

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مروری بر مدیریت اختلال دوقطبی در دوره بارداری

✓ تازه های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه های داروساز در خصوص اسپوندیلیت آنکیلوزان

✓ 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 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

درمان نگهدارنده اختلال دوقطبی در خانم‌های باردار

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

تعریف بیماری دوقطبی

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

Bipolar Disorder



مدیریت بیماری دوقطبی

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

- ادامه روند سابق دارودرمانی در دوره پیش از بارداری، حین بارداری و در هنگام زایمان
- تغییر داروهای پرخطر به کم خطر پیش از اقدام به بارداری
- قطع دارودرمانی پیش از اقدام به بارداری و شروع مجدد درمان در سه ماهه دوم یا سوم (پس از تکمیل ارگانوژنز)
- قطع دارودرمانی پیش از اقدام به بارداری و عدم شروع درمان در حین و پس از اتمام بارداری

برای خانم‌های مبتلا به بیماری دوقطبی که تصمیم به بارداری دارند، توصیه می‌شود

بیمارانی که در دوره بارداری درمانی دریافت نمی‌کنند، دچار اپیزودهای متعدد تغییر مود می‌شوند. به همین دلیل، جهت جلوگیری از تغییرات شدید مود، توصیه می‌شود درمان نگهدارنده ادامه داده شود. برای خانم‌هایی که علائم بسیار خفیفی داشته‌اند، می‌توان گزینه قطع درمان در حین بارداری را در نظر گرفت.

در انتخاب رژیم درمانی نگهدارنده برای خانم‌های مبتلا به اختلال دوقطبی پیش و در حین بارداری، بایستی تا حد امکان موارد زیر را رعایت نمود:

- انتخاب داروهایی با حداقل احتمال تراتوژنیسیته

- مونوتراپی

- کمترین دوز موثر درمان

برای خانم‌هایی که پیش از بارداری، به عنوان درمان نگهدارنده از داروی لاموتریژین، لیتیوم یا یکی از داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم استفاده می‌کردند، بهتر است همان درمان قبلی ادامه داده شود. در صورت استفاده از والپروات یا کاربامازپین، توصیه می‌شود از داروهای کم‌خطرتری استفاده شود. برای خانم‌هایی که تمایل دارند درمان با والپروات و کاربامازپین را ادامه بدهند، استفاده از روش باروری *in vitro* و رحم اجاره‌ای استفاده نمود.

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

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

قطع درمان شامل خطرات زیر است:

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

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

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

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

تغییر داروهای والپروات و کاربامازپین به داروهای کم‌خطرتر:

در صورتی که بیماران مصرف‌کننده والپروات و کاربامازپین حداقل در ۶ هفته گذشته دچار تغییرات خلقی نشده‌اند، می‌توان برای آن‌ها داروهای کم‌خطرتری جایگزین کرد. بر اساس مطالعاتی که در خانم‌های مبتلا به تشنج انجام شده، دو داروی

^۱Gestational Carrier

والپروات و کاربامازپین تراژون محسوب می‌شوند. مواجهه با این داروها، به ویژه والپروات سبب تاخیر در رشد و کاهش بهره‌ی هوشی جنین خواهد شد.

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

درمان‌های جایگزین به اندازه والپروات و کاربامازپین موثر نیستند و ریسک بروز اپیزودهای مکرر با این درمان‌ها بیشتر می‌شود. در نتیجه، برای بیمارانی که سابقه پاسخ‌گویی ضعیف به داروهایی از قبیل لاموتریژین، کوئتیاپین و ریسپریدون و لیتیوم دارند، بهتر است درمان با والپروات و کاربامازپین را ادامه بدهند. خانم‌هایی که در طول بارداری از این دو دارو استفاده می‌کنند، بایستی از دوزهای بالاتری از فولیک اسید (۴ یا ۵ میلی‌گرم) استفاده کنند. با این حال، هنوز شواهد متقنی مبنی بر کاهش نقص لوله عصبی با مصرف فولیک اسید رد دست نیست.

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

انتخاب رژیم درمانی مناسب برای بیماران

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

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

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

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

دوره بارداری ۲۰ تا ۲۵ درصد افزایش پیدا می‌کند. بعد از زایمان، کلیرانس دارو کاهش پیدا می‌کند و نیاز است که دوز دارو مجدداً کم شود.

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

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

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

عواقب متابولیک مصرف دارو

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

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

- افزایش وزن

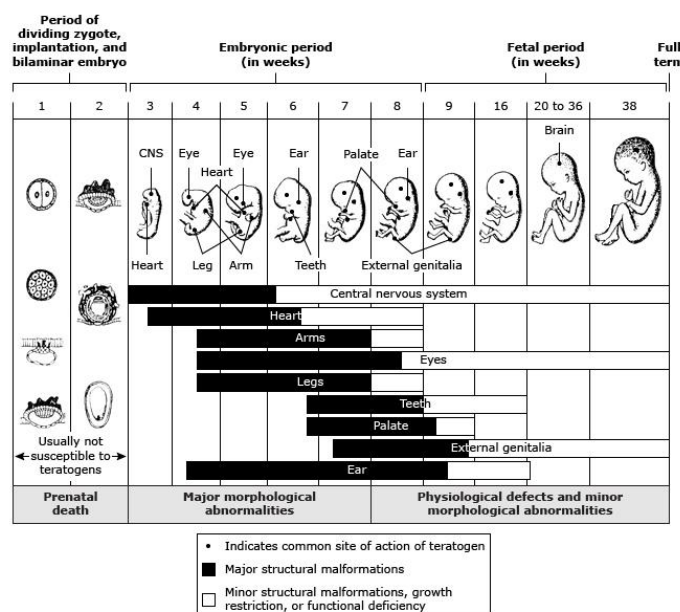
- فشار خون

- قند خون ناشتا، کلسترول و تری‌گلیسرید

ناشتا. لازم به ذکر است که سطوح نرمال

تری‌گلیسرید و کلسترول در خانم‌های

باردار بالاتر است.



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

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

در بیماران بارداری که به ناچار بایستی از داروی لیتیوم استفاده کنند، حداقل دوز لازم برای ایجاد غلظت خونی مناسب تجویز می‌شود. جهت جلوگیری از پیک غلظت دارو در سرم، بهتر است دارو در دو یا سه وعده منقسم و ترجیحا به صورت فرمولاسیون‌های با رهش کنترل‌شده به بیمار داده شود. مشخص نیست که آیا این راهکار تراژونیسته دارو را کاهش می‌دهد یا خیر. تا هفته ۳۶ بارداری، غلظت سرمی لیتیوم باید هر ۲ تا ۴ هفته و پس از آن به صورت هفتگی بررسی بشود. سایر مانیتورینگ‌های لازم برای مادران بارداری که لیتیوم دریافت می‌کنند، عبارتند از تست‌های عملکرد تیروئید، تست‌های عملکرد کلیه که بایستی در اولین ویزیت و سپس هر سه ماه یک بار بررسی بشوند.

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

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

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

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



شماره تماس ۰۲۱۰۸۸۱۰۸۸۱
خط ویژه جهت مشاوره علمی دارویی ۳۰



پاسخگویی به هم میهنان عزیز
توسط پزشکان و داروسازان مجرب

پاسخگویی به همکاران کادر درمان
توسط متخصصین داروسازی بالینی



بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده

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

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

منبع:

Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. (2023, July). Uptodate. Retrieved August 29, 2023, from https://www3.utdos.ir/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?search=bph%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

یک داروی جدید برای ترومبوسیتوپنی خودایمنی اولیه

بر اساس مطالعه‌ای که اخیراً در ژورنال لنست به چاپ رسیده است، ایمونوگلوبولین انسانی G1 Fc، Efgartigimod، برای بیماران مبتلا به ترومبوسیتوپنی خودایمنی اولیه ایمنی مزمن یا مداوم، موثر و بی خطر است. این دارو، اولین دارو از این دسته دارویی به شمار می‌رود.



پژوهشگران دانشگاه جرج واشنگتن یک مطالعه ۲۴ هفته‌ای را برای ارزیابی اثربخشی و ایمنی Efgartigimod داخل وریدی در بزرگسالان ۱۸ ساله به بالا مبتلا به ترومبوسیتوپنی اولیه ایمنی مزمن یا مداوم انجام دادند. شرایط ورود به مطالعه این بود که میانگین تعداد پلاکت کمتر از ۳۰۰۰ باشد و بیمار حداقل به یک درمان ترومبوسیتوپنی ایمنی پاسخ داده باشد. در مجموع ۱۳۱ بیمار به طور تصادفی در دو گروه داروی Efgartigimod یا دارونما تقسیم شدند (به ترتیب ۸۶ و ۴۵).

در ۲۲ درصد از بیمارانی که داروی Efgartigimod دریافت کردند، سطح پلاکت در سطح ثابتی حفظ شد. این شاخص در گروه دارونما صرفاً ۵ درصد بود. میانگین تعداد هفته‌هایی که بیماری تحت کنترل قرار داشت، در گروه Efgartigimod ۲ و در گروه شاهد صفر بود. پروفایل عوارض جانبی داروی Efgartigimod مطلوب بود. اکثر بیماران عوارض خفیف تا متوسطی را تجربه کردند. شایع‌ترین عوارض گزارش شده با دارو سردرد، هماچوری و پتشی پوستی بوده است.

۶ اکتبر ۲۰۲۳

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

اثرات درمانی تستوسترون در مردان مبتلا به دیابت نوع ۲

درمان جایگزینی تستوسترون در یک الی دو سال اول مصرف در آقایان مبتلا به دیابت نوع ۲، با کاهش سطح هموگلوبین A1C همراه بوده است.

به طور کلی، به پزشکان توصیه می‌شود در مواردی که بیمار از دیابت نوع دو، اختلالات جنسی یا خستگی رنج می‌برد، بهتر است سطوح خونی تستوسترون برای او بررسی شود. در صورتی که بیمار معیارهای مربوط به کمبود تستوسترون را داراست و از نظر PSA مشکل جدی ندارد، می‌تواند تحت درمان با تستوسترون قرار بگیرد.

تا کنون ۴۲۸ مرد مبتلا به دیابت نوع دو و هیپوگنادیسم وارد مطالعه شده‌اند. این مطالعه در ۸ کشور و ۳۴ مرکز در حال اجراست. کشورهای شرکت‌کننده در این مطالعه عبارتند از انگلستان، آلمان، کانادا، برزیل، آفریقای جنوبی، برزیل، نیوزلند، مالزی و ویتنام.

در ۱۲ ماه اول مصرف، سطح هموگلوبین A1C از ۷۱،۲۷ میلی‌مول/مول (۸،۷ درصد) به ۶۱،۲۶ میلی‌مول/مول (۷،۸ درصد) کاهش یافت. این شاخص دو سال بعد از مصرف دار به ۵۵،۹۷ میلی‌مول/مول (۷،۳ درصد) رسید.

مطالعات قبلی نشان داده‌اند که ۴۰ درصد از آقایان مبتلا به دیابت نوع ۲ به درجاتی از کمبود تستوسترون مبتلا هستند. تستوسترون پایین با برخی مشکلات قلبی-عروقی، اختلالات استخوانی، عضلانی، جنسی و اعصاب و روان همراه است. مطالعات نشان داده‌اند که درمان جایگزینی تستوسترون با افزایش ریسک سرطان پروستات و مشکلات قلبی همراه نبوده است. البته لازم است که وضعیت پروستات بیمار در طی دوره دریافت تستوسترون به طور منظم بررسی بشود. شایان ذکر است که چاقی یکی از دلایل کمبود تستوسترون در آقایان محسوب می‌شود و ۵ الی ۱۰ درصد کاهش وزن می‌تواند سطوح تستوسترون را اصلاح کند.

اشکال دارویی تستوسترون در ایران:

- (۱) آمپول تستوسترون انانتات ۱۰۰ میلی‌گرم/میلی‌لیتر
- (۲) آمپول تستوسترون انانتات ۲۵۰ میلی‌گرم/میلی‌لیتر
- (۳) کپسول تستوسترون اندکانوات ۴۰ میلی‌گرم

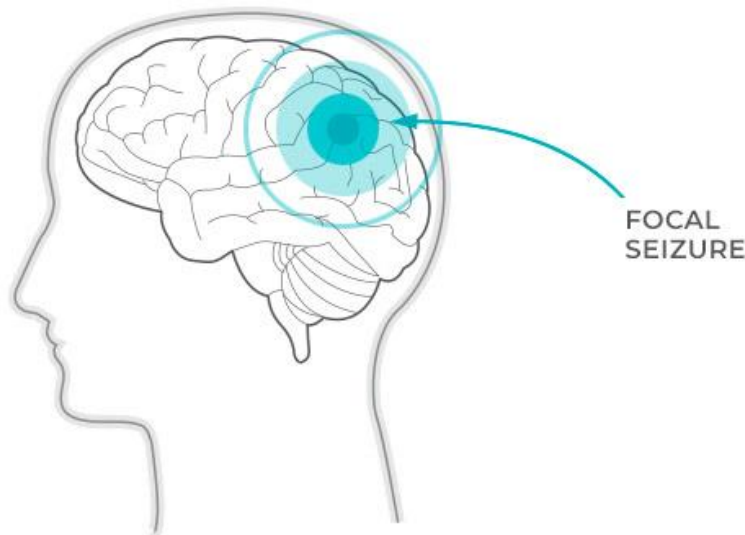
۱۷ اکتبر ۲۰۲۳

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



داروی جدید برای بیماران مبتلا به صرع کانونی

بر اساس نتایج یک مطالعه فاز ۲ بالینی که اخیراً در ژورنال JAMA Neurology منتشر شده، داروی جدید XEN1101 برای درمان تشنج‌های کانونی^۲ (FOSs) ایمن و موثر به نظر می‌رسد.



XEN1101 یک مولکول دارویی جدید است که به صورت یک بازکننده انتخابی کانال پتاسیم Kv7.2/Kv7.3 عمل می‌کند. این دارو توسط شرکت Xenon در حال توسعه و پردازش است و به نظر می‌رسد در درمان تشنج‌های کانونی، افسردگی و سایر اختلالات نورولوژیک کاربرد داشته باشد.

گروهی از محققان دانشگاه نیویورک برای بررسی اثرات ضد تشنجی این مولکول مطالعه‌ای طراحی کردند. در این مطالعه ۲۸۵ بیمار به طور تصادفی (۲:۱:۱:۲) در ۴ گروه دسته‌بندی شدند. در هر یک از این گروه‌ها، بیماران به ترتیب ۲۵ میلی‌گرم XEN1101، ۲۰ میلی‌گرم XEN1101، ۱۰ میلی‌گرم XEN1101 یا پلاسبو دریافت کردند. داروها به مدت ۸ هفته، به صورت روزی ۱ بار و به همراه غذا مصرف شدند.

به نظر می‌رسد داروی XEN1101 با کاهش تشنج مرتبط است و این ارتباط با افزایش دوز دارو، شدت پیدا می‌کند. بیماران گروه اول که روزانه ۲۵ میلی‌گرم XEN1101 دریافت می‌کردند، پس از یک ماه مصرف دارو ۵۲٫۸ درصد کاهش در دفعات حملات FOS داشتند. این شاخص در گروه‌های دیگر به ترتیب ۴۶٫۴ درصد و ۳۳٫۲ درصد گزارش شد.

داروی XEN1101 از نظر عوارض جانبی تفاوت چندانی با داروهی معمول تشنج ندارد.

لازم به ذکر است چند نفر از پژوهشگران درگیر در این مطالعه با شرکت‌های داروسازی از جمله Xenon ارتباط مالی داشتند.

۱۱ اکتبر ۲۰۲۳

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

^۲Focal-Onset Seizures

داروی جدیدی برای درمان بیماری کرون

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) به تازگی برای داروی Etrasimod (Velsipity) در بزرگسالان مبتلا به درمان کولیت اولسراتیو متوسط تا شدید تاییدیه صادر کرده است.

داروی Etrasimod یک مدولاتور گیرنده اسفینگوزین ۱ فسفات^۳ (S1P) است که با شدت بالا به گیرنده‌های ۱،۴ و ۵ متصل می‌شود. دوز تایید شده‌ی دارو ۲ میلی‌گرم یک بار در روز و به صورت خوراکی می‌باشد.



داروی Etrasimod دومین دارو از دسته S1P است که در آمریکا برای درمان کولیت اولسراتیو تاییدیه دریافت کرده‌است. داروی دیگر، داروی Ozanimod بود که در ماه می ۲۰۲۱ برای درمان کولیت اولسراتیو متوسط تا شدید تایید شد.

تاییدیه داروی Etrasimod بر اساس دو مطالعه بالینی دوسوکور با عناوین ELEVATE UC و ELEVATE UC 52 صادر شده است. نتایج این دو مطالعه در ژورنال لنست به چاپ رسیده است.

در هر دو مطالعه بیماران وارد شدند که حداقل یک درمان معمول یا درمان بیولوژیک یا مهارکننده Janus kinase (JAK) را دریافت کرده‌اند. این درمان برای آن‌ها موثر نبوده یا بیمار قادر به تحمل دارو نبوده است.

در مطالعه ELEVATE UC 52، علائم ۲۷ درصد بیماران مصرف‌کننده Etrasimod در طی ۱۲ هفته خاموش شد. این رقم در گروه پلاسبو ۷ درصد گزارش شد. در هفته ۵۲ مصرف دارو، بیماری ۳۲ درصد مصرف‌کنندگان Etrasimod و ۷ درصد گروه پلاسبو خاموشی علائم را تجربه کردند.

در مطالعه ELEVATE UC 12، خاموشی علائم در ۲۶ درصد گروه Etrasimod و ۱۵ درصد گروه پلاسبو گزارش شد.

بیماران گروه Etrasimod در سایر شاخص‌های درمانی از جمله وضعیت روده‌ها در بررسی اندوسکوپیک، بهبود مخاطی و میزان مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی نسبت به گروه پلاسبو پیشرفت‌های قابل توجهی داشتند. این پیشرفت‌ها هم در هفته ۱۲ و هم در هفته ۵۲ قابل مشاهده بود.

شایع‌ترین عوارض گزارش شده با Etrasimod عبارتند از سردرد، افزایش سطح آنزیم‌های کبدی، ابتلا به عفونت SARS-COV2، گیجی، افزایش دمای بدن، درد مفاصل، درد شکم و تهوع.

۱۳ اکتبر ۲۰۲۳

³ Sphingosine-1-Phosphate (S1P) Receptor

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

پروتوکل جدید CDC برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده (CDC) به پزشکان توصیه کرده است که برای کاهش ریسک انتقال

بیماری‌های مقاربتی (STI)، پس از مواجهات مشکوک، داروی داکسی‌سایکلین را برای بیماران تجویز کنند. در این روش، به جای اینکه منتظر بمانیم تا بیمار علائم بیماری عفونی را نشان بدهد، بلافاصله پس از مواجهه مشکوک، داکسی‌سایکلین را برای بیمار شروع می‌کنیم. این پروتوکل درمانی که Doxy-PEP^۴ نام‌گذاری شده است، در پیشگیری از عفونت‌های سوزاک، کلامیدیا و سفلیس موثر خواهد بود و برای افرادی قابل استفاده است که رفتارهای پرخطر جنسی دارند.

رژیم درمانی Doxy-PEP شامل ۲۰۰ میلی‌گرم داکسی‌سایکلین است که بایستی در عرض ۷۲ ساعت اول پس از هر نوع رابطه جنسی پرخطر استفاده شود. این روش درمانی، از قبل در برخی از ایالت‌های آمریکا مورد استفاده قرار می‌گرفته و موثر هم بوده است.

اخیرا مطالعه‌ای برای بررسی اثربخشی این پروتوکل انجام شده که نتایج آن در ژورنال New England Journal of Medicine به چاپ رسیده است. داده‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد نرخ بروز کلامیدیا، سوزاک و سفلیس در گروهی که داکسی‌سایکلین مصرف کردند، حدود ۲/۳ کاهش پیدا کرد.

۲ اکتبر ۲۰۲۳

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

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 ، پروشورهای دارویی مخصوص بیماران و اعضاء کادر درمان .

پاسخگوی سؤالات علمی دارویی
۸۲۱۰۱
خط تلفن: ۰۲۱-۸۲۱۰۱
پوشه: ۱۳ آبان

⁴ Doxycycline Postexposure



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۴۰ ساله با سابقه‌ی کبد چرب و اعتیاد به شیشه که به تازگی از کمپ ترک اعتیاد ترخیص شده است، در حال دریافت داروهای آلفن ایکس روزی یک عدد، متوکاربامول روزی دو عدد، دگزامتازون ۰٫۵، روزانه ۶ عدد و سیپروهپتادین روزانه ۶ می‌باشد. بیمار زخم ناشی از چاقو بر روی دست داشته که متورم و قرمز و داغ گردیده بوده و پزشک به ایشان داروی سفالکسین ۵۰۰ هر ۶ ساعت داده است. همچنین بیمار سر خود دگزامتازون و سیپروهپتادین را برای افزایش اشتها به مدت ۳ ماه است که مصرف می‌کند. بیمار می‌خواهد بداند داروی سفالکسین را آیا باید هر ۸ ساعت یک عدد یا دو عدد مصرف کند؟

پاسخ: داروی سفالکسین، یک سفالوسپورین نسل اول بوده و با توجه به پوشش استرپتوکوکی و استافیلوکوک‌های حساس به متی‌سیلین گزینه‌ی مناسبی برای عفونت‌های پوستی می‌باشد. مقدار مصرف آن در این عفونت هر ۶ ساعت ۵۰۰ میلی‌گرم می‌باشد. در این کیس نکته‌ی مهم‌تر مصرف طولانی مدت داروی دگزامتازون به صورت سرخود می‌باشد. مصرف طولانی مدت این دارو می‌تواند عوارض مختلفی برای بیمار داشته باشد. از مهم‌ترین این عوارض مهار محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال می‌باشد. زمان بروز این عارضه در بیماران مختلف به دلیل تفاوت در متابولیسم گلوکوکورتیکوئیدها، متفاوت بوده و بیماران بر اساس دوز مصرفی و دوره‌ی مصرف به سه دسته‌ی "عدم مهارمحور"، "مهارمحور" و "عدم اطمینان از مهار محور" تقسیم می‌شوند. همچنین دوره‌ی قابل توصیه برای قطع دارو بسته به دوز مصرفی، مدت مصرف و زمان مصرف طی روز متفاوت است. مصرف داروهایی که مسیر آنزیمی سایتوکروم P450 3A4 را مهار کنند می‌توانند ریسک این عارضه را افزایش دهند.

منابع: Uptodate

دکتر امیرحسین قهرمانیان

شرح مشکل بیمار: شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۲۵ ساله است که برای کنترل استرس و اضطراب داروی کاربامازپین ۲۰۰ را روزی دو بار نصف قرص و داروی اس‌سیتالوپرام ۱۰ را روزی یکبار نصف قرص مصرف می‌کند. علائم بیمار با مصرف داروها کنترل است، بیمار قرار است تست اعتیاد برای محل کارش بدهد و سوال دارد آیا می‌تواند به دلیل احتمال مثبت شدن آزمایش با کاربامازپین این دارو را قطع کند؟

پاسخ: کاربامازپین از نظر ساختار شبیه ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای است و در صورتی که تست بیمار این دسته دارویی را هم چک کند، ممکن است نتیجه به صورت کاذب مثبت شود، اما در تست‌های روتین اعتیاد معمولاً این مورد ارزیابی نمیشود.

توصیه نهایی به بیمار: مصرف کاربامازپین را قطع نکند و در زمان حضور در آزمایشگاه داروهای مصرفی را اطلاع دهد.

منابع: Mosbey , Micromedex

دکتر سونا قاسمی

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۵۴ ساله با مشکل زمینه‌ای کلیوی است. در حال حاضر بیلی روبین و آنزیم‌های کبدی اش بالاست و پزشک برایشان ارسوفار و NAC تجویز کرده است. مگر برای خلط نیست؟ برای چه مشکلی تجویز شده است؟

داروهای حال حاضر: NAC / ارسوفار / اپرکس / کاپتوپریل / کارودیلول / کلسیتریول / سییتالوپرام / ونوفر

پاسخ: در مطالعات دیده شده است که این دارو در کنار ارسوفار روی ویسکوزیته صفرا اثر گذاشته و به دفع راحتتر آن کمک میکند.

دکتر سپیده سبحانی

بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۴۳ ساله‌ای هستند که برای مشکل ریزش مو زیر نظر متخصص پوست و مو از آمپول هفتگی بیوتین و بیانتین استفاده می‌کنند. ایشان مشکل کم‌کاری تیروئید هم دارند و در حال مصرف لووتیروکسین می‌باشند. قرار است در هفته آینده آزمایش خون بدهند و وضعیت هورمون‌های تیروئیدی را بررسی کنند. آیا لازم است داروی مصرفی‌شان قطع بشود؟

سایر داروهای مصرفی: لوژارتان ۲۵ روزی ۲ بار - فاموتیدین ۴۰ هر شب ۱ عدد

پاسخ: بیوتین با تست‌های آزمایشگاهی مربوط به هورمون‌های تیروئیدی تداخل دارد. این ویتامین سطح T_3 و T_4 را به صورت کاذب بالاتر از حد نرمال و هورمون TSH را به صورت کاذب پایین‌تر از حد نرمال نشان می‌دهد.

توصیه نهایی به بیمار: بهتر است بیوتین ۴۸ الی ۷۲ ساعت قبل از انجام آزمایشات مربوط به تیروئید قطع شود.

منابع: Uptodate

دکتر هستی فتوگرافی

سرتیتر تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت غذا و

دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ جمع آوری فراورده قرص جوشان مولتی ویتامین EVAM
- ❖ جمع‌آوری و ریکال فراورده قرص کلسی فید شرکت دنیا دارو سپهر با سری ساخت- D1408 تولید شده در سیمرغ داروی عطار
- ❖ ریکال فراورده رگفلور شرکت فرادارو فن‌آور مهر با سری ساخت‌های ۵۰۰۱۶، ۵۰۰۱۷، ۵۰۰۱۸ و ۵۰۰۱۹
- ❖ ریکال کلیه سری ساخت‌های قرص ویگورمن شرکت سیمرغ داروی عطار به دلیل شناسایی مهار کننده فسفودی استراز در فراورده
- ❖ ریکال ساشه خوراکی ویال ال کارنیتین شرکت بنیان سلامت کسری با سری ساخت CP0112
- ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

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



توصیه‌های یک داروساز به بیمار

توصیه‌های داروساز در مورد اسپوندیلیت آنکیلوزان

اسپوندیلوآرتریت (SpA) خانواده‌ای از بیماری‌های روماتولوژیک است. شایع‌ترین بیماری‌های این گروه اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) و SpA محوری غیررادیوگرافی (nr-axSpA) می‌باشد.

اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) یکی از انواع نادر آرتریت است که باعث ایجاد درد و سفتی در ستون مهره‌ها می‌شود. این اختلال که تا پایان عمر همراه بیمار خواهد بود، با نام بیماری Bechterew نیز شناخته می‌شود. این بیماری از ناحیه کمر شروع شده و می‌تواند گردن و سایر مفاصل بدن را درگیر کند. واژه Ankylosis به بافت‌های استخوانی و سایر بافت‌های سخت اتلاق می‌شود و واژه Spondylitis به معنی التهاب در ستون مهره‌هاست.

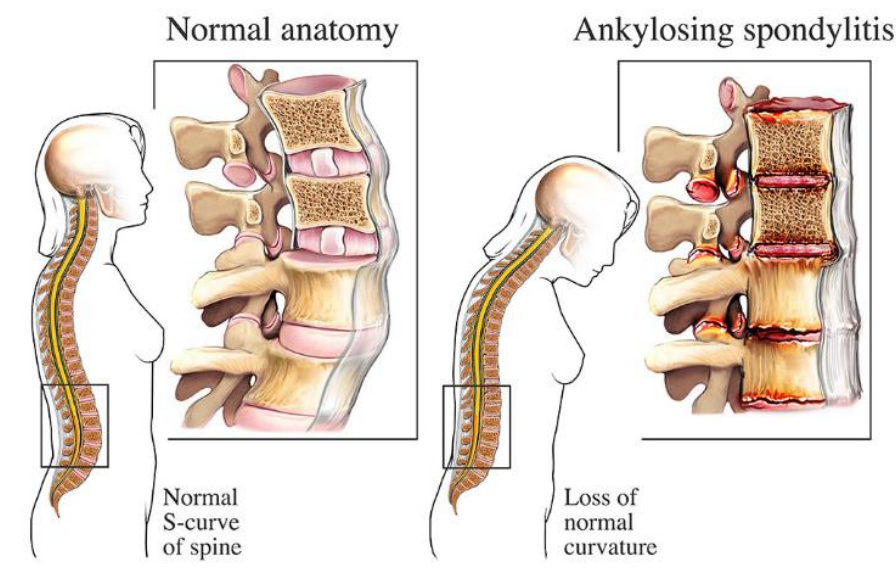
بیماری‌های اسپوندیلوآرتریت به دو گروه تقسیم‌بندی می‌شوند:

SpA محوری^۵: این اختلال به طور غالب ستون فقرات را درگیر می‌کند. بعضی از مفاصل محیطی هم ممکن است درجاتی از التهاب داشته باشند.

SpA محیطی^۶: در این بیماری مفاصل محیطی مانند مفاصل دست، پا، پاشنه پا و انگشتان درگیر می‌شوند. درجاتی از کمر درد خفیف هم در این بیماران دیده می‌شود.

علائم اسپوندیلیت آنکیلوزان

این بیماری به طور معمول با درگیری مفاصل ساکروایلیاک شروع می‌شود. مفصل ساکروایلیاک مفصلیست که ناحیه ستون مهره‌ها را به استخوان لگن متصل می‌کند. بیمار در اوایل ابتلا صرفاً احساس درد و خشکی در ناحیه کمر و لگن دارد. در موارد شدید، بیماری تاندون‌ها و رباط‌های موجود در ناحیه را هم درگیر کرده و سبب می‌شود استخوان‌های ستون مهره‌ها به یکدیگر بچسبند. سایر علائم احتمالی ابتلا به بیماری عبارتند از:



- درد و سفتی در گردن
- درد شانه‌ها
- درد و خشکی در قفسه سینه
- درد لگن و ران‌ها

^۵Axial spondyloarthritis

^۶Peripheral spondyloarthritis

- خستگی
 - درد در پاشنه پا، رویه پا و دست
 - دردی که هنگام صبح یا بعد از نشستن برای طولانی مدت بدتر می‌شود.
 - خستگی
 - خمیدگی ستون فقرات به سمت جلو
 - ورم مفاصل
- کمر درد ناشی از AS به طور معمول قبل از ۴۵ سالگی شروع شده، شروع تدریجی دارد، بیش از ۳ ماه طول کشیده و با استراحت و عدم فعالیت بدنی تشدید می‌شود. افراد مبتلا به این بیماری اغلب صبح‌ها تا ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب دچار سفتی و خشکی صبحگاهی هستند. انجام فعالیت‌های بدنی درد و علائم بیمار را بهبود می‌بخشد.
- افراد مختلف ممکن است علائم متفاوتی داشته باشند. سرعت تشدید بیماری در بیماران مختلف متفاوت است. هر فرد مبتلا ممکن است اپیزودهایی از عود علائم و بازه‌هایی بدون هیچ علامتی را تجربه کند. در صورتی که بیمار هیچ درمانی برای بیماری خود دریافت نکند، عواقبی در انتظار او خواهد بود که عبارتند از:

- به هم چسبیدگی مهره‌ها در ستون فقرات به دنبال التهاب شدید
 - انتشار التهاب به مفاصل اطراف از جمله لگن و شانه
 - انتشار التهاب به تاندون‌ها و رباط‌ها و به دنبال آن کاهش انعطاف‌پذیری بیمار
 - شکستگی ناشی از فشار در ستون مهره‌ها
 - تنگی نفس
 - خارش چشمی
 - آسیب‌های قلبی، ریوی یا آسیب به روده
- به طور معمول ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلا، ممکن است عواقب قلبی عروقی از جمیع بیماری‌های دریچه‌های قلب را تجربه نمایند که به علت رشد بافت‌های فیبروتیک در اطراف دریچه‌ها و عروق قلبی اتفاق می‌افتد.

دلایل ابتلا به اسپوندیلیت آنکیلوزان

پژوهشگران هنوز در خصوص محرک اصلی این بیماری به نتیجه قطعی نرسیده‌اند اما چیزی که مشخص است این است که این بیماری ناشی از وجود پروتئینی به نام HLA-B27 است. فردی که ژن‌های مربوط به این پروتئین را داشته باشد، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری قرار می‌گیرد. از جمله ریسک‌فاکتورهای ابتلا به اسپوندیلیت آنکیلوزان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

سابقه خانوادگی: در بیش از ۹۰ درصد افراد مبتلا به این بیماری، سابقه خانوادگی مثبت گزارش شده و یکی از اعضای خانواده درجه یک آن‌ها نیز ژن‌هایی داشته باعث به وجود آمدن پروتئین HLA-B27 می‌شود.

سن: بر خلاف سایر بیماری‌های روماتولوژیک، علائم اولیه بیماری در سنین جوانی و اغلب بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی شروع می‌شود.

جنسیت: برخی از منابع معتقدند که بروز این بیماری در آقایان دو برابر خانم‌هاست. البته درباره این ادعا هنوز شبهاتی وجود دارد و به طور قطعی به اثبات نرسیده است.

سیگار: سیگار کشیدن یکی از مهم‌ترین عوامل خطر است که تحت کنترل خود بیمار است. به تمامی بیماران سیگاری که برای آن‌ها تشخیص اسپوندیلیت به ویژه اسپوندیلوآرتریت محیطی گذاشته شده است، اکیدا توصیه می‌شود که سیگار را ترک کنند.

تشخیص اسپوندیلیت آنکیلوزان

آزمایش خون: هیچ تست آزمایشگاهی برای تشخیص قطعی این بیماری مطرح نیست اما بررسی برخی فاکتورهای خونی از جمله HLA-B27 و وجود فاکتورهای التهابی از جمله CRP^۶ و ESR^۷ می‌تواند به تایید بیماری کمک می‌کند.

عکس برداری: در تشخیص این بیماری می‌توان از روش MRI یا عکس برداری با اشعه X استفاده کرد. واضحاً MRI زودتر قادر به تشخیص تغییرات مفصلی و استخوانی خواهد بود.

درمان اسپوندیلیت آنکیلوزان

متأسفانه هنوز درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد اما مصرف انواعی از داروها و انجام برخی تمرینات ورزشی به افزایش قدرت در ناحیه ستون مهره‌ها و جلوگیری از پیشروی بیماری کمک می‌کند.

داروها

- داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs): این داروها برای مدیریت درد و التهاب بیماری به کار می‌روند.
- کورتیکواستروئیدها: این داروها اثرات ضدالتهابی قوی دارند که علائم بیماری را خاموش کرده و روند آسیب به ستون فقرات را کند می‌کند. مصرف طولانی مدت این داروها ممکن است با بروز عوارض جانبی همراه باشد.
- داروهای بیولوژیک: داروهای مهارکننده IL-17 و TNF محرک‌های التهابی را بلاک کرده و از ایجاد التهاب در مفاصل جلوگیری می‌کنند. این داروها در کاهش درد و خشکی مفاصل موثر هستند.
- داروهای DMARD^۹ داروهایی هستند که پیشروی بیماری را کند کرده و از شدید شدن علائم بیماری جلوگیری می‌کنند.

جراحی: در صورت بروز دفورمیتی و تغییر شکل در مفصل زانو یا لگن، ممکن است نیاز به عمل تعویض مفصل برای بیمار مطرح باشد. در مواردی که قامت بیماری، به دلیل بهم چسبیدگی مهره‌ها، خمیده شده، جراحی Osteotomy یکی از گزینه‌های درمانی است. در این روش، جراح استخوان‌های ستون مهره‌ها را برش داده و دوباره با زاویه و فاصله مناسب در کنار هم قرار می‌دهد.

تمرینات ورزشی: برای حفظ انعطاف پذیری و دامنه حرکتی مفاصل، بیماران می‌توانند ورزش را در برنامه روزانه خود قرار بدهند. تمرینات ورزشی که در ادامه لیست شده‌اند می‌توانند به کاهش علائم بیمار کمک کنند:

^۶C-reactive protein (CRP)

^۷Erythrocyte Sedimentation Rate

^۹Disease-Modifying Antirheumatic Drugs

^۱Posture

- یوگا
- ورزش‌های کششی
- شنا
- تمرینات تنفس عمیق^{۱۱}

کمپرس گرم و سرد: دوش آب گرم یا استفاده از کمپرس‌های گرم درد و خشکی در ستون مهره‌ها را کم می‌کند. کمپرس‌های سرد هم در کاهش التهاب و ورم مفاصل موثر هستند.

ماساژ درمانی: دریافت ماساژ از فرد آموزش دیده و آشنا به AS می‌تواند به افزایش انعطاف‌پذیری و دامنه حرکتی بیمار کمک کند.

تغذیه: رژیم غذایی منحصربه‌فردی برا بیماران مبتلا به AS توصیه نشده است. به طور کلی، رژیم غذایی مبتلایان به اسپوندیلیت آنکیلوزان باید رژیمی با تنوع غذایی بالا و غنی از ریزمغذی‌ها و درشت مغذی‌ها باشد. در رژیم این بیماران موارد زیر بایستی حتما گنجانده شود:

- غذاهای غنی از امگا۳ مانند غذاهای دریایی، مغزیجات و آجیل و روغن‌های گیاهی
- انواع میوه‌ها و سبزیجات
- غلات کامل مثل کینوا
- غذاهای تخمیری مانند ماست

به این بیماران توصیه می‌شود که از مصرف بی‌رویه غذاهای فرآوری‌شده، غذاهای پرچرب، شور و خیلی شیرین خودداری کنند. این احتمال وجود دارد که نگهدارنده‌های موجود در فرآورده‌های غذایی بسته‌بندی شده التهاب بیماران را تشدید کنند. پر واضح است که نوشیدن مشروبات الکلی برای این بیماران ممنوع است. چرا که الکل علاوه بر تشدید التهاب با داروهای این بیماران نیز تداخل دارد.

پیشگیری از اسپوندیلیت آنکیلوزان

از آنجایی که علت دقیق بیماری هنوز به طور دقیق شناسایی نشده، راهکار مشخصی هم برای پیشگیری از این بیماری در دست نیست اما موارد زیر می‌توانند شانس ابتلا به بیماری را در افراد کاهش بدهند:

- فعالیت بدنی
- مصرف رژیم غذایی مغذی
- کنترل وزن

^{۱۱}Deep Breathing



عدم اثربخشی Paxlovid در پیشگیری از علائم Long-COVID

بر اساس نتایج یک مطالعه جدید، داروی ترکیبی Nirmatrelvir-Ritonavir که با نام تجاری Paxlovid عرضه می‌شود، در کاهش بروز عوارض پساکووید یا کووید طولانی موثر نیست. البته لازم به ذکر است که عوارض ترومبوآمبولیک استثنا هستند و ریسک بروز این دسته عوارض با مصرف دارو کمتر می‌شود.



این مطالعه به صورت گذشته‌نگر بر روی ۹۵۹۳ بیمار بالای ۶۵ سال انجام شد تا تأثیر مصرف یا عدم مصرف داروی Paxlovid را روی عوارض پساکووید بررسی نماید. محققان ۳۱ عارضه را به عنوان اثرات کووید طولانی مد نظر قرار داده و کدگذاری کردند که در یکی از دسته‌های قلبی، ریوی، کلیوی، ترومبوآمبولیک، گوارشی، عصبی، سلامت روان، اسکلتی عضلانی و غدد درون‌ریز قرار می‌گرفتند. بیماران بین ۳۰ تا ۱۸۰ روز پس از ابتلا از نظر بروز عوارض مورد پایش قرار گرفتند.

به نظر می‌رسد بر اساس نتایج حاکی از این مطالعه که در ژورنال Annals of Internal Medicine به چاپ رسیده، بروز هیچ یک از عوارض جز ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی در بین بیمارانی که Nirmatrelvir-Ritonavir دریافت کردند، کاهش نیافت.

۳۰ اکتبر ۲۰۲۳

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



مناسبت‌های سلامت آبان ماه:

۱۳ آبان: روز دانش‌آموز ✓

۲۳ آبان: روز جهانی دیابت ✓

۲۳ الی ۳۰ آبان: هفته حمایت از بیماران کلیوی ✓

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)

