

اخبار پزشکی

دیابت

طبقه بندی دیابت

۱. دیابت تیپ ۱: ناشی از تخریب سلول‌های بتا که معمولاً منجر به فقدان کامل انسولین می‌شود.
۲. دیابت تیپ ۲: ناشی از مقاومت سلول‌ها به انسولین است.
۳. سایر انواع دیابت: ناشی از بیماری‌ها مثل سیستمیک فیبروزیس یا ناشی از داروها مثل داروهای مورد استفاده در درمان HIV.
۴. GDM (Gestational diabetes mellitus): دیابت ایجاد شده طی بارداری.

تشخیص دیابت

- اگر فردی $HbA1C \geq 6/5\%$ یا قند خون ناشتای ≤ 126 یا قند ۲ ساعت پس از OGTT* بالای ۲۰۰ داشته باشد و با انجام دوباره همان تست یا تست های دیگر تأیید شود، تشخیص دیابت برای فرد گذاشته می‌شود. (*Oral glucose tolerance test)
- اگر فرد قند خون رندوم ≤ 200 به همراه علائم دیابت (پرخوری، پر نوشی، پر ادراری و خستگی) داشته باشد، بدون نیاز به تکرار تست، دیابتی در نظر گرفته می‌شود.

تست قند خون برای تشخیص دیابت

افراد دچار اضافه وزن ($BMI \geq 25$) که حداقل یک فاکتور خطر داشته باشند، باید از نظر دیابت بررسی شوند. کسانی که فاکتورهای فوق را نداشته باشند، باید از سن ۴۵ سالگی بررسی شوند. در صورتی که قند خون نرمال باشد، حداقل در فواصل هر سه سال باید از نظر دیابت بررسی شوند. تست‌های A1C، قند خون ناشتا و قند خون ۲ ساعت پس از OGTT برای بررسی دیابت مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ریسک فاکتورها

۱. عدم فعالیت فیزیکی
۲. سابقه فامیلی مثبت دیابت در اقوام درجه ۱
۳. خانم‌ها با سابقه GDM یا زایمان بچه با وزن بالای ۹ پوند (۴ کیلوگرم).
۴. پرفشاری خون ($BP \geq 140/90$) یا بیماری که روی درمان با داروهای ضد پرفشاری خون است.
۵. $HDL < 35$ یا $TG > 250$

مقایسه دیابت نوع ۱ و نوع ۲	دیابت نوع ۱	دیابت نوع ۲
درصد افراد مبتلا	۱۰٪	۹۰٪
سن شروع دیابت	زیر ۳۰ سال	بالای ۴۰ سال
عملکرد پانکراس	فاقد عملکرد پانکراس	کاهش یافته، طبیعی یا افزایش یافته
پاتوفیزیولوژی	سیستم ایمنی به سلول‌های بتا جزایر لانگرهانس حمله و منجر به تخریب سلول‌های بتا می‌شود	<ul style="list-style-type: none"> مقاومت به انسولین کاهش ترشح انسولین افزایش تولید گلوکز از کبد
سابقه خانوادگی	ارتباط قوی وجود ندارد	ارتباط قوی وجود دارد
چاقی	ناشایع	شایع (۹۰٪ - ۶۰)
سابقه کتواسیدوزیس*	اغلب مواقع وجود دارد. (علائم:ضعف،کاهش سطح هوشیاری،کما)	به صورت نادر وجود دارد
Clinical presentation	شروع علائم به صورت سریع و با شدت متوسط تا شدید. علائم پرخوری، پر نوشی، پر ادراری، کاهش وزن، خستگی و کتواسیدوزیس	شدت علائم خفیف علائم پر ادراری و خستگی تشخیص اتفاقی
درمان	رژیم غذایی - فعالیت فیزیکی - انسولین و پراملینتاید	رژیم غذایی - فعالیت فیزیکی - انسولین، پراملینتاید و داروهای خوراکی

داروی Rapamune برای درمان بیماری LAM توسط سازمان

غذا و داروی آمریکا تایید شد.

May 28, 2015 - سازمان غذا و داروی آمریکا دارو Sirolimus با نام تجاری Rapamune را برای درمان بیماری Lymphangiomyomatosis (LAM) تایید کرد. این بیماری یک بیماری ریوی بسیار نادر می باشد بطوریکه بر اساس آمار موجود ۲ تا ۵ زن در هر یک میلیون نفر زن، مبتلا به این بیماری هستند. دلیل ایجاد این بیماری رشد سلولهای عضلات صاف میباشد که به بافت ریه هجوم می‌برند و باعث کاهش دریافت اکسیژن مورد نیاز بدن می شود.

این دارو به صورت قرص و شربت در حال حاضر موجود است. پیش از این در سال ۱۹۹۹ سازمان غذا و داروی آمریکا این دارو را به عنوان یک داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی در بیماران بالای ۱۳ سال در پیوند کلیه تایید کرده بود.

از عوارض این دارو در درمان LAM زخم در ناحیه لب، اسهال، درد شکمی، تهوع، گلو درد، آکنه، درد ناحیه سینه، تورم پا، عفونت تنفسی فوقانی، سرگیجه، سردرد و افزایش سطح کلسترول می باشد.

www.fda.com

داروی Viberzi و Xifaxan توسط سازمان غذا و داروی

آمریکا جهت درمان IBS با علائم اسهال تایید شد.

May 27, 2015 - سازمان غذا و داروی آمریکا داروی Eluxadolin (آگونیسست اپیونیدی) با نام تجاری Viberzi و Rifaximin با نام تجاری Xifaxan را برای درمان بیماری روده تحریک پذیر IBS با علائم اسهال در بالغین، تایید کرد.

داروی Xifaxan یک آنتی بیوتیک مشتق شده از ریفامپین میباشد که پیش از این برای درمان اسهال مسافرتی ناشی از باکتری E. coli و کاهش ریسک انسفالوپاتی کبدی عود کننده در بزرگسالان تجویز می گردید. مکانیسم دقیق این دارو در درمان روده تحریک پذیر به درستی مشخص نیست ولی گمان میرود که بدلیل تاثیر بر روی میزان باکتریهای روده و معده باشد.

از عوارض جانبی رایج داروی Viberzi شامل، یبوست، تهوع و درد شکمی می باشد. از جمله عارضه های جدی این دارو اسپاسم اسفنکتر Oddi می باشد که منجر به التهاب پانکراس می شود. همچنین از عوارض جانبی داروی Xifaxan می توان تهوع، افزایش سطح ALT را نام برد.

www.fda.com

داروی Herclon 440 سری ساخت R5573 فاقد اصالت

می باشد.

با توجه به نامه شرکت Roche و اعلام سازمان غذا و داروی ایران داروی تراستوزوماب با نام تجاری Herclon 440 با سری ساخت R5573 فاقد اصالت می باشد و مورد تایید نیست.

در صورت موجود بودن سری ساخت مذکور، بلافاصله باید از سطح داروخانه ها جمع آوری گردد.

سازمان غذا و داروی ایران

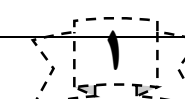
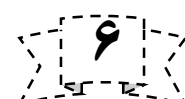
تهیه و تنظیم:

دکتر مسعود ثقفی

دکتر میثم اسماعیلی

تایپ:

خانم سمیه دمیرچی



					
					
					
					
اطلاعات درخواستی					

سوال
آیا احساس تشنگی در فرد به خاطر داروهای مصرفی است؟

برای بیمار خانم-۳۰ ساله- پس از بستری در بیمارستان داروهای جدید تجویز شده است. در تمام این مدت به جز دوران بستری احساس می‌کنند مصرف داروها باعث ایجاد احساس تشنگی شدید وگرسنگی در ایشان می‌شود و گاهی تا روزی ۶ لیتر آب می‌خورند. به همین علت یک هفته است که داروها را قطع کرده‌اند و دچار افکار منفی (خود کشتی و …) شده‌اند.

سایر عوارض ایجاد شده: ورم در ناحیه شکم، افزایش وزن، تاری دید.

سوابق دارویی

سرترالین، والپروات سدیم، رسپردون

داروهای حال حاضر

Nortriptyline 25	هر ۸ ساعت ۲ عدد
Trihexyphenidyl	هر ۸ ساعت ۲ عدد
Haloperidole 0.5	هر ۸ ساعت ۲ عدد

پاسخ
عوارض آنتی کولینرژیک (خشکی دهان، بیوست، احتباس ادرار) با هر سه دارو محتمل ولی بیشتر با تری هگزیفنیدیل اتفاق می‌افتد. بیمار از نظر قند خون و … بررسی شود و عارضه پر نوشی می‌تواند از علائم اولیه دیابت باشد.

علاوه بر علائم اولیه دیابت، قبل از عارضه دارویی باید احتمال psychogenic polydipsia را هم در نظر بگیریم که با توجه به آخرین صحبت‌های بیمار که می‌گوید با والپروات و سایر داروها هم این مشکل را داشته و فقط زمانی که در بیمارستان بستری بوده است این مشکل را نداشته می‌توان این احتمال را در نظر گرفت. تاری دید با هر سه دارو محتمل است.

برای بیمار توضیح داده شد که نباید به هیچ عنوان داروها را سر خود قطع کنند، اگر احساس تشنگی شدید می‌کنند ابتدا باید از نظر قند خون و دیابت بررسی شود.

Ref.: Uptodate 21.2 Micromedex Lexi-Comp

					
					
					
					
اطلاعات درخواستی					

سوال
استئوکینون و کاردیو کینون چیست؟

پاسخ

ویتامین **k** از دسته ویتامین‌های محلول در چربی است. تا کنون دو نوع از این ویتامین شناخته شده‌اند. **K**₁ و **k**₂ که این دو از نظر ساختار، منشاء و موارد استفاده متفاوت هستند. ویتامین **k**₁ بیشتر در سبزیجات سبز رنگ از جمله بروکلی، اسفناج و کلم و … موجود است. در حالی که **k**₂ کمتر در مواد غذایی یافت شده و معمولاً از طریق رژیم غذایی دریافت نمی‌شود.

هر دو نوع **k**₁ و **K**₂ نقش ویتامین **k** (کمک به روند انعقاد) رادارا هستند ولی نقش اصلی ویتامین **k**₂ کمک به خروج کلسیم از عروق و ذخیره‌ی آن در استخوان است. به این ترتیب **k**₂ می‌تواند در جلوگیری از استئوپروز (کمک به ذخیره بیشتر کلسیم در استخوان) و نیز جلوگیری از آرترو اسکروز (عدم رسوب کلسیم در جداره‌ی عروق) موثر باشد.

مصرف این مکمل به طور معمول روزانه ۱ قرص و به همراه غذا به همراه آب فراوان است (جذب ویتامین **k** به عنوان ویتامین محلول در چربی).

تداخلات این مکمل نیز همانند ویتامین **k** بوده و در صورت مصرف داروهای ضد انعقاد (مثل وارفارین) و نیز داروهای دارای تداخل با کلسیم مثل تتراسایکلین سیپروفلوکساسین، بیس فسفونات‌ها، فرآورده‌های حاوی آهن، لوتیروکسین و …

باید با احتیاط باشد. عوارض این مکمل بروز سردرد، تهوع، استفراغ و در مورد مصرف بیش از حد بروز مشکلات خونی، کبدی و کلیوی است.

دکتر بیتا شهرامی

اطلاعات درخواستی

سوال
شرایط نگهداری داروی Xeomin چگونه می باشد؟
پاسخ
داروی Xeomin یا IncobotulinumtoxinA تنها بوتولینیوم توکسین موجود در دنیا می باشد که در دمای اتاق قابل نگهداری می باشد.

این دارو در حال حاضر در ایران ثبت نشده است و نمونه های موجود، اکثراً تقلبی می باشد(اطلاعیه سازمان غذا و دارو) و از کشور چین وارد میشود و بر روی برچسب آنها شرایط نگهداری ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد ذکر شده است.

۵

					
					
					
					
اطلاعات درخواستی					

				
HbA1C	≥ ۶/۵٪	۵/۷–۶/۴٪	≤۵/۶٪	دیابت
قند خون ناشتا	Mg/dl <p>≥۱۲۶</p>	Mg/dl <p>۱۰۰–۱۲۵</p>	Mg/dl <p><۱۰۰</p>	پیش دیابت
قند خون، ۲ ساعت پس از OGTT	Mg/dl <p>≥۲۰۰</p>	Mg/dl <p>۱۴۰–۱۹۹</p>	Mg/dl <p><۱۴۰</p>	دیابت

پیش دیابت

فاکتورهای خطر بیماری‌های قلبی — عروقی در افراد پیش دیابت، باید

درمان شوند.

در تمام افراد در مرحله پیش دیابت، الگوی زندگی باید تغییر کند:

- حداقل ۷٪ وزن کل بدن کاهش یابد.
- حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت فیزیکی متوسط داشته باشند.

استفاده از متفورمین در مرحله پیش دیابت : خصوصاً در افراد با BMI>۳۵، سن > ۶۰ سال و خانم‌ها با سابقه **GDM** باید درنظر گرفته شود.

افراد در مرحله پیش دیابت، از نظر پیشرفت به سمت دیابت باید حداقل سالانه مورد بررسی قرار گیرند.

GDM (دیابت ایجاد شده در طی بارداری)

در اولین ویزیت خانم باردار، باید وی را از نظر ابتلا به دیابت قبل از بارداری بررسی شود.

در خانم‌هایی که تشخیص دیابت برای آنها گذاشته نشده است، بین هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ بارداری، باید از نظر ابتلا به **GDM** با استفاده از تست OGTT بررسی شوند.

افراد مبتلا به**GDM** ، در هفته‌های ۱۲ – ۶ پس از زایمان، باید با استفاده از تست OGTT از نظر ابتلا به دیابت پس از بارداری بررسی شوند.

خانم‌های پیش دیابتی با سابقه GDM، باید شیوه زندگی خود را

بهبود بخشیده یا در کنار بهبود الگوی زندگی متفورمین هم مصرف کنند تا از ابتلا به دیابت پیشگیری شود.

عوارض ناشی از دیابت

– عوارض میکروواسکولار:

شامل رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی

– عوارض ماکروواسکولار:

بیماری عروق کرونر، بیماری عروق مغزی

با کنترل قند خون، ریسک عوارض میکروواسکولار به صورت چشم گیری کاهش می‌یابد.

برای کاهش عوارض ماکروواسکولار ناشی از دیابت، در کنار کنترل قند خون، فشار خون و چربی خون هم باید کنترل شوند.

کنترل پر فشاری خون

الف. اصلاح الگوی زندگی

ب. دارو درمانی

خط اول درمان پرفشاری خون در افراد دیابتی ACEI ها یا ARB ها هستند.

در خانم‌های باردار ، فشار خون هدف، ۷۹ – ۶۵ / ۱۲۹ – ۱۱۰ است.

ACEI و ARB در بارداری منع مصرف دارند.

کنترل اختلال چربی در دیابت

الف. اصلاح الگوی زندگی

ب . دارو درمانی

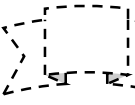
تمام افراد دیابتی با سن بین ۷۵ – ۴۰ سال و LDL بین ۱۸۹ – ۷۰، در صورت نبودن منع مصرف، باید دوز بالای استاتین دریافت کنند.

اضافه شدن داروی دوم در کنار استاتین، خطر بیماری‌های قلبی – عروقی را نسبت به استفاده از استاتین به تنهایی، کاهش نمی‌دهد.

استفاده از استاتین در بارداری منع مصرف دارد.

عوارض میکروواسکولار دیابت

رتینوپاتی



	شماره ۴۲	خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان	
---------------	-----------------	--	---------------

دیابت شایع‌ترین علت کوری است. افزایش نفوذ پذیری عروق به علت از بین رفتن پری سیت‌ها، پاتولوژی اولین تغییر در چشم بیماران دیابتی است. عوامل مستعد کنندهٔ رتینوپاتی: شدت قندخون بالا (مهمترین علت)، مدت زمان بالا بودن قند خون و پرفشاری خون هستند. مؤثرترین درمان رتینوپاتی دیابتی، پیشگیری از ایجاد آن با کنترل قند و فشار خون است.

فتوکواگولاسیون با لیزر، اگزودای soft و Neovascularization را از بین می‌برد.

بیماران دیابت نوع ۱، ۵ سال پس از تشخیص دیابت و بیماران دیابت نوع ۲ بلافاصله پس از تشخیص دیابت باید از نظر رتینوپاتی بررسی شوند.

نفروپاتی

دیابت شایعترین علت نفروپاتی و ESRD است. با کنترل قند خون و فشار خون، می‌توان ریسک ابتلا به نفروپاتی دیابتی را کاهش داد. میزان آلبومین ادرار در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، ۵ سال پس از تشخیص و سپس سالانه و در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بلافاصله پس از تشخیص و سپس سالانه باید بررسی شود. کراتینین سرم بیماران دیابتی باید سالانه بررسی شود.

درمان نفروپاتی دیابتی شامل کنترل قند خون، کنترل فشارخون، محدودیت مصرف پروتئین و تجویز ACEI یا ARB (حتی در صورت فشار خون طبیعی) است.

نوروپاتی دیابتی

نوروپاتی دیابتی به علت تنگ شدن عروق تغذیه کننده اعصاب رخ می‌دهد. عوامل دیگری غیر از سطح قند خون باعث تشدید نوروپاتی دیابتی می‌شوند که شامل: سیگار، BMI بالا، پرفشاری بیماری‌های قلبی – عروقی هستند.

شایعترین نوع نوروپاتی دیابتی به شکل جوراب و دستکش بوده و متواسط‌الآثر (NPH) علائم گز گز و پارس‌تزی شروع شده و سپس درد و پس از آن بی‌حسی ایجاد می‌شود.

داروهای TCA (نورتریپتیلین)، گاباپنتین، لاموتریجین، پرگابالین و کاربامازپین در درمان درد ناشی از نوروپاتی دیابتی کاربرد دارند. انواع دیگری از نوروپاتی دیابتی مثل نوع اتونوم هم وجود دارد.

داروهای ضد پلاکت در دیابت

در آقایان دیابتی با سن بالای ۵۰ سال و خانم‌های دیابتی با سن بالای ۶۰ سال که حداقل یک فاکتور خطر بیماری‌های قلبی – عروثی را دارند، آسپرین با دوز ۱۶۲ – ۷۵ میلی‌گرم در روز باید استفاده شود.

< ۷٪	A1C
۷۰–۱۳۰mg/dl	قند پلاسمایی قبل غذا
< ۱۸۰mg/dl	قند پلاسمایی بعد غذا
< ۱۰۰mg/dl	LDL
< ۱۵۰mg/dl	TG
۴۰ mg/dl ≥ آقا	HDL
۵۰ mg/dl ≥ خانم	
< ۱۴۰/۸۰mg/dl	BP

فاکتورهای خطر شامل، پرفشاری خون، سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی – عروقی، مصرف سیگار، دیس لیپیدمی و آلبومین اوری هستند. آسپرین در افراد دیابتی با سابقه بیماری‌های قلبی – عروقی نیز باید استفاده شود. در افرادی که نسبت به آسپرین آلرژی دارند، کلوییدوگرل با دوز ۷۵ میلی‌گرم در روز باید استفاده شود.

انواع انسولین‌ها

انسولین	ظاهر	طول اثر	زمان رسیدن به پیک اثر	زمان شروع اثر
سریع‌الآثر (aspart)	شفاف	<۵ ساعت	۹۰ – ۳۰ دقیقه	۱۵ – ۵ دقیقه
حوله‌کوتاه اثر (regular)	شفاف	۷–۵ ساعت	۴–۲ ساعت	۱ – ۰٫۵ ساعت
متواسط‌الآثر (NPH)	کدر	۱۸ – ۱۲ ساعت	۱۲ – ۱۴ ساعت	۴ – ۲ ساعت
طولانی اثر (glargine)	شفاف	۲۴ – ۲۰ ساعت	پیک ندارد	۱٫۵ ساعت

آن کمتر از انسولین Regular است.

انسولین رگولار نیم تا یک ساعت قبل از غذا تجویز می‌شود و تنها انسولینی است که با هر سه روش **IV**، **SC** و **IM**، قابل تجویز است.

انسولین گلارژین شفاف بوده و فاقد پیک است و احتمال هیپوگلیسمی با آن کمتر از انسولین NPH است. انسولین گلارژین با سایر انسولین‌ها قابل اختلاط نبوده و در حاملگی گروه C است.

سایر داروها غیر از انسولین:

متفورمین: این دارو با کاهش تولید کبدی گلوکز، سبب کاهش قند خون ناشتا می‌شود و با افزایش مصرف گلوکز، قند بعد از غذا را کاهش می‌دهد.

و سبب کاهش وزن میگردد.

HbA1C را ۱/۷٪ می‌کاهد، پروفایل لیپیدی را بهبود می‌بخشد ولی هیپوگلیسمی نمی‌دهد. حین مصرف دارو، عملکرد کلیه باید به صورت مکرر بررسی شود.

شایعترین عارضه دارو، عارضه گوارشی است. این دارو می‌تواند اسیدوز لاکتیک هم بدهد، مت فورمین خط اول درمان دیابت نوع ۲ است.

سولفونیل اوره ها

این داروها شامل گلی بنکلامید، گلیکلازید و گلی مپرید هستند که سبب افزایش ترشح انسولین می‌شوند. این داروها می‌توانند منجر به ایجاد هیپوگلیسمی و افزایش وزن شوند.

از نظر اثر بخشی بر HbA1C همانند مت فورمین موثر هستند. گلی بنکلامید دفع کبدی و کلیوی دارد و در نارسایی کلیوی تجویز نمی‌شود. هرچه از مدت زمان شروع دیابت بگذرد، میزان پاسخ دهی پانکراس به این دسته از داروها کاهش می‌یابد.

رپاگلیناید: این دارو سبب افزایش ترشح انسولین می‌شود. رپاگلیناید می‌تواند منجر به ایجاد هیپوگلیسمی و افزایش وزن گردد. از نظر اثر بخشی بر HbA1C همانند مت فورمین و سولفونیل اوره ها است. این دارو اکثراً دفع کبدی داشته و در نارسایی کلیه قابل استفاده است. این دارو شروع اثر سریع داشته و قبل وعده غذایی مصرف می‌شود و در صورت عدم مصرف وعده غذا، از مصرف دارو باید خودداری کرد. این دارو دارای طول اثر کوتاه بوده و احتمال هیپوگلیسمی با آن کمتر از احتمال هیپوگلیسمی با سولفونیل اوره ها است.

آکاربوز: این دارو مهار کننده آنزیم آلفا گلیکوزیداز (آنزیمی که قندهای پلی ساکارید را در پرزهای روده به قندهای مونوساکارید تبدیل می‌کند) است. بیشترین اثر دارو در کاهش قند خون بعد از غذا است. HbA1C را به میزان ۰/۸٪ – ۰/۵٪ کاهش می‌دهد.

مهمترین عارضه دارو نفخ و اسهال است. احتمال هیپوگلیسمی با آکاربوز بسیار پایین است. این دارو با اولین لقمه غذا مصرف می‌شود.

	شماره ۴۲	خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان	
---------------	-----------------	--	---------------

پیوگلیتازون: سبب کاهش مقاومت به انسولین می‌شود و مصرف گلوکز را افزایش می‌دهد و قند خون ناشتا و انسولین خون را کاهش می‌دهد. اثر این دارو بر A1C بیشتر از آکاربوز و کمتر از سولفونیل اوره یا متفورمین است.

مهمترین عارضه پیوگلیتازون، عارضه کبدی است که بیمار باید مانیتور شود. این دارو می‌تواند افزایش خفیف وزن و ادم محیطی به علت احتباس مایع ایجاد کند. پیوگلیتازون TG را کاهش می‌دهد. ولی LDL و HDL را مقدار کمی افزایش می‌دهد. شروع اثر دارو آهسته و در طی ۴ – ۲ هفته است. این دارو در بیماران با بیماری کبدی و نارسایی قلبی نباید استفاده شود.

اگزنتساید: آنالوگ GIP-1 است. این دارو منجر به افزایش تولید انسولین و کاهش تولید گلوکاگون شده و حرکات لوله گوارش را آهسته می‌کند. این دارو اشتها را کاهش داده و ۱/۵ – ۵ کیلوگرم وزن را کم می‌کند. شایعترین عارضه دارو تهوع است.

این دارو هنگام استفاده با مت فورمین یا سولفونیل اوره‌ها، A1C را به میزان ۱٪ – ۰/۸٪ کاهش می‌دهد. این دارو به صورت زیر جلدی یک ساعت قبل صبحانه و شام استفاده می‌شود و در کلیرانس کراتینین زیر ۳۰ منع مصرف دارد.

سیتاگلیپتین: این دارو آنزیم DPP-4* که مسئول متابولیسم GLP-1** است را مهار می‌کند. ولی اثر تأخیری بر تخلیه لوله گوارش ندارد. دارو اثری بر اشتها و وزن بدن ندارد.

HbA1C را به میزان ۰/۷ – ۰/۶٪ کاهش می‌دهد. در اختلالات کلیوی نیاز به تنظیم دوز دارو است. سیتاگلیپتین ریسک عفونت را برای فرد افزایش می‌دهد.

پرامیلیتاید: آنالوگ آمیلین است. این دارو منجر به کاهش ترشح گلوکاگون از پانکراس، کاهش حرکات دستگاه گوارش و کاهش اشتها می‌شود. وزن را حدود ۲ کیلوگرم کاهش می‌دهد. HbA1C را ۰/۶٪ – ۰/۳٪ کاهش می‌دهد. تجویز دارو به صورت زیر جلدی قبل از هر وعده غذایی انجام می‌شود. در دیابت نوع یک، زمانی که با تجویز انسولین قند کنترل نشود، به انسولین رژیم درمانی اضافه می‌شود. در دیابت نوع ۲ هم قابل استفاده است. این دارو می‌تواند منجر به عوارض گوارشی و هیپوگلیسمی می‌شود.

References:



Koda – kimble and young's Applied therapeutics: the clinical use of drugs. Tenth edition
American Diabetes Association 2013
(*Dipeptidyl peptidase-4,** Glucagon-like peptide-1)

گردآورنده: دکتر حمید رضا معصومی (دستیار داروسازی بالینی)

