخمک گذاری میگذرد احتمال وجود آسیب و خطر بسیار پایین است. طی مطالعات در مواردی که از زمان قطع دارو یک دوره تخمک گذاری نگذشته باشد هم احتمال نقص جنین بسیار پایین است و در این موارد آمار تولد کودکان سالم بالا بوده است.

توصیه نهایی به بیمار: جای نگرانی نیست. بیمار روزانه مصرف فولیک اسید ۵ میلی گرم را داشته باشد و غربالگری ها را انجام دهد.

منابع: Uptodate

دکتر مهدیه فلاحتی

شرح مشکل بیمار: بیمار به عنوان پیشگیری از حملات میگرن از ونلافاکسین ۳۷,۵ mg هر روز یک عدد استفاده می کند. در دو روز گذشته پس از مصرف ونلافاکسین دچار تهوع و استفراغ شده است. بیمار احساس سرگیجه و برق گرفتگی (shock-like sensations) و حس گزگز سمت راست بدن را می کند. بیمار قبل از میگرن این علائم را تجربه نمی کرده است و aura نداشته است. این عوارض ناشی از چیست؟

پاسخ: این علائم مشابه علائم سوماتیک سندروم withdrawal داروی ونلافاکسین می باشد. از جمله ی این علائم: سرگیجه، لرز، احساس سبکی سر، shock-like sensations، احساس فلج شدن، خستگی، سردرد و حالت تهوع، لرزش، اسهال و مشکلات بینایی است.

توصیه نهایی به بیمار: به بیمار توصیه شد دارو را همراه با غذا استفاده کند. برای پیشگیری از حالت تهوع و استفراغ از دو قاشق دیفن هیدرامین نیم ساعت قبل از مصرف دارو استفاده کند.

منابع: uptodate

دکتر غزال شریفیان

بیمار پانزدهم

شرح مشکل بیمار: بیمار مبتلا به AR در تاریخ ۱ آبان مصرف متوترکسات را به دلیل بهبود بیماری تحت نظر پزشک قطع کرده است و در تاریخ ۱۷ دی ۷ هفته از بارداری می گذرد. سیکل بیمار ۲۸ روزه است و تاریخ ۱۸ آبان آخرین تاریخی است که بیمار منس شده است. با قطع متوترکسات پیش از یک دوره از تخمک گذاری خطری جنین را تهدید میکند؟

مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی سیزده آبان



DPIC
DRUG
AND
POISON
INFORMATION
CENTER

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

۸۲۱۰۱

مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

- اطلاع رسانی دارویی به عموم مردم و گروه پزشکی در زمینه نحوه مصرف، تداخلات دارویی، مصرف دارو در بارداری و شیردهی و ...
- آموزش در زمینه مصرف بهینه دارو و جلوگیری از رواج مصرف بی رویه آنها در سطح عموم مردم.
- ارائه اطلاعات اولیه به مسمومین، همراهان و کادر پزشکی در پیشگیری از عوارض سوء مسمومیت ها.
- تهیه خبرنامه های دارویی.
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع آوری و تجزیه و تحلیل یافته های مراکز اطلاع رسانی دارو و سموم.
- انتشار کتب، جزوات آموزشی، بروشورهای دارویی مخصوص بیماران و اعضاء کادر درمان.

پاسخگوی سؤالات علمی دارویی

۸۲۱۰۱

شماره تماس: ۰۲۱-۸۲۱۰۱

ساعات کاری: ۱۳ آبان

توصیه های یک داروساز به بیمار

توصیه های داروساز در رابطه با غربالگری سرطان پروستات (آزمایش PSA)

غربالگری سرطان پروستات مستلزم انجام آزمایش برای بررسی سرطان پروستات در مردانی است که هیچ علائمی از بیماری ندارند. این آزمایش میتواند سرطان را در مراحل اولیه تشخیص دهد. اگرچه متخصصان بر این باورند که غربالگری سرطان پروستات نباید به صورت روتین برای همه آقایان در نظر گرفته شود چون میتواند همزمان فواید و مضراتی داشته باشد.

در این مقاله به بررسی فواید و مضرات غربالگری سرطان پروستات می پردازیم. بیمار می بایست برای گرفتن بهترین تصمیم، متناسب با شرایط خاص خود با پزشک متخصص مشورت کند.

📌 سرطان پروستات چیست؟

این بیماری یک سرطان در پروستات است؛ یک غده کوچک در مردان که در زیر مثانه و بالای رکتوم قرار دارد. پروستات مایعی تولید میکند که به انتقال اسپرم در هنگام انزال کمک می کند.

اگرچه برای بسیاری از مردان، تشخیص سرطان پروستات گذاشته می شود. اما بیشتر آنها در اثر سرطان نمی میرند. معمولاً سرطان پروستات به آرامی پیشرفت می کند و اکثر افراد قبل از اینکه علائم سرطان پروستات را نشان دهند به دلایل دیگر فوت می کنند.

📌 عوامل خطر ساز سرطان پروستات:

سن: همه ی مردان در معرض ابتلا به سرطان پروستات هستند اما با افزایش سن این خطر بیشتر می شود. سرطان پروستات به ندرت در افراد زیر ۵۰ سال اتفاق می افتد.

فاکتورهای نژادی: مردان سیاه پوست آمریکا با نژاد آمریکایی آفریقایی بیشتر از مردان سفید پوست و با نژاد اسپانیایی به سرطان پروستات مبتلا می شوند. همچنین مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات در این نژاد بیشتر از مردان سفید پوست و اسپانیایی تبار می باشد.

سابقه پزشکی خانوادگی: مردانی که بستگان درجه یک آنها (پدر یا برادر) مبتلا به سرطان پروستات بوده اند، ریسک بیشتری برای ابتلا به این سرطان دارند و مردانی که بستگان خانم آن ها سرطان پستان وابسته به ژن (BRCA) را داشته اند هم در خطر بیشتری برای ابتلا قرار دارند.

رژیم غذایی: رژیم غذایی حاوی چربی حیوانی بالا یا سبزیجات کم باعث افزایش ریسک سرطان پروستات می شود.

📌 آزمایشات مربوط به غربالگری سرطان پروستات:

غربالگری سرطان پروستات شامل یک آزمایش خون است که آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA) را اندازه گیری می کند.

آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA): PSA پروتئینی است که توسط پروستات تولید می شود. این آزمایش میزان PSA را در نمونه خون اندازه گیری می کند. اگرچه اکثر مردانی که سرطان پروستات دارند PSA بالایی دارند اما لزوماً افزایش PSA به معنی وجود سرطان نیست.

شایع ترین دلیل افزایش PSA هایپرپلازی خوش خیم پروستات (BPH) است که یک بیماری غیر سرطانی است که در آن پروستات بزرگ می شود. از دلایل دیگر افزایش PSA عفونت پروستات، ضربه (دوچرخه سواری) و فعالیت جنسی است. لذا قبل از انجام این تست حداقل تا ۴۸ ساعت می بایست از انجام دوچرخه سواری طولانی و یا انزال اجتناب شود.

معاینات مقعدی: گاهی یک معاینه ی مقعدی همزمان با اندازه گیری PSA برای بررسی سرطان پروستات انجام می شود. با این حال مطالعات نشان نداده اند که معاینه ی مقعدی یک آزمایش غربالگری موثر برای سرطان پروستات است.

اگر تست PSA مثبت باشد: مثبت بودن این تست لزوما خطرناک نیست و در اکثر موارد تست غیر نرمال به دلیل شرایط غیر سرطانی است؛ البته نتیجه تست مثبت نباید نادیده گرفته شود.

اولین اقدام در ارزیابی PSA افزایش یافته، معمولا تکرار تست است. در بعضی موارد ممکن است بیمار قبل از تست مجدد از نظر عفونت پروستات تحت درمان قرار گیرد. حتی اگر بیمار تحت درمان عفونت نباشد، باید حداقل ۴۸ ساعت قبل از انجام تست مجدد از دوچرخه سواری و انزال اجتناب شود. اگر بعد از انجام مجدد آزمایش، PSA همچنان بالا باشد، متخصص اورولوژی ممکن است آزمایشات بیشتری از جمله تصویر برداری با MRI و یا بیوپسی پروستات برای بیمار در نظر بگیرد.

بیوپسی پروستات: بیوپسی پروستات شامل یک سونوگرافی مقعدی و استفاده از یک سوزن برای برداشت نمونه بافت از غده پروستات است. نمونه برداری معمولا در مطب توسط یک اورولوژیست انجام می شود. معمولا افراد بعد از پروسه، احساس درد دارند و ممکن است در ادرار یا مایع منی خون مشاهده کنند. بیوپسی به ندرت باعث عفونت های جدی می شود. بعضی اوقات بیوپسی توسط تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) انجام می شوند.

مزایا و معایب غربالگری سرطان پروستات:

برخی از استدلال های موافق و مخالف این غربالگری وجود دارد.

استدلال های موافق غربالگری:

۱. نتایج از یک مطالعه بزرگ غربالگری سرطان پروستات در اروپا نشان داده است که افرادی که تست PSA را انجام داده اند بعد از ۱۳ سال، ۲۰ درصد کمتر ریسک مرگ ناشی از سرطان پروستات را در مقایسه با افرادی که این تست را انجام نداده اند، داشته اند.

همچنین افرادی که این تست را انجام داده اند ۳۰ درصد کمتر در معرض ابتلا به بیماری های متاستاتیک (سرطانی که به نواحی دیگر بدن منتشر می شود) قرار داشته اند.

۲. سالانه تعداد قابل توجهی از مردان در اثر سرطان پروستات می میرند و بسیاری دیگر از عوارض ناشی از بیماری های پیشرفته رنج می برند.

۳. در افرادی که سرطان پروستات مهاجم دارند، بهترین شانس برای درمان این است که در مراحل اولیه تشخیص داده شوند و تحت جراحی و یا پرتو درمانی قرار گیرند. مطالعات نشان داده است که افرادی که سرطان پروستات آنها با تست PSA تشخیص داده شده است در مقایسه با افرادی که تشخیص از طریق دیگری بوده است، در مراحل ابتدایی تر سرطان هستند.

۴. شانس زنده ماندن ۵ ساله در افرادی که سرطان پروستات آنها در مراحل اولیه تشخیص داده شده باشد نزدیک ۱۰۰ درصد است. این شانس در افرادی که سرطان به نواحی دیگر بدن هم گسترش یافته است ۳۰ درصد است. اگرچه اکثر سرطان

ها در مراحل اولیه غیر تهاجمی هستند و شانس زنده ماندن ۵ ساله برای آنها حتی بدون هیچ درمانی تقریباً ۱۰۰ درصد خواهد بود.

۵. تستهای غربالگری موجود کامل نیستند اما انجام آنها آسان هستند و دقت خوبی دارند.

استدلال های مخالف غربالگری:

۱. گرچه مطالعات اروپایی فواید غربالگری سرطان پروستات را نشان داده است اما تست PSA تنها از هر ۱۰۰۰ مردی که غربالگری شده است، پس از ۱۳ سال فقط از یک مورد مرگ ناشی از سرطان پروستات جلوگیری کرده است. علاوه بر این ۷۵ درصد از افرادی که تست PSA غیر نرمال داشته اند و بیوپسی پروستات شده اند، سرطان پروستات نداشتند.
۲. بسیاری از سرطان های پروستات که با غربالگری تشخیص داده می شوند باعث مرگ و یا ناتوانی افراد نمی شوند. بنابراین تعدادی از افراد برایشان تشخیص سرطان گذاشته می شود و از عوارض درمان رنج می برند که هرگز بدون انجام غربالگری سرطان تشخیص داده نمی شد. به عبارت دیگر حتی اگر غربالگری، سرطان را در مراحل اولیه تشخیص دهد، مشخص نیست که همه افراد نیاز به درمان داشته باشند یا خیر.

تست غربالگری سرطان پروستات برای چه کسانی باید انجام شود؟

پاسخ به این سوال برای همه ی افراد یکسان نیست. جدول شماره ی ۱ شامل لیستی از سوالاتی است که برای هر شخص می تواند در خصوص فواید و عوارض این غربالگری مورد ارزیابی قرار گیرد.

جدول ۱. لیستی از سوالات در خصوص تصمیم گیری برای انجام و یا عدم انجام غربالگری سرطان پروستات برای بیمار

<p>به طور متوسط از هر ۶ مرد ۱ نفر به سرطان پروستات مبتلا می شود. اما برخی از مردان در معرض خطر بالاتری هستند، از جمله مردان سیاه پوست و مردانی که در خویشاوند نزدیک خود به این بیماری مبتلا هستند.</p>	<p>آیا من در خطر بالای سرطان پروستات قرار دارم؟</p>
<p>برخی سرطان هایی که با آزمایش غربالگری تشخیص داده می شود به آرامی پیشرفت می کنند و تا سالهای زیادی آسیب نمی رساند و یا ممکن است هرگز آسیب نرساند. این بدین معناست که شما می توانید سرطانی را که ممکن است به شما آسیب نرساند، درمان کنید. برخی افراد با اطلاع از شرایط خود حس بهتری دارند و برخی دیگر ترجیح می دهند تا در صورت وجود احتمال ابتلا به سرطان نسبت به آن مطلع نشوند. به این فکر کنید که کدام یک شما را بیشتر آزار می دهد، اینکه متوجه ابتلا به سرطان در مراحل اولیه آن نشوید و یا خطر ناشی از انجام آزمایش ها و اقدامات درمانی که ممکن است ضرورت نداشته باشد را بپذیرید.</p>	<p>آیا در صورت ابتلا به سرطان می خواهید در خصوص ابتلای خود آگاهی بیابید؟</p>
<p>از هر ۳ تست مثبت PSA، دو مورد مثبت کاذب است. این بدین معناست منجر به نگرانی بی مورد و آزمایش های اضافی از جمله نمونه برداری شود. از جمله مواردی که به غیر از سرطان می تواند منجر به مثبت شدن تست PSA شود می توان به بزرگ شدن پروستات، دوچرخه سواری یا انزال در طی چند روز قبل از انجام تست می باشد.</p>	<p>در صورتی که نتیجه ی تست مثبت کاذب گزارش شود چه احساسی خواهید داشت؟</p>

<p>اگر آزمایش PSA مثبت شود، ممکن است برای بررسی سرطان به آزمایش دیگری به نام "بیوپسی" نیاز باشد. این آزمایش می تواند دردناک باشد و خطر ابتلا به عفونت را در پی دارد.</p>	<p>آیا برای بررسی سرطان پروستات حاضر به انجام بیوپسی هستید؟</p>
<p>برای برخی از مردها، نظارت فعال به عنوان یک گزینه مطرح می باشد. افرادی که این گزینه را انتخاب می کنند، بلافاصله درمان نمی شوند؛ بلکه با انجام آزمایشات معمول رو به رشد بودن سرطان را بررسی می کنند تا در صورت رشد آن درمان فعال را شروع کنند. برخی تمایل به درمان فوری دارند یا پزشکان آنها بر اساس وضعیت سرطانشان، درمان (و نه نظارت فعال) را برای آنها در نظر می گیرند. گزینه های احتمالی شامل پرتو درمانی و جراحی می باشد.</p>	<p>در صورتی که متوجه ابتلا به سرطان شوید، آیا حاضر به درمان هستید؟</p>
<p>خطرات درمان هایی مانند پرتودرمانی و جراحی شامل مشکلات ادرار کردن، عملکرد نعوظ و حرکات روده است.</p>	<p>آیا از خطرات ناشی از درمان سرطان پروستات، اطلاع دارید؟</p>
<p>گرچه این اتفاق نادر است، اما می تواند به شما کمک کند تا با در نظر گرفتن تمامی پیامد های احتمالی ناشی از عدم غربالگری و تشخیص زود هنگام سرطان، پشیمان نشوید.</p>	<p>آیا در صورت تصمیم گیری در خصوص عدم انجام غربالگری عواقب ناشی از ابتلا به نوع جدی (یا حتی کشنده) سرطان پروستات را می پذیرم؟</p>

سازمان های حرفه ای: انجمن ها و جوامع بزرگ پزشکی از جمله کارگروه کاری خدمات پیشگیرانه ایالت متحده (USPST)، انجمن سرطان آمریکا، سازمان اورولوژی آمریکا و بسیاری از انجمن های سرطان اروپا براین عقیده هستند که مردان باید در مورد تست غربالگری با پزشکان مشورت کنند و این افراد باید از فواید و مضرات غربالگری سرطان پروستات آگاه باشند تا براساس شرایط خود بهترین گزینه ی درمانی را دریافت نمایند.

سن شروع تست غربالگری: غربالگری از سن ۵۰ سالگی برای افرادی که ریسک متوسط سرطان پروستات را دارند، انجام می شود. افرادی که عوامل خطر ساز سرطان پروستات (مثل نژاد سیاه و یا سفید پوستی که سابقه خانوادگی در پدر و برادر داشته اند) ممکن است غربالگری را از سن ۴۰-۴۵ سال شروع کنند.

آزمایش غربالگری چند وقت یکبار انجام شود؟ پس از شروع غربالگری، این آزمایش (در صورت تمایل به ادامه ی آزمایش) می بایست هر یک تا دو سال تکرار شود که شامل تست خونی PSA است.

تست غربالگری در چه سنی متوقف شود؟ دستورالعمل ها پیشنهاد می دهند که در سن ۶۹ سالگی متوقف شود، اگرچه ممکن است بعضی از متخصصان پیشنهاد دهند که ادامه داشته باشد.

در چه افرادی تست غربالگری توصیه نمی شود: در افرادی که امید به زندگی و یا توانایی انجام اقدامات درمانی در آنها به علت بیماری های جدی دیگر پایین است، انجام نمی شود.

منبع: UpToDate

تازه های کووید-۱۹

احتمال زیاد Sotrovimab اثربخشی خود را علیه این سویه جدید حفظ کرده است.

دو داروی Ruxolitinib و Tofacitinib نیز به عنوان گزینه‌های پیشنهادی درمان کووید-۱۹ شدید پیشنهاد شده‌اند اما به دلیل عدم وجود اطلاعات مکفی در خصوص اثربخشی آن‌ها، WHO قعلا توصیه می‌کند از این داروها استفاده نشود.

توصیه‌های امروز WHO که هشتمین به‌روزرسانی دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد درمان کووید-۱۹ می‌باشد، بر اساس شواهد حاصل از هفت کارآزمایی بالینی انجام‌شده بر بیش از ۴۰۰۰ بیمار مبتلا به کووید-۱۹ غیر شدید، شدید و بحرانی تعیین شده‌است.

WHO جهت تضمین ظرفیت عرضه جهانی این داروها و فراهم‌سازی زمینه دسترسی عادلانه و پایدار به درمان‌های جدید، در حال مذاکره با تولیدکنندگان دارویی مطرح جهان می‌باشد.

۱۴ ژانویه ۲۰۲۲

منبع خبر: سازمان جهانی بهداشت

هشدار FDA در خصوص حساسیت کمتر



تست‌های تشخیصی در برابر اومیکرون

به گفته سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA)، تست‌های سریع آنتی‌ژن کووید-۱۹ ممکن است در تشخیص نوع Omicron که به سرعت در حال گسترش در سراسر دنیا است، مؤثر نباشد.

بر اساس اطلاعیه‌ای که FDA در تاریخ ۲۸ دسامبر در سایت خود منتشر کرده، به نظر می‌رسد آزمایش‌های آنتی ژن

دو داروی جدید برای درمان کووید-۱۹



سازمان جهانی بهداشت (WHO)، جهت افزایش گزینه‌های درمانی در دسترس، دو داروی جدید را برای درمان کووید-۱۹ توصیه می‌کند. اینکه این داروها تا چه حد در نجات جان انسان‌ها کمک‌کننده باشند، به میزان در دسترس بودن و مقرون به صرفه بودن آن‌ها بستگی دارد.

یکی از این داروها داروی Baricitinib است که برای بیماران مبتلا به کووید-۱۹ شدید توصیه می‌شود. این دارو از دسته مهارکننده‌های ژانوس کیناز (JAK) می‌باشد که تحریک بیش از حد سیستم ایمنی را سرکوب می‌کنند. بهتر است این دارو در کنار داروهای کورتیکواستروئیدی استفاده شود. Baricitinib یک داروی خوراکی است که در درمان آرتريت روماتوئید استفاده می‌شود. این دارو در جولای ۲۰۲۱ توسط WHO به عنوان جایگزین داروهای مسدودکننده گیرنده اینترلوکین-۶ در درمان آرتريت پیشنهاد شد.

داروی دوم Sotrovimab نام دارد. WHO به صورت مشروط استفاده از این آنتی بادی مونوکلونال را برای درمان کووید-۱۹ خفیف یا متوسط در بیمارانی که در معرض خطر بالای بستری هستند، توصیه کرده است. بیماران مسن، بیماران مبتلا به نقص ایمنی، مبتلایان به بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، فشار خون بالا و چاقی و همچنین افرادی که واکسینه نشده‌اند، کاندید دریافت این دارو می‌باشند.

Sotrovimab جایگزینی برای کوکتل دارویی Casirivimab-Imdevimab محسوب می‌شود. این کوکتل مجموعه‌ای از دو آنتی‌بادی مونوکلونال است که در سپتامبر ۲۰۲۱ توسط WHO به عنوان یک گزینه درمانی معرفی شد. مطالعات در مورد اثربخشی آنتی‌بادی‌های مونوکلونال علیه اومیکرون ادامه دارد اما مطالعات آزمایشگاهی اولیه نشان می‌دهد که به

مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

پاسخگوی سوالات علمی دارویی



کووید-۱۹، نوع Omicron را شناسایی می‌کنند اما ممکن است از حساسیت کافی برخوردار نباشند.

در بررسی‌های اولیه آزمایشگاهی که با استفاده از نمونه‌های ویروس کشته شده (با حرارت) انجام شد، تست‌های مبتنی بر آنتی‌ژن قادر به تشخیص نوع Omicron بودند اما حساسیت این تست‌ها در شرایطی که نمونه حاوی ویروس فعال باشد، کاهش می‌یابد.

لازم به ذکر است که این داده‌های آزمایشگاهی جایگزین داده‌های حاصل از مطالعات بالینی که با استفاده از نمونه‌های بیمار مبتلا به ویروس فعال انجام می‌شود، نمی‌باشد. این مطالعات بالینی در حال حاضر در حال انجام هستند و باید برای تصمیم‌گیری نهایی تا اعلام نتایج این بررسی‌ها نیز منتظر ماند.

FDA خاطر نشان می‌کند که تست‌های آنتی ژن عموماً در مقایسه با تست‌های مولکولی از حساسیت کمتری برخوردارند و ممکن است تمام عفونت‌هایی که در مراحل اولیه قرار دارند را تشخیص ندهند. با این وجود، همچنان توصیه می‌کند که مطابق دستورالعمل‌های موجود از آزمایشات مبتنی بر آنتی ژن استفاده شود.

بر اساس توصیه‌های FDA، افرادی که با تست‌های مبتنی بر آنتی‌ژن جواب منفی دریافت کردند اما علائم ابتلا به کووید-۱۹ را دارند یا به دلیل مواجهه با افراد مبتلا، احتمال ابتلای بالایی دارند، باید مجدداً تست‌های مولکولی نیز انجام دهند تا از وضعیت ابتلای آن‌ها اطمینان حاصل شود.

افرادی که با تست‌های مبتنی بر آنتی‌ژن جواب مثبت دریافت کردند باید خود را قرنطینه کنند و برای ادامه روند درمان، تحت نظر پزشک قرار بگیرند.

FDA در همکاری با تولیدکنندگان تست‌های آزمایشگاهی، به مطالعه و ارزیابی حساسیت تست‌ها و همچنین تعیین بهترین

شماره تماس ۰۲۱۰۱ داروی

خط ویژه جهت مشاوره علمی دارویی



**پاسخگویی به هم‌میهنان عزیز
توسط پزشکان و داروسازان مجرب**

**پاسخگویی به همکاران کادر درمان
توسط متخصصین داروسازی بالینی**



نوع جدید و بسیار مسری ویروس کرونا و گسترش سریع آن، مسئولین CDC را به این فکر انداخته است که کدام ماسک صورت می‌تواند به بهترین وجه به مهار عفونت کمک کند.

قبل از این به‌روزرسانی، CDC در ماه سپتامبر توصیه کرده بود که مردم عادی در موقعیت‌های خاص از ماسک‌های N۹۵ یک‌بار مصرف استفاده کنند. استفاده از این ماسک‌ها به افرادی که بیشتر مستعد ابتلا به فرم شدید بیماری هستند و افرادی که بیش از دیگران در معرض مواجهه با ویروس کووید قرار دارند، پیشنهاد شده بود. علاوه بر این، شرایط سفر و استفاده از وسائل حمل و نقل عمومی نیز از دیگر مواردی بود که توصیه می‌شد از ماسک N۹۵ استفاده شود.

CDC همچنان توصیه می‌کند انواع خاصی از ماسک‌های N۹۵ که به ماسک‌های N۹۵ جراحی معروف هستند، صرفاً برای استفاده کادر درمان ذخیره شود. طراحی این ماسک‌ها به گونه‌ای است که فرد را از پاشیدن خون و سایر خطرات موجود در اتاق عمل محافظت می‌کند.

با این حال، همه در ماسک N۹۵ احساس راحتی نمی‌کنند. CDC همچنین تاکید می‌کند که بهترین ماسک، ماسکی است که به خوبی روی صورت بیمار قرار بگیرد و استفاده مداوم و طولانی مدت از آن برای بیمار میسر باشد.

به گزارش آسوشیتدپرس، کریستن نوردلاند، سخنگوی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا، روز جمعه در بیانیه‌ای اظهار کرده: «پیام اصلی ما همچنان این است که هر ماسکی بهتر از ماسک نزدن است.»

۱۶ ژانویه ۲۰۲۲

منبع خبر: Drugs.com

زمان و فرکانس انجام آزمایشات مبتنی بر آنتی ژن ادامه می‌دهد.

۲۹ دسامبر ۲۰۲۱

منبع خبر: Medscape

بهترین ماسک برای پیشگیری از کرونا



اداره کنترل بیماری‌های واگیر آمریکا (CDC) ماسک N۹۵ را به عنوان بهترین ماسک در برابر ویروس کرونا توصیه می‌کند.

در انحراف از توصیه‌های قبلی خود در مورد ماسک‌های صورت، دستورالعمل جدید اداره کنترل بیماری‌های واگیر آمریکا (CDC)، ماسک‌های N۹۵ یا KN۹۵ را به عنوان بهترین محافظ در برابر کووید-۱۹ معرفی کرده و توصیه می‌کند به جای استفاده از ماسک‌های پارچه‌ای از این نوع ماسک‌ها استفاده شود. البته به شرطی که این ماسک به خوبی روی صورت فرد قرار بگیرد و فیکس شود.

در اوایل همه‌گیری، کمبود ماسک‌های N۹۵ و KN۹۵ باعث شده بود این نوع ماسک‌ها صرفاً برای کادر درمان و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی توصیه بشود. این دستورالعمل جدید عموم مردم را مدنظر قرار داده است.





- ✓ ۱۰ بهمن (آخرین یکشنبه ی ژانویه) روز جهانی کمک به جذامیان
- ✓ ۱۵ بهمن (۴ فوریه) روز جهانی مبارزه با سرطان
- ✓ ۸-۱۵ بهمن هفته ی ملی مبارزه با سرطان
- ✓ ۲۵ بهمن (۱۴ فوریه) روز بین المللی صرع
- ✓ ۲۱-۲۷ بهمن (۱۰-۱۶ فوریه) هفته ی ارتقاء آگاهی در مورد بارداری

همکاران این شماره:

دکتر مژگان مشایخی
دکتر فاطمه دولت آبادی
دکتر هستی فوتوگرافی

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

موارد مصرف

مصرف در شیردهی

مصرف در بارداری

تداخل دارویی

شرایط نگهداری

نحوه مصرف

مسمومیت دارویی

عوارض مصرف



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱۰۱۲۸

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

DPIC

(DRUG AND POISON INFORMATION CENTER)

