

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مروری بر دارودرمانی آلزایمر

✓ تازه‌های علمی - دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه‌های داروساز در خصوص تهوع و استفراغ بارداری

راه های ارتباطی با مرکز داروپزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی 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: (خط ۳۰) ۸۲۱۰۱ از ساعت ۸ الی ۲۰

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۸

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

مروری بر دارودرمانی آلزایمر

بیماری آلزایمر (AD)، نوعی بیماری تخریب‌کننده عصبی با علت و پاتوژنز نامشخص است که به صورت اولیه سالمندان را درگیر می‌کند و معمول‌ترین نوع زوال عقل (دمانس) به حساب می‌آید. اساسی‌ترین و غالباً سریع‌ترین تظاهر بالینی آلزایمر، اختلال حافظه است، اگر چه برخی استثناها هم وجود دارند. در حالی که درمان‌هایی وجود دارند که می‌توانند برخی علائم بیماری را اصلاح کنند، در حال حاضر درمانی قطعی برای این بیماری وجود ندارد و بیماری به صورت گریزناپذیری در تمامی بیماران پیشرفت خواهد کرد.

مهارکننده‌های کولین استراز

محتوای کولین استراز مغز بیماران مبتلا به آلزایمر کمتر از افراد عادیست که منجر به کاهش سنتز استیل‌کولین و اختلال در عملکرد کولینرژیک کورتیکال می‌شود. مهارکننده‌های کولین استراز (مانند دنپزیل، ریواستیگمین و گالانتامین) با مهار آنزیم کولین استراز در شیار سیناپسی، انتقال کولینرژیک را افزایش داده و مزایای مختصری در تخفیف علائم بیماران مبتلا به AD فراهم می‌کنند.

اولین دارویی که جهت بهبود عملکرد شناختی برای تمامی بیمارانی که به تازگی به آلزایمر مبتلا شده‌اند، تجویز می‌شود، دارویی از دسته مهارکننده‌های کولین استراز است. این داروها اغلب برای یک دوره آزمایشی برای بیمار امتحان می‌شود. انتظار اثربخشی چندانی از این داروها نمی‌رود. فلذا، در بیمارانی که به نظر می‌رسد از این داروها سودی نمی‌برند یا دچار عوارض ناخواسته این داروها شده‌اند، ادامه درمان منطقی به نظر نمی‌رسد. شواهدی مبنی بر اثرات محافظت‌کننده عصبی از داروهای مهارکننده کولین استراز دیده نشده و به نظر نمی‌رسد استفاده از این داروها در روند کلی بیماری تاثیر بسزایی داشته باشد.

مهارکننده‌های کولین استراز در بیماران با شدت‌های مختلف زوال عقل مطالعه شده‌اند. اگرچه معیارهای واجد شرایط بودن در تمام آزمایش‌ها یکسان نیستند و مرزها به طور یکسان تعریف نشده‌اند، شدت زوال عقل معمولاً می‌تواند با استفاده از نمرات آزمون‌های حالت شناختی مینیمال (MMSE)^۲، ارزیابی شناختی مونترال^۳ (MoCA) یا نمرات ارزیابی بالینی زوال عقل^۴ (CDR) دسته‌بندی شود.

دمانس خفیف: MMSE ۱۹ تا ۲۶؛ MoCA ۱۲ تا ۱۶؛ CDR ۱

دمانس متوسط: MMSE ۱۰ تا ۱۸؛ MoCA ۴ تا ۱۱؛ CDR ۲

دمانس شدید: MMSE کمتر از ۱۰؛ MoCA کمتر از ۴؛ CDR ۳

^۱ Neuroprotective

^۲ Mini-Mental State Examination

^۳ Montreal Cognitive Assessment

^۴ Clinical Dementia Rating

دمانس خفیف تا متوسط

برای بیماران با تشخیص جدید آلزایمر خفیف تا متوسط، پیشنهاد می‌شود یک دوره آزمایشی از مهارکننده‌های کولین‌استراز استفاده شود. انتخاب دارو، دوز، روش مصرف و عوارض جانبی به طور جداگانه توضیح داده شده است. (جدول ۲).

دارو	فرمولاسیون	دوز شروع	دوز نگهدارنده	نظرات
دونپزیل	قرص یا قرص‌های بازشونده در دهان	۵ میلی‌گرم خوراکی، روزانه	۱۰ میلی‌گرم روزانه (افزایش بعد از ۴ تا ۶ هفته)	
گالانتامین	محلول یا قرص سریع رهش	۴ میلی‌گرم خوراکی، هر ۱۲ ساعت	۱۲ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت (افزایش ماهیانه به صورت مقادیر ۴ میلی‌گرمی هر ۱۲ ساعت)	با غذا مصرف شود، نهایتاً ۸ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت در صورت نارسایی متوسط کبدی و کلیوی. در نارسایی شدید کبدی و کلیوی استفاده نشود.
	کپسول آهسته رهش	۸ میلی‌گرم خوراکی، روزانه	۲۴ میلی‌گرم روزانه (افزایش ماهیانه به صورت مقادیر ۸ میلی‌گرمی روزانه)	نهایتاً ۱۲ میلی‌گرم روزانه در صورت نارسایی متوسط کبدی و کلیوی. در نارسایی شدید کبدی و کلیوی استفاده نشود.
ریواستیگمین	کپسول	۱,۵ میلی‌گرم خوراکی، هر ۱۲ ساعت	۶ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت (افزایش هر ۲ تا ۴ هفته به صورت مقادیر ۱,۵ میلی‌گرمی هر ۱۲ ساعت)	با غذا مصرف شود. تیتراسیون آهسته و با احتیاط در نارسایی کبدی و کلیوی یا وزن پایین انجام شده.

مزایای متوسط این داروها در بیماران با زوال عقل خفیف تا متوسط شامل بهبود جزئی در شناخت، علائم عصبی-روانشناختی و فعالیت‌های روزمره بیمار است.

در خصوص اینکه آیا این داروها نتایج بلندمدت قابل توجهی ایجاد می‌کنند یا خیر (مانند نیاز به بستری شدن در خانه‌های سالمندان یا توان انجام فعالیت‌های روزمره) هنوز مورد تردید است و شواهد متناقضی وجود دارد. در مطالعه AD2000، که یکی از معدود مطالعات بلند مدتی است که بدون اسپانسر صنعتی برای مقایسه مهارکننده‌های کولین‌استراز در برابر دارونما انجام شده، هیچ مزیت قابل توجهی برای دنپزیل نسبت به دارونما یافت نشد.

شواهد دیگر نشان می‌دهند که پاسخ به مهارکننده‌های کولین‌استراز ممکن است بسیار متغیر باشد؛ ۳۰ تا ۵۰ درصد از بیماران هیچ مزیت قابل مشاهده‌ای ندارند، در حالی که درصد کمتری (تا ۲۰ درصد) ممکن است پاسخ بهتری (≤ 7) امتیاز بهبود در ADAS-Cog) نشان دهند. این یافته‌ها اهمیت تصمیم‌گیری‌های فردی برای هر بیمار را بر اساس پاسخ بالینی و عوارض جانبی تعیین می‌کند.

بیماری پیشرفته

اثرات نسبی مهارکننده‌های کولین‌استراز برای بیمارانی که به فرم شدید آلزایمر مبتلا هستند (مانند $MMSE < 10$)؛ $MoCA < 4$ ؛ $CDR 3$)، مشابه گروه قبلی است اما مطالعات کمتری در این دسته بیماران انجام شده و اثرات مطلق ممکن است از نظر بالینی نسبت به آنچه در بیماران با زوال عقل خفیف تا متوسط مشاهده می‌شود، کمتر اهمیت داشته باشند.

به دنبال استفاده از دونپزیل یا گالانتامین، وضعیت شناختی و عملکردی سالمندان مبتلا به آلزایمر به طور نسبی بهبود پیدا کرد. تصمیم در مورد استفاده طولانی‌مدت این داروها بستگی به پاسخ بیمار به درمان و اهداف بلندمدت مراقبت دارد و باید با مشورت مراقبین و خانواده، اتخاذ شود.

ممانتین

ممانتین یک آنتاگونیست گیرنده NMDA (N-methyl-D-aspartate) است. مکانیزم عملکرد ممانتین با آنچه در داروهای کولینرژیک مشاهده می‌شود، متفاوت است و فرض بر این است که محافظت‌کننده عصبی باشد. گلوتامات، انتقال‌دهنده عصبی اصلی تحریک‌کننده در نورون‌های کورتیکال و هیپوکامپ است. یکی از گیرنده‌های فعال‌شده توسط گلوتامات، گیرنده NMDA است که در یادگیری و حافظه نقش دارد.

تحریک بیش از حد NMDA می‌تواند ناشی از ایسکمی باشد و منجر به آسیب شود که نشان می‌دهد. بنابراین داروهای تحریک پاتولوژیک گیرنده‌های NMDA را مسدود می‌کنند، می‌توانند از بیمار در برابر دمانس‌های عروقی محافظت کنند به نظر می‌رسد ممانتین عوارض جانبی قابل توجهی نداشته باشد. یک مرور سیستماتیک در سال ۲۰۰۸ نتیجه‌گیری کرد که ممانتین نشان داده است که وضعیت شناختی و روند کلی پیشروی زوال عقل را بهبود می‌بخشد.

در موارد ابتلا به آلزایمر متوسط تا شدید، استفاده از ممانتین به همراه یک مهارکننده کولین‌استراز پیشنهاد می‌شود. به نظر می‌رسد که ممانتین در بیماران مبتلا به آلزایمر متوسط تا شدید، مزایای مختصری داشته باشد:

یک مطالعه تصادفی ۲۸ هفته‌ای در ۲۵۲ بیمار مبتلا به آلزایمر با نمرات $MMSE$ بین ۳ تا ۱۴ (میانگین تقریباً ۸) نشان داد که ممانتین به طور معناداری پیشرفت بیماری را در چندین مقیاس کارایی بالینی، کاهش می‌دهد. نرخ عوارض جانبی با ممانتین مشابه دارونما بود.

یک مطالعه بالینی دیگر بر روی ۲۹۵ بیمار با آلزایمر متوسط تا شدید که قبلاً دنپزیل مصرف می‌کردند، اثربخشی چهار استراتژی درمانی را مقایسه کرد. پس از یک سال، بیمارانی که ممانتین دریافت کردند، نمرات بالاتری در $MMSE$ و نمرات کمتری در مقیاس فعالیت‌های روزمره بریستول داشتند.

ترکیب ممانتین و مهارکننده کولین‌استراز به بهبود مختصری در شناخت و عملکرد کلی در بیماران مبتلا به بیماری پیشرفته منجر می‌شود. بزرگ‌ترین آزمایشی که اثربخشی درمان ترکیبی را نشان می‌دهند شامل یک مطالعه ۲۴ هفته‌ای است که اثرات ممانتین یا دارونما را به همراه دنپزیل در ۳۲۲ بیمار مبتلا به آلزایمر متوسط تا شدید بررسی کرده است. نمرات $MMSE$ در ابتدای مطالعه بین ۵ تا ۱۴ (میانگین تقریباً ۱۰) بود. درمان با ممانتین به علاوه دنپزیل نتایج بهتری نسبت به دارونما به علاوه دنپزیل نشان داد. نرخ قطع درمان به دلیل عوارض جانبی در گروه ممانتین کمتر بود.

یک مطالعه تصادفی دیگر به مدت ۲۴ هفته ممانتین را با دارونما در ۴۳۳ بیمار مبتلا به آلزایمر خفیف تا متوسط که تحت دوزهای ثابت مهارکننده‌های کولین‌استراز بودند، مقایسه کرد. در این مطالعه تفاوتی در نتایج بین گروه‌های درمانی مشاهده نشد.

در بیماران با آلزایمر خفیف، شواهد کمی از مزایای ممانتین وجود دارد. یک مرور سیستماتیک نشان داد که تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از سه مطالعه منتشر نشده بر روی ممانتین در آلزایمر خفیف تا متوسط، اثر مفید بسیار کوچکی (کمتر از ۱ امتیاز در ADAS-Cog) در عملکرد شناختی بیماران داشته و تأثیری بر رفتار یا ADLs نداشته است.

مطالعه دیگری که داده‌های ۴۳۱ بیمار مبتلا به آلزایمر خفیف (MMSE ۲۰ تا ۲۳) را از سه آزمایش تحلیل کرد، هیچ مزیت قابل توجهی برای ممانتین پیدا نکرد.

لازم به ذکر است که به نظر می‌رسد استفاده از ممانتین در بیماران مبتلا به زوال عقل عروقی یا مختلط اثربخش باشد.

شیوع آلزایمر در بیماران بالای ۴۰ سال مبتلا به سندرم داون بسیار بالا است. درمان‌های مؤثر در جمعیت عمومی مبتلا به آلزایمر ممکن است در این بیماران نیز مفید باشد. با این حال، ما استفاده از ممانتین را در بیماران مبتلا به سندرم داون توصیه نمی‌کنیم. یک مطالعه تصادفی بر روی ۱۷۳ بیمار بالای ۴۰ سال مبتلا به سندرم داون پس از ۵۲ هفته درمان با ممانتین هیچ مزیتی از درمان نشان نداد.

دوزبندی

ممانتین با دوز ۵ میلی‌گرم یک بار در روز آغاز می‌شود و دوز می‌تواند هر هفته ۵ میلی‌گرم افزایش یابد تا به حداکثر دوز قابل تحمل یعنی ۲۰ میلی‌گرم در روز برسد که معمولاً در دو دوز تقسیم می‌شود. فرم پیوسته رهش برای مصرف روزانه یک بار نیز در دسترس است.

قطع ناگهانی این دارو ممکن است با عوارض آزارنده‌ای همراه باشد. بنابراین، قطع دارو باید به آهستگی و طبق یک دستورالعمل مشخص انجام شود. ممانتین در مقایسه با داروهای کولینرژیک عوارض جانبی کمتری دارد. سرگیجه شایع‌ترین عارضه جانبی مرتبط با ممانتین است. سردرگمی و توهمات به ندرت گزارش می‌شوند، اما استفاده از ممانتین در برخی بیماران مبتلا به آلزایمر، تحریک‌پذیری و رفتارهای توهمی را افزایش می‌دهد. همچنین، برخی گزارشات حاکی از تشدید توهمات به‌ویژه در بیماران مبتلا به زوال عقل مرتبط با اجسام لویی (DLB) بوده است.

داروهایی که آمیلوئیدها را هدف قرار می‌دهند

این دسته دارویی شامل مونوکلونال آنتی‌بادی‌های نوترکیبی هستند که بر ضد آمیلوئید بتا عمل می‌کنند. داده‌های حاصله از بررسی تصاویر PET اسکن نشان می‌دهد که این داروها در کاهش پلاک‌های آمیلوئیدی مؤثر واقع می‌شوند. بنابراین می‌توانند اثرات درمان‌کننده داشته باشند. (بر خلاف داروهای قبلی که صرفاً درمان علامتی هستند.) به هر حال اثرات این دسته دارویی در درمان آلزایمر متوسط برآورد شده است و عملاً بیماری درمان نمی‌شود و صرفاً روند پیشروی آن کاهش پیدا می‌کند. لازم به ذکر است عوارض این داروها بیشتر از داروهای دسته‌های قبلی است. از جمله داروهای این دسته می‌توان به **lecanemab** ، **donanemab** و **Aducanumab** اشاره کرد. آدوکانوماب یک آنتی‌بادی مونوکلونال نوترکیب است که روی آمیلوئید بتا اثر می‌کند. سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) آدوکانوماب را برای درمان آلزایمر خفیف (از طریق مسیر تأیید تسریع

شده) تأیید کرده است، که بر اساس نتایج مثبت یکی از دو آزمایش بالینی مرحله III (در حالی که نتایج دیگری منفی بود) و اثر آدوکانوماب بر کاهش پلاک‌های آمیلوئید بتا در مغز بوده است.

تأیید این دارو باعث ایجاد جنجال‌های قابل توجهی شده است، زیرا پنل مشورتی علمی FDA قبلاً پیشنهاد کرده بود که آدوکانوماب تأیید نشود چرا که کاهش پلاک‌های آمیلوئید بتا هنوز به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده، سود بالینی اثبات نشده است. مطالعات پس از تأیید، جهت تأیید سودمندی بالینی لازم هستند. به‌عنوان اولین درمان جدید برای آلزایمر از سال ۲۰۰۳، هیجان زیادی در جامعه وجود دارد، اما این مسئله باید با عدم وضوح در آزمایش‌های بالینی، ریسک عوارض جانبی و الزامات مانیتورینگ، متعادل شود.

آنتی اکسیدان‌ها

ویتامین E (آلفا-توکوفرول) و سلنیلین (یک مهارکننده مونوآمین اکسیداز) به‌دلیل خواص آنتی‌اکسیدانیشان در AD مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و نتایج آزمایش‌های تصادفی مختلط بوده است. به‌طور کلی، داده‌های موجود نشان می‌دهند که ویتامین E با دوز ۲۰۰۰ واحد بین‌المللی در روز، مزیت خفیفی در تأخیر در پیشرفت عملکردی در بیماران مبتلا به AD خفیف تا متوسط دارد (بدون تأثیر قابل اندازه‌گیری بر عملکرد شناختی). ما مزیتی برای استفاده از سلنیلین نمی‌بینیم، زیرا این دارو عوارض جانبی بیشتری دارد و هزینه‌برتر است.

ویتامین E

ما معتقدیم که ویتامین E (۱۰۰۰ واحد بین‌المللی دو بار در روز) یک مداخله معقول برای بیماران مبتلا به AD خفیف تا متوسط است. هر چند داده‌های موجود تنها اطمینان محدودی را در مورد مؤثر بودن ویتامین E به‌عنوان درمانی برای AD فراهم می‌کنند، این مسئله با پروفایل ایمنی و تحمل بسیار خوب این مکمل در هر دو مطالعه و کمبود درمان‌های بسیار مؤثر برای بیماران مبتلا به AD متعادل می‌شود. مزایای ویتامین E احتمالاً خفیف خواهد بود.

چند آزمایش تصادفی تأثیرات ویتامین E را در بیماران مبتلا به AD بررسی کرده‌اند که نتایج آنها تا حدودی مختلط بوده است:

مطالعه همکاری بیماری آلزایمر (ADCS)، ویتامین E، سلنیلین، ترکیب آن‌ها و پلاسبو را مقایسه کرد. نتیجه اولیه در این مطالعه زمان رسیدن به یک نقطه انتهایی ترکیبی شامل مرگ، بستری شدن، از دست دادن توانایی انجام فعالیت‌های روزمره (ADLs) یا پیشرفت به زوال عقل شدید بر اساس مقیاس ارزیابی بالینی زوال عقل (CDR) بود.

بیمارانی که با ویتامین E درمان شده بودند، نسبت به گروه پلاسبو پیشرفت بیماریشان با تأخیر همراه بود (۴۴۰ در مقابل ۶۷۰ روز). پس از تعدیل آماری، زیرا گروه پلاسبو در ابتدا نمرات بالاتری در آزمون Mini-Mental State Examination (MMSE) داشتند. عملکرد در آزمون‌های شناختی (شامل MMSE و مقیاس ارزیابی بیماری آلزایمر-زیرمقیاس شناختی [ADAS-Cog]) بین گروه‌ها مشابه بود.

برنامه مطالعات همکاری اداره کهنه‌سربازان (VA ویتامین E (۲۰۰۰ واحد بین‌المللی در روز)، ممانتین (۲۰ میلی‌گرم در روز)، ترکیب آن‌ها و پلاسبو را در ۶۱۳ بیمار (بیشتر مرد) مبتلا به AD خفیف تا متوسط مقایسه کرد.

در یک آزمایش بالینی کوچکتر درباره ی درمان آنتی‌اکسیدانی در ۷۸ بیمار مبتلا به آلزایمر (AD)، ۱۶ هفته درمان با ۸۰۰ واحد ویتامین E در روز همراه با ویتامین C و اسید آلفا-لیپوئیک، با تغییرات در نشانگرهای زیستی مایع مغزی-نخاعی مرتبط با پاتولوژی آمیلوئید یا تاو همراه نبود، اما با تسریع در کاهش نمرات MMSE نسبت به بیماران تحت درمان با دارونما یا کوآنزیم Q همراه بود. مصرف مکمل‌های ویتامین E با دوز بالا به طور ناپیوسته با افزایش مرگ و میر ناشی از همه علل (all cause mortality) و همچنین نارسایی قلبی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مرتبط بوده است. با این حال، چنین نگرانی‌هایی در جمعیت مبتلا به آلزایمر تأیید نشده است.

ما ویتامین E را برای پیشگیری روتین از آلزایمر یا برای درمان یا پیشگیری از انواع دیگر زوال عقل توصیه نمی‌کنیم.

سلژلین

ما از سلژلین در بیماران مبتلا به آلزایمر استفاده نمی‌کنیم زیرا شواهد اثربخشی آن بسیار محدود است.

مطالعه ADCS ویتامین E، سلژلین، ترکیب آن‌ها و دارونما را مقایسه کرده و در بالا مورد بحث قرار گرفته است. پس از تنظیم آماری به دلیل اینکه گروه دارونما در ابتدا نمرات MMSE بالاتری داشتند، پیشرفت به نتیجه برای بیماران تحت درمان با سلژلین در مقایسه با دارونما به تأخیر افتاد (۶۵۵ در مقابل ۶۷۰ روز). عملکرد در آزمون‌های شناختی (از جمله MMSE و ADAS-Cog) بین گروه‌ها مشابه بود.

علاوه بر مطالعه ADCS، تعدادی از مطالعات کوچکتر نیز استفاده از سلژلین را با نتایج متفاوت بررسی کرده‌اند. یک متآنالیز از ۱۲ مطالعه نشان داد که ۸ مطالعه اثرات مفیدی از سلژلین در مورد فواید شناختی و در سه مطالعه در درمان رفتار و خلق و خو مشاهده کرده‌اند.

مدیریت ریسک فاکتور های عروقی

شناسایی و درمان عوامل خطر سکتة مغزی، بیماری‌های قلبی عروقی و زوال عقل ممکن است استراتژی مهمی برای کند کردن پیشرفت کاهش شناختی باشد. یک مطالعه مشاهده‌ای پیشرفت نمرات آزمون MMSE را در ۳۰۱ بیمار مبتلا به آلزایمر (بدون سابقه بیماری عروق مغزی) مقایسه کرد. بیمارانی که عوامل خطر عروقی آن‌ها درمان شده بود، کاهش کندتری در نمرات MMSE در مقایسه با کسانی که عوامل خطر عروقی آن‌ها درمان نشده بود، داشتند. بیمارانی که برخی از عوامل خطر عروقی آن‌ها درمان شده بود، نرخ کاهش متوسطی داشتند. با این حال، داده‌ها کاملاً سازگار نبوده و مدیریت بیش از حد تهاجمی عوامل خطر ممکن است آسیب‌های بالقوه‌ای داشته باشد. به عنوان مثال، یک مطالعه در ۱۷۲ بیمار مبتلا به زوال عقل یا اختلال شناختی خفیف (MCI) نشان داد که نمرات MMSE در بیمارانی که با داروهای ضد فشار خون درمان می‌شدند و کمترین سطح فشار خون سیستمیک روزانه (≤ 128 mmHg) را داشتند، سریع‌تر کاهش یافت. افت فشار خون ارتواستاتیک مرتبط با مدیریت تهاجمی فشار خون نیز نگران‌کننده است.

علاوه بر این، حمایت قوی از کارآزمایی‌های بالینی تصادفی کنترل‌شده برای درمان عوامل خطر عروقی در بیماران مبتلا به زوال عقل وجود ندارد. یک مطالعه تصادفی در بیماران مبتلا به آلزایمر نشان داد که پس از دو سال، پیشرفت ضایعات ماده سفید در MRI در کسانی که به صورت تهاجمی درمان شده بودند، کمتر بود، اما پیشرفت بالینی ارزیابی نشد. در حالی که یک کارآزمایی بالینی پایلوت در ۶۳ بیمار مبتلا به آلزایمر خفیف تا متوسط نشان داد که اتورواستاتین ممکن است مفید باشد. یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده از سیمواستاتین (۴۰ میلی‌گرم در روز به مدت ۱۸ ماه) در ۴۰۶ بیمار مبتلا به آلزایمر

خفیف تا متوسط هیچ شواهدی از فواید درمان بر پیشرفت علائم آلزایمر نشان نداد. به طور مشابه، یک کارآزمایی بالینی تصادفی در ۶۴۰ بیمار مبتلا به آلزایمر خفیف تا متوسط نشان داد که ۸۰ میلی‌گرم آتورواستاتین در روز پس از ۷۲ هفته درمان بر عوامل شناختی تأثیری ندارد.

اختلالات رفتاری

اختلالات رفتاری می‌توانند به شدت بر بیماران مبتلا به زوال عقل و همچنین خانواده‌ها و مراقبان آن‌ها تأثیر بگذارند. شناسایی و درمان توهمات، هذیان‌ها، افسردگی، تحریک‌پذیری، پرخاشگری و اختلالات خواب جنبه‌های مهمی از مراقبت از بیماران مبتلا به زوال عقل هستند.

درمان‌ها با اثرات اثبات نشده

طیف وسیعی از درمان‌های اضافی در بیماران مبتلا به زوال عقل مورد بررسی قرار گرفته‌اند که عمدتاً نتایج منفی داشته‌اند.

جایگزینی استروژن: هیچ شواهدی وجود ندارد که شروع جایگزینی استروژن در درمان یا پیشگیری از زوال عقل مفید باشد. مطالعات استروژن و آلزایمر در زنان یائسه بر دو حوزه متمرکز شده‌اند: نقش استروژن در پیشگیری از توسعه زوال عقل و اثربخشی بالقوه استروژن در درمان زوال عقل. این تحقیقات بر اساس حجم زیادی از شواهد پیش‌بالینی است که نشان می‌دهد استروژن جریان خون مغزی را افزایش می‌دهد، از آتروفی نورون‌های کولینرژیک جلوگیری می‌کند، استرس اکسیداتیو را کاهش می‌دهد و اثرات عوامل رشد عصبی را تنظیم می‌کند. با این حال، کارآزمایی‌های تصادفی بزرگ اکنون نشان داده‌اند که استفاده از درمان جایگزینی هورمون (HRT) با استروژن به همراه پروژستین یا استروژن به تنهایی در زنان ۶۵ ساله و بالاتر که دچار زوال عقل نیستند، ممکن است خطر ابتلا به زوال عقل را افزایش دهد.

تا همین اواخر، اکثر مطالعات مربوط به درمان با استروژن برای درمان آلزایمر (AD) کنترل نشده و کوتاه مدت بوده‌اند. سه کارآزمایی تصادفی کنترل شده از درمان با استروژن برای درمان آلزایمر که شامل ۴۲، ۵۰ و ۱۲۰ زن بودند، نتایج مشابهی داشتند: درمان با استروژن با دوزها و مدت زمان‌های مختلف، نتایج شناختی یا عملکردی را در مقایسه با دارونما بهبود نداد. یک کارآزمایی چهارم نتایج متفاوتی گزارش کرد: در ۲۰ زن یائسه مبتلا به آلزایمر که با دوز نسبتاً بالای ۱۷-بتا استرادیول از طریق پچ پوستی (۰.۱ میلی‌گرم در روز) یا دارونما درمان شدند، درمان فعال با بهبود قابل توجهی در حافظه کلامی، حافظه بصری و توجه همراه بود.

داروهای ضد التهاب

نقش استفاده از داروهای ضد التهاب در درمان و پیشگیری از آلزایمر (AD) همچنان در حال بررسی است. مطالعات پاتوفیزیولوژیک نشان داده‌اند که واکنش التهابی ناشی از آمیلوئید با فعال‌سازی میکروگلیا و آزادسازی سایتوکاین همراه است. علاوه بر این، برخی مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که استفاده از داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی (NSAIDs)؛ و سایر داروهای ضد التهابی با کاهش نسبت شانس ابتلا به آلزایمر مرتبط است. با این حال، کارآزمایی‌های بالینی از این درمان حمایت نمی‌کنند، به جز یک کارآزمایی بالینی کوچک درباره ایندومتاسین. کارآزمایی‌های تصادفی داروهای ضد التهابی شامل ناپروکسن، هیدروکسی کلروکین، دیکلوفناک، روفکوکسیب و آسپرین هیچ فایده‌ای برای این عوامل در کند کردن کاهش شناختی در بیماران مبتلا به آلزایمر پیدا نکرده‌اند. علاوه بر این، عوارض جانبی در بیماران تحت درمان در مقایسه با گروه کنترل بیشتر بوده است.

به ویژه، استفاده طولانی مدت از مهارکننده سیکلوآکسیژناز ۲ (COX-2) روفکوکسیب با افزایش خطر وقایع قلبی عروقی همراه بوده است و این مشکل ممکن است عارضه مهارکننده‌های COX-2 باشد. علاوه بر این، یک کارآزمایی پیشگیری از آلزایمر با کنترل دارونما که سلوکوکسیب را با ناپروکسن مقایسه می‌کرد، در دسامبر ۲۰۰۴ متوقف شد؛ تعلیق به دلیل بالا رفتن نرخ وقایع قلبی عروقی در بیماران گروه سلوکوکسیب بود.

جینکوبیلوبا

یک مرور سیستماتیک از جینکو برای اختلال شناختی و دمانس نتیجه‌گیری کرد که جینکو بیلوبا، در حالی که ایمن است، شواهد ناسازگار و غیرقابل قبولی از فایده این فرآورده در آلزایمر مطرح است. مطالعات بعدی این نتیجه‌گیری را تغییر نداده‌اند. ما استفاده از جینکو را به دلیل اثربخشی مشکوک و عدم تنظیم، از جمله تغییرات در دوز و محتوای عصاره‌های گیاهی، توصیه نمی‌کنیم.

مکمل‌های غذایی

ویتامین B: مکمل‌های ویتامین B، به ویژه آن‌هایی که در متابولیسم هموسیستئین نقش دارند، در بیماران مبتلا به آلزایمر (AD) مورد مطالعه قرار گرفته‌اند به امید اینکه ممکن است در پیشگیری یا کند کردن پیشرفت AD مؤثر باشند. یک کارآزمایی تصادفی ۱۸ ماهه از مکمل‌های ویتامین B با دوز بالا (فولات، B6، B12) در ۳۴۰ بیمار مبتلا به AD خفیف تا متوسط هیچ اثر مفیدی بر معیارهای شناختی نشان نداد.

اسیدهای چرب امگا-۳: مطالعات مشاهده‌ای نشان داده‌اند که ممکن است ارتباطی بین مصرف ماهی و اسیدهای چرب امگا-۳ و کاهش خطر دمانس وجود داشته باشد. با این حال، کارآزمایی‌های بالینی از نقش درمانی مکمل‌های اسید چرب امگا-۳ در درمان AD حمایت نکرده‌اند.

دکتر متین بدربانی

منبع: [Uptodate: Treatment of Alzheimer disease](#)

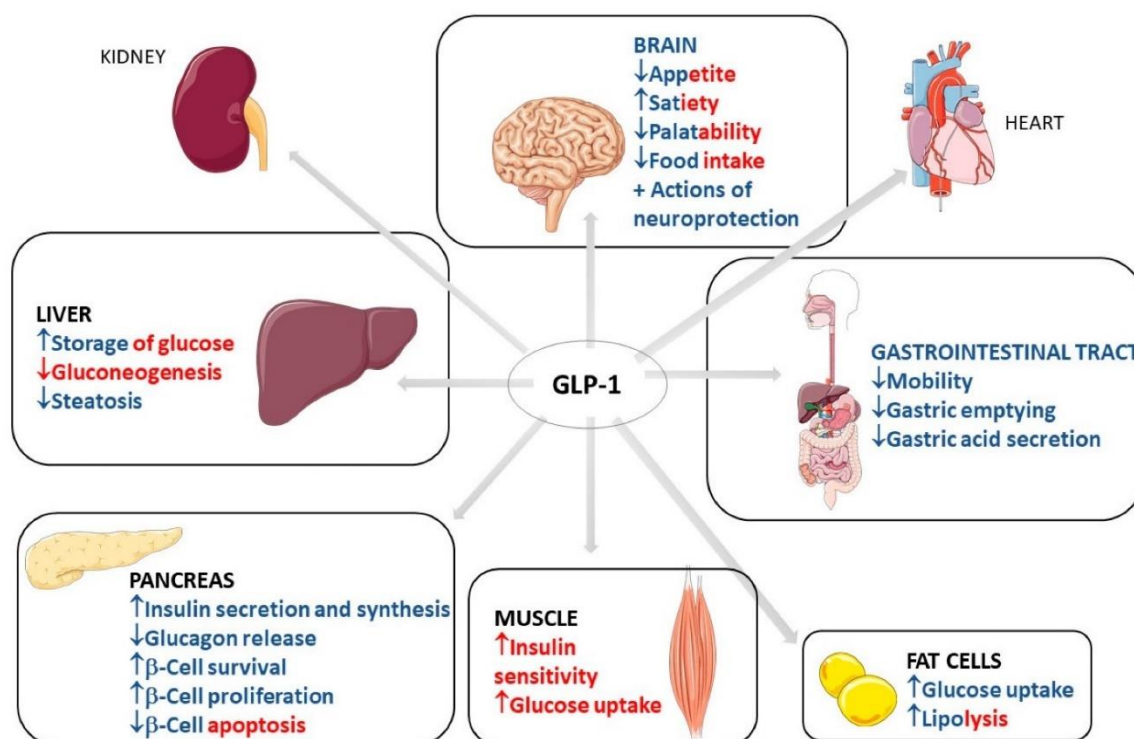
تازه‌های علمی - دارویی

یک عارضه دارویی جدید از دسته آگونیست‌های GLP1: اسپیراسیون تنفسی

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) اخیراً یک هشدار مصرف جدید برای داروهای دسته آگونیست‌های GLP1 در نظر گرفته کرده و تمامی شرکت‌های سازنده این محصولات را موظف کرده که در بروشور این داروها، هم در قسمت عوارض دارویی و هم در قسمت هشدارهای مصرف در خصوص این عارضه توضیح بدهند. منظور از آگونیست‌های GLP1 داروهایی همچون سماگلوتاید و لیراگلوتاید هستند. (در بازار دارویی ایران، لیراگلوتاید با نام برندهای ویکتوزا، ساکسندا، ملیتاید و ماستیزا عرضه می‌شود).

این داروها در ابتدا برای کنترل قند در بیماران دیابتی تاییدیه دریافت کرده بودند اما در ادامه، اثرات بسیار خوبی در کاهش وزن از خود نشان دادند و به طور گسترده‌ای مورد استقبال پزشکان و بیماران قرار گرفتند. مکانیسم اثر آگونیست‌های GLP1 در کاهش وزن به این صورت است که سرعت حرکات در مجاری گوارشی را کاهش داده و سرعت تخلیه معده را کم می‌کند. به این ترتیب، به بیماران احساس سیری دست می‌دهد.

گزارشات متعددی از سرتاسر دنیا جمع‌آوری شده که نشان می‌دهد بیمارانی که از آگونیست‌های GLP1 استفاده می‌کنند، به دنبال بیهوشی‌های عمومی و پروسه‌هایی که بیمار را به صورت عمیق به خواب فرو می‌برند؛ دچار اسپیراسیون ریوی شدند. این عارضه در حالی اتفاق افتاده که این بیماران، تمامی دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های پیش از جراحی را به درستی رعایت کرده بودند.



⁵ Deep Sedation

احتمال داده می‌شود چون این داروها سرعت تخلیه محتویات معده را کاهش می‌دهند، با وجود رعایت دستورالعمل‌ها، باز هم مقادیری از محتویات معده به طور کامل تخلیه نشده و بیمار را دچار آسپیراسیون می‌کند. هنوز مطالعات کافی در این زمینه انجام نگرفته تا بتوان دستورالعمل اختصاصی آمادگی عمل جراحی برای بیماران تحت درمان با آگونیست‌های GLP1 تدوین کرد.

بنابراین، تنها راه حل موجود این است که پزشکان حتما پیش از انجام جراحی، در خصوص مصرف این دسته دارویی از بیماران شرح حال گرفته و برای بیمارانی که از این داروها استفاده می‌کنند، پایش‌های جدی‌تری در نظر بگیرند. علاوه بر این، بیمارانی که برایشان آگونیست GLP1 شروع می‌شود، بایستی در خصوص این عارضه و لزوم اطلاع جراح از مصرف این داروها آموزش داده شوند.

۶ نوامبر ۲۰۲۴

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



شماره تماس ۲۰۱۰۱ دارای
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



گیاه سنبل الطیب: تداخلات دارویی و احتیاطات مصرف

گیاه سنبل الطیب یا والریا با نام علمی *Valeriana officinalis* یکی از گیاهان پرکاربرد در طب سنتی است که از گذشته‌های دور، در یونان و رم باستان در درمان انواع بیماری‌ها از مشکلات تنفسی گرفته تا اختلالات خواب مورد استفاده قرار می‌گرفته است. این گیاه بومی اروپا و بخش‌های محدودی از آسیاست و اثرات درمانی آن در صورت استفاده از ریشه گیاه بروز می‌کند.

هر چند ادعاهای زیادی در خصوص اثرات این گیاه در کنترل اضطراب، درمان دیس‌منوره و بی‌قراری وجود دارد، مطالعات بالینی معتبر صرفاً اثرات این دارو در درمان بی‌خوابی را تایید کرده‌اند. کودکان که مبتلا به اختلالات خواب هستند، می‌توانند برای کوتاه مدت (۴ الی ۸ هفته) تحت درمان با داروهای محتوی سنبل الطیب قرار بگیرند.

استفاده از این دست فرآورده‌ها در دوره بارداری و شیردهی، به دلیل نبود اطلاعات کافی در خصوص ایمنی آن‌ها، مجاز نیست. به طور کلی، استفاده کوتاه مدت از فرم خوراکی فرآورده‌های حاوی والریا عوارض چندانی به دنبال ندارد اما برخی بیماران ممکن است عوارضی چون سردرد، دردهای گوارشی و گیجی را تجربه کنند. اطلاعات زیادی در خصوص مصرف طولانی مدت این گیاه در دست نیست و به همین دلیل استفاده بیش از حد آن توصیه نمی‌شود. لازم به ذکر است که بیمارانی که برای چندین ماه از این فرآورده استفاده کرده‌اند، جهت جلوگیری از بروز علائم سندرم قطع دارو، بهتر است در عرض ۱ الی ۲ هفته میزان مصرف خود را کاهش داده و سپس مصرف این فرآورده‌ها را کنار بگذارند.

لیست داروهایی که با این گیاه تداخل مهم دارند در ادامه آورده شده است:

- **داروهای خواب‌آور به ویژه آلپرازولام:** گیاه سنبل الطیب خود اثرات خواب‌آوری زیادی دارد و مصرف هم‌زمان آن در کنار سایر فرآورده‌های خواب‌آور، سبب تشدید این اثر شده و ممکن است بیمار را بیش از حد گیج و خواب‌آلود کند. در خصوص داروی آلپرازولام، علاوه بر اثرات مشابه، نوع دیگری از تداخل هم مطرح هست. گیاه والریا اثرات آنزیم‌های متابولیزه‌کننده آلپرازولام را کاهش داده و سبب بالا رفتن غلظت خونی این دارو می‌شود. بدین ترتیب، بیمار نسبت به عوارض دارو و مسمومیت با آن آسیب‌پذیرتر خواهد بود.
- **داروهایی که به وسیله آنزیم کبدی CYP3A4 متابولیزه می‌شوند:** سنبل الطیب جزء مهارکننده‌های آنزیم CYP3A4 محسوب می‌شود و مصرف آن در کنار داروهایی توسط این آنزیم متابولیزه می‌شوند، سبب افزایش غلظت، اثرات و سمیت این داروها خواهد شد. از جمله این داروها می‌توان به ایتراکانزول، کتوکنازول و فکسوفنادین اشاره کرد.
- **داروهایی که به وسیله آنزیم کبدی CYP2D6 متابولیزه می‌شوند:** سنبل الطیب علاوه بر آنزیم CYP3A4 می‌تواند آنزیم CYP2D6 را هم مهار کند و بدین ترتیب با داروهایی که این آنزیم متابولیزه می‌کند، تداخل کند. از جمله مهم‌ترین این داروها می‌توان به کدئین، دونپزیل، فلکاینید، فلوکستین، اندانسترون و آگونیس‌های اوپیوئیدی اشاره کرد.
- **داروهای بی‌هوشی:** بیمارانی که قرار است تحت عمل جراحی قرار بگیرند، نباید از ۳ هفته قبل از فرآورده‌های حاوی سنبل الطیب استفاده کرده باشند چرا که ممکن است با داروهای بیهوشی آن‌ها ایجاد تداخل کند.

منبع: سایت [Webmd](#) و [Rxlist](#)

یک رژیم دارویی جدید برای درمان عفونت هلیکوباکتر پیلوری

هلیکوباکتر پیلوری (H. Pylori) یکی از شایع‌ترین عوامل عفونت‌های گوارشی در سرتاسر دنیاست. این باکتری گرم منفی معده و ابتدای روده کوچک را درگیر کرده و اصلی‌ترین علت زخم‌های گوارشی به شمار می‌رود.

رژیم‌های درمانی مختلفی برای درمان این عفونت پیشنهاد شده که به طور معمول شامل یک داروی مهارکننده پمپ پروتون (PPI) و حداقل دو آنتی‌بیوتیک می‌باشد. در نقاط مختلف دنیا، بر اساس الگوی مقاومت دارویی، از آنتی‌بیوتیک‌های متفاوتی استفاده می‌شود. یکی از چالش‌های درمان عفونت H.pylori مقاومت این میکروب علیه طیف وسیعی از آنتی‌بیوتیک‌هاست. متأسفانه با گذر زمان لیست آنتی‌بیوتیک‌های قابل استفاده در درمان این عفونت که باکتری H.pylori هنوز به آن‌ها حساس هست، کوتاه‌تر می‌شود.

اخیراً پژوهشگران دانشگاه بانکوک، رژیم دارویی جدیدی برای این عفونت در نظر گرفته‌اند که به نظر می‌رسد از رژیم‌های روتین موثرتر است، دوره زمانی کوتاه‌تری دارد و برای بیماران قابل تحمل‌تر است. در این مطالعه، رژیم دارویی جدید ۱۰ روزه با رژیم سه دارویی که به طور معمول ۱۴ روز طول می‌کشد، مقایسه شد. این رژیم جدید شامل لووفلوکسازین، آموکسی‌سیلین و داروی Vonoprazan می‌باشد. Vonoprazan یک داروی ضداسید از دسته بلاک‌های رقابتی پتاسیم است که به صورت قرص‌های خوراکی ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرمی فرموله شده است.



این رژیم جدید مشکل مقاومت آنتی‌بیوتیکی را برطرف می‌کند. چون میزان مقاومت به داروی لووفلوکسازین در اکثر نقاط دنیا کمتر از سایر آنتی‌بیوتیک‌هاست. علاوه‌براین، به دلیل قدرت^۸ بالاتر داروی Vonoprazan نسبت به سایر ضداسید، اسیدیته معده در رژیم جدید به میزان محسوسی بیشتر از سایر آنتی‌اسیدها سرکوب می‌شود.

⁶ Helicobacter pylori

^۷Triple Therapy: Omeprazole, Amoxicillin, And Clarithromycin

^۸Potency

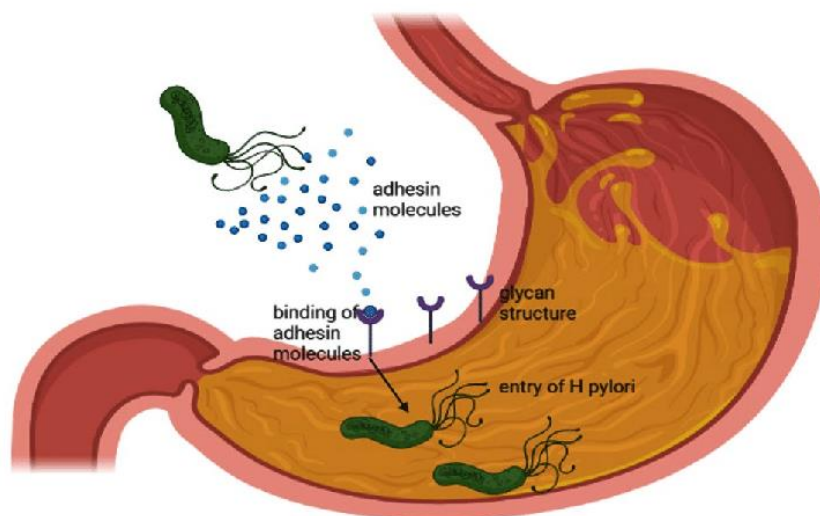
برای انجام این مقایسه، ۲۸۰ بیماری که ابتلا آن‌ها به *H.pylori* از طریق اندوسکوپی تایید شده بود، به دو گروه مساوی تقسیم کردند. گروه اول به مدت ۱۰ روز رژیم دارویی (VAL Vonoprazan) ۲۰ میلی‌گرم دو بار در روز، آموکسی‌سیلین ۱۰۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز و لووفلوکساسین ۵۰۰ میلی‌گرم یک بار در روز) دریافت کردند. گروه دوم به مدت ۱۴ روز تحت درمان با رژیم دارویی (OAC (امپرازول ۲۰ میلی‌گرم دو بار در روز، آموکسی‌سیلین ۱۰۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز و کلاریترومایسین ۵۰۰ دو بار در روز) قرار گرفتند. ۴ هفته پس از تکمیل دوره درمان، هر دو گروه مجدداً از طریق انجام تست تنفسی اوره از نظر ریشه‌کن شدن عفونت ارزیابی شدند.

نتایج بررسی‌ها حاکی از آن بود که رژیم ۱۰ روزه VAL در ریشه‌کنی عفونت *H.pylori* بسیار موثرتر از رژیم OAC عمل کرده بود. ۹۱،۴ درصد بیماران گروه اول به طور کامل درمان شده بودند در حالی که این شاخص در خصوص گروه ۲ ۸۰،۷ درصد گزارش شد. از نظر پروفایل عوارض جانبی، بیماران گروه VAL عوارض کمتری تجربه کردند. به عنوان مثال ۲،۱ درصد افراد گروه VAL و ۴۲،۹ درصد افراد گروه OAC دچار حس تلخی در دهان شدند. در حالیکه صرفاً ۵ درصد بیماران گروه اول دچار نفخ شده بودند، ۱۲،۱ درصد از بیماران گروه دوم از عارضه نفخ شکایت داشتند.

نکته حائز اهمیت دیگری که این مطالعه از آن پرده برداشت، نقش BMI در نرخ ریشه‌کنی عفونت *H.pylori* است. افرادی که BMI کمتر از ۲۳،۵ داشتند، شانس بالاتری برای ریشه‌کنی عفونت نشان دادند. هر چند این ارتباط صرفاً در بیماران گروه OAC مشاهده شد و نرخ ریشه‌کنی در بیماران گروه VAL ارتباط واضحی با BMI بیمار نداشت. از این رو، محققان رژیم سه دارویی هلیکوباکتر را برای افرادی که BMI بالای ۲۳،۵ دارند، مناسب نمی‌بینند. احتمال داده می‌شود فراهمی‌زیستی داروها به ویژه PPIها با افزایش BMI کم می‌شود.

۴ نوامبر ۲۰۲۴

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



فرم خوراکی داروی Ozempic

در سال‌های اخیر، داروی لاغری سماگلوتاید که با نام تجاری Ozempic یا Wegovy شناخته می‌شود، طرفداران بسیاری پیدا کرده. این داروی تزریقی به صورت ماهی یک بار تزریق شده و کمک چشم‌گیری به کاهش وزن در بیماران مبتلا به چاقی داشته است. در حال حاضر شرکت نوونوردیسک در حال تحقیق بر روی فرمولاسیون خوراکی این دارو برای اندیکاسیون لاغری می‌باشد.

مطالعه بالینی OASIS 4 برای بررسی اثربخشی و ایمنی سماگلوتاید به صورت یک مطالعه بالینی دوسوکور و تصادفی‌سازی‌شده طراحی شد. این مطالعه به مدت ۶۴ هفته، به صورت چند مرکزی و بر روی ۳۰۷ بیمار مبتلا به چاقی یا اضافه وزن انجام شد. ۱۶۷ بیمار سماگلوتاید را با دوز ۲۵ میلی‌گرم و ۶۷ بیمار پلاسبو دریافت کردند.

بیمارانی که از داروی سماگلوتاید خوراکی استفاده کرده بودند، در پایان هفته ۶۴، ۱۳٫۶ درصد کاهش وزن تجربه کردند در حالی که این شاخص در گروه شاهد صرفاً ۲٫۲ درصد گزارش شده بود. ۶۳ درصد بیماران گروه سماگلوتاید در دوره درمان حداقل ۱۰ درصد کاهش وزن داشتند. شاخص‌های التهابی مثل CRP هم به دنبال استفاده از فرم خوراکی داروی سماگلوتاید ۴۶٫۴ درصد کاهش پیدا کرد. در گروه شاهد کاهش CRP صرفاً ۴٫۲ درصد گزارش شده است.

فاکتورهای دیگری که بین این دو گروه مقایسه شدند، میزان بهبود کیفیت زندگی افراد (۱۶٫۲ در مقابل ۸٫۴) و تغییرات اندازه دور کمر بیماران (۱۲٫۲ سانتی‌متر در مقابل ۲٫۸ سانتی‌متر) بود که هر دو فاکتور به نفع گروه مصرف‌کننده سماگلوتاید بودند.

حدود ۹۳٫۱ درصد بیماران گروه سماگلوتاید و ۸۵٫۳ درصد از بیماران گروه شاهد دچار عوارض جانبی شدند. عوارض جانبی گوارشی در گروه سماگلوتاید بسیار بیشتر از گروه شاهد رخ داد. (۷۴ درصد در مقابل ۴۲٫۲ درصد) که همین امر منجر شد نرخ خروج از مطالعه در گروه سماگلوتاید بیشتر از گروه شاهد باشد (۶٫۹ درصد در مقابل ۵٫۹ درصد) در خصوص سایر عوارض جانبی، تفاوت خاصی بین دو گروه دیده نشد.

پیش از این، محققان در مطالعه OASIS 1 در حال بررسی ایمنی و اثربخشی سماگلوتاید ۵۰ میلی‌گرم در کاهش وزن بیمار مبتلا به چاقی یا اضافه وزن، بودند. مطالعه OASIS 4 نشان داد که دوز ۲۵ میلی‌گرم هم به همان اندازه در کاهش وزن و کنترل فاکتورهای مرتبط با قند خون بیمار موثر است. فلذا، بهتر است که دارو با کمترین دوز موثر برای بیماران مورد استفاده قرار بگیرد تا کمترین خطر متوجه بیماران باشد.

۱۱ نوامبر ۲۰۲۴

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

اثرات مثبت داروهای ضد دیابت در درمان سنگ کلیه

ابتلا به سنگ کلیه یا نفرولیتیازیس یکی از اختلالات رایج و بسیار آزارنده است که به دلیل امکان عود مکرر، علاوه بر تاثیر منفی بر کیفیت زندگی بیمار، بار اقتصادی زیادی به نظام سلامت وارد می‌کند.

در سال‌های اخیر، شیوع سنگ کلیه در اکثر کشورهای جهان رو به افزایش گزارش شده است. علت این مساله می‌تواند ارتباط مستقیم بین سنگ کلیه و اختلالاتی مثل چاقی، دیابت و سندرم متابولیک باشد که هر سه، در دو دهه گذشته بسیار شایع و فراگیر شده‌اند. محققان جدیداً یک ریسک فاکتور جدید برای سنگ کلیه شناسایی کرده‌اند. همان قدر که ابتلا به دیابت شانس ابتلا به سنگ کلیه را بالا می‌برد، ابتلا به نفرس هم به همان اندازه ریسک تشکیل سنگ‌های کلیوی را بالا می‌برد.

محققان دانشگاه بوستون در مقاله‌ای که در شماره آخر ژورنال BMJ به چاپ رسانده‌اند، ادعا کرده‌اند که داروهای مهارکننده ترانسپورتر سدیم-گلوکز^۲ (SGLT-2) ریسک عود مجدد سنگ کلیه را کاهش می‌دهند. در این مطالعه، بیمارانی که از آگونیست‌های GLP1 و مهارکننده‌های DPP4 هم وارد شدند. در مقام مقایسه، ریسک عود مجدد سنگ کلیه در بیمارانی که از داروهای مهارکننده SGL2 استفاده می‌کردند، به شکل محسوسی کمتر از دو گروه دیگر بود. البته این مطالعه فقط بیماران دیابتی را مورد بررسی قرار داده است و نمی‌توان به راحتی نتیجه را به همه بیماران تعمیم داد. علاوه بر این، تجویز این دسته دارویی جز در بیماران مبتلا به دیابت، نارسائی قلبی یا مشکلات مزمن کلیوی منطقی به نظر نمی‌رسد.

مکانیسم این اثر داروهای SGL2i به طور دقیق مشخص نشده است اما چندین فرضیه برای این نوع عملکرد پیشنهاد شده است. یکی از مکانیسم‌هایی که احتمالاً که به کاهش ریسک تشکیل سنگ کلیه مکرر کمک می‌کند، اثر دیورز و افزایش حجم ادرار توسط داروهای دسته SGL2i می‌باشد. با افزایش حجم ادرار، غلظت مواد تشکیل‌دهنده سنگ به حداقل می‌رسد. علاوه بر این، مهارکننده‌های SGL2 سطح اورات در خون را کاهش می‌دهند و ریسک نفرس را پایین می‌آورد. همان‌طور که بالاتر اشاره شد، خود نفرس یکی از ریسک فاکتورهای تشکیل مجدد سنگ‌های کلیوی است. گلیکوزی مکانیسم اصلی کاهش غلظت اورات در خون است. چرا که گلوکوز و اورات هر دو از طریق یک پروتئین ترانسپورتر در توبول‌های پروکسیمال باز جذب شده و به خون برمی‌گردند. با افزایش غلظت ادراری گلوکوز، دو مولکول باید بر سر اتصال به ترانسپورتر با هم رقابت کنند و بدین ترتیب، تا حدی باز جذب اورات کاهش پیدا می‌کند. تغییر pH ادرار یکی دیگر از مکانیسم‌هایی است که روی احتمال تشکیل مجدد سنگ کلیه تاثیر می‌گذارد. البته، داروهای مختلف دسته SGL2i هر کدام اثر متفاوتی روی pH ادرار دارند. به طور مثال، داروهای امپاگلیفلوزین و داپاگلیفلوزین هر دو سبب افزایش pH می‌شوند اما داروی کاناگلیفلوزین سبب کاهش pH ادرار می‌شود. بنابراین، این مکانیسم پیشنهادی چندان قابل استناد نمی‌باشد.

با توجه به اثرات محافظتی داروهای SGL2i بر کبد و قلب و کمک این داروها به افزایش حساسیت به انسولین، در بیمارانی که هم‌زمان از سنگ کلیه و حداقل یک بیماری مرتبط با اثرات محافظتی دارو رنج می‌برند، این کشف جدید می‌تواند بسیار سودبخش باشد.

۳۰ اکتبر ۲۰۲۴

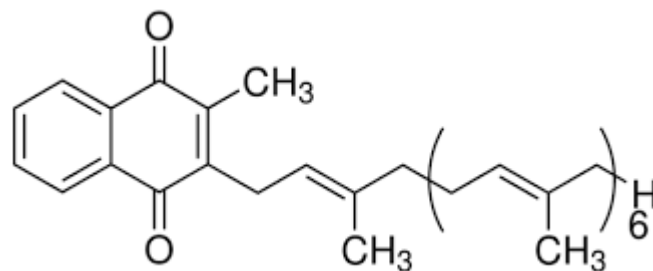
منبع: مقاله [Effectiveness of SGL2i for recurrent nephrolithiasis](#)

⁹ Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor

نقش ویتامین K در درمان کرامپ‌های شبانه پا

به نظر می‌رسد مکمل ویتامین K در کاهش شدت، فواصل و مدت زمان حملات شبانه کرامپ پا در سالمندان، بدون ایجاد هیچ‌گونه عارضه جانبی جدی، اثربخشی بسزایی دارند. در حال حاضر، هیچ درمان اختصاصی برای کنترل این کرامپ‌ها در نظر گرفته نشده است.

کرامپ شبانه پا (NLC) اختلال بسیار شایعی است که تقریباً نیمی از افراد جامعه آن را تجربه می‌کنند. در حدود ۲۰ درصد موارد شدت این حملات آنقدر زیاد است که برای بیمار آزارنده می‌شود. این بیماران ممکن است درجات مختلفی از اختلالات خواب و اضطراب را تجربه کنند. پیش از این، محققان برای کاهش علائم بیماران مبتلا به NLC از منیزیم و داروهای بلاک‌کننده کانال‌های کلسیمی (CCB) استفاده می‌کردند که هیچ کمکی به علائم بیمار و کیفیت زندگی او نمی‌کرد. تنها داروی موثر در کنترل حملات NLC داروی کینین بود که در اصل یک داروی ضد مالاریا محسوب می‌شود. این دارو به دلیل پروفایل عوارض خطرناک، دیگر جایگاهی در درمان این اختلال نوروماسکولار ندارد. بنابراین محققان چینی به دنبال یک درمان مناسب برای این اختلال بودند که متوجه اثرات مثبت ویتامین K بر روی علائم بیماری شدند.



سنجش میزان اثربخشی و ایمنی این درمان، با بررسی ۲۰۰ بیمار بالای ۶۵ سال در قالب یک مطالعه بالینی چند مرکزی، دوسوکور و تصادفی‌سازی شده صورت گرفت. بیماران در دو گروه به صورت ۱:۱ دسته‌بندی شدند. گروه ۱ برای مدت ۸ هفته روزانه ۱۸۰ میکروگرم ویتامین K (Menaquinone 7) و گروه ۲ پلاسیبو دریافت کرد.

شدت حملات کرامپ شبانه در گروه ۱ به میزان ۲,۵۵ واحد کاهش پیدا کرد. در حالی که این شاخص در گروه ۲ صرفاً به اندازه ۱,۲۴ واحد کاهش یافت.

در بررسی فواصل بین حملات کرامپ و مدت زمان هر بار کرامپ عضلانی هم همین الگو تکرار شد. در گروه ۱ حملات با فواصل بیشتری از هم بروز کردند و کوتاه‌تر بودند.

۲۸ اکتبر ۲۰۲۴

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

^۱Nocturnal Leg Cramp

^۱Calcium Channel Blockers



سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

بیمار اول

متابولیسم آن را کم کند و در نتیجه غلظت و عوارض جانبی آتورواستاتین بیشتر شود.

منابع: سایت [Rxlist](#) و [Webmd](#)

دکتر آناهیتا توکلی‌فر

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۴۰ ساله‌ای هستند که قرار است تست اعتیاد ده‌گانه بدهند. ایشان روز قبل ویآگرا مصرف کرده اند. آیا ممکن است این دارو روی نتیجه آزمایش تاثیر بگذارد؟

پاسخ: سیلدنافیل از داروهایی است که ممکن است به صورت کاذب نتیجه تست اَمفتامین را مثبت کند.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به نیمه عمر دارو، با گذشت بیشتر از ۲۴ از مصرف، آن دارو از بدن پاک شده است و می‌توان تست‌های اعتیاد را انجام داد.

منابع: مقاله [False-Positive Urine Drug Screens](#)

و مقاله [False positive results in Urine Tests](#)

دکتر اندیشه ایرانفر

بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار دختر ۱۴،۵ ساله‌ای هستند که در تاریخ ۳ آبان دوز اول واکسن گارداسیل ۹ ظرفیتی را تزریق کرده است و نقص ایمنی ندارد. آخر اسفند امسال، ایشان وارد ۱۵ سالگی می‌شوند. الان ایشان باید واکسن را دو دوزی استفاده کنند یا سه دوزی؟

پاسخ: با توجه به پروتکل، با توجه به اینکه فاصله بین دوز اول و دوم در رژیم دو دوزی به صورت حداقل ۵ ماه است و با در نظر گرفتن این فاصله، بیمار قبل از تکمیل ۱۵ سالگی می‌تواند دوز دوم را هم تزریق کند، همان رژیم دو دوزی توصیه می‌شود. البته، در صورتی که بیمار دچار نقص ایمنی باشد، باید حتی در بازه ۹ الی ۱۵ سال هم رژیم سه دوزی را تزریق کند.

منابع: [Uptodate](#)

دکتر سروش سراب هرسینی

شرح مشکل بیمار: کودک ۴ ساله ۱۹ کیلویی ۴ عدد کپسول آموکسی‌سیلین ۵۰۰ را با هم خورده است. در حال حاضر باید چه کاری برای کودک انجام شود؟ وی بیماری زمینه‌ای خاصی ندارد و تا الان دچار هیچ علامتی نشده است.

پاسخ: توکسیسیته آموکسی‌سیلین از دوز ۲۵۰ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن شروع می‌شود. دوز مصرفی این کودک ۱۰۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم است. فلذا، کودک وارد فاز مسمومیت نشده است. البته مصرف آموکسی‌سیلین با این دوز می‌تواند به علائم گوارشی شدید یا هماچوریمنجر بشود و کودک در ادرار خود ذرات کریستال ریز دفع کند. صرفاً در صورت بروز چنین علائمی کودک باید به مرکز درمانی ارجاع داده شود.

منابع: [Micromedex](#)

دکتر شکیبا کلاهدوز

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۶۱ ساله‌ای هستند که روزانه از داروی آتورواستاتین ۲۰ استفاده می‌کنند. به تازگی دچار سرماخوردگی شده و دکتر برای سرفه‌هایش برونکلد تجویز کرده است. در بروشور دارو ذکر شده که این دارو با داروهای چربی و استاتین تداخل دارد. آیا می‌توانم این دارو را مصرف کنم؟

پاسخ: شربت برونکولد دارای ۶ عصاره گیاهی نعناع فلفلی، فلفل دلمه‌ای، رازیانه، آنیسون، زنجبیل و میخک است. روغن نعناع ممکن است سرعت تجزیه برخی داروها توسط کبد را کاهش دهد. مصرف عصاره نعناع همراه با برخی از داروهایی که توسط سیتوکروم P450 3A4 کبد تجزیه می‌شوند، می‌تواند اثرات و عوارض جانبی این داروها را افزایش دهد. آتورواستاتین نیز از داروهایی هست که توسط این نوع از سیتوکروم تجزیه و متابولیزه می‌شود و مصرف آن همراه با شربت برونکلد می‌تواند سرعت

بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: مادر کودکی ۲ ساله بدون سابقه بیماری زمینه‌ای و نقص سیستم ایمنی سوال دارند آیا واکسن پنوموکوک برای فرزندشان به عنوان جزوی از برنامه واکسیناسیون ملی تزریق می‌شود؟ در ارتباط با نوع واکسن تزریقی و زمان بندی تزریقات نیز سوالاتی مطرح شد.

پاسخ: واکسن پنوموکوک از سال ۱۴۰۲ وارد برنامه واکسیناسیون ملی شده است. برنامه واکسیناسیون در کودکان سالم به شرح زیر است:
در کودکان سالم نیازی به تجویز PPSV23 نیست.

- واکسن PCV13:

۱. رژیم ۳ دوزه: ۲ دوز در سن زیر یک سالگی (در ۲ و ۴ ماهگی) به فاصله حداقل ۸ هفته و دوز سوم در سن ۱۵-۱۲ ماهگی (می‌توان هر سه دوز را در زیر یک سالگی (در ۲ و ۴ و ۶ ماهگی) تجویز کرد).
۲. رژیم ۴ دوزه: ۳ دوز به ترتیب در ۲، ۴ و ۶ ماهگی، دوز چهارم در سن ۱۲-۱۵ ماهگی

- واکسن PCV10:

۱. رژیم ۳ دوزه: در سن ۲، ۴ و ۱۲-۱۱ ماهگی
۲. رژیم ۴ دوزه: ۳ دوز به ترتیب در سن ۲، ۴، ۶ ماهگی، دوز چهارم در سن ۱۵-۱۲ ماهگی

برنامه واکسیناسیون در کودکان سالم که در موعد مقرر مراجعه نکرده‌اند بر اساس سن در اولین مراجعه

- ۷-۱۱ ماه:

- ۲ دوز (با فاصله حداقل ۴ هفته) + ۱ دوز یادآور در سن ۱۲-۱۵ ماهگی (۸ هفته بعد از دوز دوم)

- ۱۲-۲۳ ماه:

- ۲ دوز (با فاصله حداقل ۸ هفته)

- ۲۴-۵۹ ماه:

PCV13: ۱ دوز

PCV10: ۲ دوز با فاصله حداقل ۴ هفته

دقت شود برخی از واکسن‌های PCV10 موجود در سن

بالای ۲ سال ممنوعیت مصرف دارند.

توصیه نهایی به بیمار:

با توجه به اینکه بیمار مشکل زمینه‌ای ندارد و در موعد مقرر نیز تزریق واکسن نداشته است، می‌تواند یک دوز واکسن ۱۳ ظرفیتی یا ۲ دوز واکسن ۱۰ ظرفیتی با فاصله حداقل ۴ هفته تزریق کند.

منابع: معاونت غذا و دارو

دکتر سحر مطوریان پور

بیمار پنجم

سوال بیمار: بیمار خانم ۵۱ ساله‌ای هستند که به علت مشکل آرتریت روماتوئید تحت نظر روماتولوژیست هستند. ایشان هفته‌ای ۲ روز متوتروکسایت مصرف می‌کنند (هر روز ۳ قرص ۳،۵ میلی‌گرمی). با شروع مصرف دارو، دچار ریزش مو و افزایش آنزیم‌های کبدی شده‌اند. پزشک معالج توصیه کرده که برای کاهش عوارض دارو را به صورت یک روز در میان مصرف کنند. پزشک دیگری که متخصص داخلی هستند، این رژیم دارویی جدید را مناسب تشخیص ندادند و توصیه کردند که همان روش دو روز در هفته ادامه داده شود. سوال بیمار این است که کدام روش مصرف صحیح می‌باشد؟ سایر داروهای مصرفی: فولیک اسید ۱ روزی ۱ - متورال ۵۰ روزی ۲ - آتورواستاتین ۱۰ روزی ۱ **پاسخ:** روش معمول تجویز داروی MTX به صورت هفتگی (یک یا دو روز) در هفته است. پژوهشی که در سال ۲۰۲۲ در ژورنال JCHIMP^{۱۲} به چاپ رسیده، رژیم یک روز در میان مصرف داروی MTX را بررسی کرده و ادعا نموده که این روش هم Efficacy و هم Tolerability مصرف دارو را بالا می‌برد. یکی از متابولیت‌های فعال MTX، مولکول پلی گلوتامات است که نیمه عمر سه روزه دارد. فلذا، در صورت مصرف هفتگی دارو، با افت غلظت این متابولیت و افت اثربخشی دارو مواجه خواهیم شد. به نظر می‌رسد مصرف یک روز در میان دارو باعث کاهش سطح آنزیم ALT می‌شود. (مکانیسمی برای این مورد گزارش نشده است.)

¹ Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives

سرتیترازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

- ❖ گزارش مورد تقلبی دیسپورت ۵۰۰ با سری ساخت U24526
- ❖ ریکال آمپول استامینوفن ۱۰۰ میلی گرم در ۱۰ میلی لیتر (تاموستامول) با سری ساخت J 01 28A001
- ❖ جمع آوری فرآورده‌های لاغری فاقد مجوز با نام‌های Papaya, Alpha Slim, Hermus, Black Slim, Slim
- ❖ دستور ریکال فرآورده کیدز گارد شرکت زیست تخمیر بیا سری ساخت KG0201
- ❖ ریکال فرآورده پروتئین وی ۱۰۰٪ با شماره سری ساخت C3_W1402007002 متعلق به شرکت نوین کاران میلاد نو
- ❖ ریکال قرص کو آموکسی کلاو ۶۲۵ Marquis & wycfee با شماره سری ساخت BET056۲۳ و BET057۲۳
- ❖ اعلام ریکال فرآورده Dextrose & Sodium Chloride (3.33% w/v) & (0.3% w/v) injection USP DNS با سری ساخت DSDQ3074
- ❖ ممنوعیت توزیع و فروش فرآورده تزریقی Maya Cepefim یک گرمی شرکت Biotech با سری ساخت DW002
- ❖ توقف توزیع، عرضه و فروش فرآورده کپسول ویگرس
- ❖ جمع آوری فرآورده سنتی روغن شترمرغ طبی اکلاس
- ❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

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

توصیه نهایی به بیمار: روش جدید توصیه شده توسط روماتولوژیست، راهکار جدیدی است که در مقالات پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته است. این روش به هیچ عنوان اشتباه نیست و در صورتی که با نظارت کافی پزشک متخصص و مانیتورینگ منظم فاکتورهای خونی و کبدی، همراه باشد، قابل امتحان است.

منبع: مقاله [Split Dosage Weekly Regimen of Oral Methotrexate](#)

دکتر هستی فتوگرافی



توصیه‌های داروساز در خصوص تهوع و استفراغ دوران بارداری

تهوع و استفراغ در اوایل بارداری شایع است و معمولاً تا هفته ۱۶ الی ۲۰ بهبود پیدا می‌کند. اقدامات درمانی تهوع و استفراغ بارداری به عواملی مانند شدت علائم، تاثیر علائم بر سلامتی و کیفیت زندگی مادر و همچنین ایمنی درمان در مادر و جنین بستگی دارد. هر چند این عارضه بسیار آزارنده و در برخی موارد غیرقابل تحمل است اما تهوع و استفراغ بارداری در صورتی که سوء تغذیه شدید ایجاد نکند، منجر به پیامدهای نامطلوب در بارداری نخواهد شد. به طور معمول برای درمان مشکل تهوع و استفراغ در دوره بارداری به صورت زیر عمل می‌شود:

۱- اصلاح سبک زندگی و رژیم غذایی مادر

۲- شروع دارو درمانی خوراکی

۳- نیاز به بستری شدن و دریافت مایعات تزریقی در افرادی که پاسخ مناسب به درمان سرپایی نداشته‌اند.

لازم به ذکر است به استفراغ‌های شدید دوران بارداری هایپرامسیس گراویداروم گفته می‌شود که معمولاً با بروز علائم زیر تشخیص داده می‌شود:

۱- کاهش وزن بیش از ۵ درصد در دوره بارداری

۲- علائم بالینی ناشی از کم آبی بدن مانند تپش قلب و افت فشار ناشی از تغییر وضعیت (Orthostatic Hypotension)

۳- اختلالات آزمایشگاهی مربوط به الکترولیت‌ها، عملکرد تیروئید و کبد

۴- کمبودهای تغذیه‌ای که نیاز به اقدامات سریع درمانی مانند تغذیه وریدی، استفاده از داروهای روانپزشکی (در صورتی که فرد از این نظر مشکلی داشته باشد).

افرادی که تهوع و استفراغ شدید بارداری داشته باشند، بعد از سزارین هم ریسک تهوع و استفراغ در آن‌ها بیشتر خواهد بود. تهوع و استفراغ ممکن است در بارداری‌های بعدی افرادی که سابقه داشته‌اند، با همان شدت تکرار شود. مصرف فولیک اسید ۰,۴ تا ۰,۸ میلی‌گرم یک ماه قبل از اقدام به بارداری می‌تواند شدت و دفعات تهوع و استفراغ بارداری را کاهش دهد. مصرف ماریجوانا اگرچه ممکن است باعث کاهش شدت تهوع و استفراغ شود اما به هیچ وجه در دوران بارداری توصیه نمی‌شود.

اصلاح سبک زندگی و رژیم غذایی:

- وعده‌های غذایی منقسم و استفاده از میان وعده‌ها:

به مادران باردار توصیه می‌شود مصرف غذا قبل از احساس گرسنگی شدید، انجام شود. بهتر است قبل از بلند شدن از تخت خواب یا حتی در طول شب از یک اسنک یا میان وعده (ترجیحاً شور با چربی کم و پروتئین بالا) مصرف کنند. مادران باردار نباید هیچ کدام از وعده‌های غذایی را حذف کنند و بهتر هر یک یا دو ساعت از میان‌وعده‌های کوچک استفاده کنند. مصرف

غذاهای تند، اسیدی و خیلی شیرین می‌تواند علائم تهوع و استفراغ را تشدید کند و توصیه می‌شود که از مصرف این نوع خوراکی‌ها اجتناب شود و در عوض مصرف پروتئین، فیبر و غذاهای نمکی تا حد امکان افزایش پیدا کند. در خصوص مصرف مایعات هم به مادران باردار توصیه می‌شود، موارد زیر را مد نظر قرار دهند:

- بهترین زمان مصرف مایعات ۳۰ دقیقه قبل و یا بعد از غذا می‌باشد.
- به طور کلی، در طول بارداری بهتر است مصرف مایعات در حجم کم و با تعدد بیشتر انجام شود.
- مصرف مایعات سرد می‌تواند به کاهش علائم بیمار کمک کند.

- اجتناب از عوامل تشدید کننده تهوع:

عواملی مانند بوی عطر، سیگار، مواد شیمیایی، گرما، رطوبت و سرو صدا زیاد ممکن است شدت علائم مادر را تشدید نماید. فلذا تا حد امکان باید از این عوامل دوری شود. دراز کشیدن بلافاصله بعد از غذا خوردن در همه افراد بالاخص خانم‌های باردار سبب تشدید علائم رفلاکس و تهوع می‌شود. علاوه بر این، ثابت شده که استراحت کم در طول دوران بارداری می‌تواند باعث شدید شدن علائم گوارشی این افراد بشود. مصرف غذای سرد، مسواک زدن بعد از غذا، تغییر طعم خمیر دندان، بیرون انداختن آب دهان، مصرف مولتی ویتامین‌های بارداری همراه یا بعد از غذا می‌تواند در کاهش علائم مادران کمک کننده باشد.

- استفاده از مکمل‌های حاوی زنجبیل:

آب نبات زنجبیلی، چای و غذای حاوی زنجبیل در کاهش تهوع و استفراغ دوران بارداری موثر هستند. مصرف کپسول‌های زنجبیلی ۲۵۰ میلی‌گرم (۴ بار در روز) در این دوران مجاز است. به طور کلی، ۱ تا ۱٫۵ گرم از عصاره زنجبیل به صورت منقسم در ۲۴ ساعت قابل استفاده است.

- طب سوزنی و طب فشاری:

اثر بخشی اثبات شده نیست، اما به دلیل اینکه احتمالا عارضه‌ای ندارد، منع نمی‌شود.

دارودرمانی برای موارد خفیف تا متوسط:

در این بخش داروهای قابل استفاده در درمان تهوع و استفراغ دوران بارداری، به ترتیب اولویت، اثر بخشی و ایمنی لیست شده‌اند.

- ویتامین ب۶:

۱۰-۲۵ میلی‌گرم هر ۶ تا ۸ ساعت در صورت نیاز. این دارو تهوع خفیف تا متوسط را کاهش می‌دهد اما به بهبود استفراغ کمکی نمی‌کند.

-آنتی هیستامین‌ها (آنتاگونیست H1)

۱- دیفن هیدرامین: ۲۵ میلی‌گرم به صورت خوراکی، وریدی یا عضلانی هر ۴ تا ۶ ساعت و یا ۵۰ میلی‌گرم هر ۶ تا ۸ ساعت در صورت نیاز

۲- دیمن هیدرینات: ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم خوراکی هر ۴ تا ۶ ساعت در صورت نیاز

-آنتاگونیست‌های دوپامین:

۱- متوکلوپرامید: ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم به صورت خوراکی، وریدی یا عضلانی هر ۶ تا ۸ ساعت (نیم ساعت قبل از غذا و یا در زمان خواب می‌تواند کمک کننده باشد).

۲- پرومتازین: ۵،۱۱۲ تا ۲۵ میلی‌گرم هر ۴ ساعت به صورت خوراکی. در صورت نیاز به تزریق، دارو باید به صورت عضلانی عمیق تزریق شود و تزریق وریدی تا حد امکان توصیه نمی‌شود.

-آنتاگونیست‌های سروتونین:

۱- اندانسترون: ۴ میلی‌گرم به صورت خوراکی یا تزریق مستقیم وریدی هر ۸ ساعت در صورت نیاز. در صورت نیاز ۸ میلی‌گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت هم قابل استفاده است. البته باید توجه شود که به طور معمول در خانم‌های باردار زیر ۱۰ هفته و یا حتی در سه ماهه اول بارداری، استفاده از این دارو توصیه نمی‌شود.

۲- گرانیسرون: تنها مزیت این دارو نسبت به اندانسترون داشتن پیچ‌های پوستی است.

-داروهای کاهنده اسید معده:

در افرادی که سوزش سر دل یا ریفلاکس دارند، استفاده از این دسته داروها می‌تواند کمک‌کننده باشد.

۱- آنتی اسیدهای حاوی آلومینیوم یا کلسیم

۲- سوکرافیت (به دلیل جذب کم قابل استفاده است).

۳- مهارکننده‌های گیرنده H2

۴- مهارکننده‌های پمپ پروتون مانند لانسوپرازول و اس امپرازول (مطالعات با آن‌ها کمتر است اما در صورت نیاز قابل استفاده هستند).

دارودرمانی برای موارد شدید:

در صورتی که بیمار علائم شدید داشته باشد، مکرراً استفراغ کند و علائم ناشی از هایپوولمیا مانند سستی، سرگیجه وضعیتی، احساس تشنگی، تپش قلب، کاهش حجم و تعداد دفعات ادرار و عدم تحمل مواد غذایی یا مایعات برای بیش از ۱۲ ساعت در خانم باردار دیده شود، لازم است به اورژانس و یا بخش زنان و زایمان ارجاع داده شوند که اقدامات زیر برای ایشان شروع شود:

دریافت مایعات:

دریافت مایعات کریستالوئیدی تا ۲ لیتر در طول ۲ ساعت که معمولاً محلول‌های رینگر لاکت ترجیح داده می‌شود. بعد از جایگزینی اولیه، دریافت مایعات با مقدار ۱۲۵ تا ۱۵۰ میلی‌لیتر در ساعت و یا داشتن ادرار ۱۰۰ میلی‌لیتر در ساعت مد نظر قرار گرفته می‌شود.

اصلاح الکترولیت‌ها و ویتامین‌ها:**-درمان هایپوناترمی (کاهش سدیم):**

در بیماران علامت‌دار یا بی‌علامت با هایپوناترمی خفیف (سطح سدیم بالاتر از ۱۲۰ mEq/Lit) و با ریسک کم عوارض ناشی از کاهش سدیم، انفوزیون سالین ایزوتونیک/ نرمال و یا رینگر لاکتات نسبتاً ایزوتونیک انجام می‌شود.

-درمان هایپوکالمی (کاهش پتاسیم):

در افراد بی علامت با هایپوکالمی خفیف (۳,۴-۳,۰ mEq/Lit) بر اساس شدت شدت کاهش پتاسیم ۱۰-۲۰ mEq پتاسیم کلراید وریدی ۲ تا ۴ بار در روز یا ۴۰ mEq/L در طول ۴ ساعت استفاده می‌شود. در افراد علامت دار ۲۰ mEq در ساعت و یا ۶۰ mEq در طول ۶ ساعت استفاده می‌شود. اندازه‌گیری و پایش سطح پتاسیم ضروری است.

-ویتامین ب۱:

برای کاهش ریسک انسفالوپاتی ورنیکه ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم ویتامین ب۱ در زمان مایع درمانی اضافه می‌شود و سپس روزانه در افرادی قادر به دریافت مواد غذایی از طریق خوراکی نیستند و ۲ تا ۳ روز در افرادی که قادر به دریافت مواد غذایی از طریق خوراکی هستند ادامه داده می‌شود. در موارد شک به انسفالوپاتی ورنیکه ۲۰۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم ویتامین ب۱ وریدی هر ۸ ساعت برای ۲ تا ۷ روز استفاده شده و سپس ۲۵۰ میلی‌گرم روزانه برای ۳ تا ۵ روز ادامه داده می‌شود. در ادامه، تا زمانی که ریسک کمبود وجود داشته باشد، روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم ب۱ استفاده می‌شود. دریافت ویتامین ب۱ باید قبل از دریافت گلوکوز باشد.

-منیزیم و کلسیم:

ابتدا سطح منیزیم در صورت کمبود اطلاع می‌شود و سپس در صورت عدم اصلاح سطح کلسیم از کلسیم گلوکونات استفاده می‌گردد.

دارودرمانی:

در ادامه از داروهای ضد تهوع و کاهنده اسید معده استفاده می‌شود. اندانسترون ۴ تا ۸ میلی‌گرم هر ۸ ساعت به صورت وریدی استفاده می‌شود و بعد از پایدار شدن شرایط بیمار قطع می‌گردد. در افرادی که سن بارداری زیر ۱۰ هفته است، می‌توان به طور جایگزین از متوکلوپرامید، دیمن هیدرینات و یا پرومتازین استفاده کرد. بعد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت که بیمار قادر به دریافت مواد غذایی به صورت خوراکی است می‌توان داروهای خوراکی را جایگزین کرد. معمولاً برای شروع دریافت مواد خوراکی رژیم BRAT که شامل موز، برنج، پوره سیب و نان تست است، توصیه می‌شود. فراموش نشود که دریافت پروتئین هم به جلوگیری از تهوع کمک می‌کند. ممکن است افراد با شروع دریافت کربوهیدرات دچار تورم شوند که معمولاً نیاز به اقدام درمانی خاصی نیست و خود به خود از بین می‌رود.

اقدامات درمانی در افراد مقاوم به درمان:

- **کورتیکواستروئیدها:** دوره درمانی کوتاه استفاده می‌شوند. ابتدا با متیل پردنیزولون وریدی شروع می‌شود و سپس مقدار مصرفی با تغییر به پردنیزون خوراکی آهسته آهسته کاهش داده می‌شود. دریافت این داروها در افرادی که سن بارداری زیر ۱۰ هفته است ممکن ریسک کمی برای ایجاد شکاف کام در جنین داشته باشد.

- **کلرپرومازین:** در افرادی که در آن‌ها نگرانی عوارض کورتیکواستروئیدها وجود دارد مانند افراد دیابتی سراغ این دارو می‌رویم.

- **گاباپنتین:** مکانیسم عمل دقیقاً مشخص نیست اما در برخی از مطالعات استفاده شده است.

- **میرتازاپین و الانزاپین:** در افرادی که درمان‌های دارویی روتین موثر نبوده است ممکن است کمک‌کننده باشند.

در افراد مقاوم به درمان و افرادی که علائم تا هفته ۱۶-۲۰ بهبودی نداشته هلیکوباکتر پیلوری تست شود. در افرادی که با وجود درمات‌های دارویی و غیردارویی همچنان علائم مقاوم به درمان و کاهش وزن ادامه دارد از روش‌های تغذیه‌ای روده‌ای یا تغذیه وریدی استفاده می‌شود.

دارودرمانی پیشگیری از ترومبوز:

اگرچه که استفراغ زیاد ممکن است یک فاکتور خطر برای ترومبوز باشد، اما به طور معمول، به جزء در مواردی که ریسک ایجاد ترومبوز در مادر بالا باشد، نیازی به درمان پروفیلاکتیک وجود ندارد.


تهوع و استفراغ در افرادی دیابتی:

اقدامات لازم برای جلوگیری از افت قند خون به خصوص در افرادی که انسولین استفاده می‌کنند انجام شود. این افراد باید در صورت نیاز از قرص‌های حاوی گلوکز، آب میوه و یا سایر مایعات حاوی گلوکز استفاده کنند.


منبع: Uptodate




مناسبت‌های سلامت آذر ماه:

۲۷ آبان تا ۳ آذر: هفته جهانی آگاهی در مورد مقاومت 

میکروبی

۸ آذر: روز ایمنی در برابر زلزله 

۱۰ آذر: روز جهانی مبارزه با HIV/AIDS 

همکاران این شماره:

دکتر مژگان مشایخی

دکتر هستی فتوگرافی

دکتر سونا قاسمی

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)

