

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان



معاونت غذا و دارو

مرکز آموزشی درمانی شفا



سال هشتم - شماره ۹۶ آبان ماه ۱۳۹۶

بنام خدا

الهی!

اگر می‌آزمایی، توان و تحمل مان را زیاد کن

اگر می‌آموزی، ادراک مان را وسعت بده

اگر می‌نخشی، ظرفیت مان را افزایش بده

آمین

نشریه مرکز مراقبت‌های دارویی- شماره نود و شش آبان ماه ۱۳۹۶

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شماره تلفن‌های معاونت غذا و دارو ۱۸-۰۳۴۳۱۳۲۵۹۱۵

واحد تمقیق و توسعه ۰۳۴۳۱۳۲۵۹۰۸

شماره پیامک معاونت غذا و دارو ۱۰۰۰۳۴۱۲۱۰۵۶۲۰

تنظیم و جمع‌آوری : دکتر ممبوه وفائی

مرکز آموزشی درمانی شفا

نشانی : کرمان میدان کوثر - بلوار کوثر

تلفن ۳۲۱۱۵۷۸۰



در این شماره:

- ۴ راهنمای مصرف داروهای تزریقی (۲۹)
- ۶ داروشناسی درمان بیماری های تخریب پیشرونده عصبی (۱)
- ۹ کنترل قند خون در بیماران بستری
- ۱۴ دانستنی هایی درباره کارباینم ها و تی پنم پیووکسیل (کارباینم خوراکی)
- ۱۷ دارو درمانی ترک سیگار
- ۱۸ تازه های پزشکی
- ۲۱ چند نکته کاربردی
- ۲۲ تداخلات دارویی
- ۲۴ معرفی داروهای جدید
- ۲۶ معرفی دارو
- ۲۸ معرفی گیاهان دارویی
- ۳۱ زنگ تفریح

راهنمای مصرف داروهای تزریقی (۲۹)

* مسنا Mesna

جلوگیری کننده از آسیب کلیوی ناشی از داروهای ضد نئوپلاسم

شکل دارویی: ویال ۴۰۰mg/۴ml

نمونه تزریق وریدی:

400mg/4ml+ 16 mlD5W or N.S=20mg/ml

سرعت تزریق: هر دوز منفرد طی یک دقیقه

انفوزیون وریدی: غیرقابل استفاده به صورت انفوزیون وریدی

توضیحات: -با کلیه سرمها سازگار است.

-باقیمانده دارو باید دور ریخته شود.

-بروز تهوع با اسهال را گزارش کنید

بعد از تزریق بیمار طعم نامطلوبی در دهانش حس می کند.

* متوکاربامول Methocarbamol

شل کننده عضلات اسکلتی

شکل دارویی: آمپول ۱۰۰۰mg/۱۰ml

نمونه تزریق وریدی: نیازی به رقیق کردن نمی باشد.

سرعت تزریق: ۳۰۰ mg/min

انفوزیون وریدی:

1000mg/10ml + 90 ml D5W or N.S= 10 mg/ml

سرعت تزریق: طی ۳ ساعت

دوز بزرگسالان: یک گرم روزانه تا حداکثر سه گرم

دوز اطفال: ۱۵mg/kg روزانه

توضیحات: -جهت جلوگیری از بروز هیپوتانسیون ارتواستاتیک، بیمار باید حداقل تا ۱۵ دقیقه بعد از تزریق وریدی دارو تغییر وضعیت ندهد.

-به بیمار توضیح دهید رنگ ادرارش سیاه، قهوه‌ای یا سبز خواهد شد.

-نباید همراه آنتی هیستامین‌ها، مخدرها و آرامبخش‌ها تجویز گردد.

عوارض جانبی: آنافیلاکسی، تشنج

* متیلن بلو Methylene Blue

آنتی دوت مسمومیت با سیانید

شکل دارویی: آمپول ۱۰۰mg/۱۰ml

نمونه تزریق وریدی: نیازی به رقیق کردن نیست

دوز و سرعت تزریق: طی پنج دقیقه ۱-۲ mg/kg

در صورت نیاز دوز یاد شده هر یک ساعت تا حداکثر دوز روزانه ۷ mg/kg تکرار می شود.

انفوزیون وریدی: غیر قابل تزریق بصورت انفوزیون

توضیحات: هموگلوبین و هماتوکریت بیمار باید دقیق کنترل شود.

*متیل ارگونوین Methylergonovine Maleate

پیشگیری و درمان خونریزی بعد از زایمان ناشی از آتونی رحم

شکل دارویی: آمپول ۰/۲ mg/ml

نمونه تزریق وریدی: نیازی به رقیق کردن نیست.

سرعت تزریق: ۰/۲ mg/min

انفوزیون وریدی: غیر قابل تزریق بصورت انفوزیون

توضیحات: -تزریق سریع دارو موجب تهوع و استفراغ شدید می شود.

-دارو قبل از زایمان یا خروج جفت نباید به کار برده شود.

- باقیمانده دارو دور ریخته شود.

-در طول تزریق باید فشارخون بیمار مانیتور گردد.

*متیل پردنیزولون سوکسینات Methylprednisolone Sodium Succinate

آدرنوکورتیکوسترئوئید، گلوکوکورتیکوئید

شکل دارویی: ویال ۵۰۰ mg

نمونه تزریق وریدی: -پس از حل کردن با حلال تهیه شده توسط کارخانه سازنده با سرعت ۵۰ mg/min دارو را تزریق کنید.

حداکثر ۱۲۵ mg بصورت تزریق مستقیم وریدی قابل تزریق است.

بالغین: ۴۰-۱۰ mg از راه وریدی هر ۴-۶ ساعت

انفوزیون وریدی:

500mg/vial+100ml N.S or D5W = 5 mg/ml

سرعت تزریق: طی ۶۰ دقیقه

بالغین: ۳۰ mg/kg هر ۴-۶ ساعت به مدت ۴۸-۷۲ ساعت

کودکان: ۰/۵ mg/kg/day

توضیحات: فقط نوع Succinate قابل تزریق وریدی است.

-با محلول های دکستروز ۵٪ و نرمال سالین سازگار است.

-ویال حل شده تا ۴۸ ساعت پایدار است.

عوارض جانبی: هیپوکالمی، هیپرگلیسمی

منبع: راهنمای جامع مصرف داروهای وریدی - بیاتریس ترکوفسکی

داروشناسی درمان بیماری های تخریب پیشرونده عصبی (۱)

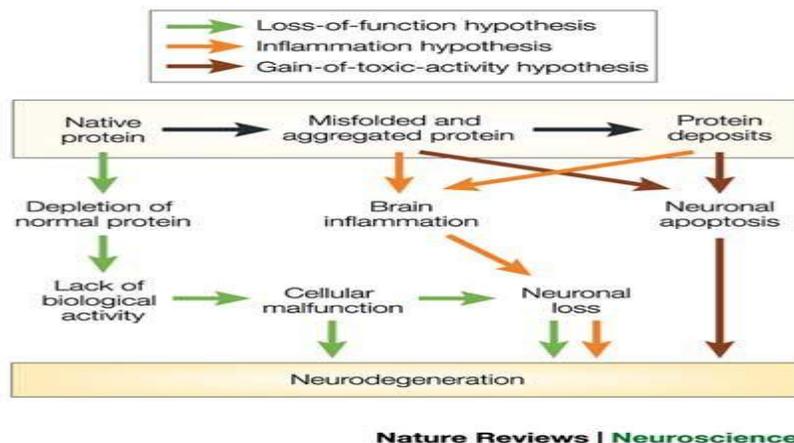
بیماری های نورودژنراتیو یا تباهیدگی عصبی، به صورت پیشرونده ای باعث تخریب برگشت ناپذیر نورون ها در بخش های مشخصی از مغز می شوند.

نمونه های شاخص این بیماری ها عبارت است از:

- ✓ پارکینسون و هانتینگتون که با عدم توانایی کنترل حرکات بدن شناخته می شوند.
 - ✓ آلزایمر که با اختلال در حافظه و توانایی شناختی همراه است.
 - ✓ اسکروز جانبی آمیوتروفیک یا ALS که منجر به از دست رفتن تدریجی عملکرد عضلات می گردد.
- متأسفانه بسیاری از داروهایی که برای درمان این بیماری ها تجویز می شوند، قادر به جلوگیری از روند پیشرفت بیماری نیستند و فقط باعث بهبود علائم می شوند.

پرمصرف ترین داروهای این خانواده، داروهای ضد پارکینسون هستند که با مکانیسم های زیر باعث بهبود بیماری می شوند:

- تولید دوپامین را افزایش می دهند، مانند: لوودوپا، آمانتادین
- جلوی تجزیه دوپامین و لوودوپا را می گیرند. به ترتیب مانند: سلزیلین و انتاکاپون
- رسپتور دوپامین در مغز را تحریک می کنند، مانند: آپومورفین و پرامپیکسول
- علائم پارکینسون نظیر سفتی عضلانی و لرزش را کاهش می دهد، مانند: بنزتروپین



ضد پارکینسون-افزایش دهنده دوپامین

Levodopa
 Levodopa+ carbidopa
 Levodopa+ carbidopa+entacapon

یکی از علل بیماری پارکینسون این است که نواحی خاصی از مغز توانایی خود برای تولید دوپامین را از دست می دهد. با توجه به اینکه دوپامین توانایی ورود به مغز را ندارد، پی ساز آن که لوودوپا نامیده می شود و قادر به ورود به مغز است، به صورت دارو به بیمار داده می شود، تا در مغز به دوپامین تبدیل شود.

البته این تبدیل در سبب نقاط بدن از جمله دستگاه گوارش هم می تواند اتفاق بیفتد و عوارض جانبی دوپامین (بی اشتهاپی و تهوع)

را به وجود آورد.

معمولا داروی لوودوپا در ترکیب با ماده کربی دوپا عرضه می شود. کربی دوپا جلوی تبدیل لوودوپا به دوپامین را در سایر نقاط بدن به غیر از مغز می گیرد تا عوارض دوپامین کمتر مشاهده شود.

ترکیب داروی لوودوپا با داروی انتاکاپون، جلوی تجزیه آن را می گیرد و دوام اثر لوودوپا را افزایش می دهد. البته ممکن است بعضی از عوارض جانبی مانند دیسکنزی را هم افزایش دهد.

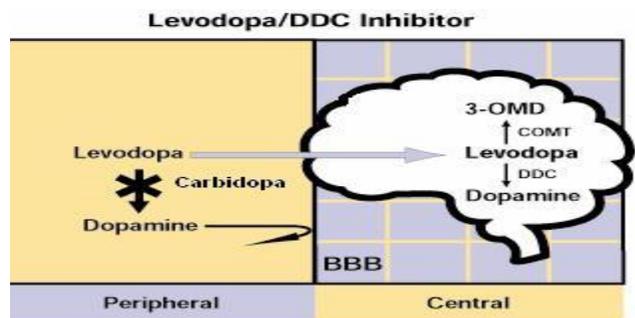
ترکیب سه تایی لوودوپا+ کربی دوپا+ انتاکاپون، میزان مصرف لوودوپا مورد نیاز را به یک دهم کاهش می دهد و در ضمن عوارض جانبی محیطی آن را هم ایجاد نمی کند.

از بین چهار مشخصه اصلی بیماری پارکینسون که عبارت است از: سفتی عضلانی، کندی حرکات، لرزش دست و پا در حالت استراحت و عدم تعادل، داروی لوودوپا بیشتر باعث بهبود عارضه کندی حرکات ناشی از این بیماری می شود.

معمولا اثر بخشی داروی لوودوپا بعد از ۳ تا ۴ سال مصرف کاهش پیدا می کند(احتمالا به دلیل از بین رفتن رسپتورهای دوپامین در مغز) به همین دلیل مطلوب تر است که برای جلوگیری از کاهش تدریجی پاسخ به لوودوپا، این داروها با دوزهای پایین به همراه یک داروی آگونیست رسپتور دوپامین (مانند: پرامیپکسول) مورد تجویز قرار گیرد.

رعایت یک دوره ۳ تا ۲۱ روزه قطع مصرف دارو، می تواند پاسخ به آن را بهبود بخشد. البته در این حالت باید به عوارض ناشی از بی حرکتی(پنومونی، ترومبوز وریدی و آمبولی ریوی) توجه داشت.

دوز مصرفی داروی لوودوپا باید در طول زمان تدریجی کاهش داده شود تا عوارض جانبی دارو برای بیمار قابل تحمل گردد.



عوارض جانبی داروی لوودوپا را می توان به دونوع سریع و تاخیری تقسیم بندی نمود. عوارض حرکتی ناشی از دارو، معمولا در مصارف بلند مدت و بقیه عوارض جانبی ممکن است بلافاصله بعد از آغاز درمان مشاهده شود.

!! یکی از شایع ترین عوارض جانبی داروی لوودوپا به خصوص نوع کربی دوپا، تهوع و استفراغ است.

تقسیم مصرف دارو به چند دوز در طول روز و همینطور استفاده از آنتی اسیدها یا داروی دمپریدون، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از مصرف لوودوپا، می تواند این عارضه را کاهش دهد.

البته باید توجه داشت که مصرف فنوتیازین ها برای رفع این عارضه مجاز نیست، چون ممکن است دارو را بی اثر کند و باعث وخامت بیماری شوند.

!! آرتیمی قلبی، تشدید نقرس، گشادی مردمک چشم، گرگرفتگی، اختلالات خلقی، عدم تشخیص بو یا مزه، نعوظ دائم، قهوه ای شدن بزاق، ادرار و ترشحات واژینال، از جمله عوارض جانبی لوودوپا محسوب می شود.

!! دو عارضه جانبی مهم و خاص داروی لوودوپا که در مصارف طولانی مدت بروز می کند، دیسکینزی و پدیده on-off می باشد.

*دیسکینزی یا حرکت پریشی، به معنی کندی حرکات ارادی یا حرکات مکرر غیر ارادی مانند تیک در صورت و اندام است. این عارضه معمولاً، در اوایل درمان مشاهده نمی‌شود. اما اغلب دو سال بعد از آغاز درمان با لوودوپا (به ویژه دوزهای بالا) بروز می‌کند. حدود ۸۰٪ از افرادی که داروی لوودوپا را به مدت ۱۰ سال مورد استفاده قرار می‌دهند، به این عارضه مبتلا می‌شوند.

*پدیده on-off یا روشن-خاموش، به این صورت است که طی چند دقیقه تا چند ساعت، اثر دارو از دست می‌رود و بیمار با عوارضی مثل کندی حرکت و سفتی عضلات مواجه می‌شود و سپس به طور ناگهانی، اثر دارو برمی‌گردد. حالت خاموش ممکن است آنقدر سریع اتفاق بیفتد که فرد در حال پیاده روی عادی، ناگهان به زمین می‌خکوب شود، یا زمانی که خیلی عادی روی صندلی نشسته، ناگهان توانایی بلند شدن نداشته باشد.

در زمانی که حالت خاموش دارو بروز می‌کند، یکی از درمان‌های موثر، تزریق زیر پوستی داروی آپومورفین است. با پیشرفت بیماری پارکینسون، توانایی نورون‌های مغز برای ساخت دوپامین؛ کاهش پیدا می‌کند و بیمار به دوپامینی که بواسطه‌ی لوودوپا در خارج نورون‌ها ساخته می‌شود، وابسته می‌گردد؛ لذا هرگونه نوسانی در غلظت خونی لوودوپا می‌تواند باعث بروز دیسکینزی یا پدیده on-off شود.

به همین دلیل یکی از راه‌های مقابله با این عوارض، ساخت فرآورده‌های آهسته‌رهش لوودوپا و راه حل دیگر، ترکیب کردن این دارو با عوامل جلوگیری کننده از تجزیه دوپامین مانند اتاکاپون است.

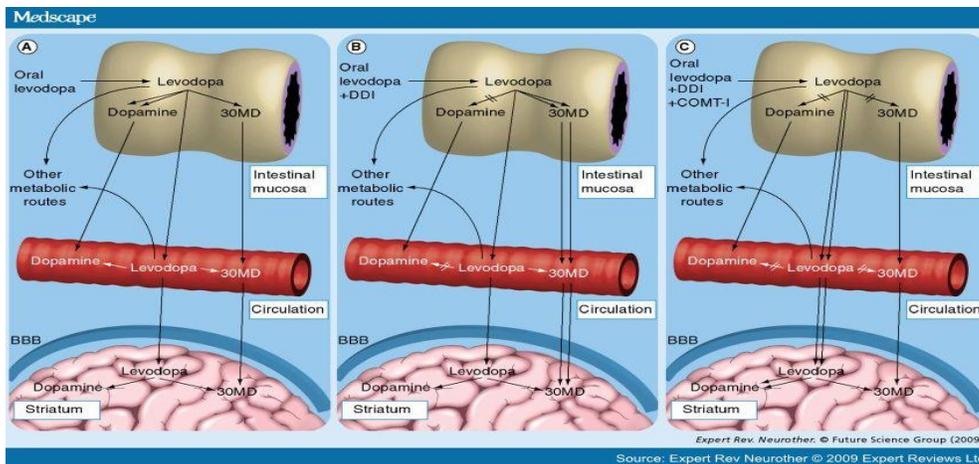
!! مصرف این دارو به همراه غذا جذب و اثربخشی آن را کاهش می‌دهد، به همین دلیل حتماً به بیمار توصیه شود که دارو را ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از غذا میل نماید.

!! مصرف داروی لوودوپا ممکن است باعث مثبت شدن تست کومبس (آزمایش تشخیصی بیماری‌های همولیتیکی) بالا رفتن نیتروژن ادرار و همینطور افزایش ترانس آمیناز، آلکالن فسفاتاز و بیلی‌روبین در خون شود.

!! مصرف ویتامین B₆ به همراه داروهای لوودوپا (به ویژه نوع تنهای آن) اثربخشی دارو را کاهش می‌دهد.

مصرف همزمان با داروهای MAOI (مانند: سلژیلین) به همراه لوودوپا، می‌تواند منجر به بحران فشارخون شود.

■ تجویز لوودوپا برای مبتلایان به سایکوز، بیماری‌های قلبی، زخم معده فعال، گلوکوم زاویه بسته و همینطور بیماران با سابقه ملانوم ممنوع است.

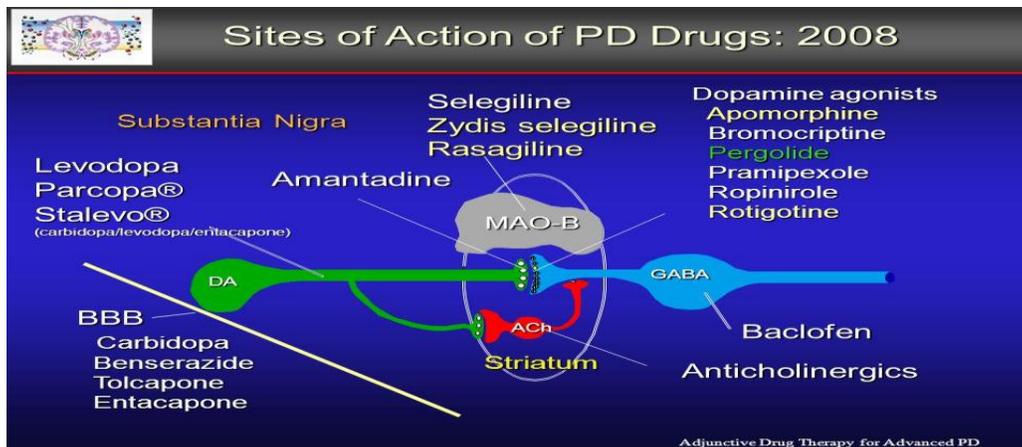


افزایش دهنده دوپامین

Amantadine

این داروی ضد ویروس که معمولاً، به منظور پیشگیری و درمان آنفلونزا نوع A مورد مصرف قرار می‌گیرد، در صورت تجویز برای بیماران مبتلا به پارکینسون، منجر به بهبود کندی حرکات، سفتی عضلات و لرزش ناشی از این بیماری می‌شود. آمانتادین با

تحریک تولید دوپامین در پایانه های عصبی و همینطور ممانعت از باز جذب آن، میزان این ماده در مغز را افزایش می دهد. احتمالا، این دارو روی رسپتور دوپامین نیز اثر آگونیست دارد. اثربخشی، دوام اثر و همینطور عوارض جانبی آمانتادین از لوودوپا کمتر است. آمانتادین نه تنها عارضه ی جانبی دیسکینزی را از خود نشان می دهد، بلکه در صورت مصرف توام با لوودوپا، می تواند دیسکینزی ناشی از آن را نیز کاهش دهد. *اثر بخشی داروی آمانتادین به مرور زمان کاهش پیدا می کند. *سررد، بی قراری، افسردگی، تحریک پذیری، بی خوابی، بی اشتها، توهم، احتباس ادرار، یبوست و خشکی دهان از عوارض جانبی داروی آمانتادین محسوب می شود. ■ این دارو باید در بیماران با سابقه تشنج و نارسایی قلبی با احتیاط مصرف شود.



ادامه دارد.....

کنترل قند خون در بیماران بستری

دیابت، بیماری مزمنی است که در اثر کمبود نسبی یا فقدان انسولین ایجاد می گردد. مشخصه بالینی این بیماری شامل عدم تحمل گلوکز علامت دار می باشد که منجر به هیپرگلیسمی و تغییر در متابولیسم لیپید و پروتئین می گردد. در طولانی مدت، این اختلالات متابولیک منجر به بروز مشکلاتی مانند ریتینوپاتی، نفرروپاتی و نوروپاتی می گردد. تقریبا ۵ تا ۱۰ درصد بیمارانی که دیابت آن ها تشخیص داده می شود، مبتلا به دیابت نوع ۱ هستند که معمولا در نتیجه تخریب اتوایمیون سلول های β پانکراس ایجاد می گردد. اکثر بیماران دیابتی، مبتلا به دیابت نوع ۲، یک اختلال هتروژن، می باشند که به وسیله چاقی، اختلال عملکرد سلول های β ، مقاومت به عملکرد انسولین، و افزایش تولید گلوکز توسط کبد شناخته می شود.

تعاریف

*انسولین پایه (basal)

سطح پایه انسولین مورد نیاز بدن را تامین کرده و حدود ۵۰٪ دوز انسولین روزانه را تشکیل می دهد. جهت تامین انسولین پایه معمولا از انسولین NPH (به نسبت ۲/۳ دوز صبح و ۱/۳ دوز عصر) استفاده می گردد. همچنین می توان از انسولین گلازین به صورت یک بار در روز استفاده کرد.

*انسولین قبل از غذا (prandial)

هیپرگلیسمی ناشی از صرف غذا را کنترل کرده و نیم ساعت قبل از هروعه غذایی (۳ بار در روز) تجویز می گردد. بدین منظور

معمولا از انسولین رگولار استفاده می شود. می توان از انسولین های سریع الاثر (glulisin, aspart, lispro) به صورت بلافاصله قبل از غذا نیز استفاده کرد.

*دوز تصمیمی انسولین (correction dose)

نیم ساعت قبل از صرف غذا سطح قندخون اندازه گیری می شود. در صورتی که کمتر از 150 mg/dl باشد، نیازی به تجویز دوز تصحیحی نیست. در صورتی که قندخون بالاتر از 150 mg/dl باشد، دوز تصحیحی می باید بر طبق دستورالعمل ذیل به دوز انسولین پرانندیال (پیش از غذا) بیمار اضافه شود. جهت اضافه کردن دوز تصحیحی به انسولین پرانندیال باید از همان نوع انسولین پرانندیال استفاده گردد. (جدول ۱)

*قندفون هدف قبل از غذا: کمتر از 140 mg/dl

Low dose algorithm: برای اغلب بیماران دیابت نوع ۱، افراد لاغر یا بیمارانی که کمتر از ۴۰-۳۰ واحد انسولین در روز نیاز دارند، و یا بیمارانی که بیشتر مستعد هایپوگلیسمی هستند، استفاده می گردد.

Medium Dose Algorithm: برای بیماران دیابت نوع ۲، افراد چاق و بیمارانی که بین ۴۰ تا ۱۰۰ واحد انسولین در روز نیاز دارند، استفاده می گردد.

جدول ۱- دوزها انسولین براساس سطح قندفون

دوز تصمیمی انسولین			قندفون قبل از غذا (mg/dl)
high dose algorithm	medium dose algorithm	low dose algorithm	
۴ واحد	۲ واحد	۱ واحد	۱۵۰-۱۹۹
۸ واحد	۴ واحد	۲ واحد	۲۰۰-۲۴۹
۱۲ واحد	۶ واحد	۳ واحد	۲۵۰-۲۹۹
۱۶ واحد	۸ واحد	۴ واحد	۳۰۰-۳۴۹
۲۰ واحد	۱۰ واحد	۵ واحد	<۳۵۰

High Dose Algorithm: برای برخی از بیماران دیابت نوع ۲ با مقاومت شدید به انسولین، بیمارانی که بسیار چاق هستند، و یا بیمارانی که بیش از ۱۰۰ واحد در روز انسولین نیاز دارند، استفاده می گردد.

۱-اهداف درمانی برای تنظیم سطح گلوکز خون

اهداف تنظیم قند خون در بیمارانی (غیر از بیماران بستری در ICU) که دچار هایپرگلیسمی هستند، به صورت زیر تعیین می گردد:

*قند خون قبل از غذای بیمار کمتر از 140 mg/dl و قند خون راندم کمتر از 180 mg/dl

* توصیه می شود که قند خون بیمار کمتر از $100-90 \text{ mg/dl}$ نباشد.

*در صورتی که پس از شروع درمان با انسولین، قند خون بیمار به کمتر از 100 mg/dl رسید، لازم است که رژیم انسولین بیمار تحت ارزیابی مجدد قرار گیرد و در صورتی که به کمتر از mg/dl برسد، تغییر رژیم انسولین بیمار ضروری است.

در افراد مسن و کسانی که مبتلا به Comorbidity های شدید هستند، و در کسانی که ریسک بروز هایپوگلیسمی ممکن است بیشتر از فواید درمان باشد، بهتر است اهداف درمانی کنترل قند خون کمی بالاتر از اعداد ذکر شده در نظر گرفته شود.

در بیمارانی که از انفوزیون وریدی انسولین جهت کنترل قندخون آنها استفاده می گردد، لازم است هدف درمانی قند خون بیمار بین $140-180 \text{ mg/dl}$ در نظر گرفته شود.

توجهات ویژه

*قند خون بیمار را صبح ناشتا، نیمساعت قبل از ناهار و شام و شب هنگام خواب اندازه گیری کنید.

*اگر قند خون قبل از غذا بیشتر از 250 mg/dl باشد، تعیین میزان کتون ادراری درخواست گردد.

* اگر بیمار کمتر از قبل، غذا می خورد؛ انسولین پرانندیال نیاز به کاهش دوز دارد ولی معمولاً چون اکثر بیماران دیابتی در بیمارستان تحت استرس قابل توجه متابولیک هستند (عفونت، مصرف کورتیکواستروئید و ...) اغلب ممکن است حتی به دوزهای بالاتر انسولین پرانندیال (علیرغم مصرف کمتر غذا) نیاز داشته باشند.

* در صورت بهبود بیماری زمینه ای، حساسیت به انسولین ممکن است سریعاً تغییر یابد.

۲- هایپوگلیسمی

در صورتی که قند خون بیمار از 60 mg/dl باشد:

- * اگر بیمار قادر به مصرف خوراکی می باشد، ۱۵ گرم کربوهیدرات سریع الاثر تجویز گردد.
- * اگر بیمار قادر به مصرف خوراکی نمی باشد، ۲۵ سی سی دکستروز ۵۰٪ به صورت انفوزیون سریع تجویز گردد.
- * قند خون بیمار هر ۱۵ دقیقه کنترل شود.

۳- بیماران دیابت نوع ۱ و سایر بیماران تحت درمان با انسولین

* درمان با انسولین در تمام بیمارانی که قبل از بستری، تحت درمان با انسولین بوده اند باید ادامه داده شود.

* بیماران دیابت نوع ۱ حتی اگر غذایی مصرف نمی کنند، به انسولین پایه برای جلوگیری از کتوزیس نیاز دارند.

* نوسانات قندخون در بیماران دیابتی نوع ۱ بیشتر از بیماران دیابتی نوع ۲ است.

* در بیمارانی که تحت درمان با انسولین NPH و رگولار بوده اند، زمانی که در بیمارستان غذایی مصرف نمی کنند، انسولین رگولار نباید تجویز شود (مگر اینکه بیمار دچار هیپوگلیسمی واضح به صورت قندخون بالاتر از $250-200 \text{ mg/dl}$ در صبح باشد، که در این موارد دوزهای کمی از انسولین رگولار با هدف قندخون کمتر از 180 mg/dl باید برای بیمار تجویز شود). در این بیماران می توان انسولین NPH را با $1/2$ تا $3/4$ دوز قبلی که بیمار دریافت می کرده است، ادامه داده (البته در صورتی که قندخون صبحگاهی بیمار کمتر از 120 mg/dl نباشد) و متعاقباً دوز را تنظیم کرد.

* در بیمارانی که انسولین گلازژین را به عنوان انسولین پایه استفاده می کرده اند و در حال حاضر در بیمارستان غذایی مصرف نمی کنند توصیه می شود برای شروع، دوز انسولین گلازژین آن ها ۲۰ درصد کاهش یابد.

* در بیمارانی که به هر دلیلی نظیر آمادگی جهت یک پروسه تشخیصی، یک یا چند وعده غذایی خود را مصرف نکنند، نباید انسولین های پرانندیال جهت آن وعده های غذایی تزریق شود.

در شکل ۱، الگوریتم راهنمای کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ یا بیماران نیازمند دریافت انسولین، ارائه شده است.

۴- بیماران دیابت نوع ۲

به طور کلی، انسولین درمان انتخابی هیپوگلیسمی در بیماران بستری در بیمارستان - حتی در کسانی که قبل تحت درمان با داروهای پایین آورنده قند خون خوراکی بوده اند، می باشد. در شرایط زیر می توان درمان هیپوگلیسمی بیماران را با داروهای خوراکی ادامه داد:

* در بیمارانی که قبل از بستری با رژیم داروهای خوراکی خود به خوبی تحت کنترل بوده اند، غذا می خورند و تغییر زیادی در شرایط بیماری یا تغذیه ای آن ها مورد انتظار نیست. همین طور منع مصرفی برای داروهای خوراکی در آن ها وجود ندارد.

* در بیماران بستری که تحت رژیمی با محدودیت کالری قرار گرفته اند، کاهش متوسط دوز داروهای خوراکی باید در نظر گرفته شود.

* در بیمارانی که تحت درمان با داروهای خوراکی هستند اما در زمان بستری، قندخون آن ها خیلی بالا باشد و یا در طول بستری، قندخون آن ها از کنترل خارج شود، باید درمان با انسولین آغاز شود.

* در صورتی که منع مصرفی برای داروها وجود داشته باشد، به هر حال این داروها باید قطع شوند.

در شکل ۲، الگوریتم راهنمای کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، ارائه شده است.



شکل ۱- الگوریتم کنترل قندخون در بیماران نیازمند انسولین



شکل ۲- الگوریتم کنترل قند خون در بیماران دیابت نوع ۲

۵- موارد منع مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون

الف- متفورمین: در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه (مردان با سطح کراتینین سرم بالاتر از ۱/۵ و زنان با سطح کراتینین سرم بالاتر از ۱/۴) و در بیماران مبتلا به اختلال همودینامیکی، به خاطر افزایش ریسک لاکتیک اسیدوز، متفورمین نباید استفاده شود. همین

طور در بیماران با نارسایی قلبی - ریوی حاد، نارسایی حاد کلیه، دهیدراسیون، sepsis، شرایط هایپوپرفیوژن، بیماران بسیار مسن، انسدادهای مجاری ادرار و بیمارانی که قرار است تحت عمل جراحی و یا عکس برداری با مواد حاجب قرار گیرند نیز متفورمین منع مصرف دارد.

ب- سولفونیل اوره ها (گلی بن کلامید، گلی کلایید، گلی پیزاید)

به طور کلی مصرف سولفونیل اوره ها معمولا باید در بیماران بستری (حتی به صورت موقتی) قطع گردد.

ریسک بروز هایپوگلیسمی با این داروها در بیماران بستری می تواند شدید و طولانی باشد. بنابراین خصوصا در بیمارانی که تغذیه منظم ندارند، نباید در طول زمان بستری استفاده شوند.

ج- تیازولیدین دیون ها (بیوگلیتازون، روزیگلیتازون)

در بیماران با ریسک بروز ادم، و بیماران با نارسایی قلبی نباید استفاده شوند.

*اثرات پایین آورنده قندخون (همین طور اثرات احتباس مایعات) با این دسته دارویی پس از قطع آن ها تا هفته ها باقی می ماند و بنابراین قطع موقتی درمان با آن ها احتمالا اثرات اندکی در تنظیم قند خون بیماران دارد.

د- ریپاگلاناید

در بیماران با بیماری های ایسکمیک قلبی حاد باید با احتیاط مصرف شود.

*این دارو با مکانیسمی شبیه سولفونیل اوره ها عمل کرده و باعث ترشح انسولین می شود، با این تفاوت که طول اثر کوتاه تری داشته و بنابراین اثرات پایین آورندگی قند خون پس از غذا با این دارو ممکن است حداقل بصورت تئوریک فوایدی در بیماران بستری داشته باشد. ادامه دارد

منبع: کتاب پروتکل های دارودرمانی بالینی - دکتر خلیلی، دکتر دشتی، دکتر سادات بدری

دانستنی های درباره کارباپنم ها و تیبی پنم پیوهو کسپیل (کارباپنم فوراکس)

۱- کارباپنم ها (Carbapenems) گروهی از آنتی بیوتیک های بتا-لاکتام هستند که وسیع ترین طیف ضدباکتری و بیشترین قدرت علیه باکتری های گرم مثبت و گرم منفی را دارند و از اسلحه های مهم انسان برای درمان عفونت های شدید می باشند. این داروهای ضد باکتری، بطور غالب به عنوان آخرین اقدام (Laser Resort Or Last Line) در بیمارانی مصرف می شوند که عفونت شدید داشته و یا مظنون به آلودگی با باکتری های مقاوم هستند.

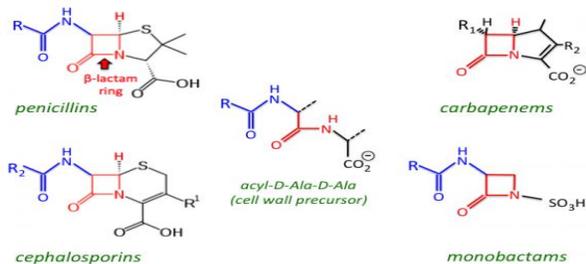
۲- کاربانم ها در برابر هیدرولیز توسط اغلب بتالاکتامازها پایدار هستند ولی ظهور پاتوزن های MDR (مقاوم به چند دارو) سودمندی این داروهای نجات بخش (life saving) را تهدید می کند. علی رغم پیدا شدن اورگانیزم های مولد ESBLs (extend-spectrum beta-lactamase) کاربانم ها هنوز در درمان عفونت ها نقش مهمی دارند و بیش از ۲۰ سال است که این داروها نقش سودمند در درمان عفونت های ناشی از سودوموناس آئروژینوزا دارند. با پیدایش پاتوزن های مقاوم، امروزه نیاز به استفاده از مقادیر مصرفی بیشتر کاربانم ها می باشد که هم هزینه درمان و هم وقوع عوارض ناشی از این داروها را افزایش می دهد.

متاسفانه، باکتری های گرم منفی سودوموناس آئروژینوزا، انواع آسینوباکترها، آنتروباکتریاسه ها مثل کلبیسلاها و اشرشیاکلی و باکتری های گرم مثبت مثل انواع استافیلوکوک ها، استرپتوکوک ها و آنتروکوکسی ها و نوکاردیها در حال مقاوم شدن به کاربانم ها هستند.

۳- کاربانم ها ساختار شیمیایی مشابه پنی سیلین ها را دارند به این معنی که در حلقه ۴ ضلعی بتا-لاکتام خود، یک حلقه پنج ضلعی دارند، با این تفاوت که بین کربن های شماره ۲ و ۳ کاربانم ها یک پیوند مضاعف وجود داشته و در موقعیت ۱ مولکول کاربانم ها به جای گوگرد در پنی سیلین ها، کربن جایگزین شده است.

۴- مکانیسم های بروز مقاومت به کاربائیم ها شامل بتالاکتامازها، تولید پمپ efflux و موتاسیون که منجر به تغییر در عمل کرد پورین ها و PBPs می شود. توضیح این که کاربائیم ها برای تاثیر در باکتری های گرم منفی از طریق پورین های موجود در غشای خارجی (OMPs) این اورگانیزم ها وارد ساختار باکتری می شوند. PBPs آنزیم های کاتالیز کننده تولید پپتید . گلی کان در سلول باکتری ها هستند که آنتی بیوتیک های بتا-لاکتام پس از رسیدن به حریم داخل باکتری باعث استیل شدن PBPs می شوند.

۵- کاربائیمازها (Carbapenemases) بتالاکتامازهای ویژه ای هستند که توانایی هیدرولیز کردن کاربائیم ها را دارند و به نظر می رسد که مکانیسم اصلی برای بروز مقاومت به کاربائیم ها



باشند. در سال های اخیر انواع آنزیم های کاربائیماز A، کاربائیماز B (متالوبتالاکتاماز)، کاربائیمازهای گروه D شناسایی شده اند. آنزیم های بتالاکتاماز، آنزیم های Periplasmic هستند که با هیدرولیز بتالاکتام ها، از رسیدن آن ها به هدف BPB جلوگیری می کنند.

۶- کاربائیم های مختلف موجود در بازار مصرف شامل ایمی پنم، پانی پنم، ارتاپنم، مروپنم، بیاپنم، دوری پنم به صورت استریفیه شده (تبی پنم pivoxil) تنها کاربائیم قابل مصرف از راه خوراکی است.

۷- ایمی پنم و پانی پنم از لحاظ شیمیایی ناپایدار بوده و توسط آنزیم دهیدروپپتیداز ۱ کلیه هیدرولیز شده و به متابولیت های بدون خاصیت ضدباکتری و سمی برای کلیه تبدیل می شوند. به این جهت آن ها همراه با یک مهار کننده دهیدروپپتیداز ۱ مصرف می شوند. ایمی پنم همراه هم وزن خود سیلاستین مصرف می شود.

پانی پنم نیز همراه یک مهار کننده دهیدروپپتیداز به نام بتامی پرون مصرف می شود. مروپنم و دوری پنم در موقعیت ۱ خود دارای یک متیل در حالت بتا هستند که باعث پایدار شدن آن ها در برابر دهیدروپپتیداز ۱ می شود و بنابراین، این کاربائیم ها بدون سیلاستین یا بتامی پرون مصرف می شوند.

Drug	In vitro activity	Comments
Razupenem	<ul style="list-style-type: none"> ESBL MRSA VRE 	<ul style="list-style-type: none"> Less active against AmpC and carbapenemases Phase 2 trials cUTI and cIAI ongoing
Tebipenem/pivoxil		<ul style="list-style-type: none"> novel oral carbapenem developed for the treatment of upper respiratory tract infections OMG!!!
Tomopenem	<ul style="list-style-type: none"> Ceftazidime-R <i>P. aeruginosa</i> 	

۸- اغلب کاربائیم های موجود در بازار از راه خوراکی بعلت خاصیت هیدروفیلیک آن ها و جذب غیرفعال از اپی تلیوم روده، غیر فعال هستند و بنابراین انحصاری از راه تزریقی مصرف می شوند

۹- مروپنم از دهه ۹۰ به عنوان یک کارباپنم تزریقی وارد بازار مصرف شده است. این دارو در برابر دهیدروپپتیدار ۱ کلیوی، کاملاً پایدار است. گرچه تولید کارباپنماها توسط بعضی از باکتری‌ها، کارایی مروپنم را به مخاطره می‌اندازد ولی این کارباپنم به علت عوارض جانبی کم، بطور وسیع در درمان عفونت‌های شدید در بزرگسالان و پدیاتریک مصرف می‌شود.

۱۰- مروپنم و ایمپنم علیه سودوموناس آئروژینوزا موثر هستند ولی ارتاپنم روی این باکتری بی‌اثر است. ایمپنم و دوری‌پنم علیه آسینوباکتر بومانی موثرتر از مروپنم هستند. میکوباکتریوم توپرکلوزیس به علت تولید یک نوع بتالاکتاماز خیلی فعال اصولاً به بتالاکتام‌ها حساس نیست ولی مصرف مروپنم با اسیدکلونیک علیه این باکتری بسیار موثر بوده است.

۱۱- دوری‌پنم در برابر هیدرولیز توسط کارباپنماها مقاوم‌تر بوده و MIC آن علیه سودوموناس آئروژینوزا و آسینتوباکتر بومانی کوچک‌تر از ایمپنم و مروپنم می‌باشد یعنی این باکتری‌ها به دوری‌پنم حساس‌تر می‌باشند.

۱۲- کارباپنم‌ها بطور غالب همراه با یک آنتی‌بیوتیک موثر بر باکتری‌های گرم مثبت کسب شده از بیمارستان (nosocomial) مصرف می‌شوند. به عنوان مثال، ایمپنم یا دوری‌پنم همراه ونکومایسین و تیکوپلانیلین برای تاثیر بر MRSA و همراه لینزولید برای تاثیر MRSA و VRSA مصرف می‌شوند.

Carbapenems

Carbapenems are a class of beta-lactam antibiotics with a broad spectrum of bactericidal activity - their structure renders them highly resistant to beta-lactamases.

Imipenem can be hydrolysed in the kidney by the enzyme **dehydropeptidase 1**, hence why it is given with an inhibitor of dehydropeptidase – **cilastatin**. They have short half-lives – between 1-5 hours – and are mainly excreted by the kidney.

Imipenem	Meropenem	Ertapenem	Doripenem
<p>Imipenem has an extremely broad range of bactericidal activity. It can penetrate the blood brain barrier, and is resistant to beta-lactamases.</p> <p>Doripenem is particularly active against <i>Pseudomonas aeruginosa</i>. Meropenem is bactericidal - except against <i>Listeria monocytogenes</i>, against which it is bacteriostatic.</p> <p>Marketing slogan of ertapenem is The Power of One - as the dose is 1g once daily.</p>			<p style="text-align: center;">Side effects</p> <p>Similar to other beta-lactam antibiotics.</p> <p>Imipenem and meropenem are associated with dose-related seizures.</p> <p><i>Clostridium-difficile</i> associated diarrhoea.</p>

pharmafactz.com @PharmaFactz

۱۳- تیبی‌پنم پیووکسیل یک کارباپنم خوراکی است مثل سایر آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام به PBP متصل شده و بنابراین سنتز سل‌وال را مهار می‌کند. به خوبی از روده جذب می‌شود و هم از طریق جذب غیرفعال و هم با استفاده از ترانسپورتر influx (انتقال دهنده به درون سلول‌های اپی‌تلیال روده) است. پیوند استری تیبی‌پنم پیووکسیل پس از وارد شدن به داخل سلول‌های اپی‌تلیال روده، شکسته شده و تیبی‌پنم فعال وارد جریان خون می‌شود. یک ضدباکتری طیف گسترده است و علیه اغلب باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی اثر ضد باکتری قوی‌تر از پنی‌سیلین‌ها و سفالوسپورین‌ها دارد. امروزه معمولاً برای درمان عفونت‌های گوش میانی، حنجره و قسمت‌های فوقانی دستگاه تنفس ناشی از استرپتوکوک‌های نومونیای (مقاوم به پنی‌سیلین) و هموفیلوس آنفولانزا به‌ویژه در بچه‌ها مورد مصرف دارد. این دارو کارآیی درمانی بیشتر از ایمپنم، آموکسی‌سیلین و لووفلوکساسین دارد. در آینده این دارو برای درمان bacterial sepsis (وارد شدن چرک از منابع مختلف به داخل خون) به کار خواهد رفت.

۱۴- برای استفاده بهینه از کارباینمها باید در حین مصرف آنها از ابتکارهایی مثل به کارگیری مقدار مصرفهای اپتیمال، مصرف آنها همراه با آنتی بیوتیکهای دیگر، استفاده از ضدباکتریهای جانشین با اثرات مطلوب تر و عوارض کمتر و استفاده از کارباینمهای جدیدتر که مقاومت باکتریهایی به آنها کمتر است استفاده شود. دوری پنم دارای طیف وسیع ترعلیه باکتریهای گرم مثبت و گرم منفی از جمله آنتریباکتریاسههای مولد ESBLs و AmPC و پاتوژنهای بی هوازی دارد و یک داروی با ارزش و مناسب برای انفوزیون طولانی مدت می باشد.

۱۵- تشنج زود بودن یکی از عوارض جانبی اکثر کارباینمها است. فقط دوری پنم عاری از این عارضه جانبی می باشد.

۱۶- تداخل اثر کارباینمها با اسید والپروئیک از طریق مهار هیدرولیز اسید والپروئیک در کبد ناشی می شود و به قدری شایع است که مصرف این دو در ژاپن ممنوع اعلام شده است. از مصرف تبی پنم با اسید والپروئیک نیز باید اجتناب گردد.

دکتر مرتضی ثمنی -استاد فارماکولوژی، منبع: ماهنامه دارویی رازی خرداد ۹۶

دارو درمانی ترک سیگار

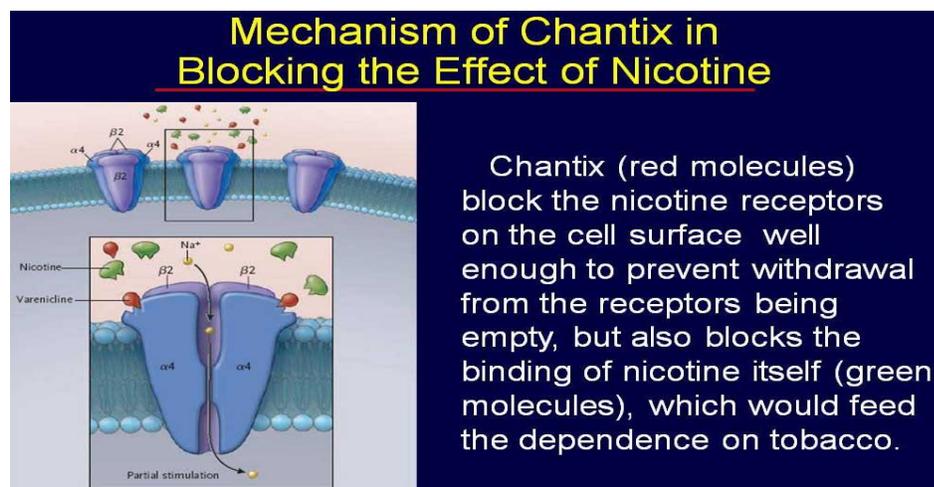
به منظور ترک سیگار توصیه می شود، راه کار دارو درمانی همزمان با رفتار درمانی برای بیمار در نظر گرفته شود.

جایگزین های نیکوتین (NRT*)، varencline و بوپروپیون بعنوان خط اول درمان دارویی جهت ترک سیگار مطرح می باشند. پیشنهاد می شود، وارنکلین یا NRT ترکیبی (شامل پچ پوستی نیکوتین به همراه فرم کوتاه اثر نظیر آدامس نیکوتین) بعنوان انتخاب اول دارو درمانی در نظر گرفته شوند.

در شرایطی که نگرانی از جهت safety داروهای وارنکلین مطرح باشد، NRT ترکیبی انتخاب خوبی خواهد بود.

با در نظر گرفتن هزینه، تمایل بیمار، پروفایل عوارض و بیماریهای همراه می توان از بوپروپیون و یا NRT به تنهایی بعنوان داروی جایگزین ترک سیگار بهره گرفت. بوپروپیون انتخاب مناسب در بیمارانی است که نگران افزایش وزن پس از ترک هستند.

*در شرایطی که بیمار قادر به تحمل عوارض جانبی داروها نباشد، پس از اطمینان از مصرف صحیح دارو می توان دوز داروی تجویزی را کاهش داده و یا آنرا به گزینه دیگری تغییر داد.



*در بیمارانی که با مصرف داروهای ذکر شده قادر به ترک نباشند، پیشنهاد می شود نورتریپتیلین به داروهای خط اول اضافه شده و یا به تنهایی برای بیمار تجویز گردد.

*در ارتباط با تجویز همزمان وارنکلین با بوپروپیون، اطلاعات کافی از اثربخشی و ایمنی این رژیم درمانی وجود ندارد.
*NRT= nicotine replacement therapy

دوزینگ وارنکلین در ترک سیگار

وارنکلین با نام تجاری chantix بصورت قرص های ۰/۵ و ۱ میلی گرم در بازار دارویی موجود است.

دوزینگ این دارو به این صورت می باشد:

۱-۰/۵ میلی گرم روزانه برای سه روز

۲-۰/۵ میلی گرم دوبار در روز (صبح و شب) از روز چهارم تا هفتم

۳-۱ میلی گرم دوبار در روز (صبح و شب) از روز هشتم به بعد برای ۱۱ هفته توصیه می شود.

*دارو بعد از صرف غذا و همراه یک لیوان پر آب مصرف شود.

دکتر بیتا شهرامی – up todate 2017

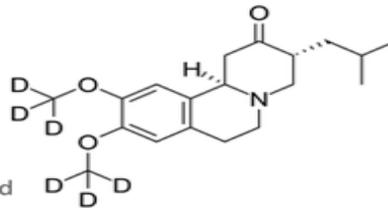
تازه های پزشکی

درمان کره هانتینگتون

تایید داروی دوتترابنازین با نام تجاری آستدو: سازمان غذا و داروی آمریکا به تازگی داروی دوتترابنازین (Deutetrabenazine) را با نام تجاری آستدو (Austedo)، برای درمان کره مرتبط با بیماری هانتینگتون تایید کرد. بیماری هانتینگتون بیش از ۳۵ هزار نفر را در ایالات متحده، مبتلا کرده است. کره Chorea که در آن بیماران دچار حرکات غیر ارادی، تصادفی و پیچشی ناگهانی و یا نوشتن می شوند، حدود ۹۰ درصد بیماران مبتلا به بیماری هانتینگتون را در زمان هایی از دوره بیماری شان درگیر می کند. این وضعیت، تاثیر مستقیم و عمیقی بر کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنها دارد.

Deutetrabenazine

- Deutetrabenazine was FDA approved for Huntington-related chorea in April 2017
- It is currently under FDA review for TD with a decision pending August 30, 2017
- Similar chemical structure to tetrabenazine but replaces hydrogen atoms with deuterium^[a,b]
 - Chemical bond is 8 times stronger
 - Prolongs half-life and improves PK
 - Allows daily dosing and is better tolerated
 - No need for CYP2D6 genotyping



نکات مربوط به این دارو

۱- اثربخشی داروی مذکور در یک کارآزمایی بالینی دوسوکور چند مرکزی روی ۹۰ بیمار سرپایی بررسی شد که در آمریکا و کانادا انجام شده بود. بیماران به طور تصادفی به دو گروه ۴۵ نفری تقسیم و یک گروه آستدو و گروه دیگر پلاسبو دریافت کردند. آستدو یا پلاسبو در طول ۸ هفته به سطح دوز مطلوب رسانده شد و به مدت ۴ هفته هم در همان دوز تجویز شد. پس از آن، به مدت ۱

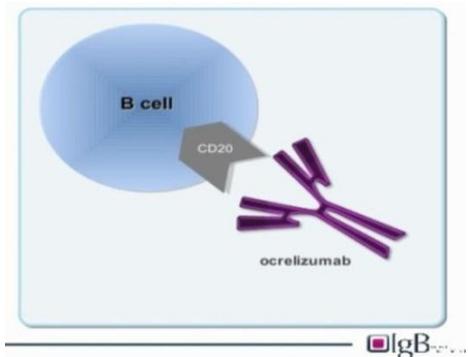
هفته دوز کاهش یافت. نمره کره بیماران در ابتدای مطالعه، ۸ یا بیشتر بود. در این کارآزمایی، نمره کره بیمارانی که تحت درمان با آستدو قرار گرفته بودند، حدود ۴/۴ نمره نسبت به نمره پایه بهبود نشان داد. در حالی که در بیماران دریافت کننده پلاسبو این میزان بهبود ۱/۹ نمره بود. به عبارت دیگر، اثر درمانی ۲/۵- نمره از نظر آماری معنی دار بوده است.

۲- شایع ترین عوارض جانبی که با این دارو در بیش از ۸ درصد از بیماران درمان شده با آستدو دیده شد و بیشتر از گروه پلاسبو نیز بود، عبارت بودند از: خواب آلودگی، اسهال، خشکی دهان و خستگی

منبع: Medscape-2017

تایید دیگری برای MS پیشرونده اولیه و عود کننده

سازمان غذا و داروی آمریکا آنتی بادی مونوکلونال انسانی شده ای را با نام اوکرلیزومب (Ocrelizumab) و با نام تجاری Ocrevus و محصول کمپانی La Roche برای هر دو فرم بیماری ام اس عودکننده (RMS) و پیشرونده اولیه (PPMS) در بزرگسالان تایید کرد. با تایید داروی مذکور، نه تنها گزینه درمانی برای بیماران مبتلا به MS عود کننده؛ فراهم آمده، بلکه برای نخستین بار، بیماران مبتلا به MS پیشرونده اولیه هم از آن منفعت می برند.



صدور پروانه تایید اوکرلیزومب براساس نتایج به دست آمده از کارآزمایی فاز ۳ مطالعه بوده است که در دو مطالعه، هر کدام ۸۰۰ بیمار مبتلا به RMS بررسی کردند که تحت درمان با این داروی داخل وریدی یا REBIF (اینترفرون ۱a-b زیر پوستی) قرار گرفته بودند و در مطالعه بعدی نیز ۷۳۲ بیمار مبتلا به PPMS را ارزیابی کردند که آن ها نیز درمان یا پلاسبو مطابق با آن را دریافت کرده بودند.

نتایج اصلی این ۳ کارآزمایی در اوایل سال ۲۰۱۷ در نشریه معتبر New England journal of medicine منتشر شده است. درمان مذکور بطور انتخابی، سلول های B را که CD20-Positive هستند، هدف قرار می دهد.

منبع: medscape

درمانی برای یبوست دارویی

تایید نالدمدین برای یبوست ناشی از اوپیوئیدها

سازمان غذا و داروی آمریکا اخیرا داروی نالدمدین (Naldemedine) و با نام تجاری Symproic و محصول ۲ شرکت دارویی را برای درمان یبوست ناشی از مصرف اوپیوئیدها در بزرگسالان مبتلا به دردهای مزمن غیر سرطانی تایید کرد. در بیماران مبتلا به دردهای مزمن غیر سرطانی، شیوع یبوست ناشی از اوپیوئیدها ۴۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است. این دارو با دوز ۰/۲ میلی گرم تا اواسط تابستان ۲۰۱۷ در بازار دارویی آمریکا وارد خواهد شد.



نکات مربوط به دارو:

- ۱- داروی مذکور به صورت خوراکی و یک بار در روز تجویز شده و به صورت محیطی به عنوان آنتاگونیست گیرنده اوپیوئید مو (mu) عمل می کند.
- ۲- این دارو از اساس مرتبط با نالتروکسان است و در حال حاضر در گروه مواد کنترل شده schedule II قرار گرفته است.
- ۳- صدور تایید داروی نالدمدین براساس داده های به دست آمده از برنامه از برنامه COMPOSE است که در آن، بیماران
- ۴- بزرگسال مبتلا به یبوست ناشی از اوپیوئیدها و دردهای مزمن غیر سرطانی، مورد بررسی قرار گرفته بودند. برنامه مذکور در برگیرنده ۳ مطالعه بود: COMPOSE I و COMPOSE II که هر دو چند مرکزی، دو سوکور و تصادفی سازی شده، با کنترل پلاسبو بوده و ۱۲ هفته به طول انجامیده است.
- ۵- COMPOSE III مطالعه ای با شرایط دو مطالعه، قبلی و ۵۲ هفته ای بود تا ایمنی طولانی مدت داروی مذکور بررسی شود.



منبع: FDA Website

تاییدیه واکسن جدید جهت پیشگیری از زوستر

بتازگی واکسن جدیدتری جهت پیشگیری از زوستر (زونا یا شینگلز) به نام Shingrix توسط سازمان غذا و داروی آمریکا برای بزرگسالان بالای ۵۰ سال تصویب شده است.

واکسن جدید که بروش نوترکیبی تهیه شده است، نسبت به واکسن قبلی (Zostavax) هرپس زوستر که ویروس زنده ضعیف شده می باشد، ارجح است.

واکسن قبلی در سنین ۶۰ و بالاتر قابل تجویز است و در طول زمان اثرش کاهش می یابد.

واکسن جدید در دو دوز نیم میلی لیتری بصورت عضلانی بفاصله ۲-۶ ماه از تزریق اول تجویز می شود.

این واکسن برای جلوگیری از عفونت اولیه زوستر (آبله مرغان)، اندیکاسیون ندارد.

در صورتیکه بیمار Zostovax را گرفته باشد، می توان به فاصله ۸ هفته Shingrix را تزریق کرد.

دکتر رضا گنجی - FDA.org

نقش ممانتین در گلوکوم با زاویه باز

گلوکوم شایع ترین نوروپاتی اپتیک است. مانند سایر موارد این نوروپاتی، تظاهرات این بیماری عبارت است از: آسیب و زوال آکسون های سلول های گانگلیون شبکیه و کاهش دید

از سال ۲۰۱۲ بحث گلوکوم به عنوان آکسونوپاتی مطرح گردید.

با این اوصاف افقی تازه در درمان گلوکوم بدون نقش در کاهش فشار داخل چشمی، طرح گردید. این نگاه جدید بصورت جلوگیری از آسیب نورون یا ترمیم نورون شکل گرفت. جلوگیری از آسیب نورون، حفاظت نورونی نام دارد.

*درمان نوروپروتکتیو اغلب در بیمارانی تست می شوند که علیرغم دریافت دارو برای کاهش فشار داخلی چشمی، پیشرفت بیماری متوقف نشده است.

* یکی از داروها با خاصیت نوروپروتکتیو، ممانتین است که با مهار فعالیت مازاد گیرنده NMDA، خاصیت حفاظت نورونی دارد.

*دومطالعه بزرگ روی کارآیی و بی خطری ممانتین در گلوکوم هیچگاه به چاپ منجر نشد، چرا که تاثیر و کارآیی مورد نظر را در گلوکوم نشان نداد البته در برخی آنالیزها، دوز بالای ممانتین موثر گزارش شده است.

دکتر فانک فهیمی- Uptodate 2017



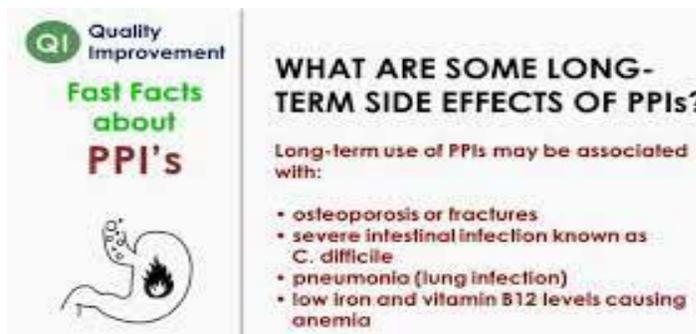
پند نکته کاربردی

عوارض قلبی عروقی مسکنها

احتمال عوارض قلبی عروقی در مصرف NSAIDs با افزایش دوز و فرکانس مصرف، بیشتر می شود.
 *ناپروکسن ممکن است در این قاعده استثنا باشد به این صورت که انفارکتوس میوکارد یا سکته مغزی در دوزهای پایین (مثل ۲۲۰ میلی گرم دوبار در روز) مشاهده می شود.
 حال آن که در دوزهای بالاتر ناپروکسن ممکن است اثرات ضد پلاکت ثابت تر نسبت به سایرین داشته باشد و به این دلیل خطر کمتری از NSAIDهای غیر سلکتیو دیگر داشته باشد.
 *با توضیحات فوق، برای افراد با بیماری قلبی عروقی شناخته شده که نیاز به مصرف کوتاه مدت یا متناوب NSAIDs دارند، تجویز ناپروکسن با دوزهای بالا، نسبت به سایر داروهای این دسته ارجح است.

مصرف طولانی مدت امپرازول؟

داروهای مهارکننده پمپ پروتونی (PPIs) مانند امپرازول، پنتوپرازول، اس امپرازول، لانزوپرازول و
 *در اغلب بیماران مصرف کننده این گروه دارویی، درمان برای ۸-۴ هفته کافی است.
 *عوارض محتمل در مصرف طولانی شامل شکستن استخوان ران، پنومونی، عفونت کلستریدیوم، بیماری کلیوی، هیپوکلسیمی و هیپومنیزیمی می باشند.



ارتباط دمانس با مصرف این داروها اثبات نشده است.
 از مصرف این داروها برای مدت بیش از ۸ هفته، در بیمارانی که ریسک بالا برای بیماری گوارشی ندارند، باید اجتناب نمود.

اغلب بیماران با ریفلاکس (GERD غیر کمپلیکه) در کوتاه مدت پاسخ دهی مناسب دارند و می توانند دوز

دارو را کاهش دهند یا دارو را قطع کنند. در مواردی ریفلاکس علامت دار و عارضه دار یا بارت ممکن است مصرف طولانی، توجیه داشته باشد.

*قطع ناگهانی این داروها بخصوص پس از مصرف از مصرف طولانی، ممکن است به افزایش شدید ترشح اسید معده منجر شود و لذا کاهش تدریجی دوز اهمیت دارد.

PPIs= proton-pump inhibitors
*uncomplicated gastroesophageal reflux disease

تمویز همزمان آنتی کولینرژیک ها (هیوسین، دی سیکلومین، آتروپین و ...) با متوکلوپرامید در گاستروآنتریت ویروسی تجویز آنتی کولینرژیک های قوی تر مثل دی سیکلومین و اکسی بوتینین ممکن است اثر پروکینتیک متوکلوپرامید را آنتاگونیست کنند. اما در هر صورت این تداخل خیلی جدی نیست و در رده C (پایه درمان) طبقه بندی می شود.
*از سوی دیگر تجویز هیوسین در گاستروآنتریت ویروسی جایگاهی ندارد. تنها در بیمارانی موثر است که علائم وستیبولار و علائم ناشی از سیستم اعصاب مرکزی در تهوع گاستروآنتریت نقش دارد.
در برخی بیماران ممکن است در کاهش درد کرامپ های شکمی موثر باشد و باید به عوارض این داروها در مقابل اثر مورد نظر توجه شود. این داروها در گایدلاین های درمانی گاستروآنتریت توصیه نشده اند.

Lexicomp drug interaction-2017

دیکلوفناک سدیم یا پتاسیم؟

جذب نمک پتاسیم دیکلوفناک سریع تر است و اگر سرکوب سریع درد مورد نظر باشد، این نمک توصیه می شود.
*در مواقعی که طول اثر بیشتر مورد نظر باشد بطور مثال بهنوان ضدالتهاب، دیکلوفناک سدیم ارجح است.
*ضمن اینکه بعضی بیماران مانند بیماران نارسایی قلبی محدودیت مصرف سدسم دارند، ریسک بدتر شدن وضعیت با مصرف دیکلوفناک پتاسیم کاهش پیدا می کند.

تداخلات دارویی

بررسی تداخلات نسخه های مختلف

۱- متفورمین و یدیکسازول

Tab. metformin 500 # amp.iodixamol(visipaque)

نتیجه تداخل: مصرف همزمان متفورمین و داروهای کنتراست موجب افزایش احتمال بروز اسیدوز لاکتیک ناشی از مصرف متفورمین می شود، بنابراین مصرف همزمان این ۲ گروه دارویی و ۲ داروی فوق ممنوع است.

۲- متادون و سیپروفلوکساسین

Tab.ciprofloxacin 500 # methadone 20 mg

نتیجه تداخل: مصرف همزمان این ۲ دارو موجب افزایش قدرت دارویی متادون شده و عوارض جانبی این دارو را در بیمار افزایش می دهد. بنابراین: الف- از مصرف همزمان اجتناب شود.

ب- در صورت ضرورت به استفاده از کینولون ها پاسخ بیمار به متادون پایش شود.

ج- بیمار از نظر بروز آریتمی تحت نظر قرار گیرد

۳- متوترهکسات و آموکسی سیلین

Cap.amoxicillin 500mg # tab.methotrexate 2.5 mg

نتیجه تداخل:

مصرف همزمان این ۲ دارو احتمالاً موجب افزایش سطح خونی متوتروکسات و رسیدن به سطح سمی شده و بیمار به طرف مسمومیت با این دارو می‌رود. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در خلال مصرف این ۲ دارو غلظت خونی متوتروکسات هفته‌ای ۲ بار و به مدت ۲ هفته اندازه‌گیری و در صورت رسیدن به غلظت سمی مصرف دارو قطع شود و اقدامات بالینی لازم انجام گیرد.

۴- ریتوناویر و لووستاتین

Tab.lovastatin 20mg

Cap.ritonavir 100mg

نتیجه تداخل: مصرف همزمان این ۲ دارو موجب افزایش غلظت خونی لووستاتین و بروز عوارض جانبی همچون رابدومیولیز می‌شود. بنابراین مصرف ۲ داروی فوق توأماً ممنوع است.

۵- آمی‌تریپتیلین و ترانیل سیپرومین

Tab.amitriptyline 25 mg

Tab.tranlycypromine 10mg

نتیجه تداخل: مصرف همزمان دو داروی فوق باعث بالا رفتن ناگهانی دمای بدن و بروز تشنج و حتی مرگ می‌شود. بنابراین مصرف همزمان ممنوع است و داروی آمی‌تریپتیلین را می‌توان بعد از ۱۴ روز از قطع ترانیل سیپرومین استفاده کرد.

۶- آزاتیوپرین و آلپورینول

Tab.azathioprine 50 mg

Tab.allopurinol 100mg

نتیجه تداخل: مصرف همزمان موجب افزایش اثرات دارویی و سمی آزاتیوپرین می‌شود. بنابراین باید دوز آزاتیوپرین در زمان مصرف آلپورینول کم شود.

۷- دوپامین و فنی‌توئین

Amp.dopamine 200 mg

Amp.phenytoin 250mg

نتیجه تداخل: مصرف همزمان احتمالاً موجب افت شدید فشارخون و ایست قلبی می‌شود بنابراین ضمن پایش دقیق بیمار در صورت بروز هایپوتانسیون فنی‌توئین قطع شود.

۸- سالمترول و پروپرانولول

Spray.salmeterol 50mcg/dose

Tab.propranolol 40mg

نتیجه تداخل: مصرف همزمان احتمالاً موجب برونکواسپاسم شده بنابراین توصیه می‌گردد از مصرف توأمان جلوگیری و در صورت ضرورت برای مصرف از بتابلوک‌های انتخابی قلبی استفاده شود.

معرفی داروهای جدید

*داکسازوسین Doxazosin Mesylate

نام تجاری: کاردورا Cardura

گروه دارویی درمانی: ضد فشار خون بالا، آلفایک بلوکر

اشکال دارویی: قرص 1,2,4,8 mg



فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک: این دارو با سرعت زیاد از دستگاه گوارش جذب و به مقدار زیادی در کبد متابولیزه می شود. ۶۳ درصد آن از صفرا و مدفوع و ۹ درصد آن از ادرار دفع می شود. نیمه عمر حذفی این دارو حدود بیست و دو ساعت بوده و طول اثر آن ۲۴ ساعت می باشد.

موارد مصرف: هیپرتانسیون اولیه، فشار خون بالا BPH

مقدار مصرف:

۱) در هایپرتانسیون اولیه در بزرگسالان شروع درمان با ۱ mg/day که در صورت نیاز می توان دوز دارو را ۲ mg/day رساند که در ادامه می توان به صورت خیلی آهسته و در مدت زمان طولانی دوز دارو را به ۴ mg تا ۸ mg بر اساس اندازه گیری فشارخون رساند. ماکزیمم دوز روزانه این دارو ۱۶ mg می باشد که باید عوارض جانبی شدید دارو از دوز ۴ mg به بالا را جهت تجویز مدنظر قرار داد.

۲) در BPH شروع درمان با ۱ mg روزی یک بار در صبح یا عصر که می توان دوز آن را تا ۸ mg به تدریج و در مدت زمان طولانی افزایش داد. توصیه اکید می شود که دوز دارو به صورت پله پله و بفاصله یک تا دو هفته افزایش یابد و در خلال درمان BP بیمار مرتب چک شود.

موارد منع مصرف: در بیماران با حساسیت به این دارو و یا داروهای مشابه مثل پرازوسین و ترازوسین منع مصرف دارد.

موارد احتیاط: در بیماران دارای بیماری های کبدی فعال با احتیاط مصرف شود.

عوارض جانبی احتمالی: سرگیجه، تاکیکاردی، آریتمی، هایپوتانسیون ارتوستاتیک، آستنی، سردرد، خارش، راش، افزایش وزن، تنگی- نفس، درد، میالژی، آرتراژی، اختلال در عملکرد جنسی بیمار، فارتزیت، پلی اوری، بی اختیاری ادراری، اسهال، تهوع، استفراغ، یبوست، رینیت، اختلالات بینایی، تپش قلب، خواب آلودگی، هایپوتانسیون، ادم و رتیگو.

تداخلات دارویی: ۱) در مصرف همزمان با کلونیدین موجب کاهش اثرات ضد فشارخونی کلونیدین می شود.

۲) در مصرف همزمان با بتابلوکرها می تواند ریسک افزایش هایپوتانسیون ارتوستاتیک را افزایش دهد.

مصرف در دوران شیردهی: مصرف این دارو در این دوران ممنوع است.

مصرف در دوران بارداری: این دارو در این دوران در گروه C می باشد.

نکته های مهم برای بیماران و کادر پزشکی: ۱) ایمنی و کارایی این دارو در کودکان مشخص نمی باشد لذا مصرف آن در این دوره سنی توصیه نمی گردد.

۲) در بیماران سالمند با احتیاط فراوان استفاده شود و بیمار از نظافت فشارخون و آریتمی مرتب چک شود.

۳) اثرات هایپوتانسیون ارتوستاتیک دوز اول این دارو در مقایسه با داروهای مشابه پرازوسین و ترازوسین کمتر می باشد.

۴) در صورت بروز حالت تهوع با مصرف دارو توصیه شود دارو با غذا مصرف گردیده و این حالت در ادامه درمان از بین خواهد رفت.
منبع: نوین دارو شماره ۱۲۸

*بریواراستام Brivaracetam

به عنوان یک داروی ادجوانت همراه با سایر داروهای مورد استفاده در درمان تشنج های partial onset در بیماران با سن مساوی یا بیشتر از ۱۶ سال در سال ۲۰۱۶ مورد تایید قرار گرفته است.
بیماران پاسخ های مختلفی به داروهای متعدد ضد تشنج موجود نشان می دهند و بریواراستام انتخاب جدیدی را برای درمان در اختیار بیماران قرار می دهد.



فارماکولوژی و فارماکوکینتیک: این دارو مشتق از 4n پروپیل از داروی ضد تشنج لوتیراستام می باشد. مکانیسم دقیقی که از آن طریق، بریواراستام فعالیت درمانی خود را بروز می دهد، هنوز مشخص نیست. با ایتین حال این دارو با تمایل بالا و به طور اختصاصی به پروتئین وریکول سیناپسی 2A در نواحی مختلف CNS متصل می شود و به نظر می رسد که این با اثر ضد تشنج مرتبط باشد.

بطور کامل و سریع پس از تجویز خوراکی جذب شده و طی یک ساعت به پیک می رسد. مصرف همراه با غذاهای پرچرب، سرعت جذب را کاهش می دهد ولی تاثیری بر وسعت جذب ندارد. بطور یکسان به تمام بافتها توزیع میسر شود و کمی به پروتئین های پلاسما متصل می شود. از طریق کبد متابولیزه می شود و بنابراین در بیماران دریافت کننده همزمان مهارکننده های CYP2C19 و بیماران مبتلا به بیماری های کبدی، کاهش مقدار مصرف ضروری است. نیمه عمر نهایی این دارو حدود ۹ ساعت می باشد.

عوارض جانبی: شایع ترین عوارض آن عبارتند از: خواب آلودگی، خستگی، تهوع و استفراغ و مهم ترین خطرات جدی آن: افکار خودکشی، تلاش برای خودکشی، احساس آزیتاسیون، بدتر شدن افسردگی یا افسردگی جدید، پرخاشگری و حملات پانیک (ترس و اضطراب ناگهانی). بندرت، بیماران ممکن است دچار واکنش های آلرژیک شدید همراه با باد کردن لبها، پلکها، یا زبان یا بدون مشکل در تنفس شوند.

قطع ناگهانی بریواراستام باید اجتناب شود تا خطر افزایش تکرار تشنج و صرع پایدار به حداقل برسد.

مصرف در بارداری: با احتیاط

تداخلات دارویی: داروهایی که القا کننده CYP2C19 هستند مانند ریفامپین، فنی توئین و فنوباری تال، می توانند غلظت پلاسمایی بریواراستام را به میزان تقریبی ۲۰ تا ۴۰ درصد کاهش داده و در صورت تجویز همزمان با ریفامپین ممکن است به افزایش دوبرابری مقدار مصرف بریواراستام نیاز شود. مهارکننده های CYP2C19 می توانند سبب افزایش نسبتا اندک پلاسمایی در سطوح پلاسمایی بریواراستام گردد.

مقدار مصرف و نحوه تجویز: به صورت ۳ فرمولاسیون عرضه می گردد: قرص (۲۵، ۱۰، ۵۰، ۷۵ و ۱۰ میلی گرم)، محلول خوراکی (۱۰ میلی گرم در هر میلی لیتر) و تزریقی برای تجویز IV، مقدار مصرف آغازین پیشنهادی ۵۰ میلی گرم ۲ بار در روز (۱۰۰ میلی گرم در روز) می باشد که بسته به قابلیت بیمار متفاوت است.

برای تمامی مراحل نارسایی کبدی، مقدار مصرف آغازین پیشنهادی ۲۵ میلی گرم دو بار در روز، با حداکثر مقدار ۷۵ میلی گرم دوبار در روز می باشد. اگر مصرف خوراکی بطور موقت آسان نباشد، ممکن است بصورت تزریقی به همان میزان ذکر شده تجویز گردد. و اگر قرار است دارو قطع گردد بایستی به تدریج قطع گردد.

منبع: ماهنامه دارویی رازی شماره ۳ خرداد ۹۶

معرفی دارو



لایزوفن (ایبوپروفن لیزین)

یک داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی NSAID می باشد.

از لایزوفن در درمان علائم آرتريت(التهاب مفصلی) مانند روماتیسم مفصلی، اسپوندیلیت انکیلوزان، نقرس، تب، دردهای قاعدگی، سردرد، کمردرد، درد

دندان، کرامپ های عضلانی، درد ناشی از کشیدگی رباطها و پیچ خوردن مفاصل و آسیب های کوچک استفاده می شود. لایزوفن می تواند درد، تورم و خشکی ناشی از آرتروز، ساییدگی مفصل و روماتیسم مفصلی را کاهش دهد.

موارد مصرف: دردهای روماتیسمی و عضلانی، کمردرد، دردهای نورالژی (دردهای پاروکسیمال شدید و منظم که اغلب به شاخه های اعصاب سر و گردن محدود می شود) میگرن، سردرد، دندان درد، دردهای دوره قاعدگی، تب و علائم سرماخوردگی و آنفلونزا به دلیل مکانیسم اثر لایزوفن و

خاصیت ضدالتهابی آن در دردهای ناشی از جراحی و صدمه به اعضا(تروما)، لایزوفن تاثیر بیشتری نسبت به سایر مسکن ها دارد.

*نیتیزینون Nitisinone

دسته دارویی:

مهار کننده تخریب تیروزین

فارماکوکینتیک:

کپسول و فرم خوراکی مایع آن در غلظت پلاسمایی و Cmax یکسان است.

زمان رسیدن به پیک غلظت پلاسمایی در فرم کپسول ۳ ساعت است.

نیمه عمر: ۵۴ ساعت

حلالیت دارو در آب: در عمل نامحلول

مطالعات رسمی در ارتباط با جذب، توزیع، متابولیسم و حذف دارو هنوز انجام نشده است. تاثیرات غذا بر فارماکوکینتیک این دارو هنوز مطالعه نشده است.

مطالعات برون تنی (invitro) با استفاده از میکروزوم های کبد انسانی و ژن های مبین P450 نشان از محدود کردن آنزیم CYP3A4 داده اند.

مکانیسم اثر: مهارکننده رقابتی ۴-هیدروکسی فنیل پیرووات دی اکسیژناز و آنزیم هایی مثل فوماریل استواستات هیدرولاز که در مسیر کاتابولیکی تیروزین نقش دارند، می باشد. با مهار صحیح تیروزین در بیماران HT-1 توسط نیتیزینون، از تجمع میانجی های سمی همچون مالئیل استواستات و فوماریل استواستات جلوگیری به عمل می آید. چرا که در این بیماران، این میانجی-

های کاتابولیکی به متابولیت های سمی همچون سوکسینیل استون و سوکسینیل استواسات تبدیل می شوند که مسئول سمیت کبدی و کلیوی می باشند. سوکسینیل استون باعث مهار مسیر سنتز پورفیرین می شود که منجر به تجمع a-آمینولولینات می شود. درمان با این دارو فعالیت مناسب اریتروسیت PBG سنتاز و ۵-ALA ادراری را به همراه دارد که باعث متابولیسم صحیح پورفیرین می شود. این امر منجر به کاهش دفع ادراری سوکسینیل استون، افزایش غلظت پلاسمایی تیروزین و افزایش دفع ادراری اسیدهای فنولی می شود.

(مطالعات کلینیکی موجود نشان دادند که در بیش از ۹۰٪ بیماران در هفته اول درمان، سوکسینیل استون ادراری به میزان نرمال رسیده چرا که در دوز مناسب از دارو، این متابولیت در ادرار نباید مشاهده شود.)

موارد مصرف: تیروزینمی ارثی تیپ I

بیماری تیروزینمی نوع اچ ایست؟

این بیماری، یک اختلال مرتبط با اسیدهای آمینه می باشد و با علامت اختصاری tyrosinemia 1 نشان داده می شود. افراد مبتلا به این بیماری برای هضم برخی اسیدهای آمینه موجود در غذای روزانه خود، با مشکل مواجه می شوند. این بیماران، توانایی هضم اسید آمینه تیروزین را ندارند. این بیماری در صورت عدم درمان، ممکن است به بیماری های حاد کبدی و دیگر مشکلات جسمی منجر شود.

مقدار و نحوه مصرف: ۱ mg/kg دو بار در روز

یک ساعت قبل از غذا و یا ۲-۳ ساعت پس از غذا مصرف شود. محتویات کپسول را قبل از مصرف در مقدار کمی آب به صورت سوسپانسیون درآورده و یا در یک فرمول طعم دار ریخته و سریع مصرف شود.

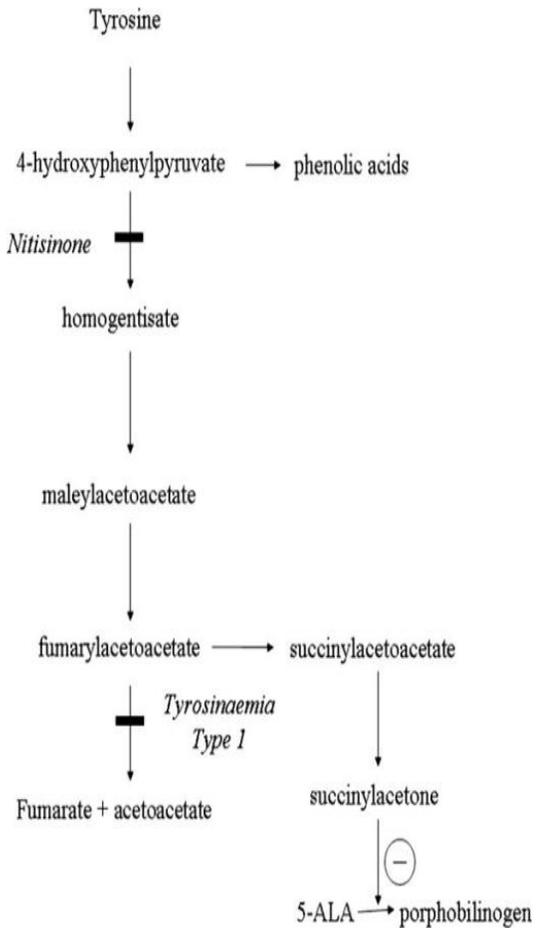
نکته: حین درمان با نیتیزینون رژیم غذایی فاقد تیروزین و فنیل آلانین باید رعایت شود.

موارد منع مصرف: هیچ منع مصرفی تا کنون گزارش نشده است.

موارد احتیاط: در صورت حساسیت فرد به نیتیزینون و یا مواد جانبی دیگر

مصرف در بارداری: C

مصرف در شیردهی: مطالعات حیوانی نشان از ترشح دارو به شیر بوده اند. به همین دلیل پیشنهاد می شود در دوران شیردهی با توجه به صلاح دید پزشک شیردهی قطع شود و یا درمان انجام نگیرد.



عوارض جانبی:

علائم چشمی (التهاب ملتحمه، کدورت قرنیه، التهاب قرنیه، حساسیت به نور، دردهای چشمی)، کاهش تعداد پلاکت و WBC، گرانولوسیتوپنی

تداخلات دارویی:

هنوز مطالعات بالینی کافی در این زمینه انجام نشده است.

شرایط نگهداری:

در محدوده دمایی ۲-۸ درجه سانتی گراد نگهداری شود.

دور از دسترس کودکان قرار داده شود.



بسته بندی:

کپسول های خوراکی ۵ و ۱۰ میلی گرمی در بسته های ۶۰ عددی.

توضیحات:

انجام تست های بینایی (Slit-lamp) قبل از شروع درمان
 بررسی عملکرد کبدی و اندازه گیری پلاکت و WBC هر ۶ ماه حین درمان
 رژیم غذایی مناسب و فاقد تیروزین و فنیل آلانین حین درمان
 گزارش سریع به پزشک در صورت بروز عوارض چشمی، راش، زردی یا خونریزی بیش از حد.

معرفی گیاهان دارویی

*** مارچوبه (نام علمی Asparagus officinalis)**

از نظر طب قدیم ایران مارچوبه گرم و خشک است بنابراین آن هایی که سرد مزاج هستند باید آنرا با عسل بخورند و آن هایی که گرم مزاج هستند باید آنرا با سرکه بخورند .

مارچوبه گیاهی است علفی و چندساله که ارتفاع آن تا چند متر می رسد و دارای شاخه های نسبتا چوبی و صاف است . مارچوبه بصورت وحشی در اکثر نقاط دنیا می روید برگ های آن فلسی شکل بوده که از کنار آنها شاخه هایی باریک و دراز و سبز رنگ بصورت دسته های ۳ تا ۸ تایی خارج می شود. بعلت زیبا بودن این گیاه را بصورت تزئینی در باغچه ها می کارند مارچوبه را در اوائل پائیز می چینند. این گیاه از قدیم مورد استفاده بشر بوده است و حتی در اهرام ثلاثه مصر نقاشی هایی وجود دارد که مارچوبه را نشان می دهد. مارچوبه را می توان بصورت مختلف مصرف کرد .

باید مارچوبه را با کمی آب و حرارت کم در ظرف های ضد زنگ پخت و تقریبا نیمه خام آنرا برداشت . آب مارچوبه را دور نریزید و از آن برای سوپ استفاده کنید زیرا دارای ویتامین و املاح است . وقتی که مارچوبه می خرید دقت کنید تازه باشد . شاخه های مارچوبه تازه راست و نرم بوده و نوک آن نباید باز شده باشد و اگر فلس های نوک آن باز باشد نشانه این است که گیاه مدت زیادی مانده و کهنه شده است.

ترکیبات شیمیایی: مارچوبه دارای آسپاراژین ، تانن ، اسید گالیک ، آسپاراگوس، و اسید سوکسینیک است دانه آن دارای ۱۵ درصد مواد روغنی است این روغن زرد مایل به قرمز است . درصد مواد موجود در مارچوبه بصورت زیر است:



آب ۹۰ گرم
پروتئین ۵/۲ گرم
چربی ۰/۲ گرم
مواد نشاسته ای ۲/۴ گرم
کلسیم ۲۲ میلی گرم
فسفر ۶۰ میلی گرم
آهن ۱/۱ میلی گرم
سدیم ۲ میلی گرم
پتاسیم ۲۷۵ میلی گرم
ویتامین آ ۹۰۰ واحد
ویتامین ب ۱ ۰/۲ میلی گرم
ویتامین ب ۲ ۰/۲ میلی گرم
ویتامین ب ۳ ۵/۱ میلی گرم
ویتامین ث ۳۵ میلی گرم

فواص دارویی:

از نظر طب قدیم ایران مارچوبه گرم و خشک است بنابراین آنهایی که سرد مزاج هستند باید آنرا با عسل بخورند و آنهایی که گرم مزاج هستند باید آنرا با سرکه بخورند .

مارچوبه گیاهی است ادرار آور و دارای خواص زیادی است.

۱- خوردن آن دید چشم را تقویت می کند . ۲- برای تقویت نیروی جنسی مفید است. ۳- ضعف مثانه را برطرف می کند . ۴- برای تقویت قلب مفید است . ۵- ملین است و بیبوست را برطرف می کند. ۶- تب بر است. ۷- مارچوبه بعلت داشتن کلروفیل خونساز است و کسانیکه کم خون هستند باید از آن استفاده کنند . ۸- مارچوبه به ساختن گلبول های قرمز خون کمک می کند. **طرز استفاده:** برای نگاهداری مارچوبه آنرا در پارچه های مرطوب ببندید و در یخچال قرار دهید زیرا گرما و خشکی آنرا از بین می برد. مارچوبه را نیز می توان در سالاد ریخت و یا از آن سوپ تهیه کرد . مورد دیگر استفاده از مارچوبه غیر از پختن آن بصورت دم کرده آن است .

دم کرده مارچوبه را به این صورت تهیه کنید :

چند شاخه مارچوبه را در داخل یک لیتر آبجوش بریزید و مقداری هم رازیانه و جعفری به آن اضافه کنید و بگذارید مدت پنج دقیقه دم بکشد . از این دم کرده به مقدار دو تا سه فنجان در روز برای تسکین و آرامش قلب استفاده کنید .

مضرات: آنهایی که مبتلا به ورم مجاری ادرار هستند و نیز اشخاص عصبی نبایستی مارچوبه را مصرف کنند . مارچوبه همچنین برای مبتلایان به رماتیسم و سنگ کلیه خوب نیست .

*ترخون Tarragon

ترخونی گیاهی چندساله و پایا بوده که اغلب واریته Sativa آن عطر و طعم مخصوصی داشته و برای مصرف خوراکی کشت می شود. نام انگلیسی ترخون یعنی tarragon از نام فارسی آن گرفته شده است.

ویژگی های گیاه ترخون: ارتفاع ترخون ۳۰ سانتیمتر تا یک متر، برگهای قاعده ساقه آن منقسم به ۳ لوب و کاپیتول های آن، کوچک به رنگ سبز و مجتمع به صورت خوشه است. ساقه برگ دار گیاه اگر در بین انگشتان فشرده شود بوی مشخصی بر اثر آزاد شدن اسانس از آن استشمام می گردد. طول برگ ها ۳ تا ۸ سانتیمتر و عرض آن ها ۰.۵ تا ۱.۲ سانتیمتر می باشد. کناره های برگ های ترخون صاف و بدون دندانه و گیاه فاقد کرک است. گل ها فراوان و به صورت مجتمع در یک خوشه متراکم قرار می گیرند. رنگ گل های ترخون زرد یا قهوه ای تیره است. گاهی اوقات ترخون اصلا گل و بذر تولید نمی کند. ریشه های ترخون از نوع ریزوم است. گل های ترخون هرمافرودیت بوده و با باد گرده افشانی می کنند. ترخون نوعی گیاه و سبزی خوردنی است که در جایگاه ویژه ای در آشپزی دارند و می توانید از آن بعنوان یک چاشنی عالی و مقوی در تهیه انواع غذاها استفاده کنید. این گیاه طعم دهنده ای خاصیت است که مصرف آن می تواند بسیار برای شما مفید باشد.

هایگزین آسپرین: پژوهشی که در نشریه *Pharmaceutical Biology* منتشر شد، نشان داد که ترخون دارای آثار ضد درد قابل توجه است. افزون بر این، ترخون دارای آثار ضد التهابی است که آن را به انتخابی عالی در درمان اختلالات درد، از جمله آرتریت و فیبرومیالژیا تبدیل می کند. همچنین، پژوهشی که در نشریه *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* منتشر شد، نشان داد که قند بسیاری از نشانگرها برای درد و التهاب را افزایش می دهد، اما زمانی که عصاره ترخون در کنار قند مصرف شد، این سطوح کاهش یافت، که نشان دهنده آثار ضد التهابی و ضد درد ترخون است. برای تهیه چای ترخون می توانید یک قاشق غذاخوری از ترخون تازه را در یک فنجان آب جوش بریزید و اجازه دهید ۱۰ دقیقه دم بکشد. چای را صاف کرده و بنوشید. سه بار در روز می توانید این چای را بنوشید.

فواید ترخون برای تنظیم فشارخون: به گفته جیمز دوک، گیاه شناس مشهور، ترخون حاوی شش ترکیب متفاوت است که با کاهش فشار خون پیوند خورده اند.

تسکین درد دندان: هنگامی که یونانی های باستان دریافتند که جویدن ترخون می تواند موجب بی حسی دهان شود، استفاده از این گیاه دارویی برای درمان دندان درد را آغاز کردند. از آنجایی که ترخون دارای یک ترکیب بی حس کننده قوی به نام اوژنول است، پژوهش های جدید آن چه را که یونانی های باستان کشف کرده بودند را تایید کرده است. ترخون با بی حس کردن احساس درد دهان گزینه ای طبیعی برای کمک به کاهش درد دندان است.

مبارزه با دیابت: پژوهش اولیه هیجان انگیزی که در نشریه *Journal of*

Ethnopharmacology منتشر شد، نشان داد که عصاره ترخون ترشح انسولین توسط لوزالمعده را تحریک می کند، که در تنظیم قند خون نقش دارد. این مطالعه جدید امیدواری برای ارائه درمان های جایگزین برای دیابت را افزایش داده است.

فواید ترخون برای افزایش انرژی: در قرن اول، نویسنده رومی به نام پلینی به این نکته اشاره کرد که ترخون از احساس خستگی در سفرهای طولانی جلوگیری می کند. در شرایطی که پژوهشی جدید در این زمینه صورت نگرفته است، اما مد نظر قرار دادن این ویژگی ضرری ندارد.



زنگ تفریح

او چندین سال شاگرد نقاش بزرگی بود و تمامی فنون و هنر نقاشی را آموخت. روزی استاد به او گفت: دیگر شما استاد شده ای و من چیزی ندارم که به تو بیاموزم. شاگرد فکری به سرش رسید. یک نقاشی فوق العاده کشید و آن را در میدان شهر قرار داد. مقداری رنگ و قلمی در کنار آن قرار داد و از رهگذران خواهش کرد: اگر هر جایی ایرادی می بینید، یک علامت "x" بزنید! غروب که برگشت در کمال ناباوری دید که تمامی تابلو علامت خورده است. بسیار ناراحت و افسرده به استاد خود مراجعه کرد . استاد به او گفت: آیا می توانی دوباره همان نقاشی را برایم بکشی؟ شاگرد نیز چنان کرد و استاد آن نقاشی را در همان میدان شهر قرار داد ولی این بار رنگ و قلم را کنار تابلو قرار داد و متنی که نوشت این بود: اگر جایی از نقاشی ایراد دارد، با این رنگ و قلم اصلاح بفرمایید! غروب برگشتند، دیدند تابلو دست نخورده مانده است. استاد به شاگرد گفت: همه انسان ها قدرت انتقاد دارند ولی جرات اصلاح نه!



قانون قایق

نقل است که نیمه شبی چند دوست به قایق سواری رفتند و مدت زیادی پارو زدند. سپیده که زد با هم درگفتگو

برآمدند که چقدر راه رفته ایم؟ تمام شب را پارو زده ایم! باید مسیری خیلی طولانی را پیموده باشیم... اما نور خورشید که دور و برشان را روشن کرد، دیدند درست در همان جایی هستند که شب پیش بودند آنان تمام شب را پارو زده بودند، ولی یادشان رفته بود طناب قایق را از ساحل باز کنند!

در اقیانوس بی پایان هستی، انسانی که قایقش را از این ساحل باز نکرده باشد هر چقدر هم که رنج ببرد، به هیچ کجا نخواهد رسید!

قایق تو به کجا بسته شده است؟

به بدنت؟

به افکارت؟

به ترسها و نگرانی هایت؟

به گذشته ات؟

به عواطفت...؟

ترس، طناب است

نومیدی طناب است

باورهای اشتباه طناب است

خیلی چیزهای به ظاهر مهم، آنقدرها هم مهم نیستند.

باورهای غلط، نومییدی و ترس طناب‌هایی هستند که هرچقدر تلاش کنی، بدون باز کردنشان از خودت حرکت نمی‌کنی .



باران که شدی

باران که شدی مپرس این خانه‌ی کیست
سقف حرم و مسجد و میخانه یکیست
باران که شدی پیاله‌ها را نشمار...
جام و قح و کاسه و پیمانه یکیست
باران، تو که از پیش خدا می‌آیی
توضیح بده عاقل و دیوانه یکیست!
بر درگه او چونکه بیفتند به خاک
شیر و شتر و رستم و موربانه یکیست
با سوره‌ی دل اگر خدارا خواندی
حمد و فلق و نعره‌ی مستانه یکیست
این بی‌خردان خویش خدا می‌دانند
اینجا سند و قصه و افسانه یکیست
از قدرت حق هرچه گرفتند به کار
در خلقت تو، بال پروانه یکیست
گر درک کنی خودت خدا میبینی
درکش نکنی، کعبه و بتخانه یکیست

مهدی مختارزاده

سطح شعور اجتماعی

تصور کنید، مردی که همسرش به شدت بیمار است و چیزی به مرگش نمانده. تنها راه نجات یک داروی بسیار گران قیمت است که در شهر فقط یک نفر هست که آن را می‌فروشد. مرد فقیر داستان ما، هیچ پولی ندارد، هیچ آشنایی هم برای قرض گرفتن ندارد. به سراغ دارو فروش می‌رود و التماس می‌کند. به دست و پایش می‌افتد و عاجزانه خواهش می‌کند آن دارو را برای همسر بیمارش به عنوان وام یا قرض به او بدهد. دارو فروش به هیچ وجه راضی نمی‌شود. به هیچ وجه. حالا مرد ما دو راه دارد. یا دارو را بدزدد و یا نظاره‌گر مرگ همسرش باشد. مرد دارو را شبانه می‌دزدد و همسرش را از مرگ نجات می‌دهد. پلیس شهر او را دستگیر می‌کند. کلبرگ، روانشناس و نظریه پرداز بزرگ قرن بیستم، با طرح این داستان از مردم خواست به دو سوال جواب دهند:

۱- آیا کار آن مرد درست بود؟

۲- آیا برای این دزدی، مرد باید مجازات شود؟ چرا؟

داستان معروف کلبرگ تمام بزرگان دنیا را به چالش کشید. وی پس از طرح آن گفت از روی جوابی که می‌توانید به این سوال بدهید من می‌توانم میزان هوش و شعور اجتماعی شما را تشخیص دهم و مهم‌ترین قسمت این سنجش، پاسخ به سوال "چرا" در سوال دوم بود. هر کس جواب متفاوتی می‌داد. حتی سیاستمداران بزرگ دنیا به این سوال پاسخ دادند:

-آری، باید مجازات شود، دزدی به هر حال دزدی است .

- زیر پا گذاشتن مقررات، به هر حال گناه است. فارغ از بیماری همسرش.

- کار آن مرد درست نبود اما مجازات هم نشود. زیرا فقیر است و راهی نداشته.
اما هنگامی که از گاندی این سوال را پرسیدند، پاسخ عجیبی داد. گاندی گفت کار آن مرد درست بوده است و آن مرد نباید مجازات شود. چرا؟ زیرا قانون از آسمان نیامده است. ما انسان ها قانون را وضع می کنیم تا راحت تر زندگی کنیم. تا بتوانیم در زندگی اجتماعی کنار هم تاب بیاوریم. اما هنگامی که قانون منافی جان یک انسان بی گناه باشد، دیگر قانون نیست. جان انسان ها در اولویت است. آن قانون باید عوض شود. گاندی گفت انسان بر قانون مقدم است .
کلبه گ پس از شنیدن سخنان گاندی گفت بالاترین نمره ای که می توان به یک مغز داد همین است .

گاندی: "مغز ششم" - بالاترین سطح شعور اجتماعی



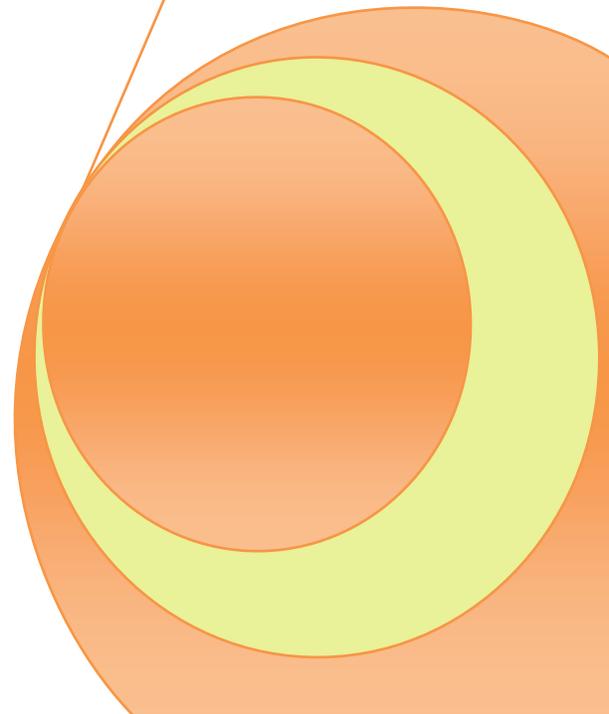
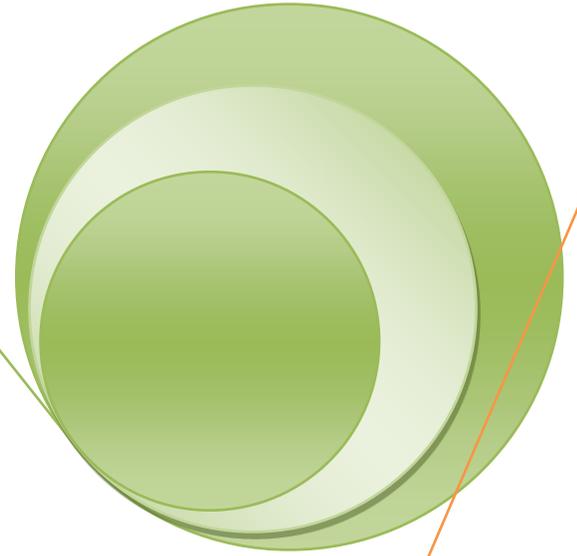
امروز را آغازی تازه بدان ، زندگی رودخانه ایست که مدام به سمت آینده در جریان است

هیچ قطره ای از آن، دوباراز زیر یک پل رد نمی شود

برخیز و به سمت پیروزی حرکت کن

زمین لرزید دل را غصه پاشید
دیاره میتون را خاک بلعید
اگر تلخ است اما چاره ای نیست
نباید ریخت بر سر پیاں و تردید





مرکز مراقبت های دارویی

تلفن: میدان کوثر بلوار کوثر مرکز آموزشی درمانی شفا

۳۱۲۱۷۴۷۵

شماره تلفن های معاونت غذا و دارو ۱۸-۳۴۳۱۳۲۵۹۱۵

و امد تمقیق و توسعه ۳۴۳۱۳۲۵۹۰۸

شماره پیامک معاونت غذا و دارو ۱۰۰۰۳۴۱۲۱۰۵۶۲۰

vafai_mahbobeh@yahoo.com آدرس الکترونیکی

سال هشتم شماره ۹۶

آبان ماه ۱۳۹۶