

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مدیریت هرپس سیمپلکس ژنیتال در بیماران بالغ

✓ تازه های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه های داروساز در خصوص کولیک نوزاد

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

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

پاسخگوی
سؤال‌های
علمی دارویی



۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: www.13abanpharmacy.tums.ac.ir

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

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۸

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

مدیریت عفونت هرپس سیمپلکس ژنیتال در بیماران بالغ

هرپس ژنیتال یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ویروسی مقاربتی در سرتاسر جهان است. به طور معمول، عامل ابتلا به این بیماری، ویروس هرپس سیمپلکس نوع ۲ (HSV-2) می‌باشد. هر چند نوع ۱ این ویروس (HSV-1) هم می‌تواند در بعضی موارد علائم بالینی مشابهی در بیماران ایجاد نماید. لازم به ذکر است که شیوع هرپس ژنیتال ناشی از HSV-1 روبه‌افزایش است. استفاده از داروهای ضدویروس، مدت زمان علامت‌دار بودن بیماران را کاهش می‌دهد. در موارد راجعه که اتفاقاً شیوع بالایی هم دارند، می‌توان دو رویکرد مختلفی درمانی یعنی درمان پروفیلاکتیک و درمان اپیزودیک را برای بیمار در نظر گرفت. در ادامه این نوشتار، این موارد توضیح داده خواهند شد.

درمان اپیزود اول بیماری

پیش از بررسی درمان اولین اپیزود ابتلا به هرپس ژنیتال لازم است دو اصطلاح را تعریف کنیم.

- **عفونت اولیه (Primary Infection):** در صورتی که بیمار در هنگام ابتلا به HSV-2 هیچ آنتی‌بادی علیه HSV-1 و HSV-2 نداشته باشد یا به عبارت دیگر Seronegative باشد، عفونت او از نوع اولیه طبقه‌بندی می‌شود. در این نوع عفونت، بیمار علاوه بر تجربه ضایعات دردناک در ناحیه تناسلی و سوزش ادرار، دچار علائمی مثل تب، کسالت، بی‌حالی و سردرد هم خواهند شد. در صورت عدم دارودرمانی علائم به مدت ۲ الی ۴ هفته ادامه پیدا می‌کند.

- **عفونت غیراولیه (Nonprimary Infection):** در صورتی که بیمار در هنگام ابتلا به HSV-2، Seropositive باشد یعنی از قبل نسبت به HSV-1 ایمنی داشته باشد، این عفونت غیراولیه در نظر گرفته می‌شود. در این موارد علائم بیماری کمی خفیف‌تر است. در خصوص اینکه سابقه ابتلا قبلی به HSV-2 و ایمنی نسبت به آن چه تاثیری بر روی ابتلا به HSV-1 و علائم عفونت دارد، چندان شناخته شده نیست. به نظر می‌رسد بعد از ابتلا به HSV-2 ابتلا به HSV-1 ژنیتال بسیار نادر باشد.

اندیکاسیون شروع درمان: به طور کلی، تمامی بیمارانی که اپیزود اول ابتلا به هرپس ژنیتال را تجربه می‌کنند، باید درمان ضدویروس دریافت نمایند. اپیزود اول ممکن است یک اپیزود طولانی همراه با علائمی چون زخم‌های ژنیتال باشد. البته در مواردی که بیماری Nonprimary باشد، علائم بیمار خفیف‌تر (سوزش ادراری و احساس مور مور شدن در ناحیه استخوان خاجی) خواهد بود.

دارودرمانی بایستی در اولین زمان ممکن بعد از ظاهر شدن ضایعات پوستی و حداکثر در عرض ۷۲ ساعت شروع شود. هر چند در مواردی که بیمار درد شدیدی دارد یا همچنان دچار ضایعات جدید می‌شود، در خارج از این بازه زمانی هم شروع دارودرمانی برای بیماران در نظر گرفته می‌شود. شروع درمان ضدویروسی خوراکی هم شدت و هم دوره علائم را کاهش می‌دهد. هر چند لازم به ذکر است که شروع درمان ضدویروسی در اپیزود اول سبب ریشه‌کشی ویروس HSV نمی‌شود. بنابراین، تمامی بیماران در ریسک عود مجدد علائم قرار دارند.

یکی از درمان‌های پیشنهاد شده برای این بیمار داروی آسیکلوویر است. مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از این دارو طول درمان بیمار (۱۲ روز در مقابل ۱۶ روز)، طول مدت احساس درد (۵ روز در مقابل ۷ روز) و همچنین دوره‌ی انتقال ویروس از فرد مبتلا به دیگران را (۲ روز در مقابل ۹ روز) کاهش می‌دهد. البته در بیمارانی که اپیزود Nonprimary را تجربه می‌کنند، استفاده از آسیکلوویر صرفاً دوره بیماری را کوتاه می‌کند و تاثیر خاصی بر روی درد ضایعات و مدت زمان فعال بودن ضایعات ندارد. درمان ضدویروسی می‌تواند ریسک پیچیده شدن عفونت اولیه (مثلاً بروز احتباس ادراری یا ضایعات خارج از ناحیه ژنیتال) را کاهش می‌دهد.

انتخاب رژیم دارویی و طول درمان

اکثر بیمارانی که اپیزود اول HSV ژنیتال را تجربه می‌کنند، می‌توانند از داروهای خوراکی برای درمان استفاده کنند. فرم تزریقی آسیکلوویر معمولاً برای موارد پیچیده و سنگین بیماری استفاده می‌شود. فرم موضعی آسیکلوویر تأثیرات خیلی جزئی در درمان هرپس ژنیتال ایجاد می‌کند و در نتیجه توصیه نمی‌شوند. به طور معمول درمان برای ۷ الی ۱۰ روز پیشنهاد می‌شود اگر پس از ۱۰ روز دارودرمانی بیمار باز هم دچار ضایعات جدید شد، لازم است درمان برای ۵ الی ۷ روز دیگر ادامه یابد. داروهای مورد تأیید مرکز پیشگیری از بیماری‌های آمریکا به شرح زیر است:

- آسیکلوویر ۴۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت
- فامسیکلوویر ۲۵۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت
- والاسیکلوویر ۱۰۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت

هر سه دارو به لحاظ اثربخشی و پروفایل عوارض جانبی مشابه هم هستند و تفاوت قابل توجهی بین داروهای این دسته وجود ندارد. معمولاً از بین این سه دارو، والاسیکلوویر گزینه انتخابی است چرا که دفعات مصرف آن در روز کمتر است اما از لحاظ هزینه، داروی آسیکلوویر داروی مناسب‌تری است.

ملاحظات مربوط به عفونت‌های پیچیده: در صورتی که بیمار دچار عفونت پیچیده بشود، لازم است درمان به صورت تزریقی انجام شود. منظور از عفونت پیچیده شرایطی است که بیمار علاوه بر علائم ژنیتال، علائم شدید دیگری را تجربه کند. این علائم شامل موارد زیر است:

- درگیری سیستم اعصاب مرکزی (مننژیت آسپتیک، آنسفالیت و میلیت عرضی)
- درگیری عصب خاجی که به احتباس ادراری منجر می‌شود.
- درگیری ارگان‌ها مثل هپاتیت یا پنومونی
- HSV منتشر

دوز و دوره درمان تزریقی آسیکلوویر معمولاً بر اساس نوع و شدت درگیری تعیین می‌شود. به عنوان مثال، بیماری که دچار درگیری عصب خاجی و احتباس ادراری شده است به ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم دارو به ازای هر کیلوگرم وزن بدن نیاز دارد که هر ۸ ساعت به صورت وریدی تزریق شود. روند درمان تا جایی ادامه پیدا می‌کند که علائم بیمار رو به بهبود برود. بعد از آن ادامه روند با داروی خوراکی ضدویروس انجام می‌شود تا جایی که دوره درمان ۱۰ روزه کامل بشود. (مجموع درمان تزریقی و خوراکی ۱۰ روز بشود). در موارد شدیدتر (مثل آنسفالیت) یا در مواردی که بیمار دچار نقص ایمنی است، ممکن است دوره درمان بیشتر از ۱۰ روز طول بکشد.

درمان‌های کمکی: تعدادی از بیماران در اپیزود اول بیماری درد متوسط تا شدیدی در ناحیه ژنیتال و ناحیه خاجی تجربه می‌کنند. در این موارد استفاده از مسکن‌ها پیشنهاد می‌شود در خانم‌هایی که به دلیل ضایعات متعدد دچار سوزش ادراری هستند، نشستن در لگن آب ولرم می‌تواند به کاهش علائم بیمار کمک کند. در شرایطی که بیمار دچار درجاتی از احتباس ادراری بشود (درگیری عصب خاجی) ممکن است نیاز به کاتترگذاری وجود داشته باشد.

درمان اپیزودهای بعدی و عفونت‌های مکرر

احتمال تکرار عفونت: احتمال بروز مجدد علائم بیماری برای تمام افرادی که به هرپس ژنیتال مبتلا شده‌اند، وجود دارد. لازم به ذکر است که احتمال عفونت مجدد در موارد ابتلا به HSV-1 کمتر از HSV-2 می‌باشد. بازگشت مجدد بیماری

ارتباطی به نوع درمان در اپیزود اولیه ندارد چرا که دارودرمانی سبب ریشه‌کنی ویروس نمی‌شود. ویروس به صورت نهفته در بدن باقی می‌ماند و در آینده ممکن است به دلایل مختلف مجدداً فعال بشود. به طور معمول با گذشت زمان نسبت به عفونت اولیه، احتمال عود مجدد بیماری کمتر می‌شود.

در صورت عدم استفاده از دارودرمانی ضدویروسی، میانگین نرخ عود بعد از عفونت اولیه با HSV-2 برابر با ۴ بار عود علائم در طی یک سال است. در ۴۰ درصد بیماران، موارد عود ممکن تا ۶ بار در سال هم افزایش پیدا کند. در خصوص HSV-1، تعداد موارد عود در طی یک سال به طور معمول یک بار است.

در موارد عود، علائم بالینی بیمار ممکن است متفاوت باشد. تعداد ضایعات معمولاً کمتر است و ضایعات ظاهر متفاوت و آتیپیکالی نشان می‌دهند؛ به ویژه در خانم‌ها که ممکن است دچار خارش واژن یا فیشر بشوند. در اپیزودهای عود، طول دوره درگیری با ضایعات و همچنین مدت زمان پخش کردن ویروس کوتاه‌تر می‌شود.

گزینه‌های درمانی: به طور معمول جهت کاهش احتمال انتقال بیماری به شریک جنسی فرد، کاهش شدت علائم و کاهش ریسک بروز مجدد علائم، داروهای ضدویروس خوراکی به بیماران داده می‌شود. البته در برخی از بیماران ممکن است نیازی به دارودرمانی ضدویروس در اپیزودهای بعدی وجود نداشته باشد. این افراد عبارتند از افرادی که از لحاظ جنسی فعال نیستند، بیمارانی که علائم خفیف دارند و آن دسته افرادی که خیلی دیر به دیر تظاهرات هرپس ژنیتال را بروز می‌دهند. برای مدیریت اپیزودهای عود دو راهکار درمانی متنوع مطرح است که در ادامه توضیح داده شده‌اند:

- **درمان اپیزودیک:** منظور از این نوع درمان اینست که بیمار به محض اینکه متوجه شروع علائم (خارش، گزگز یا بی‌حسی) می‌شود، رژیم دارویی ضدویروس را آغاز نماید. این دسته علائم معمولاً قبل از ایجاد ضایعات خود را نشان می‌دهند. این روش درمانی به افزایش سرعت بهبود ضایعات کمک کرده و دوره سرایت بیماری را کاهش می‌کند. این روش هزینه مالی کمتری دارد و نیاز به پایداری^۱ به درمان چندان بالایی از طرف بیمار ندارد.

- **درمان سرکوب مزمن:** در این روش بیماران هر روز از داروهای ضدویروس استفاده می‌کنند. این روش درمانی مناسب افرادی است که عودهای شدید و پرتکرار را تجربه می‌کنند. علاوه‌براین، استفاده از این روش درمانی ریسک انتقال ویروس به شریک جنسی سالم را تا حد زیادی کاهش می‌دهد.

در خصوص اینکه کدامیک از این دو روش مناسب‌تر است، هنوز اطلاعات زیادی در دست نیست. درمان اپیزودیک برای بیماران راحت‌تر است اما با استفاده از روش سرکوب مزمن تعداد روزهایی که بیمار ضایعه فعال دارد و مدت زمانی که بیمار می‌تواند ویروس را به دیگری منتقل کند، بیشتر کاهش پیدا می‌کند. لازم به ذکر است که بیماران مبتلا ممکن است در شرایطی که هیچ ضایعه واضحی ندارند هم ویروس را به شریک جنسی خود منتقل کنند. از این جهت شاید استفاده از روش سرکوب مزمن تا حدی ارجح باشد. بنابراین، برای انتخاب بین یکی از این روش درمانی عواملی مثل تواتر عود بیماری، شدت علائم، ترجیح بیمار و میزان نگرانی او از انتقال بیماری به شریک جنسی خود تعیین‌کننده خواهد بود. در پایان برای جمع‌بندی نحوه انتخاب روش درمان اپیزودهای ثانویه می‌توان چنین گفت:

- در مواردی که بیمار در طی سال حداقل ۶ بار عود علائم را تجربه می‌کند، درمان سرکوب‌کننده مزمن ارجح است.
- در مواردی که بیمار می‌خواهد ریسک انتقال بیماری به شریک جنسی خود را به حداقل برساند، درمان سرکوب‌کننده مزمن ارجح است.
- برای بیمارانی که فعالیت جنسی ندارند، تعداد موارد عود و شدت علائم آن‌ها کم است، درمان اپیزودیک ارجح است.

^۱Adherence

رژیم‌های درمانی در موارد عود

درمان اپیزودیک: در صورتی که این روش درمانی برای بیمار در نظر گرفته شده باشد، پزشک باید در خصوص علائم هشدار و زمانی که بیمار باید دارودرمانی را آغاز کند، به بیمار آموزش داده شود. هر سه دارو آسیکلوویر، فاکسیکلوویر و والاسیکلوویر در این شرایط تجویز می‌شوند و به یک میزان اثربخشی دارند.

آسیکلوویر: ۸۰۰ میلی‌گرم سه بار در روز برای ۲ روز یا ۸۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۵ روز

فامسیکلوویر: ۱۰۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای یک روز یا ۱۲۵ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۵ روز یا ۵۰۰ میلی‌گرم برای دوز اول و سپس ۲۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۲ روز

والاسیکلوویر: ۵۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز برای ۳ روز یا ۱۰۰۰ میلی‌گرم یک بار در روز برای ۵ روز

بهتر است که درمان در صورت امکان در ۲۴ ساعت اول شروع علائم آغاز شود. بیمار باید از قبل درباره زمان شروع دارو آموزش ببیند و دارو را از قبل در منزل داشته باشد. بیماران باید بدانند که پیش از مشاهده ضایعات ممکن است احساس بی‌حسی یا گزگز در ناحیه ایجاد شود.

درمان مزمن سرکوب‌کننده: چندین رژیم دارویی برای این مورد پیشنهاد شده است که بسته به شرایط بیمار یکی از آن‌ها انتخاب می‌شود. لازم به ذکر است بیماری که قرار است به صورت طولانی مدت از داروهای ضدویروس استفاده کند باید در زمان‌های مشخصی مجدداً مورد بررسی قرار بگیرد. این رژیم‌ها عبارتند از:

- آسیکلوویر ۴۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز
 - فامسیکلوویر ۲۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز
 - والاسیکلوویر ۵۰۰ یا ۱۰۰۰ میلی‌گرم یک بار در روز (به طور معمول دوز ۱۰۰۰ میلی‌گرم در مواردی استفاده می‌شود که بیمار بیشتر از ۱۰ عود در یک سال تجربه کند).
- تنها یک مطالعه گسترده برای بررسی ایمنی درمان‌های طولانی مدت ضدویروس را بررسی کرده است. در این مطالعه ۶ ساله، ۲۳۹ نفر مورد پایش قرار گرفتند و عارضه و مشکل خاصی گزارش نکردند.

ملاحظات خاص در بیماران مبتلا به HIV

بیماران مبتلا به HIV ممکن است اپیزودهای طولانی و شدید هرپس ژنیتال را تجربه کنند و بیشتر از سایر بیماران در ریسک ابتلا به هرپس مقاوم به درمان قرار دارند. درمان آنتی‌رتروویرال^۲ (ART) که برای مدیریت HIV در این بیماران استفاده می‌شود، می‌تواند شدت و تواتر ضایعات مربوط به HSV را کاهش بدهد. البته با شروع ART ممکن است تظاهرات بالینی HSV موقتاً تشدید شود. در این بیماران استفاده از درمان سرکوب‌کننده به منظور کاهش ریسک انتقال ویروس HSV-2 یا HIV به شریک جنسی توصیه نمی‌شود.

جایگاه درمان موضعی

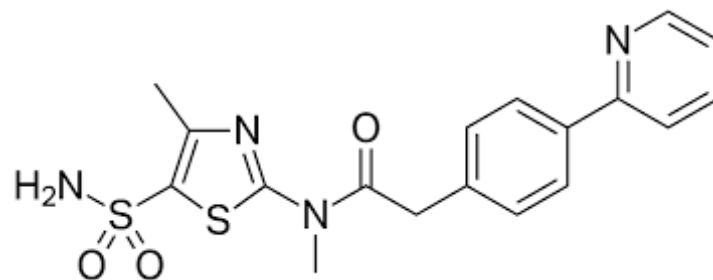
به طور کلی، درمان موضعی هیچ جایگاهی در رژیم دارودرمانی هرپس ژنیتال ندارد. هر چند فرم موضعی آسیکلوویر در بازار موجود است اما اثربخشی چندانی از آن دیده نشده است. در سه مطالعه بالینی انجام شده، اثرات بالینی و ویرولوژیکی استفاده

^۲Antiretroviral therapy

از فرم خوراکی و تزریقی آسیکلوویر بالاتر از آسیکلوویر موضعی گزارش نشده است. به نظر می‌رسد فرم موضعی دارو در جلوگیری از انتقال ویروس به دیگران اثربخشی مناسبی ندارد. درمان خوراکی انتقال ویروس را تا ۸۰ درصد و درمان موضعی انتقال ویروس را تا ۵۵ درصد کاهش می‌دهد. استفاده از درمان خوراکی از تشکیل ضایعات جدید جلوگیری می‌کند اما فرم موضعی خیر. در یک مطالعه بالینی دیگر، اثرات اضافه کردن درمان موضعی به رژیم معمول دارودرمانی هرپس ژنیتال مورد بررسی قرار گرفت و تاثیر مثبتی از آن گزارش نشد.

داروهای در دست تحقیق

دارویی به نام Pritelivir یک دارو ضدویروس است که در حال حاضر اثربخشی آن در درمان HSV-2 در دست بررسی و مطالعه است. این دارو با مکانیسم متفاوتی نسبت به آسیکلوویر و داروهای مشابه آن عمل می‌کند. مکانیسم عمل Pritelivir مهار کمپلکس هلیکاز-پریماز ویروس HSV-2 می‌باشد. دو مطالعه بالینی برای بررسی اثربخشی این دارو انجام شده است:



- در یکی از این مطالعات اثر دوزهای مختلف داروی Pritelivir در مقایسه با پلاسبو در یک جمعیت ۱۵۶ نفری با سابقه ابتلا به هرپس ژنیتال که سرولوژی مثبت برای HSV-2 داشتند، بررسی شد. ریسک نسبی^۳ (RR) پراگندگی ویروس^۴ در بیمارانی که روزانه ۷۵ میلی‌گرم Pritelivir استفاده کردند در مقایسه با گروه پلاسبو ۰,۱۳ گزارش شد. این شاخص در گروهی که دارو را به صورت هفتگی و با دوز ۴۰۰ میلی‌گرم استفاده کرده بودند ۰,۳۲ گزارش شد. استفاده از داروی Pritelivir تعدا روزهایی که بیماران ضایعات فعال داشتند را هم کاهش داد.
- در مطالعه دوم، اثرات سرکوب‌کنندگی مصرف Pritelivir (۱۰۰ میلی‌گرم در روز) با والاسیکلوویر (۵۰۰ میلی‌گرم در روز) در قالب یک مطالعه تصادفی‌سازی شده و متقاطع مقایسه شد. ۹۱ بیمار با سابقه هرپس ژنیتال راجعه HSV-2 وارد مطالعه شدند. بیماران ۲۸ روز اول یکی از دو دارو را دریافت کردند. ۲۸ روز دوم بیماران دارویی دریافت نکردند تا اثرات داروی اول از بدن آن‌ها پاک شود. (Washout Period) این مطالعات به دلیل ملاحظات ایمنی یک مطالعه حیوانی جداگانه متوقف شد. صرفاً ۵۶ بیمار درمان با هر دو دارو را به اتمام رساندند. در نتیجه گزارشی از این مطالعه در دست نیست.

منبع:

Libook.xyz. (2025). Login. [online] Available at: https://www-uptodate-com.libook.xyz/contents/treatment-of-genital-herpes-simplex-virus-infection?search=herpes%20genitalis&source=search_result&selectedTitle=1~120&usage_type=default&display_rank=1 [Accessed 27 May 2025].

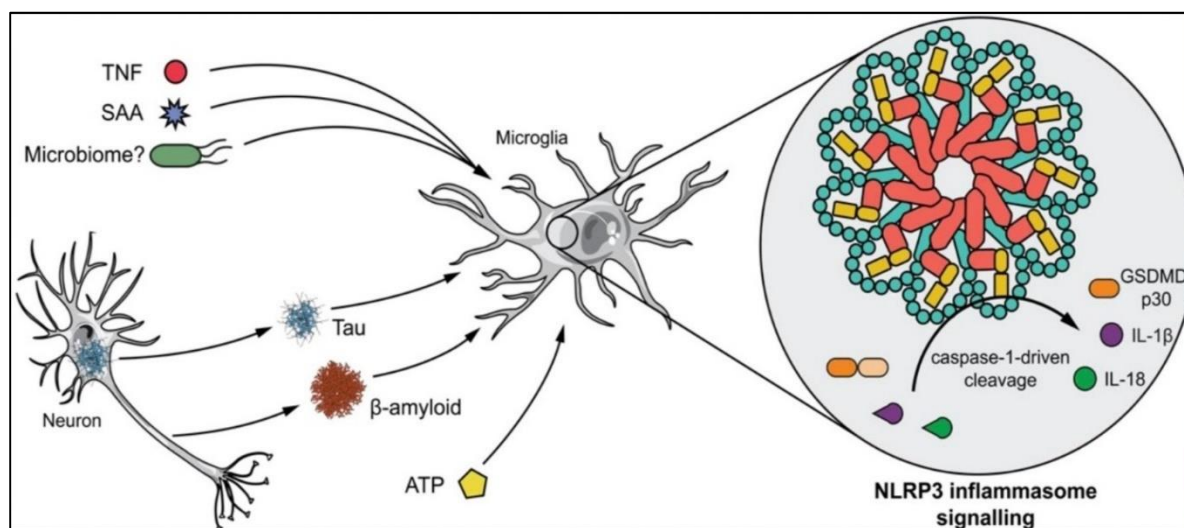
^۳Relative Risk

^۴Viral Shedding

تازه‌های علمی - دارویی

نقش مثبت داروهای ضد HIV در کاهش ریسک بیماری آلزایمر

به نظر می‌رسد استفاده از مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس در کاهش ریسک ابتلا به بیماری آلزایمر نقش دارد. سال‌هاست که درمان اصلی بیماری آلزایمر بر پایه مهار آنزیم استیل کولین استراز و همچنین مهار بتا آمیلوئیدها انجام می‌شود. مطالعات جدید حاکی از این است که هدف قرار دادن سیستم‌های Neuroinflammatory می‌تواند در کنترل علائم بیماری و جلوگیری از پیشرفت بیماری بسیار موثر واقع شود. به نظر می‌رسد بتا آمیلوئیدها و پروتئین‌های تاو (tau) از طریق القا مسیرهای Neuroinflammation باعث ایجاد اختلالات نورودژنراتیو و کاهش عملکرد شناختی مغز می‌شوند. پژوهش‌های جدید نشان داده است که در روند پاتوژنز بیماری آلزایمر ساختارهای پیچیده‌ای به نام NLRP3 Inflammasome نقش بازی می‌کنند. Inflammasome یک کمپلکس پروتئینی از انواع مختلفی از پروتئین‌های سیستم ایمنی ذاتی^۵ (اولیه) است. گیرنده‌های ایمنی متعددی در این مجموعه پروتئینی وجود دارند که فعال شدن آن‌ها، از طریق فعال‌سازی آنزیم Caspase-1 منجر به تشدید واکنش‌های ایمنی، ترشح سایتوکاین‌هایی مثل اینترلوکین ۱ و اینترلوکین ۱۸ و حتی القا آپوپتوز خواهد شد. فعال شدن NLRP3 inflammasome تجمع بتا آمیلوئیدها و پروتئین تاو کرده و سبب ایجاد یک سیکل معیوب در راستای کاهش عملکرد شناختی مغز می‌شود.



پژوهشگران معتقدند مهار NLRP3 inflammasome از پیشروی بیماری آلزایمر جلوگیری می‌کند. به نظر می‌رسد داروهای مهارکننده‌های نوکلئوزیدی ترانس کریپتاز معکوس^۶ (NRTI) می‌توانند در مهار Inflammasome کمک‌کننده باشند. این داروها در اصل داروهای ضد ویروس هستند و در درمان عفونت HIV و هیپاتیت B مورد استفاده قرار می‌گیرند. این داروها با مکانیسمی غیرمرتبط به اثرات ضد ویروسی‌شان روی Inflammasome تاثیر می‌گذارند که هنوز به طور دقیق شناخته نشده است.

^۵ Innate Immune System

^۶ Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

برای بررسی صحت این فرضیه پژوهشگران به بررسی اطلاعات بیمه‌ای ۲۷۲,۰۰۰ نفر در ۲۴ سال گذشته پرداختند تا مشخص کنند آیا بروز بیماری آلزایمر در گروهی از بیماران که از داروهای NRTI استفاده کرده بودند نسبت به سایرین کمتر بوده است یا خیر.

نتایج بررسی‌های آماری حاکی از این است که هر یک سال استفاده از داروهای NRTI خطر بروز بیماری آلزایمر را بین ۶ الی ۱۳ درصد کاهش می‌دهند. سایر داروهای ضدویروس مثل مهارکننده‌های گیرنوکلیوزیدی ترانس کریپتاز، مهارکننده‌های پروتئاز و مهارکننده‌های انتقالی رشته‌ای هیچ تاثیری در بروز آلزایمر نداشتند. بنابراین، NRTI ها با مکانیسمی غیر از مکانیسمی ضدویروسی خود در کنترل بیماری آلزایمر نقش بازی می‌کنند.

برای تایید اثر ضدآلزایمر داروهای NRTI همچنان لازم است مطالعات گسترده‌تری در رده کارآزمایی‌های بالینی انجام بشود. هنوز استفاده از این داروها برای کنترل آلزایمر در حد تئوری مطرح است. از دسته داروهای NRTI در بازار داروئی ایران می‌توان به لامیوودین، زیدوودین، آباکاویر و امتریسیتابین اشاره کرد.

۱۶ می ۲۰۲۵

منبع: مقاله [Association of NRTIs with reduced risk of Alzheimer's disease](#)

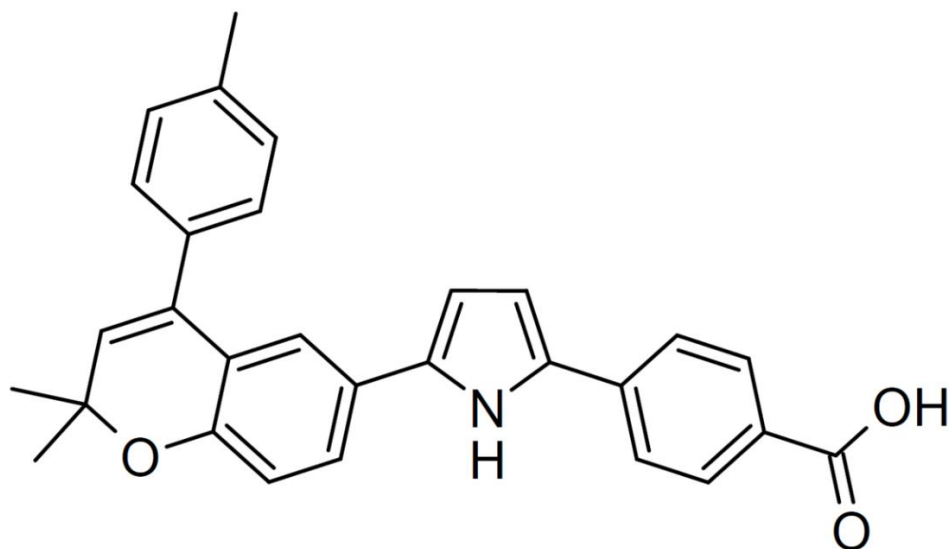


یک داروی خوراکی جدید برای پیشگیری از بارداری، این بار برای آقایان

مولکول YCT-529 یک قرص خوراکی غیرهورمونی است که آقایان می‌توانند با هدف پیشگیری از باروری استفاده نمایند. این مولکول در مطالعات حیوانی اثربخشی مناسبی نشان داده و در حال حاضر مطالعات انسانی این دارو در حال انجام است.

حدود ۲۰ روز پیشگیری از بارداری مورد تایید سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) قرار گرفته‌اند که از بین این روش‌ها صرفاً ۲ مورد برای آقایان طراحی شده است. این روش‌ها استفاده از کاندوم و جراحی وازکتومی هستند. حدود ۲۵ درصد خانم‌ها برای پیشگیری از بارداری از قرص‌های ضدبارداری خوراکی استفاده می‌کنند و هیچ داروی مشابهی جهت مصرف در آقایان برای کمک به پیشگیری از باروری وجود ندارد.

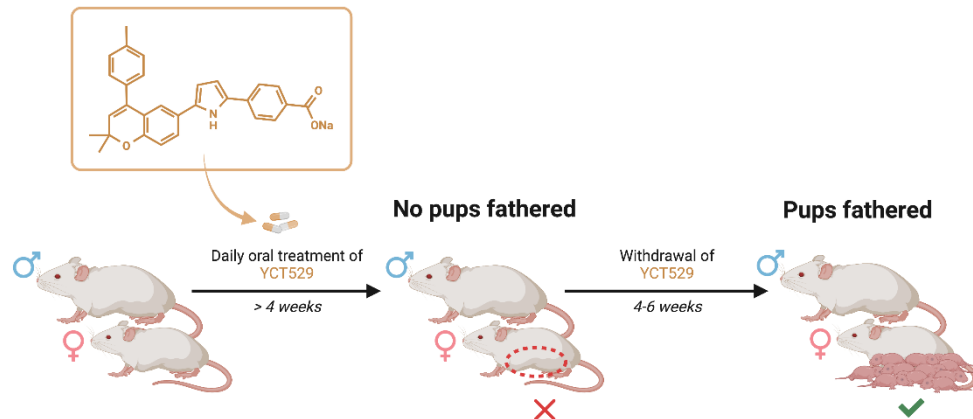
پژوهشگران دانشگاه مینه‌سوتا در مقاله‌ای که اخیراً در ژورنال Communications Medicine به چاپ رسانده‌اند، اولین داروی خوراکی را که می‌تواند به عنوان قرص ضدبارداری در آقایان استفاده شود، معرفی نموده‌اند. این داروی جدید، مولکول YCT-529 است که ماهیت هورمونی نداشته و به صورت خوراکی مصرف می‌شود. این دارو از طریق مهار تولید اسپرم باعث جلوگیری از باروری می‌شود.



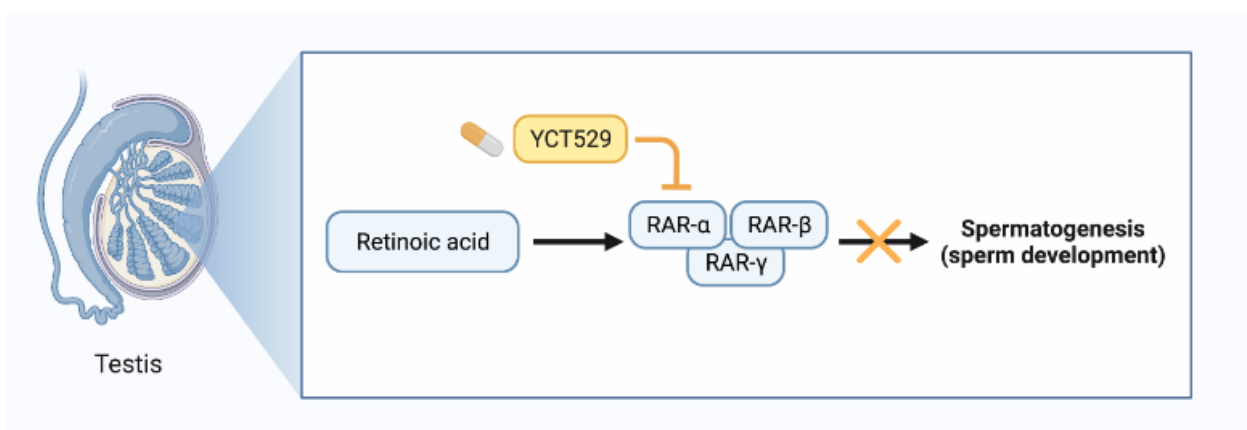
مطالعات حیوانی نشان داده که بعد از ۴ هفته استفاده در موش‌های مذکر، این دارو به میزان ۹۹ درصد در پیشگیری از بارداری موثر بوده است. مطالعاتی که روی پیرامات‌ها انجام شده حاکی از کاهش تعداد اسپرم‌ها به دنبال ۲ هفته استفاده از دارو می‌باشد. پس از قطع دارو، چه در موش‌ها و چه در پیرامات‌ها توان باروری به طور کامل بازیابی شد. این پروسه در موش‌ها ۶ هفته و در پیرامات ۱۰ الی ۱۵ هفته زمان می‌برد. در این بررسی‌ها، عارضه جانبی جدی در نمونه‌های مورد مطالعه گزارش نشد.

YCT529

A non-hormonal inhibitor of sperm development



مولکول YCT-529 به صورت غیرهورمونی و از طریق مهار سیستم‌های سیگنالینگ ویتامین A توان باروری آقایان را کاهش می‌دهند. ویتامین A یا همان رتینوئیک اسید نقش بسیار مهمی در پروسه ساخته شدن اسپرم بازی می‌کند. مولکول YCT-529 می‌تواند به سه گیرنده ویتامین A متصل شده و اجازه اتصال خود ویتامین و در نتیجه شروع پروسه اسپرماتوژنز را نمی‌دهد.



در سال ۲۰۲۴ شرکت YourChoice Therapeutics فاز ۱ مطالعات بالینی این دارو را با موفقیت انجام داد. در حال حاضر، دومین کارآزمایی بالینی جهت ارزیابی ایمنی و اثربخشی این مولکول در حال انجام است.

۲۰ می ۲۰۲۵

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

گیاه زیره (Cumin): تداخلات دارویی و احتیاطات مصرف

گیاه زیره یا زیره سبز با نام علمی *Cuminum cyminum* یکی از گیاهان بومی منطقه مدیترانه و جنوب آسیاست که هم به عنوان ادویه به کار می‌رود و هم کاربردهای درمانی بسیاری در طب سنتی دارد. بخش مورد استفاده این گیاه میوه و دانه‌های آن است.

از گذشته این گیاه در طب سنتی جایگاه ویژه‌ای داشته و چندین اثر درمانی از آن در متون قدیمی ذکر شده است اما منابع طب نوین هیچ‌یک از این کاربردها را به طور کامل تایید نکرده‌اند. این گیاه در کاهش بسیاری از علائمی گوارشی از نفخ و دل‌پیچه گرفته تا بیرون‌روی و سوءهاضمه کمک‌کننده است. مطالعات حیوانی انجام شده حاکی از آن است که این دارو در کاهش گلوکز خون و کلسترول بد موثر است. وجود اسیدهای چرب (عمدتاً *Petroselinic Acid*) باعث اثرات آنتی‌باکتریال در فرآورده‌های حاوی زیره شده است. دانه زیره حاوی مقادیر بالایی از فلاونوئیدهاست که اشاره به اثرات آنتی‌اکسیدانی فرآورده‌های زیره دارد. استفاده از زیره با افزایش سطح سرمی گلوکوتایون در خون موش‌های صحرایی مورد بررسی همراه بوده است.

همانطور که اشاره شد این گیاه استفاده غذایی دارد و به طور معمول عارضه جانبی خاصی ایجاد نمی‌کند. بعضی افراد ممکن است با مصرف این گیاه دچار عوارض گوارشی شوند یا به این ترکیب حساسیت داشته باشند. استفاده از زیره به مقادیر بالا یا با هدف درمانی در دوره بارداری یا شیردهی توصیه نمی‌شود چون مطالعات کافی در این زمینه در دست نیست.

مطالعات *In Vitro* نشان داده‌اند که عصاره زیره می‌تواند در روند تجمع پلاکتی اختلال ایجاد کند و مانع از روند انعقاد خون شود. در نتیجه افرادی که به اختلالات انعقادی خون‌ریزی‌دهنده مبتلا هستند باید در استفاده از زیره احتیاط کنند. از همین رو، استفاده از زیره و فرآورده‌های محتوی زیره باید حداقل ۲ هفته قبل از انجام اعمال جراحی قطع شود.

مانند همه فرآورده‌های گیاهی، گیاه زیره 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: چندین مطالعه مختلف نشان داده که استفاده از زیره با کاهش قند خون همراه بوده است. بنابراین، بیماران دیابتی که از داروهای کاهنده قند خون استفاده می‌کنند باید هنگام استفاده زیره یا عصاره آن بسیار محتاط باشند، قند خون خود را منظم کنترل کنند و در صورت بروز علائم افت قند خون سریعاً یک یا دو حبه قند زیر زبان خود قرار بدهند. به نظر می‌رسد عصاره تهیه شده از دانه زیره با اثر بر روی آنزیم‌های آلدوردوکتاز و آلفاگلوکوسیداز قند خون را کاهش می‌دهند.

داروهای رقیق‌کننده خون: همان‌طور که پیشتر توضیح داده شد، زیره روند انعقاد خون را از طریق اثر بر روی مسیرهای سلولی مبتنی بر آراشیدونیک اسید مهار کرده و باعث رقیق شدن خون می‌شود. این موضوع در افرادی که از داروهای رقیق‌کننده اعم از داروهای ضدانعقاد یا ضدلخته استفاده می‌کنند، اهمیت دارد.

ریفامپین: ریفامپین یک آنتی‌بیوتیک مهم است که در درمان تعدادی از عفونت‌ها از جمله سل کاربرد دارد. مطالعات حیوانی نشان داده‌اند که زیره غلظت خونی این دارو را تا حدود ۳۵ درصد افزایش داده و منجر به تشدید عوارض جانبی این دارو می‌شود.

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

ارتباط مستقیم بین حملات آسم و مصرف داروهای پروژسترونی

نتایج مقاله‌ای که اخیراً در ژورنال ERJ Open Research به چاپ رسیده حاکی از آن است که مصرف داروهای هورمونی حاوی پروژسترون^۷ (POP) با افزایش ریسک بروز حملات آسم در خانم‌ها همراه است. چنین ارتباطی بین مصرف داروهای ترکیبی پیشگیری از بارداری^۸ و حملات آسم مشاهده نشده است.

پژوهشگران دانشگاه سلطنتی لندن به بررسی ارتباط بین مصرف داروهای هورمونی و وقوع حملات آسم در خانم‌های ۱۸ تا ۵۰ ساله انگلیسی که اطلاعات آن‌ها بین سال‌های ۲۰۰۴ الی ۲۰۲۰ در سامانه‌های اطلاعات پزشکی کشور به ثبت رسیده بود، پرداختند.

ارتباط بین هورمون‌های جنسی و بیماری آسم سال‌هاست که مورد سوال است. چرا که شیوع بیماری آسم در سنین خردسالی بین دو جنس برابر است اما در دوره نوجوانی و با آغاز بلوغ جنسی، شیوع بیماری در بین دختران بالاتر می‌رود.

پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که شیوع حملات آسم در خانم‌هایی که از POP استفاده می‌کنند، بالاتر گزارش شده است. به ویژه در خانم‌هایی که سن زیر ۳۵ سال دارند، از ائوزینوفیلی رنج می‌برند یا از دوزهای پایین‌تر کورتیکواستروئیدها استفاده می‌کنند.

هر چند در خصوص مکانیسم ایجاد این عارضه نمی‌توان با قطعیت نظر داد اما به نظر می‌رسد پروژسترون به واسطه ائوزینوفیل‌ها سبب القای التهاب و بروز ازدیاد حساسیت در مجاری هوایی می‌شود و ترشح اینترلوکین ۵ و ۱۳ را در این ناحیه افزایش می‌دهد.

۸ می ۲۰۲۵

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



⁷ Progestogen-Only Pill

⁸ Combined Oral Contraceptive

افزایش ریسک کتواسیدوز یوگلاسمیک به دنبال استفاده از مهارکننده‌های SGLT2

بر اساس یافته‌های مقاله‌ای که به تازگی در شماره آوریل مجله JAMA Surgery منتشر شده است، به نظر می‌رسد بیمارانی که پیش از انجام جراحی از داروهای مهارکننده کوترانسپورتر سدیم-گلوکز^۹ (SGLT2) استفاده می‌کردند، ریسک بروز کتواسیدوز یوگلاسمیک (eKA) بعد از انجام عمل جراحی بالاتر است. این مقاله ادعا می‌کند که ریسک بروز نارسایی حاد کلیوی و مرگ‌ومیر در بیمارانی که از این دسته دارویی استفاده می‌کنند، پایین‌تر بوده است.

کتواسیدوز یوگلاسمیک یک سندرم بالینی است که در آن قند خون بیمار در وضعیت نرمال قرار دارد (کمتر از ۲۵۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر) در حالیکه بیمار دچار کتونمیا و اسیدوز متابولیک شدید (pH شریانی کمتر از ۷٫۳ و بیکربنات سرم کمتر از ۱۸ میکروگرم بر لیتر) شده است. این وضعیت هم برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و هم دیابت نوع ۲ محتمل است. شرایطی مثل عفونت، جراحی، تروما، کاهش کالری دریافتی، کم آبی و استفراغ شدید بیماران را بیشتر در معرض بروز این عارضه قرار می‌دهند.

در این پژوهش، ریسک مرگ‌ومیر، نارسایی حاد کلیوی و eKA تا ۳۰ روز پس از انجام عمل جراحی در بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت. ۷۴۳۹ بیمار پیش از انجام عمل از مهارکننده‌های SGLT2 استفاده می‌کردند و ۳۳۴۸۹ مورد دیگر خیر.

در گروهی که از مهارکننده‌های SGLT2 استفاده می‌کنند، شانس بروز عارضه eKA، نارسایی کلیوی و مرگ‌ومیر به ترتیب ۱٫۱، ۰٫۶۹ و ۰٫۷ گزارش شده است. در گروهی از بیماران که دچار eKA شدند، مدت زمان بستری در بیمارستان حدود ۳ روز افزایش پیدا کرد. به نظر می‌رسد احتمال بروز eKA در بیماران مصرف‌کننده مهارکننده‌های SGLT2 که وزن کمتری دارند، بالاتر است. مدت زمان مصرف مهارکننده‌های SGLT2 در احتمال بروز eKA تاثیری ندارد.

در خصوص مکانیسم بروز این عارضه دارویی و نقش داروهای مهارکننده SGLT2، فرضیات متعددی مطرح شده است. به طور کلی، مهارکننده‌های SGLT2 از طریق افزایش ترشح گلوکز در ادرار و بلاک سیستم‌های بازجذب گلوکز ادراری در توبول‌های پروکسیمال کلیه عمل می‌کنند. به نظر می‌رسد این مکانیسم عمل دارو، بیماران را در برابر کتواسیدوز مستعدتر می‌کند چرا که سبب کاهش حجم مایعات بدن شده و از طرف دیگر، مستقیماً سبب تحریک ترشح گلوکاگون شده و نسبت گلوکاگون به انسولین در بدن فرد را افزایش می‌دهد. به دنبال افزایش سطح گلوکاگون، دفع کلیوی استواستات و بتاهیدروکسی‌بوتیرات (اجسام کتون) مهار شده و فرد دچار کتونمی می‌گردد. با این حال، سطح گلوکز خون به دلیل گلوکزوری ناشی از مهارکننده‌های SGLT2 و از طرف دیگر هایپوانسولینمی ناشی از آن‌ها در محدوده نرمال حفظ می‌شود.

از مهارکننده‌های SGLT2 در بازار دارویی ایران می‌توان به داروهای امپگلیفلوزین و داپاگلیفلوزین اشاره کرد. بیماران دیابتی که از این دارو استفاده می‌کنند بایستی حتماً پیش از انجام عمل جراحی پزشک خود را در جریان بگذارند.

۱۳ می ۲۰۲۵

منبع: سایت [Drugs.com](https://www.drugs.com) و مقاله [Euglycemic Diabetic Ketoacidosis](#)

⁹ Sodium-Glucose Cotransporter 2

¹ Euglycemic Ketoacidosis ⁰

¹ Odd Ratio ¹

مقاومت آنتی‌بیوتیکی: حذف برخی از اندیکاسیون‌های داروی آزیترومایسین به دلیل مقاومت دارویی

آزیترومایسین یکی از آنتی‌بیوتیک‌های پرکاربرد و از جمله داروهاییست که در [لیست داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت](#) آورده شده است. علاوه بر این، سازمان جهانی بهداشت (WHO) اسم این دارو را در بین آنتی‌بیوتیک‌هایی که احتمال مقاومت آنتی‌بیوتیکی بالایی علیه آن‌ها مطرح است، آورده است.

در سال‌های اخیر مصرف داروی آزیترومایسین با افزایش قابل توجهی مواجه شده است. یکی از مطالعاتی که توسط سازمان دارویی اروپا (EMA) بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۱ انجام شده، نشان می‌دهد که آزیترومایسین جزء ۵ آنتی‌بیوتیک اصلی تجویز شده در فرانسه، آلمان، اسپانیا، هلند و انگلستان بوده است. گزارش جدیدی در خصوص مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران در دست نیست اما [مقاله‌ای که در سال ۲۰۱۹ در خصوص الگوی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران به چاپ رسیده](#) حاکی از آن است که آزیترومایسین چهارمین آنتی‌بیوتیک پرمصرف در کشور بوده است.

از طرف دیگر، تعداد زیادی از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مقاومت آنتی‌بیوتیکی نسبت به آزیترومایسین به شکل بی‌سابقه‌ای در حال افزایش است. مقاله‌ای که در آوریل ۲۰۲۵ در ژورنال *Frontiers in Microbiology* به چاپ رسیده، مقاومت نسبت به آزیترومایسین در بین نمونه‌های بالینی باکتریایی ۲۲ درصد گزارش کرده است. به نظر می‌رسد روند افزایش مقاومت به آزیترومایسین بعد از پاندمی کووید ۱۹ شدت گرفته باشد.

به دنبال این وضعیت، سازمان دارویی اروپا تغییرات متعددی در الگو تجویز آزیترومایسین و اندیکاسیون‌هایی که پزشک مجاز به تجویز این داروست، ایجاد کرده است. این اقدامات در راستای تجویز بهینه آزیترومایسین و به حداقل رساندن احتمال مقاومت آنتی‌بیوتیکی نسبت به آن صورت گرفته است.

طبق دستورالعمل‌های جدید، همچنان امکان تجویز آزیترومایسین در بیماری‌های تنفسی فوقانی و تحتانی، بیماری‌های مقاربتی، عفونت‌های سیستم تناسلی خانم‌ها، عفونت‌های دندانی و پیشگیری و درمان عفونت ناشی از مایکوباکتریوم آویوم در بیماران مبتلا به HIV وجود دارد. در حالیکه بعد از این اجازه تجویز آزیترومایسین در اندیکاسیون‌هایی چون آکنه و لگاریس، ریشه‌کنی عفونت هلیکوباکتر پیلوی و پیشگیری از تشدید آسم ائوزینوفیلی و غیراِئوزینوفیلی از پزشکان اروپائی سلب شده است. قرار است این اندیکاسیون‌ها از منابع پزشکی و دارویی و همچنین بروشور این دارو حذف شود و در هر موردی که جایگزین دارویی مناسبی برای بیمار مطرح باشد که بتواند به عنوان جایگزین آزیترومایسین مورد استفاده قرار بگیرد، آن دارو برای بیمار تجویز گردد. پزشکان بعد از این ملزم هستند در زمان تجویز آزیترومایسین فواید و مضرات تجویز خود منجمله ریسک تشدید مقاومت آنتی‌بیوتیکی را به دقت مورد ارزیابی قرار بدهند.

۲۳ می ۲۰۲۵

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

¹ European Medicine Agency²



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

اجتناب از تماس نزدیک (تعویض پوشک) برای مدت ۴ الی ۶ هفته توصیه می‌شود.

توصیه نهایی: این خانم با نوزاد واکسینه شده زندگی نمی‌کنند و توصیه‌ی بالا ممکن است برای ایشان کاربردی نباشد اما برای حفظ احتیاط، در صورتی که نوزاد را در فاصله کمتر از ۶ هفته بعد از واکسیناسیون ملاقات می‌کنند، بهتر است با پوشک بچه تماس نداشته باشند و بهداشت دست‌ها را رعایت نمایند.

منبع: [برنامه واکسیناسیون کشوری](#)

دکتر هستی فتوگرافی

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۳۳ ساله‌ای هستند که از هفته گذشته IUD هورمونی گذاشته‌اند. بعد از جایگذاری IUD برای ایشان داروهای داکسی سایکلین ۱۰۰ و مترونیدازول ۵۰۰ هر دو هر ۱۲ ساعت تجویز شده است. پزشک گفته است. قاعدگی بیمار از دیشب شروع شده و ایشان از درد و خونریزی (روزانه ۲ بار پد بهداشتی خود را عوض می‌کنند). شکایت دارند. آیا این علائم طبیعی است؟

پاسخ و توصیه نهایی به بیمار: خونریزی بعد از کار گذاشتن IUD ممکن است ۴ تا ۷ روز طول بکشد و حجم آن معمولاً به اندازه یک پرپود طبیعی است. اگر نیاز شد بیش از یک پد در ساعت عوض شود یا خونریزی بیش از ۷ روز طول کشید، لازم است با پزشک مشورت شود. توصیه شد برای کرامپ‌های مرتبط با IUD، حداکثر به مدت ۵ روز ایبوپروفن ۴۰۰ هر ۶ ساعت یک عدد استفاده شود.

منابع: UpToDate

دکتر سروش سراب هرسینی

شرح مشکل بیمار: سوسپانسیون داتیسین بعد از آماده‌سازی باید کجا نگهداری شود؟

پاسخ: بر خلاف اکثر سوسپانسیون‌های آنتی‌بیوتیک، این سوسپانسیون در دمای اتاق قابل نگهداری است و نباید در یخچال نگهداری شود.

منابع: [سایت IRC](#)

دکتر سپیده سبحانی

بیمار دوم

شرح حال مشکل بیمار: بیمار خانم ۴۴ ساله‌ای هستند که به دلیل مشکلات روماتیسمی روزانه ۲۰ میلی‌گرم پردنیزولون مصرف می‌کنند. نوزاد یکی از نزدیکان ایشان به تازگی واکسن خوراکی فلج اطفال دریافت کرده‌اند. آیا نزدیک شدن به نوزاد برای این بیمار خطرناک است یا خیر؟

پاسخ: واکسن خوراکی فلج اطفال حاوی ویروس زنده ضعیف شده می‌باشد. بنابراین، می‌تواند برای بیمارانی که نقص سیستم ایمنی دارند، مشکل‌ساز باشد. اگر دوز کورتیکواستروئید دریافتی بیمار معادل ۲۰ میلی‌گرم پردنیزولون در روز یا بیشتر از این باشد و بیمار برای مدت بالای ۴ ماه از این دوز دارو استفاده کرده‌باشد، فرد بیمار دارای نقص ایمنی تلقی می‌شود. مطابق آنچه در برنامه کشوری واکسیناسیون کودکان عنوان شده، تجویز واکسن خوراکی فلج اطفال در صورت حضور فردی با نقص اولیه یا اکتسابی سیستم ایمنی در منزل، ممنوع است و باید از فرم تزریقی واکسن (ویروس غیرفعال شده) استفاده کرد. در این شرایط واکسیناسیون نوزاد با واکسن فلج اطفال تزریقی از ۲ ماهگی شروع شده و نوبت‌های بعدی نیز با واکسن تزریقی ادامه پیدا می‌کند. در صورت تجویز نابجای واکسن خوراکی فلج اطفال، رعایت بهداشت دست‌ها و

بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۴۷ ساله‌ای هستند که به علت وز وز گوش و سرگیجه به یک متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کرده‌اند. اخیراً کمی هم دچار سنگینی گوش شده‌اند. پزشک پیشنهاد کرده که داروی جنتامایسین در داخل گوش تزریق بشود. بیمار نگران این تزریق هستند و می‌خواهند در خصوص عوارض این تزریق اطلاعات کسب کنند.

پاسخ: به نظر می‌رسد مشکل بیمار، بیماری منیر (Ménière) باشد چرا که بیمار تریاد سرگیجه، وز وز گوش و کاهش شنوایی دارد. در بیماری منیر، بخش تعادلی گوش سیگنال‌های متفاوتی نسبت به مخچه که بخش تعادل مغز است، به قشر مخ ارسال می‌کند. در نتیجه در روند درمان، یکی از راهکارها مهار سیگنال‌های حلزون گوش یا خاموش کردن این سیستم تعادلی می‌باشد. در مقالات متعددی به استفاده از آمینوگلیکوزیدها به ویژه جنتامایسین و استرپتومایسین اشاره کرده‌اند. آمینوگلیکوزیدها داروهای اوتوتوکسیک هستند و روی بخش شنوایی (وستیبولار) و بخش تعادلی (حلزون گوش) اثر منفی دارند. داروی جنتامایسین بیشتر روی بخش حلزونی گوش تاثیر می‌گذارد و اثرات وستیبولوتوکسیک چندانی ندارد. در نتیجه بدون تحت تاثیر قرار دادن شنوایی فرد، سیستم تعادلی گوش را سرکوب می‌کند. در مقالات مختلف دوز (۱۲ الی ۴۰ میلی گرم) و فواصل تزریق (هفتگی تا هر ۶ هفته یک بار) متفاوتی برای این دارو در نظر گرفته شده است که بسته به نظر پزشک و وضعیت بیمار یکی از این رژیم‌ها استفاده می‌شود. هر چند این روش مورد تایید FDA نیست اما مقالات درمانی متعددی اثربخشی این روش را تایید کرده‌اند. هیچ روش درمانی بدون عارضه نیست و تزریق نادرست ممکن است منجر به از دست رفتن شنوایی بیمار بشود. در نتیجه در صورتی که تصمیم به انجام این تزریق گرفته‌اید، نزد یک پزشک ماهر با سابقه تزریق داخل گوشی را انجام بدهید.

منبع: مقاله [Intratympanic gentamicin for](#)

[Ménière's disease](#)

دکتر هستی فتوگرافی

سرتیتر تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ پاسخ غیر قابل قبول آزمون داروی فوریتی ویال آمپی سیلین/سولباکتام شرکت دارو اثرات گستر با سری ساخت های p2404-01A، p2404-02A، p2404-04A
- ❖ جمع آوری و فراخوان فرآورده قلبی منتسب به گلوکوز آمین نکستایل کندروئتین +ام اس ام شرکت نکسوس (سری ساخت ۲۰۲۳۱۲)
- ❖ ریکال سوسپانسیون خوراکی استامینوفن شرکت دارویی شهردارو (سری ساخت ۰۲۷)
- ❖ جمع آوری فرآورده طبیعی فاقد مجوز تحت عنوان کپسول طیب سنابل دارو (سری ساخت TIB10803081)
- ❖ ریکال داروی ریکال داروی تزریقی Durvalumab 50mg/1mg با نام تجاری Imfinzi
- ❖ جمع آوری فرآورده طبیعی کپسول رگفلور شرکت فرا دارو فن آور مهر با سری ساخت ۵۰۰۲۹
- ❖ جمع آوری و فراخوان کپسول فمی لاکت با سری ساخت های FI0335-FI0333 زیست تخمیر
- ❖ جمع آوری فرآورده پروکاید پویا شرکت میلاد فارمد با سری ساخت ۱۴۰۳۵
- ❖ ریکال فرآورده یدیک شات با سری ساخت ۱۴۰۳۱- گسترش میلاد فارمد
- ❖ جمع آوری و فراخوان فرآورده پرو اسپور پویا با سری ساخت ۱۴۰۳۲ شرکت گسترش میلاد فارمد
- ❖ جمع آوری فرآورده سوی منوپوز شرکت سبز دارو اسپادانا با سری ساخت های ۲۰۱۴۹-۲۰۱۴۷
- ❖ جمع آوری فرآورده بیلی ناستر شرکت سبحان دارو با سری ساخت ۲۰۴۰۱۴
- ❖ جمع آوری فرآورده کپسول سوپر گرین شرکت زرین اورمان دارو با سری ساخت S.S140205
- ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

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

بیمار پنجم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۶۱ ساله با سابقه فشار خون به دلیل درد دست چپ و بی‌حسی دور لب و قسمتی از صورت به اورژانس مراجعه کرده‌اند. نوار قلب برایشان گرفته شد. در آزمایشات پتاسیم خون ایشان 3.2 است. در شرح حال مشخص می‌شود مدتی است که استرس کاری بالایی دارد و سر خود داروی کلردیازپوکساید ۵ شروع کرده و داروی هیدروکلروتیازید خود را به جای روزی نصف که برایش تجویز شده بوده به روزی دو تا افزایش داده تا فشارش کنترل شود. آیا به خاطر دارو این اتفاق افتاده و چه اقدامی لازم است؟

پاسخ: عارضه هایپوکالمی برای بیمار اتفاق افتاده که در نتیجه دو برابر کردن دوز هیدروکلروتیازید است. درواقع استرس باعث بی‌نظمی و بالا رفتن فشارخون او شده. این مورد باید با مراجعه به مشاوره روان یا در صورت لزوم مراجعه به روانپزشک حل می‌شود. برای درمان هایپوکالمی دیورتیکی، دارو به داروی دیگری از همین خانواده عوض می‌شود یا به Potassium-Sparing Diuretic تغییر می‌کند. میتوان از مکمل پتاسیم استفاده کرد و همچنین تغذیه با فرآورده‌هایی که پتاسیم بالایی دارند مثل مرکبات و موز کمک کننده است. در این کیس حتما علل دیگری هم برای ایجاد هایپوکالمی وجود داشته که مشخص نیست.

سایر علل شایع هایپوکالمی:

- تزریق دوز بیشتر انسولین از مقدار تجویز شده
- بالا بردن فعالیت بتا ادرنرژیک با موارد زیر:
 - مسمومیت با تتوفیلین
 - آگونیست های بتا ادرنرژیک برای آسم یا نارسایی قلبی یا برای تاخیر زایمان (albuterol, terbutaline, or dobutamine)
 - سودوافدرین یا افدرین در فرآورده ها

منابع: UpToDate

Major causes of hypokalemia

Decreased potassium intake
Increased entry into cells
An elevation in extracellular pH
Increased availability of insulin
Elevated β -adrenergic activity - stress or administration of beta agonists
Hypokalemic periodic paralysis
Marked increase in blood cell production
Hypothermia
Chloroquine intoxication
Increased gastrointestinal losses
Vomiting
Diarrhea
Tube drainage
Laxative abuse
Increased urinary losses
Diuretics
Primary mineralocorticoid excess
Loss of gastric secretions
Nonreabsorbable anions
Renal tubular acidosis
Hypomagnesemia
Amphotericin B
Salt-wasting nephropathies - including Bartter's or Gitelman's syndrome
Polyuria
Increased sweat losses
Dialysis
Plasmapheresis

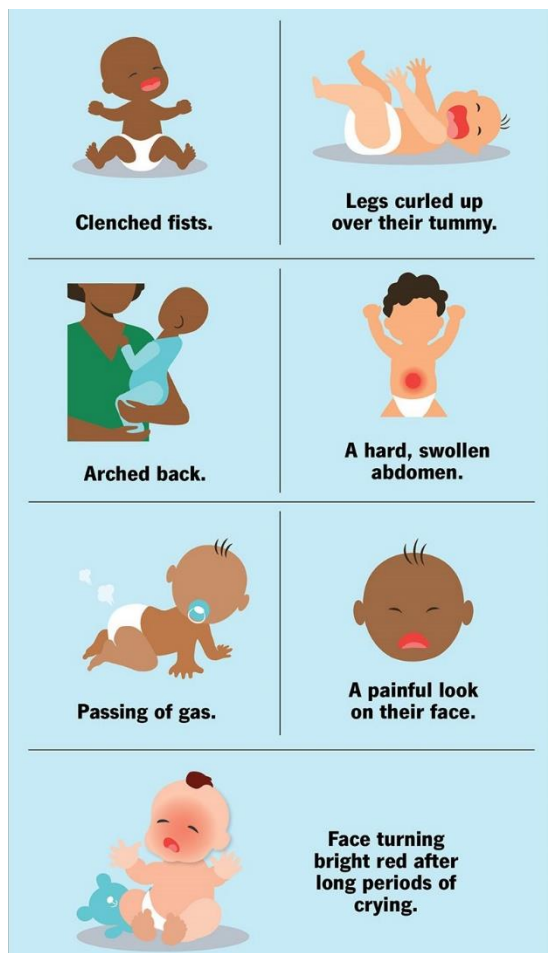
توصیه‌های داروساز در خصوص کولیک نوزادان

منظور از کولیک گریه شدید و بهانه‌گیری نوزاد است که دلیل مشخصی نداشته باشد. کولیک معمولاً در ۳ الی ۴ ماه اول زندگی نوزادان خود را نشان می‌دهد و می‌تواند برای والدین نوزاد بسیار مشکل و آزارنده باشد. علت اصلی کولیک نوزادان هنوز به طور دقیق شناخته نشده است هر چند لیستی از عواملی که احتمال این مشکل را بالا می‌برند در ادامه آورده شده است. در بسیاری از موارد کولیک به صورت خودبه‌خودی تا پایان ۳ یا ۴ ماهگی نوزاد برطرف می‌شود. البته استفاده از روش‌ها و راهکارهایی که در این نوشتار آورده شده است، به والدین کمک می‌کند که علائم نوزادشان را بهتر مدیریت نمایند.

تعریف کولیک

تعریف استاندارد آنی که برای کولیک در نظر گرفته شده این است که نوزاد بیشتر از ۳ ساعت در روز، بیشتر از ۳ روز در هفته و بیشتر از ۳ هفته گریه شدید و بدون علت داشته باشد. (قانون ۳-۳-۳)

کولیک یک مشکل بسیار شایع است و حدود ۴۰ درصد نوزادان را درگیر می‌کند. این مشکل بین هفته ۳ الی ۶ بعد از تولد شروع شده و تا ۳ یا ۴ ماهگی نوزاد طول می‌کشد.



به طور معمول همه نوزادان در ۳ ماهه اول زندگی بیشتر از زمان‌های دیگر گریه می‌کنند. تعریف دقیق و مشخصی از "گریه بیش از حد" وجود ندارد. هر چند بسیاری از منابع معتقدند که تا ۲ ساعت گریه در طول یک روز می‌تواند طبیعی باشد. نوزادان غیرکولیکی کمتر گریه می‌کنند و مدت زمان گریه آن‌ها کوتاه‌تر است. نکته جالب در خصوص گریه‌های کولیکی این است که این گریه‌ها معمولاً عصر یا شب شروع می‌شوند. پیش از شروع این گریه نوزاد ممکن است در شرایط مختلفی قرار داشته باشد: در حال خندیدن باشد، در حال شیر خوردن باشد، خوابیده باشد یا در حال بهانه‌گیری باشد. به همین علت گفته می‌شود که گریه‌های کولیک معمولاً علت مشخصی ندارند. علاوه بر گریه‌های شدید و جیغ‌مانند، کولیک ممکن است علائم دیگری هم داشته باشد که عبارتند از:

- صورت نوزاد حالت قرمز و برافروخته دارد.
- شکم نوزاد سفت است و کمی حالت بیرون زده دارد.
- نوزاد پاهای خود را داخل شکم جمع کرده و پاهای معمولاً سرد هستند.
- پشت نوزاد حالت خمیده دارد.

همه این علائم نشان می‌دهد که تون عضلات نوزاد افزایش پیدا کرده است.

ریسک‌های فاکتورهای ابتلا به کولیک

- سیگار: نوزادانی مادرشان در دوره بارداری یا پس از تولد آن‌ها از سیگار استفاده کند، ریسک بالاتری برای ابتلا به کولیک دارند. به نظر می‌رسد مواجهه با متابولیت‌های تنباکو می‌تواند سبب افزایش ترشح هورمون موتیلین در سیستم گوارشی نوزاد شده و حرکات دستگاه گوارش او را افزایش می‌دهد.
- اضطراب در دوره بارداری: به نظر می‌رسد اضطراب مادر ریسک بروز کولیک در نوزاد را بیشتر می‌کند. اضطراب سبب افزایش ضربان قلب مادر شده و به نظر می‌رسد که روند خونرسانی به اندام‌های جنین را مختل کرده و رشد و تکامل جنین را مشکل روبه‌رو می‌کند.
- BMI بالای مادر پیش از بارداری: توجهی در خصوص مکانیسم این ارتباط وجود ندارد اما مطالعات آماری چنین ارتباطی را نشان داده‌اند.
- کمبود برخی املاح و ویتامین‌ها در دوره بارداری: به نظر می‌سد کم‌خونی فقر آهن و کمبود ویتامین ب ۱۲ در حین بارداری ریسک بروز کولیک در نوزاد را بیشتر می‌کند.
- میگرن: نوزاد مادرانی که سابقه ابتلا به میگرن داشته‌اند، شانس بالاتری برای ابتلا به کولیک دارند.

سایر علت‌های محتمل برای گریه بیش از حد نوزاد

به جز کولیک، دلایل متعددی برای گریه‌های شدید نوزادی مطرح است که می‌تواند ناشی از یک مشکل جزئی مثل گرسنگی یا مشکل جدی مثل عفونت باشد.

والدین باید پیش از هر چیز علت‌ها قابل مدیریت گریه شدید را در نوزاد خود بررسی کنند:

- گرسنگی: در شروع گریه، نوزاد باید از نظر گرسنگی بررسی شود. مقدار کمی شیر به نوزاد بدهید تا ببینید آیا گرسنه هست یا خیر. اغلب نوزادان زیر ۳ ماه باید هر دو الی چهار ساعت یک بار شیر بخورند.
- درد: نوزادی که جایش راحت نباشد، لباس تنگ پوشیده باشد، پوشک او به سفتی بسته شده باشد و غیره ممکن است برای نشان دادن ناراحتی خود گریه شدید جیغ ماندی سر بدهد.
- خستگی و کلافگی: پاسخ نوزاد به خستگی و کلافگی گریه شدید است. نوزادی که در محیط شلوغ باشد، به دفعات بین چندین نفر دست به دست بشود یا نوزادی که از بازی کردن خسته شده است، گریه‌های بلند و شدید دارد.

مدیریت کولیک

هیچ درمان قطعی برای برطرف شدن کولیک نوزادان وجود ندارد. هدف از درمان، کاهش شدت و میزان گریه نوزاد و همچنین کمک به خانواده نوزاد جهت کنار آمدن با این شرایط دشوار می‌باشد.

تکنیک‌های تغذیه‌ای

- نوزادانی که از شیرخشک استفاده می‌کنند: یکی از عواملی که شدت علائم کولیک نوزادان را تشدید می‌کند، وارد شدن هوا به سیستم گوارشی نوزاد هنگام شیر خوردن است. برای کاهش میزان هوایی که به سیستم گوارش نوزاد راه پیدا می‌کنند، شیشه شیرها و پستانک‌های ویژه‌ای طراحی شده است. وضعیت قرار دادن نوزاد در هنگام شیر خوردن هم از اهمیت بسیاری برخوردار است. در نوزادان کولیکی بهتر است نوزاد در وضعیت نشسته (عمودی) قرار داشته باشد. به اصطلاح "گرفتن هوای معده نوزاد" هم از جمله راهکارهای بسیار موثری است که هم به نوزادان

مبتلا به کولیک و هم به نوزادان مبتلا به رفلاکس معده به مری کمک می‌کند. در برخی از موارد، پزشک معالج ممکن است توصیه کند که شیرخشک نوزاد تغییر کند. بهتر است شیرخشک جدید برای یک هفته به نوزاد داده شود و اگر نتیجه مثبتی گزارش نشد، مجدداً شیرخشک اولیه نوزاد برای او شروع شود.

- نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند: به مادران شیرده توصیه می‌شود از رژیم غذایی هایپوالرژنیک که حاوی مواد و فرآورده‌های حساسیت‌زا نباشد، استفاده کنند. به طور معمول شیر، تخم‌مرغ، خشکبار و گندم باید از رژیم غذایی مادر حذف شود. البته منظور این نیست که همه این غذاها به یکباره از رژیم غذایی مادر کنار گذاشته شود. در ابتدا یکی از این غذاها برای مدت یک هفته از رژیم مادر حذف می‌شود. در صورتی که حذف این غذا منجر به بهبود علائم کولیک نوزاد نشود، مادر می‌تواند این غذا را مجدداً مصرف کند. این روش برای نوزادانی که مادرشان سابقه ابتلا به اگزما، آسم و رینیت آلرژیک دارد، موثرتر عمل می‌کند. هیچ تایید قطعی وجود ندارد که جایگزین کردن شیر مادر با شیر خشک به کاهش علائم نوزاد کمک می‌کند. سایر فرآورده‌های غذایی که ممکن است سبب تشدید علائم کولیک نوزاد شود، عبارتند از کافئین، شکلات، پیاز و کلم.

تغییرات محیطی: نشستن در ماشین، تغییر منظره دید نوزاد، ملایم تکان دادن کودک و دوش آب ولرم می‌تواند به کاهش علائم نوزاد کمک کند. صحبت کردن با نوزاد، پخش موسیقی ملایم یا اصوات سفید^۱ می‌تواند کمک‌کننده باشد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد تماس مستقیم پوست به پوست بین نوزاد و یکی از والدین او، باعث آرامش نوزاد شده و بی‌قراری و گریه‌های او را کاهش می‌دهد.

داروهای شیمیایی: برخی از منابع به بررسی اثر سایمتیکون بر علائم کولیک نوزادان پرداخته‌اند. هیچ کدام اثربخشی این فرآورده در کولیک را تایید نکرده‌اند.

فرآورده‌های پروبیوتیک: باکتری *Lactobacillus reuteri* در کاهش علائم کولیک برخی نوزادان موثر است. هر چند نمی‌توان خودسرانه این فرآورده‌ها را برای نوزاد شروع کرد و حتماً نیاز به تجویز پزشک وجود دارد.

فرآورده‌های گیاهی: برخی از فرآورده‌های گیاهی مثل رازیانه، بابونه و دانه شوید اثرات ضداسپاسم دارند و به کاهش علائم نوزادان کمک کنند. مطالعه‌ی گسترده‌ای اثربخشی این فرآورده‌ها را تایید نکرده است. هر چند فرآورده‌های تجاری بسیاری با این ترکیبات در بازار دارویی وجود دارد.

ماساژ: هر چند مطالعه‌ی جامعی در این زمینه وجود ندارد اما در برخی از منابع اشاره شده که ماساژ آرام شکم نوزاد می‌تواند به کاهش علائم کمک کند.

حمایت والدین: والدین نوزادانی که کولیک دارند به ویژه مادر، به شدت در معرض اضطراب مزمن و افسردگی قرار دارند. خستگی، ناامیدی، تحریک‌پذیری و احساس گناه در این والدین، بسیار شایع است. یکی از پیامدهای ناشی از خستگی بیش از حد والدین نوزادان مبتلا به کولیک پدیده‌ای است که *Shaken Baby Syndrome* نامیده می‌شود. ممکن است والدین نوزاد یا هر مراقب دیگری به صورت ناخودآگاه و در پاسخ به گریه‌های شدید نوزاد، او را با شدت بیشتری در آغوش تکان بدهد. از آنجایی که نوزادان کنترل موثری روی سر و گردن خود ندارند، تکان دادن شدید نوزاد ممکن است به مغز نوزاد آسیب بزند و منجر به عواقب خطرناکی حتی مرگ بشود.

^۱White Noise

در صورت بروز هر یک از علائم زیر به صورت خیلی سریع و اورژانسی به پزشک مراجعه نمایید:

- نوزاد بیشتر از ۲ ساعت پیایی گریه کند.
- احتمال بدهید که نوزاد به شدت تکان داده شده باشد و به سر او آسیبی وارد شده باشد.
- تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد داشته باشد.
- نوزاد از شیر خوردن امتناع کند یا استفراغ شدید داشته باشد.
- نوزاد به خوبی ادرار نکند یا مدفوع خونی داشته باشد.
- نوزاد دچار تغییرات رفتاری مثل بی حالی شدید یا عدم پاسخدهی به محرک‌های محیطی شده باشد.

منبع: [Uptodate](#) و مقاله [Parental Factors Affecting the Incidence of Infantile Colic](#)





مناسبت‌های سلامت خرداد ماه:

- ✓ ۴ الی ۱۰ خرداد: هفته جهانی تیروئید
- ✓ ۱۰ خرداد: روز جهانی MS
- ✓ ۱۱ خرداد: روز جهانی بدون دخانیات
- ✓ ۱۵ خرداد: روز جهانی محیط زیست
- ✓ ۲۴ خرداد: روز جهانی اهدای خون

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)

