

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان



معاونت غذا و دارو

مرکز آموزشی درمانی شفا



سال هشتم - شماره ۸۹ فروردین ماه ۱۳۹۶

سال هشتم شماره هشتاد و نه فروردین ۱۳۹۶

نشریه مرکز مراقبتهاي دارويي

نام خدای حلق عشق و زیبایی

سال نو
مبارک

گشت کرد اگر دهر تبانک، ایران زمین روز نو آمد و شد شادی، بروون زندگمین

ای تو زدان، ای تو کردانده می مرسو پسر بر ترینش کن برام این زمان و این زمین

نشریه مرکز مراقبتهاي دارويي - شماره هشتاد و نه فروردین ۱۳۹۶

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شماره تلفن هاي معاونت غذا و دارو ۰۱۸-۰۵۹۱۵-۲۵۴۳۱

واحد تحقیق و توسعه ۰۸-۰۹۵۲-۳۵۰۷

شماره پيامگ معاونت غذا و دارو ۰۲۰-۰۵۶۲۰-۱۰۱۴۳

مرکز آموزشی درمانی شفا

تنظیمه و جمعآوری : دکتر محبوبه وفائی

نشانی : کرمان میدان کوثر - بلوار کوثر تلفن ۰۷۸۵-۱۱۵۲



در این شماره:

۴	مناسبت‌های ماه فروردین
۵	راهنمای مصرف داروهای تزریقی (۲۲)
۶	داروهای ضد انعقاد خون
۱۰	تفاوت‌های داروهای کنتراست (مواد حاجب) در رادیولوژی
۱۱	اصول کلی درمان درد
۱۴	چند نکته کاربردی
۱۷	تازه‌های پزشکی
۱۹	تدخالت دارویی
۲۱	معرفی یک دارو
۲۲	معرفی داروهای جدید
۲۵	معرفی گیاه دارویی
۲۷	زنگ تفریح

سال هشتم شماره هشتاد و نز فروردین ۱۳۹۶

نشریه مرکز مراقبت‌های دارویی

مناسبات‌های ماه فروردین



سی ام فروردین
سال روز تولد حکیم جرجانی
و روز علوم آزمایشگاهی

بر شما مبارک باد

(اهنما مصرف داروهای تزریقی (۲۲))

*فلوروراسیل Fluorouracil

ضد نئوپلاسم

شکل دارویی: آمپول ۵۰ mg/ml

نموده تزریق وریدی: نیازی به رقیق کردن نمی‌باشد.

سرعت تزریق: طی ۱-۲ دقیقه

$$50\text{mg/ml} + \text{D5W or NS } 100\text{ ml} = 0.5\text{ mg/ml}$$

انفوزیون وریدی:

سرعت تزریق: طی ۲ ساعت

توفیمهات: - دارو نباید در یخچال نگهداری شود.

- انفوزیون آهسته وریدی (۲-۲۴) ساعت از سمیت دارو می‌کاهد هر چند تزریق سریع داخل وریدی دارو موثر است.

- در هنگام تجویز باید از دو لایه دستکش لاتکس استفاده شود.

- محلول تهیه شده تا ۷۲ ساعت در دمای اتاق پایدار است.

*فuroزمايد furosemide

دیورتیک، ضد هیپرتانسیون

اشکال دارویی: ۲۰ mg/۲ml، ۴۰ mg/۴ml

نموده تزریق وریدی: نیازی به رقیق کردن نمی‌باشد.

سرعت تزریق: ۲۰ mg/min

دوز متدائل: بالغین ۴۰-۶۰ mg/day، حداکثر

کودکان: ۱ mg/kg هر ۲ ساعت، حداکثر ۶ mg/kg/day

انفوزیون وریدی: بهتر است بصورت تزریق وریدی استفاده گردد.

توفیمهات: - محلول‌های زرد رنگ نباید مصرف شوند.

- با کلیه سرم‌های تزریقی سازگار است.

- داروی باقیمانده باید دور ریخته شود.

عهاده جانبی: سمیت گوش، هیپوکالمی، هیپوتانسیون، دهیدریشن

* گانسیکلوویر Gancyclovir

ضدوبرووس

شکل دارویی: ۵۰۰ mg/vial

نموده تزریق وریدی: قابل تزریق به صورت انفوزیون وریدی

$$500\text{ mg/ vial} + 10\text{ ml SWI} = 10\text{ml}$$

انفوزیون وریدی:

$$500\text{ mg/10 ml} + 90\text{ ml D5W} = 100\text{ ml}$$

$$1\text{ml}=5\text{mg}$$

سرعت تزریق: محلول تهیه شده را طی ۶۰ دقیقه تزریق کنید.

توفیمهات: - با کلیه سرم‌های تزریق سازگار می‌باشد.

- از ست فیلتردار استفاده کنید.

- اگر شمارش نوتروفیل‌ها به کمتر از $5000/\text{mm}^3$ یا شمارش پلاکت‌ها به کمتر از $25000/\text{mm}^3$ تنزل کرد، دارو را تزریق نکنید.
- از تماس محلول با پوست و غشاها مخاطی پرهیز کنید. در صورت رویداد، موضع را بطور کامل با آب و صابون بشوئید.
- محلول حل شده تا ۱۲ ساعت در یخچال پایدار است.

عواض جانبی: تب، تهوع، اسهال

***آلاتین مدیفاید** Gelatin Modified

پلی‌پیتید و الکترولیت، حجیم کننده حجم پلاسمای

شکل دارویی: $500\text{ mg}/\text{ml}$

نموده تزریق وریدی: دارو به شکل محلول آماده انفوژیون می‌باشد.

انفوژیون وریدی: دارو آماده مصرف می‌باشد.

سرعت انفوژیون: 50 ml طی 60 دقیقه که در موارد اورژانس قابل افزایش است.

توضیمات: - این فرآورده حاوی یون کلسیم است.

- تزریق سریع این محلول در مبتلایان به آسم خطرناک است.

- این محلول دارای اثر دیورتیک اسموتیک است.

- محلول مصرف نشده باید دور ریخته شود.

***جمسیتابین** gemcitabine

ضد نئوپلاسم

شکل دارویی: ویال $200\text{ mg}/1\text{ g}$

نموده تزریق وریدی: غیر قابل تزریق به صورت تزریق وریدی

$200\text{ mg} + \text{N.S } 5\text{ ml} = 40\text{ mg/ml}$

انفوژیون وریدی:

$200\text{ mg}/5\text{ ml} + \text{N.S or D5 W } 100\text{ ml} = 2\text{ mg/ml}$

سرعت تزریق: طی $30-60$ دقیقه

توضیمات: - زمان انفوژیون نباید بیش از دقیقه گردد.

- محلول‌های تهیه شده تا 24 ساعت در دمای اتاق پایدار می‌باشند.

- تهیه و نزدیک دارو برای پرسنل خطر کارسینوژنی دارد.

منبع: راهنمای جامع مصرف داروهای وریدی- بیاتریس ترکوفسکی

داروهای ضد انعقاد فون

در یک تقسیم‌بندی کلی این داروها به دو گروه تقسیم می‌شوند:

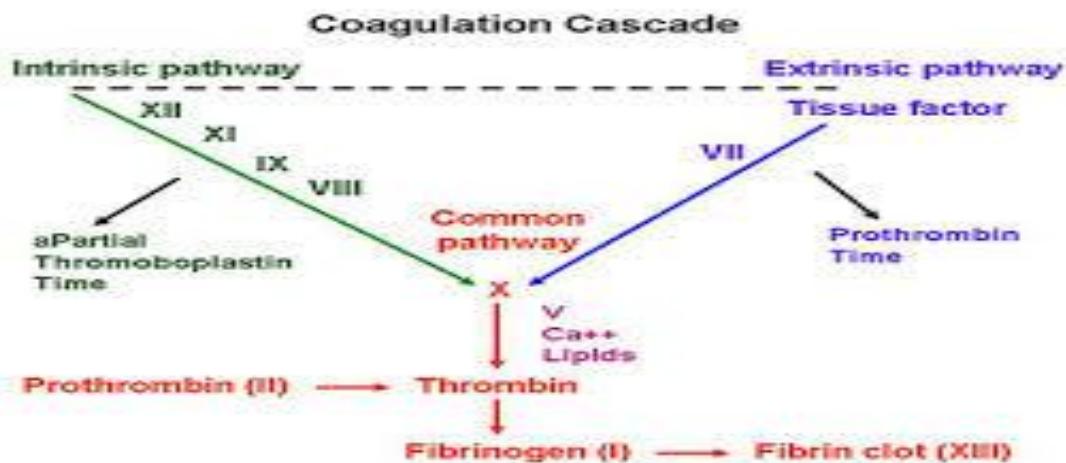
۱- ضدپلاکت(ضد لخته سفید)

۲- ضد لخته(ضد لخته قرمز)

لخته‌های ایجاد شده در رگ‌های بدن به دو نوع لخته سفید و لخته قرمز تقسیم می‌شوند. لخته‌های سفید، از تجمع پلاکت‌ها شکل

می‌گیرند و محل تشکیل آن‌ها معمولاً سرخرگ‌هاست. لخته‌های قرمز، از جنس فیبرین (یک نوع پروتئین پلیمریزه شونده) هستند و

معمولًا در سیاهرگ‌ها شکل می‌گیرند.



داروهای ضد پلاکت در فهرست دارویی ایران

Aspirin , dipyridamole, ticlopidine, clopidogrel, prasugrel, abciximab, eptifibatide, tirofiban

وقتی در اثر آسیب به رگ‌ها خونریزی اتفاق می‌افتد، این پلاکت‌ها هستند که با تجمع خود و تشکیل میخ پلاکتی در محل پارگی رگ، به عنوان مدافعين خط اول، جلوی خونریزی را می‌گیرند.

زمانی که تجمع پلاکت‌ها بدون خونریزی اتفاق بیفتد، این یک اتفاق غیر طبیعی است که به آن ترمبوز گفته می‌شود. لذا باید از ایجاد ترمبوز پیشگیری کنیم.

معمولًا ترمبوز در سه حالت ایجاد می‌شود:

۱- جراحت دیواره داخل رگ‌ها ، به عنوان مثال در هنگام پاره شدن پلاک‌های آترومایی

۲- تغییر جریان خون، به عنوان مثال در قلب در هنگام فیبریلاسیون دهلیزی یا در پا در هنگام مسافت‌های طولانی

۳- افزایش قابلیت منعقد شدن خون، به عنوان مثال در ماههای آخر بارداری یا در هنگام مصرف داروهای ضدبارداری مکانیزم عمل داروهای ضدپلاکت

آسپرین Aspirin: پلاکت‌ها با آزاد کردن ماده‌ای بنام ترمبوکسان thromboxane باعث فعال شدن پلاکت‌های جدید می‌شوند. در ضمن این ماده باعث انقباض رگ آسیب دیده می‌شوند.

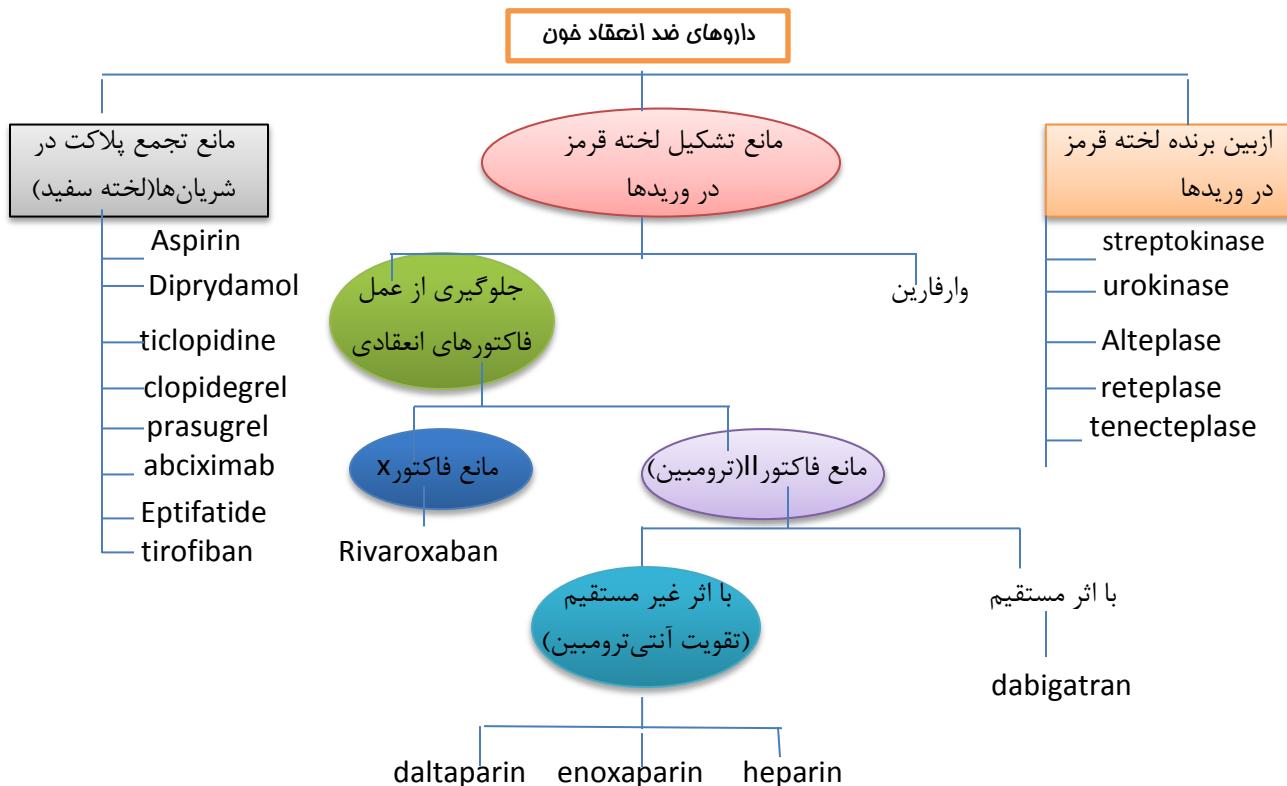
آسپرین مانع ساخته شدن این ماده در پلاکت‌ها می‌گردد.

تیکلوبیدین- کلوبیدگل- پراسوگرل: پلاکت‌ها با ایجاد گیرنده‌هایی (از جنس گلبکوپروتئین)، به هم‌دیگر و همینطور جدار داخل رگ آسیب دیده متصل می‌شوند.

داروهای نام برده مانع ساخته شدن این گیرنده‌ها می‌شوند. این داروها مهار گیرنده ADP پلاکتی هستند.

ابسیکسیم- اپتیفاباتاید- تیرووفیبان: این داروها مانع عمل کردن گیرنده‌های متصل کننده پلاکت‌ها به هم می‌شوند. این داروهای تزریقی باعث مهار گلبکوپروتئین a/3a 2b روی پلاکت‌ها می‌باشد.

دیپریدامول: این دارو خاصیت گشاد کننده‌گی عروق دارد. در ضمن هم مانع ساخته شدن ماده فعال کننده پلاکت‌های جوان می‌شود و هم جلوی ساخته شدن گیرنده‌های اتصال پلاکت‌ها را می‌گیرد.



مرحله بعدی: تجمع پلاکت‌ها اولین سد دفاعی در برابر خونریزی است و در مرحله بعد، فیبرین که نوعی پروتئین پلیمریزه شونده است، شبکه‌ای را برای ترمیم محل پارگی تشکیل می‌دهد. با گیر کردن گلbulول‌های قرمز در این شبکه، آن به رنگ قرمز در می‌آید و به اصطلاح لخته قرمز نامیده می‌شود. در یک تقسیم بندی این داروها به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱- داروهای جلوگیری کننده از تشکیل لخته (مانند وارفارین و هپارین)

۲- داروهای از بین برنده لخته (مانند استرپتوکیناز)

داروهای جلوگیری کننده از تشکیل لخته، خود به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱- داروهای مانع از تشکیل فاکتورهای انعقادی که سازنده‌ی فیبرین هستند (مانند وارفارین)

۲- داروهای مانع از عملکرد فاکتورهای انعقادی که سازنده‌ی فیبرین هستند (مانند هپارین)

وارفارین: تنها نماینده شاخص داروهای جلوگیری کننده از تشکیل فاکتورهای انعقادی است که با وجود گذشت ۷۰ سال از کشف آن و داشتن کلکسیونی از عوارض و تداخلات عجیب و غریب، تاکنون بی‌رقیب مانده است.

این دارو که هم اکنون به عنوان یکی از پر مصرف‌ترین داروها شناخته می‌شود، از ابتداء به عنوان یک سم معرفی گردید که با ایجاد خونریزی داخلی، باعث مرگ جوندگان موزی می‌شد.

وارفارین جلوی باز فعال شدن ویتامین K را می‌گیرد. کمبود ویتامین K فعال، باعث ایجاد فاکتورهای انعقادی ناقص‌الخلقه می‌شود. لذا واکنش آبشاری این فاکتورها که باعث ایجاد فیبرین و در نهایت لخته قرمز می‌شود، شکل نمی‌گیرد.

داروهای مانع از عملکرد فاکتورهای انعقادی: براساس اینکه روی کدام فاکتور انعقادی موثر باشد به طور کلی به دو گروه تقسیم

می‌شوند:

۱-۲- داروهای مانع از فعالیت فاکتور ۱۰ (مانند ریبوروکسابان)

۲-۲- داروهای مانع از فعالیت فاکتور ۲ (مانند هپارین)

۱-۲- ریبوروکسابان: این داروی ضدانعقاد تنها نماینده این گروه در فهرست دارویی ایران است که مانع از فعالیت فاکتور شماره ۱۰ می‌شود. از مزایای داروی ریبوروکسابان نسبت به داروی خوراکی مشابه یعنی وارفارین این است که به پایش بیمار برای تنظیم دوز نیاز ندارد و در ضمن تداخلات دارویی آن به مراتب کمتر است.

۲-۲- داروهای مانع از عملکرد فاکتور ۲ انعقادی (ترومبین)

یا این اثر مهاری را به طور مستقیم روی ترومبین اعمال می‌کند (مانند دابیگاترین) یا اینکه به طور غیر مستقیم، با تقویت آنتیترومبین؛ باعث مهار ترومبین می‌شوند (مانند هپارین).

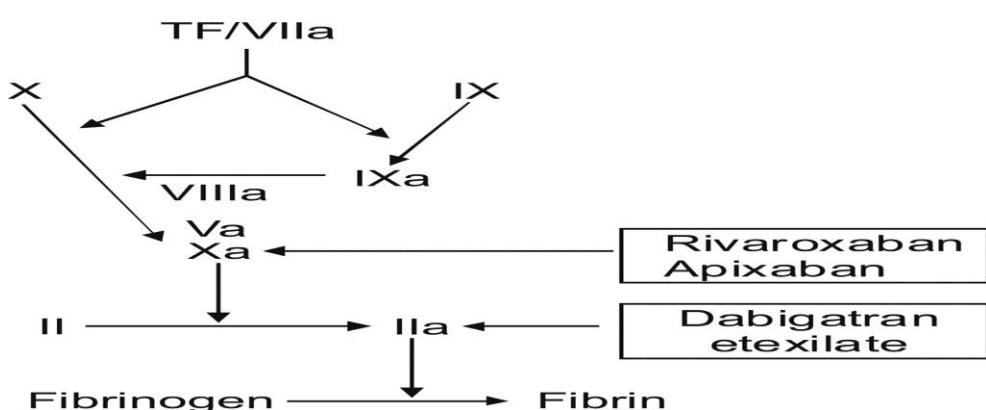
دابیگاتران: با وجود اینکه داروهای تزریقی متعددی (از جمله داروهای مشتق از بزاق زالو)، سال‌هاست که در دنیا در دسترس قرار دارند اما این داروی ضدانعقاد جدید، تنها عضو این خانواده در فهرست دارویی ایران است.

کاربرد اصلی دابیگاتران، برای کاهش احتمال بروز سکته بهویژه در مبتلایان به فیبریلاسیون دهلیزی است.

بعداز ۶۰ سال یکه تازی وارفارین، این دارو اولین ضدانعقاد خوراکی است که با نام تجاری pradaxa به بازار عرضه شده است. البته بعد از آن، داروی ضد انعقاد خوراکی ریواروکسابان با نام تجاری xarelto (ضد فاکتور ۱۰) نیز ارائه گردید.

مقایسه‌های انجام شده بین وارفارین و دابیگاتران نشان داده است که اثر بخشی این داروها در حد هم، اما عارضه بروز بعضی از انواع خونریزی در اثر مصرف دابیگاتران کمتر از وارفارین و حتی کمتر ریواروکسابان است.

یکی از نکات مهم در مورد داروی دابیگاتران این است که قطع مصرف این دارو باید تدریجی و زیر نظر پزشک باشد، در غیر اینصورت احتمال بروز سکته و جود دارد.



داروهای تقویت گننده اثر آنتیترومبین

می‌دانیم که آنتیترومبین با جلوگیری از فعالیت ترومبین (فاکتور ۲) – عاملی که باعث تبدیل فیبرینوژن به فیبرین می‌شود – و همینطور مهار فاکتور ۱۰ جلوی تشکیل فیبرین و در نهایت لخته قرمز را می‌گیرد.

هپارین: حدود ۱۰۰ سال پیش در آمریکا یک دانشجوی سال دوم پزشکی در حین انجام آزمایش، به طور تصادفی این ماده را از بافت کبد استخراج کرد و به همین دلیل نام آن را هپارین گذاشت. دارویی که به همان شکل (البته از روده خوک یا ریه گاو) و همینطور

مشتقات آن (با جرم مولکولی کمتر) هنوز از پرکاربردترین داروهای ضدانعقاد تزریقی به حساب می‌آید. هپارین مثل یک کاتالیزور، سرعت تشکیل کمپلکس آنتی‌ترومبین-ترومبین، برای خنثی کردن ترومبین را ۱۰۰۰ برابر بیشتر می‌کند. لذا از تشکیل فیبرین جلوگیری می‌شود.

اناکسساپارین - دلتاپارین: مولکول این دارو، برش‌هایی از مولکول بزرگ هپارین هستند. در حال حاضر این داروهای با جرم مولکولی پایین (LMWHs) تدریجاً جایگزین هپارین می‌شوند.

منبع: کاتال: the joy of pharmacology

تفاوت‌های داروهای کنتراست(مواد هاب) در (ادیولوژی)

اساس تفاوت این داروها یونی و غیریونی بودن و همچنین منومری و دیمری بودن می‌باشد.

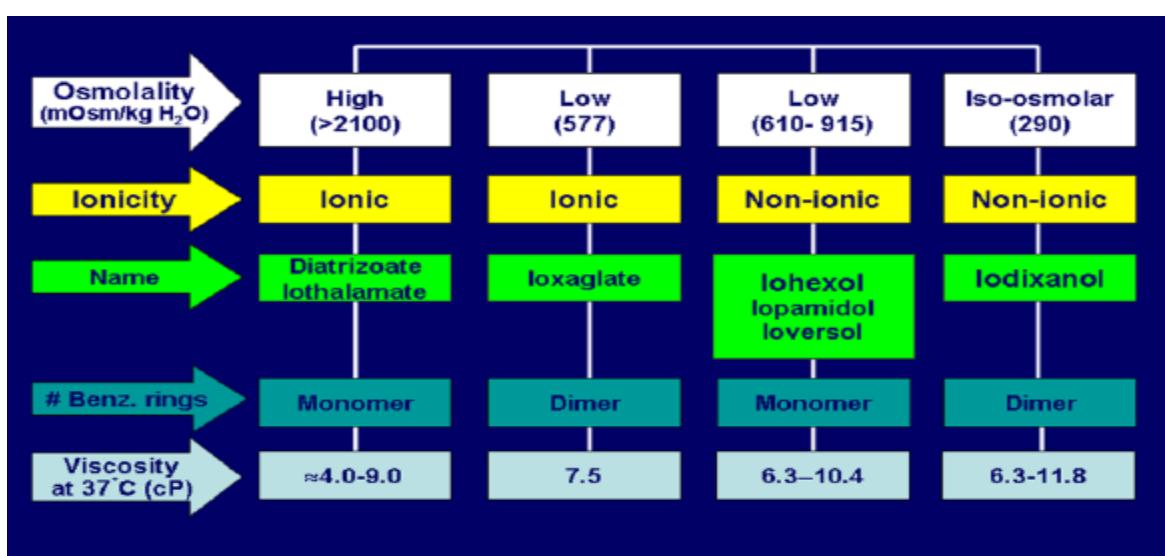
مونومرهای یونی: این دسته از ترکیبات به عنوان Radio-Contrast Media (RCM) های نسل اول دارای بیشترین اسمولالیته (بالای ۱۴۰۰) و کمترین هزینه هستند.

این ترکیبات نمک‌هایی مشکل از حلقه بنزن با بار منفی و کاتیون مگلومین یا سدیم هستند.

صرف این ترکیبات اخیراً به پروسیجرهای خارج عروقی نظیر سیتوگرام محدود شده است.

نمونه‌هایی از این ترکیبات urografin® Amidotrizoate sodium/meglumine amidotrizoate یا gastrografin® diatrizoate meglumine/ sodium و

دیمر یونی: تنها دیمریونی در دسترس ioxaglate یا hexabrix است و اسمولالیته‌ای معادل ۶۰۰ دارد.



مونومرهای غیر یونی: از دسته RCM‌های نسل دوم هستند. دارای اسمولالیته پایین (۵۰۰-۸۵۰) می‌باشند.

این ترکیبات عبارتند از:

Iohexal(Omnipaque)

Iopamidol(Scanlux)

Iopromide(Ultravist)

Lovesol(Optiray)

Ioxilan(Oxilan)

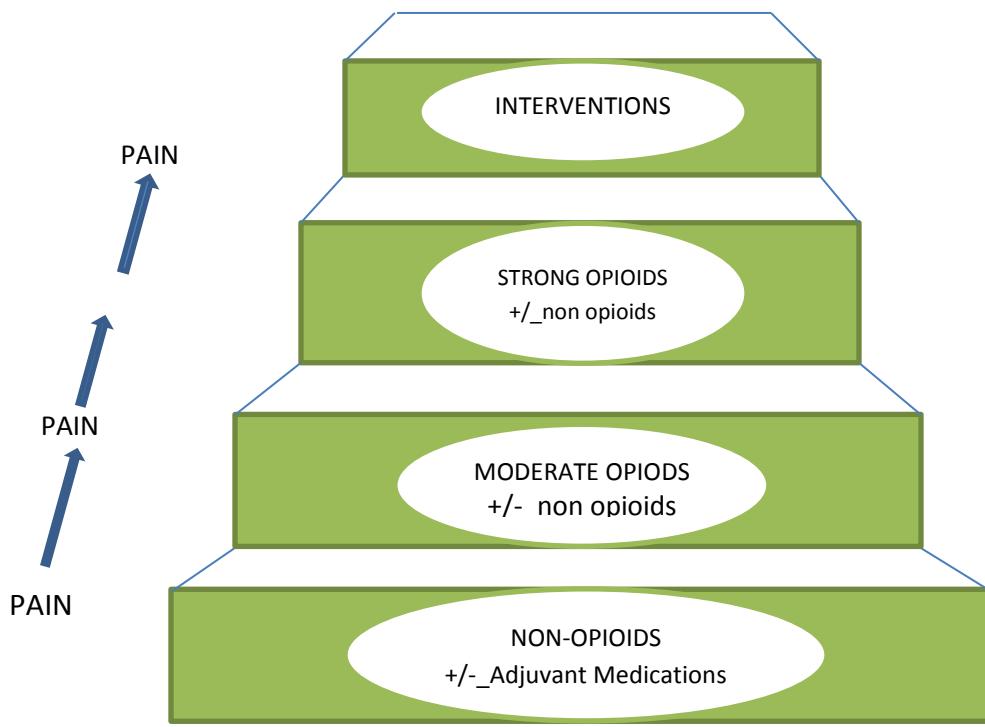
دیمر غیر یونی: ترکیب Iodixanol یا Visipaque یا اسمولالیته حدود ۲۹۰، دارای کمترین اسمولالیته در بین RCM‌ها و بیشترین قیمت است یک ترکیب ایزواسمولال است.

همچنین کمترین میزان بروز واکنش‌های سریع ناخواسته با این ترکیب رخ می‌دهد. به طور کلی میزان بروز واکنش‌های ازدیاد حساسیت سریع با اسمولالیته این ترکیبات نسبت مستقیم دارد.

دکتر رها اسکندری - دانشگاه علوم پزشکی منبع: UPtupdate, 2017

اصول کلی درمان درد

در درمان درد می‌بایست ابتدا به منشا آن توجه شود. در دردهای حاد بطور عموم با رفع علت می‌توان درد را بطرف کرد، اما در دردهای مزمن بطور غالب نمی‌توان منشا مشخصی برای درد یافت. برای دارودارمانی درد می‌توان از الگوریتم زیر کمک گرفت، بدین صورت که برای دردهای خفیف از NSAID‌ها یا استامینوفن، برای دردهای متوسط از یک مخدّر ضعیف مانند کدئین به علاوه استامینوفن یا NSAID استفاده کرد. در دردهای شدید مفیدترین داروها، داروهای مخدّر هستند که البته با مصرف هم‌زمان این داروها با استامینوفن می‌توان از میزان دوز مخدّرها کاست. همچنین لازم به ذکر است داروهایی مانند NSAID‌ها در کنترل دردهای شدید موثر نیستند. البته این داروها در مورد دردهای nociceptive موثرند و عموماً از ترکیبات ضددرد عادی نمی‌توان برای درمان دردهای نوروپاتیک استفاده کرد. در شکل ۱ الگوریتم درمان درد را به اختصار نشان می‌دهد.



در صورت عدم کنترل درد می‌توان از شیوه‌های مداخله‌ای کنترل درد بهره برد. در این شیوه‌ها از تزریق ماده بی‌حس‌کننده یا مخدّر به صورت اپی‌دورال یا اینتراتکال (داخل نخاع) استفاده می‌شود. گاه برای افزایش زمان اثر بخشی این روش یک پمپ دارو هم در کنار کاتتر قرار داده می‌شود تا دارو را به طور مرتب به محل اثر تزریق کند. این تزریق‌ها گاه در نقاط دیگر هم انجام می‌شود.

این روش‌ها در درمان و کنترل درد بسیار موثر و سودمند می‌باشند، اما با توجه به خطرات بالقوه و نیاز به تخصص و تجربه، عموماً این روش‌ها به عنوان خط آخر درمان در نظر گرفته می‌شوند.

اصول کلی درمان درد یا NSAIDs

همه NSAIDs از نظر اثر ضد دردی با یکدیگر برابرند. البته برخی از بیماران که به یک NSAID جواب نمی‌دهند ممکن است به NSAID دیگر پاسخ دهند. مهم‌ترین عوامل تعیین کننده برای انتخاب NSAIDs، میزان عوارض جانبی، فواصل مصرف، و نیز قیمت دارو می‌باشد. راهنمای دوز NSAIDs در جدول ۱ ارائه شده است.

انواع مختلفی از NSAID‌ها از جمله سالیسیلات‌های غیر استیله (برای مثال، Salsalate) و NSAID‌های غیر سالیسیلاتی (برای مثال، آیبوپروفن، ناپروکسن و مهار کننده‌های سیکلواکسیژنаз)، در دسترس هستند. اگرچه NSAID‌ها از نظر ساختار شیمیایی متفاوت‌اند، ولی عموماً از نظر خصوصیات فارماکولوژیکی (برای مثال، اثرات ضد تب، ضد درد، ضدالتهاب و مهار سنتز پروستاگلاندین)، مکانیسم عمل (مهار فعالیت COX)، عوارض جانبی مرتبط با مهار COX (عدم تحمل گوارشی، نفروتوکسیسیتی، افزایش ریسک خونریزی، حوادث قلبی عروقی) و خواص فارماکوکینتیکی (برای مثال، اتصال پروتئینی بالا، متabolیسم وسیع به متabolیت‌های غیر فعال دفع شونده از کلیه)، مشابه هستند.

NSAID‌ها معمولاً بهتر از آسپرین تحمل می‌شوند. به دلیل تفاوت بین بیماران از نظر پاسخ به NSAID خاص، انتخاب دارویی براساس هزینه، طول اثر دارو و ترجیح بیمار صورت می‌گیرد. بزرگ‌ترین نگرانی در خصوص دارودارمانی با NSAID‌ها، ریسک خونریزی شدید گوارشی می‌باشد، اگرچه سمیت قلبی عروقی (افزایش فشارخون، نارسایی قلبی) و سمیت کلیوی نیز دارای اهمیت ویژه‌ای هستند.

عارضه گوارشی ناشی از NSAIDs

NSAIDs از طریق دو مکانیسم موضعی و سیستمیک باعث ایجاد عوارض گوارشی می‌گردند. تحریک موضعی در بروز زخم‌های گوارشی علامت‌دار نقش چندانی ندارد. پاتوژن زخم گوارشی علامت‌دار در اثر مواجهه با NSAIDs عمدتاً ناشی از مهار سیستمیک (پس از جذب) فعالیت COX موجود در مخاط معده می‌باشد. برخلاف آسپرین که آنزیم COX را به صورت برگشت ناپذیر مهار می‌کند، بیشتر NSAIDs، COX-1 و COX-2 را به صورت برگشت پذیر مهار می‌کنند. با این حال، حتی مهار گذرای COX-1 در مخاط دستگاه گوارش کافی است تا معده را در معرض آسیب قرار دهد. NSAIDs مختلف از نظر میزان ایجاد مشکلات گوارشی با یکدیگر متفاوت‌اند. لذا باید از تجویز داروهای پر عارضه‌تر به افرادی که مستعد خونریزی گوارشی هستند، خودداری گردد. براساس نتایج مطالعات بالینی در خصوص مقایسه عوارض گوارشی NSAIDs:

* داروهای مهار کننده اختصاصی COX-2 (مانند سلکوکسیب) نسبت به داروهای غیراختصاصی، کمتر باعث ایجاد عوارض گوارشی می‌شوند.

** بیمارانی که همزمان آسپرین و یک داروی مهار کننده اختصاصی COX-2 را مصرف می‌کنند، در صورتی که در معرض خطر بروز عوارض گوارشی باشند، ممکن است به درمان پیشگیری کننده زخم گوارشی نیاز داشته باشند.

* پس از قطع آسپرین (با دوز کم)، ۵-۸ روز زمان لازم است تا دستگاه گوارش بتواند فعالیت COX-1 و توانایی سنتز پروستاگلاندین‌های محافظ را بازیابی کند، که نشان دهنده سرعت پایین احیا فعالیت COX-1 می‌باشد.

جدول ۱- راهنمای دوز NSAIDs

نام دارو	عواض	مدادکثر دوز (mg)	دوز رایج	توضیمات
Acetaminophen	عارضه کبدی	۴۰۰۰	۳۲۵ الی ۶۵۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت یا ۵۰۰ الی ۱۰۰۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت	
Mefenamic	انعقاد خون اثر بیشتر بر روی	۱۰۰۰	ابتدا ۵۰۰ میلی‌گرم، سپس ۲۵۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت	برای افراد زیر ۱۴ سال توصیه نمی‌شود حداکثر تا یک هفته مصرف شود
Naproxen		۱۰۰۰	۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت یا ۲۵۰ میلی‌گرم هر ۶ تا ۸ ساعت	
Ibuprofen	کم عارضه‌ترین NSAID	-۱۲۰۰ ۳۰۰۰ حداکثر دوز OTC	۴۰۰ الی ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۶ الی ۸ ساعت و ۴۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت به صورت OTC دوز اطفال: ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ تا ۸ ساعت	این دارو بهتر است برای اطفال زیر ۶ ماه استفاده نشود
Celecoxib	احتمال ایجاد مشکلات قلبی، تاخیر در ترمیم استخوان	۲۰۰	۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز یا ۲۰۰ میلی‌گرم یکبار در روز	افزایش دوز مصرفی به بیش از ۲۰۰ میلی‌گرم باعث افزایش مشکلات قلبی عروقی می‌شود..
Diclofenac	شیوع بیشتر عارضه کبدی	۲۰۰	۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم هر ۶ الی ۸ ساعت از ۲۰۰ میلی‌گرم از فرآورده آهسته‌رهش، یک تا حداکثر دو بار در روز	افزایش دوز مصرفی به بیش از ۲۰۰ میلی‌گرم باعث افزایش مشکلات قلبی عروقی می‌شود.
Indometacin	پر عارضه- تربین NSAID عارضه عصبی	۱۵۰	۲۵ میلی‌گرم ۲ الی ۳ بار در روز می‌توان دوز روزانه را تا ۱۵۰ میلی‌گرم نیز افزایش داد. قرص آهسته‌رهش: روزی یک تا ۲ عدد در حملات حاد نقرس: ۲۵ میلی‌گرم هر ۶ ساعت	
Tolmetin	واکنش‌های عارض گوارشی	۱۸۰۰	۴۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت	
Meloxicam	بیشترین پوستی	۱۵	۷/۵ تا ۱۵ میلی‌گرم یکبار در روز	مشابه ترکیبات مهارکننده اختصاصی COX-2 عمل می‌کند.
Piroxicam	بیشترین پوستی	۲۰	۱۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز یا ۲۰ میلی‌گرم یکبار در روز	به علت طول اثر زیاد، اثر کامل آن ممکن است بعد از یک هفته ظاهر شود.

NSAIDs غیر اختصاصی را از نظر ایجاد عوارض گوارشی به سه دسته تقسیم می‌کنند:

۱۰۰ داروهایکم عارضه: که تنها ایبوپروفن و ملوکسیکام در این دسته قرار دارند.

۸۰ داروهایی با عارضه متوسط: که اکثر در این دسته قرار دارند، مانند ناپروکسن، دیکلوفناک، مفنامیک اسید، پیروکسیکام و تولمتین، که البته در این میان پیروکسیکام بیشترین عارضه را دارد.

۸۰ داروهای با عارضه بالا: ایندومتاپسین و آسپرین پر عارضه‌ترین داروها در این دسته هستند.

اساس طبقه‌بندی عوارض، میزان دوز عادی داروهاست. اگر میزان دوز از میزان عادی آن بالاتر رود، عارض هم به همان نسبت افزایش می‌یابد. مثلاً ایبوپروفن با دوز دو برابر معمول به اندازه ایندومتاپسین عارض گوارشی NSAIDs دارد. براساس نتایج یک

متآنالیز شامل مطالعات بالینی کنترل شده در خصوص عارضه گوارشی NSAIDs، متوسط طول مدت از زمان شروع مصرف داروتا زمان بروز عارضه ۸۴ روز بوده است؛ این زمان در مورد داروی ایندومتاسین تنها ۷ روز می‌باشد. همچنین در این مطالعه، ترتیب احتمال بروز عارضه گوارشی ناشی از NSAIDs مورد مطالعه به صورت ذیل گزارش شده است:

Indomethacin > Naproxen > Diclofenac > Ibuprofen > Meloxicam

ریسک بروز عارضه گوارشی ناشی از NSAIDs به عوامل زیر بستگی دارد:

۱- طول مدت درمان

۲- سن

۳- دوز بالاتر

۴- سابقه بروز عارضه گوارشی ناشی از NSAIDs

۵- سابقه زخم گوارشی و مصرف همزمان NSAIDs با کورتیکوستروئیدها، داروهای ضدانعقاد، کلوبیدوگرل، بیسفنونات‌ها، SSRI‌ها (که باعث تخلیه ذخایر سروتونینی پلاکتها و تاثیر سوء بر پاسخ هموستانز به آسیب عروقی می‌گردند).

انجمان آمریکا افراد را از نظر ریسک بروز عارضه گوارشی به سه گروه طبقه‌بندی کرده است:

۱- ریسک بالا، در صورت:

* سابقه زخم گوارشی complicated به خصوص زخم اخیر

* وجود بیش از ۲ ریسک فاکتور

۲- ریسک متوسط در صورت وجود ۱-۲ ریسک فاکتور، شامل:

* سن بالای ۶۵ سال

* درمان با دوز بالای NSAIDs

* سابقه زخم گوارشی uncomplicated

* مصرف همزمان آسپرین (حتی با دوز پایین)، کورتیکوستروئیدها یا داروهای ضدانعقاد

۳- ریسک پایین، در صورت عدم وجود ریسک فاکتور درمان درد در افراد با ریسک بالای خونریزی گوارشی درمان درد در افراد با ریسک بالای خونریزی گوارشی

* اگر دردهای التهابی یا التهاب وجود نداشت، بهترین دارو استامینوفن (با دوز صحیح) می‌باشد. در دردهای شدیدتر می‌توان از ترکیبات مخدوش علاوه استامینوفن (استامینوفن کدئین) استفاده کرد.

* اگر التهاب وجود داشت، می‌توان از NSAID به علاوه استامینوفن استفاده کرد. استفاده از استامینوفن باعث کم شدن نیاز به NSAID‌ها می‌شود.

* زمانی که در این افراد از NSAID‌ها استفاده می‌شود یا باید از ترکیبات مهار کننده اختصاصی COX-2 و یا NSAID‌های غیر اختصاصی به همراه امپرازول یا لنزوپرازول استفاده کرد.

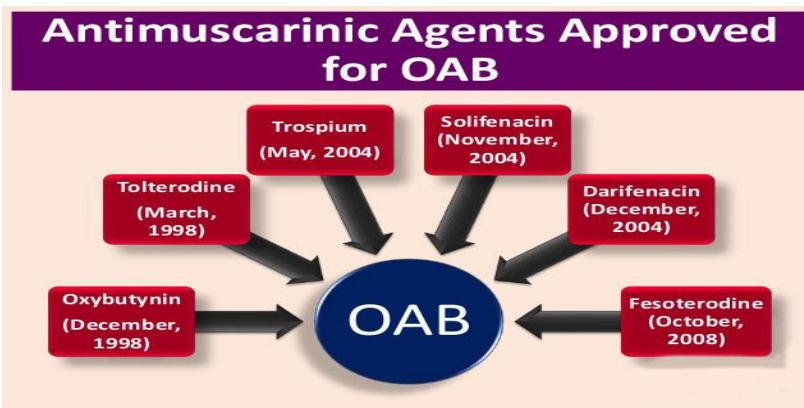
منبع: دکتر خلیلی، دکتر دشتی، دکتر سادات بدربی - کتاب پروتکل‌های دارودارمانی بالینی

پند نکته کاربردی

شروع اثر و تفاوت کارآیی داروهای تولترودین و سولفیناسین در بی‌افتیاری ادرار سالمندان

داروهای آنتی‌کولینرژیک مورد مصرف در بی‌اختیاری ادرار سالمندان شامل اکسی بوتینین oxybutynin، تولترودین tolterodine

داریفناسین darifenacin، سولفیناسین solifenacin، فسفوتروودین fesoterodine، تروپسپیوم trospium و پروپیورین propiverin می‌باشند.



این داروها در سالماندان همه کارهایی یکسان و متوسطی دارند و علایم را بطور کامل نمی‌توانند؛ بهبود بخشنند. ضمن اینکه در موقعی گزارش شده است که تغییر به داروی دیگر از همین دسته در بیماری که پاسخ مناسب با یکی از آن‌ها دریافت نکرده است با پاسخ‌دهی بهتر و عوارض متفاوت همراه بوده است.

با توجه به احتمال بیشتر عوارض دارویی در سالماندان باید فواید احتمالی ارزیابی شود و ارزیابی‌های علت بی‌اختیاری بیشتر بررسی گردد.

تا مشاهده بهبود علایم حدود ۴ هفته و تا تکمیل اثر مورد انتظار ۱۲ هفته زمان لازم است.

منبع: uptodate 2017

کاهش عارضه ادم اندام تهتانی در اثر آملودیپین

ادم ناشی از داروهای مهارکننده کانال کلسیمی (CCB-calcium channel blockers)، بخصوص دی‌هیدروپیریدین‌ها مثل آملودیپین، نیفیدیپین، یک عارضه وابسته به دوز بوده که بعلت اثرات واژودیلاسیون (گشادی عروق) قوی دارو در شریان‌های محیطی اتفاق می‌افتد. ولی چون این میزان واژودیلاسیون در وریدها به وجود نمی‌آید، با نشت مایع از مویرگ‌ها، ادم محیطی ایجاد می‌شود.

بهترین راهکار برای کاهش این عارضه، کاهش دوز دارو یا اضافه کردن یک داروی مهارکننده RAAS (renin angiotensin system) و آنژیوتانسین aldosterone system می‌باشد.

مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل ACEIs (کاپتوپریل و والزارتان) به دلیل اینکه باعث واژودیلاسیون هم در شریان و هم در ورید می‌شود و با ایجاد بالانس بیشتر در بسترهای عروق محیطی ادم را کاهش می‌دهند.

در صورت تحت کنترل بودن فشارخون می‌توانیم دوز دارو را کم کنیم و در غیر این صورت اضافه کردن ACEI یا ARB منطقی می‌باشد.

تجویز داروهای مدر (دیورتیک) برای کاهش ادم ناشی از این داروهاموث نبوده و منطقی نمی‌باشد.

فرآوردهایی مثل exforage و یا valsomax در بازار دارویی ایران موجود می‌باشد که ترکیب دو داروی آملودیپین و والزارتان با نسبت‌های متنوع (۵:۱۶۰ و ۵:۳۲۰ و ۱۰:۱۶۰ و ۱۰:۳۲۰) هستند و ممکن است به این منظور تجویز شوند.

منبع: uptodate 2017

تفاوت (زووواستاتین با سایر استاتین‌ها)

(زووواستاتین بواسطه هیدروفیل بودن ، نفوذ کمتر به عضله دارد و بهمین دلیل انتظار می‌رود مانند پراواستاتین عارضه میوپاتی با آن کمتر باشد که در بعضی مطالعات هم تایید شده است.

این دارو با سقف دوز ۴۰ میلی‌گرم روزانه تجویز می‌گردد.

این دارو کمتر از سایر داروهای هم‌کلاس خود، توسط سیستم آنزیمی ۳A4 متابولیزه می‌شوند و لذا مجموعاً تداخلات کمتری نسبت به سایر استاتین‌ها دارد.

با این وجود رزوواستاتین، از مسیر دیگری با داروهای مهار کننده پروتئاز تداخل دارد.

همینطور سیکلوسپورین می‌تواند تا ۳-۴ برابر غلظت‌های سرمی رزوواستاتین را افزایش دهد و باید از مصرف همزمان اجتناب کرد یا در صورت مصرف همزمان، رزوواستاتین را با حداکثر دوز ۵ میلی‌گرم روزانه تجویز نمود.

رزوواستاتین با مقادیر کمتری نسبت به سایر استاتین‌ها، تاثیر معادل بر کاهش LDL دارد و مانند آتورواستاتین در کاهش تری‌گلیسیرید از سایرین قوی‌تر عمل می‌کند. اثر این دارو در افزایش HDL نسبت به سایرین بیشتر است.

طبق نتایج یک مطالعه ، این دارو تاثیر متوسطی در کاهش ریسک پنومونی داشته است.

منبع: CMAJ.2012- Uptodate 2012

Lipitor Side Effects	Crestor side Effects
Headache 16.7%	Muscle aches & pains 12.7%
Infections 10.3%	Joint pain 10.2%
Muscle Pain 5.6%	Nausea 6.3%
Diarrhea 5.3%	Constipation 4.7%
Joint pain 5.1%	Body weakness 4.7%
Sinus inflammation 6.4%	Dizziness 4%
Bad interaction with grapefruit	No interaction with grapefruit

تاثیر ال‌کارنیتین بر هورمون‌های تیروئیدی

ال‌کارنیتین بطور طبیعی دارای اثرات آنتاگونیستی بر روی عملکرد هورمون‌های تیروئیدی (T_3 - T_4) است.

براساس برخی مطالعات، ال‌کارنیتین می‌تواند در بهبود علائم هیپرتیروئیدی و نیز پیشگیری و درمان طوفان تیروئیدی موثر باشد و در نتیجه به نظر می‌رسد مصرف همزمان این دارو با هورمون‌های تیروئیدی نظیر لووتیروکسین می‌تواند منجر به کاهش اثر بخشی درمان هیپو تیروئیدی شود.

توصیه می‌شود از تجویز مکمل‌های حاوی ال‌کارنیتین در بیماران مبتلا به هیپوتیروئیدی خودداری گردد.

*نکته: در هنگام مصرف قرص کلوبیدگرل ۷۵ میلی‌گرمی از مصرف همزمان پنتازول خودداری شود.

در مصرف توام احتمال کاهش اثر ضد پلاکتی کلوبیدگرل می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌گردد حتی‌الامکان از مصرف توام این داروها خودداری و به جای پنتاپرازول از یک H_2 بلاکر مثل رانیتیدین استفاده شود.

دکتر کوروش صادقی-دکتر فانک فهیمی-دکتر حسام کاکاوند

تازه‌های پزشکی

تاییدیه داروی Spinraza

سازمان غذا و داروی امریکا اولین داروی آتروفی عضلانی نخاعی را تایید کرد.

سازمان غذا و داروی امریکا داروی Spinraza یا همان Nusinersen را که اولین دارو برای درمان آتروفی عضلانی نخاعی یا همان SMA است را برای کودکان و بزرگسالان تایید کرد.

این بیماری یک بیماری کشنده و ژنتیکی است که روی قدرت و حرکت عضلات تاثیر می‌گذارد. در واقع ضعف عضله به علت از دست دادن کنترل حرکتی نورون‌ها است، این بیماری در تمامی سن‌ها می‌تواند اتفاق بیفتد.

اسپینرازا یک داروی تزریقی است که به مایع نخاعی تزریق می‌شود.

ایمنی و اثر بخشی بر روی ۱۲۱ بیمار آزمایش شد که نتیجه نشان داد که درصد بالایی از افراد کنترل بیشتر بر روی حرکات سر، ایستادن، راه رفتن، نشستن و ... داشتند.



از عوارض آن به عفونت مجاری تنفسی فوقانی و تحتانی و هم چنین

بیوست اشاره کرد. همچنین در این بیماران کاهش پلاکت و سمیت کلیوی از عوارض خطرناک است. از دیگر عوارض مشاهده شده در مطالعات حیوانات، نوروتوکسیسیتی است.

این دارو توسط بیوژن کمبریج از ماساچوست وارد بازار شده است

داروی (Empagliflozin) (Jardiance)

مهارکننده‌ی ۲ cotransporter سدیم و گلوکر (SGLT2)، توسط FDA برای درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تایید شده است؛ این دارو قندخون را با کاهش بازجذب کلیوی و افزایش دفع ادراری گلوکز کاهش می‌دهد. در این کارآزمایی محققان تأثیرات قلب و عروق CV (empagliflozin) را در ۲۰۰ بیمار دیابتی نوع ۲ (با سن متوسط ۶۴ سال) با سابقه‌ی قبلی بیماری عروق کرونر، سکته‌ی مغزی، یا بیماری شریانی محیطی مورد بررسی قراردادند.

در شروع بررسی، همه‌ی بیماران سطوح هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) بین ۷ و ۱۰ درصد داشتند. دیابت به مدت طولانی در بسیاری از بیماران وجود داشت؛ بیشتر بیماران داروهای دیگر دیابت، داروهای ضدفسارخون و استاتین مصرف می‌کردند. بیماران empagliflozin روزانه (۱۰۰ میلی‌گرم یا ۲۵ میلی‌گرم) یا دارونما را به طور متوسط برای مدت ۳ سال دریافت کردند.

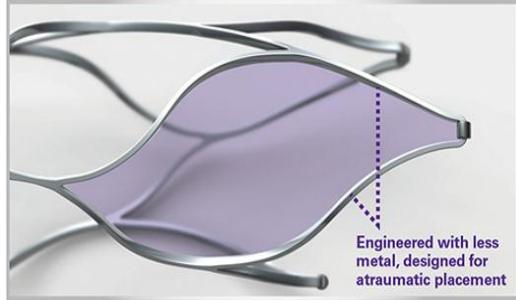
نتایج در دو گروه مصرف کننده‌ی empagliflozin مشابه بود و درنتیجه ادغام شدند. نتیجه‌ی اولیه (مرگ مرتبط با CV، انفارکتوس میوکارد غیرکشنده [MI]، یا سکته‌ی مغزی غیرکشنده) در ۱۰/۵ درصد از دریافت‌کنندگان empagliflozin و ۱۲/۱ درصد از دریافت‌کنندگان دارونما ($P = 0.04$) رخداد. اختلاف ۲/۲ درصدی با مرگ مرتبط با CV در مقابل ۹/۵ درصد، ($P < 0.001$) برای اختلاف نتیجه‌ی ترکیبی (Composite- outcome difference) در نظر گرفته شد؛ تفاوت مشابه در تمام علل مرگ و میر مشاهده شد. تنها اثر جانبی قابل ملاحظه‌ی ناشی از مصرف empagliflozin، عفونت دستگاه ادراری بود که به خوبی شناخته شده بود.

منبع: N Eng J Med Sep. 2015

تائید Trevo برای استفاده با TPA

سازمان غذا و داروی آمریکا اعلام کرد ۲ ابزاری که می‌تواند لخته‌های خونی را به طور مکانیکی از درون عروق خارج کند، همراه با TPA حل کننده لخته، به عنوان درمان اولیه برای استروک‌های ایسکمیک حاد تائید شده‌اند.

این ۲ ابزار که Trevo XP ProVue Retrievers و Trevo ProVue Retrievers نام دارند، هر دو محصولی از کمپانی Concentric Medical هستند. سازمان غذا و دارو در سال ۲۰۱۲ برای نخستین بار تکنولوژی درآوردن لخته را در بیماران مبتلا به استروک که نمی‌توانستند تحت درمان با TPA قرار گیرند و بیمارانی که به دارو پاسخ نمی‌دادند، تائید کرده بود. این سازمان در بیانیه‌ای اعلام کرد ۲ ابزار بازیابی کننده لخته Trevo، باید ظرف ۶ ساعت پس از بروز علایم و فقط پس از تجویز TPA مورد استفاده قرار گیرد.



این برای نخستین بار است که FDA کاربرد این ابزار را در کنار TPA تائید کرده تا کمک کاهش بیشتری در ناتوانی‌های ویرانگر مرتبط با استروک، در مقایسه با تجویز TPA به تنها یی، فراهم شود. به این ترتیب، پزشکان و بیماران ابزار دیگری برای درمان استروک و پیشگیری از ناتوانی‌های بالقوه طولانی مدت آن خواهند داشت.

بازیابی کننده‌های لخته Trevo، با کمک کاتتر، درون عروق خونی مسدود شده قرار داده می‌شوند. یک مش سیمی قابل انبساط در مقابل انتهای

دیستان لخته قرار می‌گیرد تا پزشک بتواند با عقب کشیدن وسیله در طول عروق، لخته را هم با مش سیمی خارج کند. تائیدیه جدید سازمان غذا و دارو براساس نتایج یک کارآزمایی بالینی است که در آن، ۹۶ بیمار به طور تصادفی با ابزار مورد نظر همچنین TPA و مدیریت پزشکی فشار خون و علایم ناتوانی، و ۲۴۹ بیمار هم فقط با TPA و مدیریت پزشکی درمان شدند. از بیمارانی که تحت ترومبوکتومی با یک وسیله Trevo قرار گرفتند، ۲۹ درصد پس از ۳ ماه، از نظر عملکردی کاملاً مستقل شدند. این میزان در گروه مقابله، فقط ۱۹ درصد گزارش شد.

ابزار Trevo نیز در مواردی نارسایی خود را در بازیابی لخته‌ها، بد عملکردی مانند شکسته شدن لخته‌ها و ایجاد مشکلاتی که منجر به پاره شدن عروق می‌شود، نشان داده است.

Safinamide

داروی جدید پارکینسون تایید شد (Xadago safinamid) - سازمان غذا و دارو آمریکا قرص‌های Xadago safinamid را به عنوان یک داروی کمکی برای درمان بیماران مبتلا به پارکینسون تایید کرد. معمولاً بیماری پارکینسون در افراد ۶۰ سال و بالاتر روی می‌دهد. در این بیماری سلول‌های مغزی تولیدکننده ماده شیمیایی دوپامین، دچار نقص شده یا می‌میرند. در بیماری پارکینسون، فقدان میزان کافی دوپامین منجر به عدم حرکت آرام و هدفمند در طول فعالیت‌های نظیر راه رفتن، غذاخوردن، نوشتن یا حمام کردن می‌شود. در صورت عدم تاثیر دارو، علائمی نظیر رعشه و دشواری در راه رفتن اتفاق می‌افتد. کارآمدی داروی «Xadago» در یک مطالعه بالینی متشکل از ۶۴۵ نفر که داروی «levodopa» مربوط به پارکینسون را مصرف می‌کردند اثبات شد اما هنوز به تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است. محققان دریافتند در مقایسه با افراد دریافت کننده دارونما، مصرف کنندگان «Xadago» علائم کمتر پارکینسون را نشان دادند. البته سازمان غذا و دارو آمریکا تاکید می‌کند افراد دارای مشکلات شدید کبدی، افراد مصرف کننده داروهای سرماخوردگی دکسترومتروفان، داروی «MAOI» یا برخی داروهای ضدافسردگی نباید از داروی جدید پارکینسون استفاده کنند.



سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) داروی جدید درمان اسید اوریک در بیماران مبتلا به نقرس را تایید کرد. این دارو Zurampic نام دارد و در ترکیب با داروی مهار کننده آنزیم گراناتین اکسیداز، قادر به کاهش اسید اوریک ناشی از نقرس است. نقرس شایع‌ترین شکل آرتریت‌های التهابی است. در این بیماری سطح اسید اوریک افزایش می‌یابد و باعث تشکیل کریستال

هایی می شود که در مفاصل تجمع پیدا می کنند.

بیماری شایع نقرس بیشتر در مردان و در سنین ۴۰ تا ۵۰ سال دیده می شود. به گزارش موسسه ملی بیماری های آرتیت، اسکلتی عضلانی و پوستی، بیش از ۶ میلیون بزرگسال بالای ۲۰ سال به نقرس مبتلا هستند.

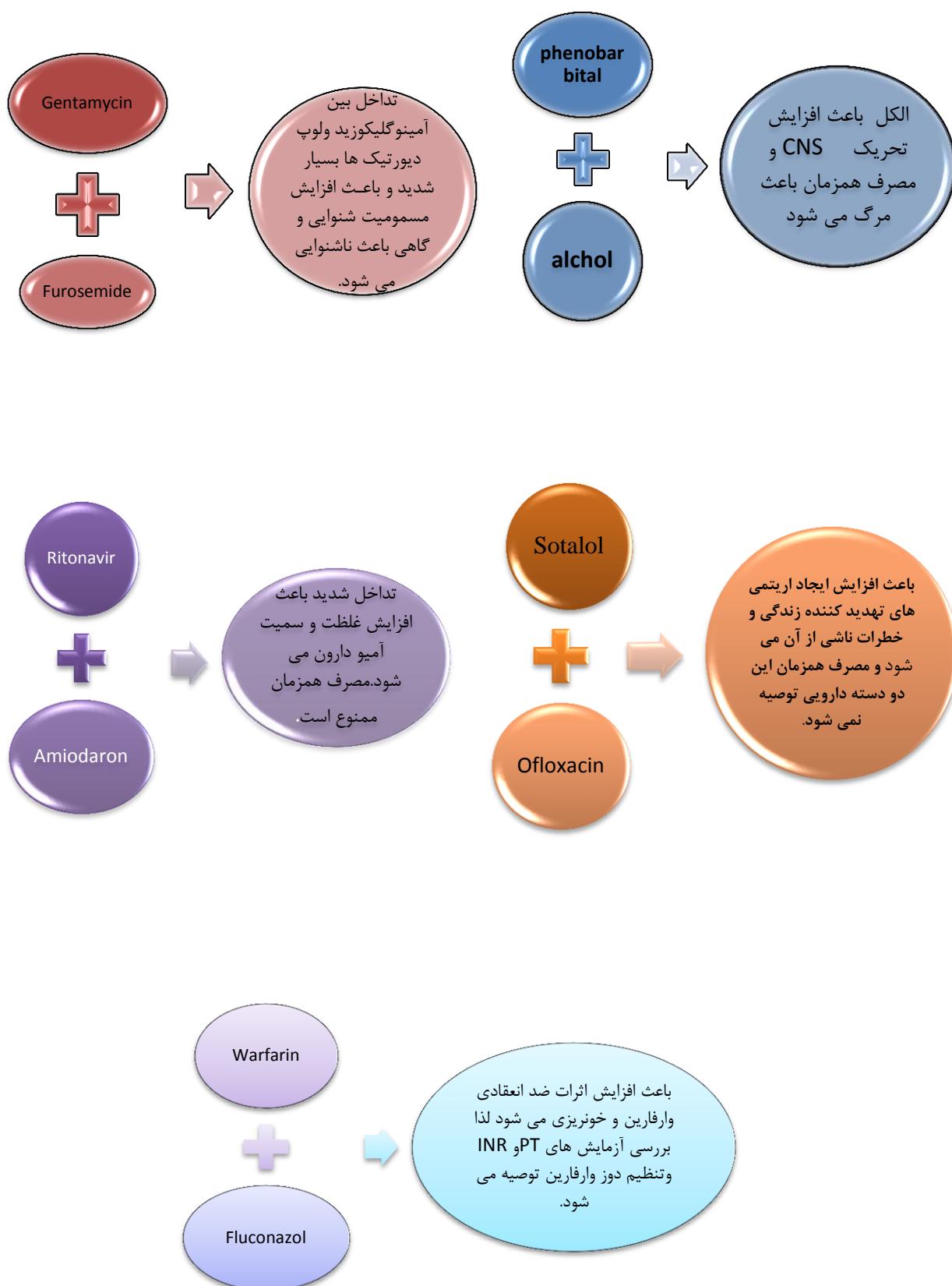
<https://www.zurampic.com/>

تدافلات دارویی

دکتر محبوبه کرمی - دکتر داروساز

برفی از تدافلات مهم دارویی:







معرفی یک دارو

پنتوکسی فیلین Pentoxifylline

اشکال دارویی: Tablet, Extended Release: 400mg

طبقه‌بندی فارماکولوژیک: مشتق گزانتین

طبقه‌بندی درمانی: داروی همورولوژیک

طبقه‌بندی مصرف در بارداری: رد C

نام‌های تجاری: Apo - Pentoxifylline SR

موارد و مقدار مصرف:

لنگیدن متناوب ناشی از بیماری مزمن انسداد عروقی

بزرگسالان: مقدار ۴۰۰ میلی گرم سه بار در روز همراه با غذا مصرف شود.

مکانیسم اثر: اثر هموروژیک: پنتوکسی فیلین از طریق افزایش انعطاف پذیری گلbulوں‌ای قرمز و کاهش ویسکوزیته خون جریان خون موبوگی را بهبود می‌بخشد.

تدافل دارویی: مصرف همزمان با داروهای کاهنده فشار خون ممکن است پاسخ کاهنده فشار خون را افزایش دهد؛ مصرف همزمان با داروهای خوارکی ضد انعقاد خون (مانند وارفارین) یا داروهای مهار کننده تجمع پلاکتی ممکن است سبب اختلالات خونریزی دهنده شود. مصرف همزمان بلاکرها باعث افزایش سطح زیر منحنی پنتوکسی فیلین و افزایش سمیت آن می‌گردد.

پنتوکسی فیلین می‌تواند سطح تئوفیلین را افزایش دهد.

اثر بر آزمایش‌های تشخیصی: گزارشی موجود نیست.

عواض جانبی: اعصاب مرکزی: سردرد، سرگیجه.

قلبی - عروقی: آنژین، درد قفسه سینه.

دستگاه گوارش: سوء هاضمه، تهوع، استفراغ، گاز معده، نفخ.

مسامومیت و درمان

تظاهرات بالینی: برافروختگی، کمی فشار خون، تشنجات، خواب آلودگی، از دست دادن هوشیاری، تب، آشفتگی.

درمان: هیچ پادزهری برای آن معلوم نشده است. با لاواز معده و استفاده از ذغال فعال محتويات معده را تخلیه کرده و درمان علامتی، حمایت تنفسی و حفظ فشار خون انجام شود.

فارماکوکینتیک

جذب: از دستگاه گوارش تقریباً به طور کامل جذب می‌شود ولی تحت متاپولیسم عبور اول کبدی قرار می‌گیرد. غذا جذب آن را کاهش می‌دهد. اوج غلظت طی ۲-۴ ساعت حاصل می‌شود، اما ظهور اثر بالینی به ۲-۴ هفته درمان مداوم نیاز دارد.

پخش: انتشار آن مشخص نیست. به غشای گلبول قرمز پیوند می‌یابد.

متاپولیسم: به طور گسترده توسط گلبول‌های قرمز و کبد متاپولیزه می‌شود.

دفع: متاپولیتها بطور عمده از راه ادرار و کمتر از چهار درصد آن از راه مدفوع دفع می‌شود. نیمه عمر داروی تغییر نیافته حدود ۳۰-۴۵ دقیقه و نیمه عمر متاپولیتها حدود ۱-۱/۵ ساعت است.

موارد منع مصرف: عدم تحمل به متیل گزانتین‌ها، مانند کافئین، تئوفیلین، و تئوبرومین، خونریزی چشمی یا مغزی اخیر.

موارد احتیاط: سالمندان، نارسایی کلیه، زخم معده؛ بیماری عروق کرونر شدید؛ افت فشار؛ جراحی اخیر.

ملاحظات اتفاقاً

فشار خون بخصوص در صورت مصرف داروهای کاهنده فشار خون و نیز زمان پرترومبین در بیمارانی که داروهای ضد انعقاد خون (مانند وارفارین) مصرف می‌کنند، به طور منظم پیگیری شود.

در صورت بروز عوارض جانبی CNS و گوارشی، مقدار مصرف به دوبار در روز کاهش یابد. در صورت تداوم عوارض جانبی، مصرف دارو قطع شود.

مصرف دارو در بیمارانی که برای جراحی مناسب نیستند، مفید است.

نکات قابل توصیه به بیمار

درمان باید به مدت حداقل هشت هفته ادامه یابد. در این مدت دارو را سرخود قطع نکنید.

برای به حداقل رساندن دل آشوبه، دارو را با غذا مصرف کنید.

هر عارضه جانبی CNS با گوارشی را اطلاع دهید، ممکن است کاهش مقدار مصرف ضروری باشد.

صرف در سالمندان: بیماران سالخورده ممکن است دچار افزایش فراهمی زیستی و کاهش دفع پنتوکسی فیلین شده و بنابراین، در معرض خطر بیشتر مسومومیت دارویی قرار داشته باشند؛ در این بیماران عوارض جانبی ممکن است شیوع بیشتری داشته باشند. توصیه می‌شود در این افراد با دوزهای پایین تری درمان آغاز گردد.

صرف در کودکان: بی ضرری و اثربخشی دارو در کودکان زیر ۱۸ سال ثابت نشده است.

صرف در شیردهی: پنتوکسی فیلین در شیر ترشح می‌شود. شیردهی در دوران مصرف این دارو توصیه نمی‌شود.



معرفی داروهای جدید

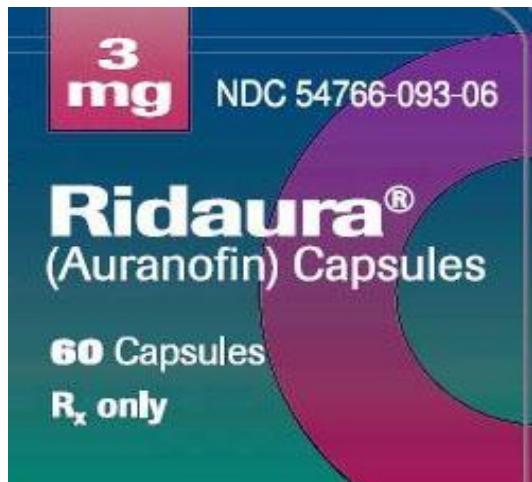
اورانوفین Auranofin

نام تجاری: Ridaura

شكل دارویی: کپسول ۳ mg

موارد مصرف: آرتیریت روماتوئید- لوپوس اریتماتوز سیستمیک فعال، آرتیریت پسوریاتیک و سندروم فلتی فارماکو دینامیک و فارماکوگینتیک: این دارو با ایجاد تغییرات در سیستم ایمنی بدن می‌تواند اثرات ضدالتهابی خود را آشکار کرده و باعث کاهش سطوح بالای ایمونوگلوبولین و فاکتورهای روماتوئیدی در بیماران دارای آرتیریت شود نیمه عمر این دارو به طور متوسط حدود ۲۶ روز بوده و پیک اثر آن ۲ ساعت می‌باشد. حدود ۶۰ درصد داروی جذب شده از طریق ادرار و بقیه آن از طریق مدفوع دفع می‌گردد.

مقدار مصرف: بزرگسالان : ۶mg/day به صورت ۳mg bid یا ۶mg به صورت ۳mg tid داد. چنانچه مصرف ۹mg/day پس از ۳ ماه پاسخ درمانی کافی در بیمار ایجاد نکرد، دارو باید قطع شود.



نکته:

- ۱- در بیماران دچار درجاتی از نارسایی کلیوی با احتیاط مصرف شود.
- ۲- استفاده از این دارو در کودکان توصیه نمی‌شود.
- ۳- در افراد سالمند با دوز بالغین درمان انجام شود.

موارد احتیاط: در بیماران مبتلا به راش پوستی، بیماری‌های کبدی، کلیوی، دپرسیون مغز استخوان و اختلالات التهابی روده، همچنین بیمارانی که مصرف کننده داروهایی هستند که منجر به دیسکرازی‌های خون می‌شوند، با احتیاط مصرف شود.

موارد منع مصرف: در بیماران با سابقه مسمومیت شدید براثر قرار گرفتن در معرض فلزات سنگین و یا طلا، مبتلایان به درماتیت اکسفلولیاتیو، فیبروز ریه، آپلازی مغز استخوان، انتروکولیت نکروزان و اختلالات شدید هماتولوژیک، این دارو منع مصرف دارد. عوارض جانبی احتمالی: راش، تشنج، خارش، ترموبوستیوپنی، درماتیت، نارسایی حاد کلیه، استوماتیت، آگرانولوستیوز، اسهال، آنمی- آپلاستیک، درد شکم، هماچوری، سوءهاضمه، گلومرونفریت، نفخ، التهاب زبان، کولیت اوسلرزو، احساس طعم فلزی در دهان، پنوموتیت اینترستیشیل، سندروم نفروتیک، اختلالات عملکردی کبد، یرقان، پروتئینوری، ائوزینوفیلی، آنمی، هپاتیت، آلوپسی، اریتم، کهیر، کنفوزیون، ایجاد اشکال در حس چشایی، یبوست، توهمن، بی‌اشتهاایی، کنؤیکتیویست.

تداءلات دارویی: در مصرف با داروهایی که باعث دیسکرازی‌های خونی می‌شوند، می‌توانند موجب سمیت بیشتر خون گردد.

مصرف در دوران بارداری: این دارو جزء گروه C است. توصیه اکید می‌شود در هنگام مصرف این دارو از بارداری اجتناب شود.

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

نکته‌های مهم برای کادر پزشکی و بیماران:

- اسهال شایع ترین عارضه جانبی این دارو است که اگر شدید نباشد باید مصرف دارو ادامه پیدا کند.
- به بیمار توصیه کنید در صورت مشاهده خون در مدفوع فوراً به پزشک معالج اطلاع دهد.
- باید مراقب مسمومیت باشید که بعضی از علائم آن عبارتند از: لکوسیتکمتر از ۳/۴۰۰۰ mm، گرانولوسیت کمتر از ۳/۱۵۰۰ mm، پلاکت کمتر از ۳/۱۵۰۰۰ mm، هماچوری، خارش، استوماتیت و اسهال مداوم.
- در صورت رسیدن پلاکت‌ها به زیر ۳/۱۰۰۰۰ mm مصرف دارو باید قطع شود.

منبع: نشریه نوین دارو شماره ۱۱۸

میدودرین (Gutron®) Midodrine Hydrochloride

دسته دارویی: تنگ کننده عروق

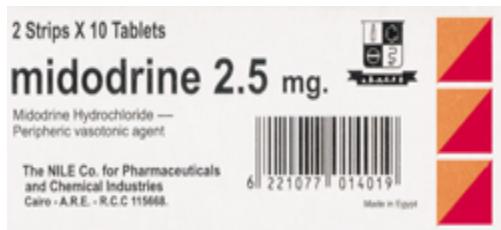
شكل دارویی: قرص ۲.۵ میلی گرم

مکانیسم اثر: این دارو رسپتورهای آلفا آدرنرژیک شریان‌ها و وریدها را فعال می‌کند و در نتیجه باعث افزایش انقباض عروق و بالا رفتن فشار خون می‌شود.

موارد مصرف: درمان افت فشار خون سمپاتومیمتیک وضعیتی در بیمارانی که زندگی‌شان با وجود مراقبت‌های استاندارد بالینی از جمله جوراب ساپورت، انفوژیون مایعات و تغییر در شیوه زندگی در معرض خطر می‌باشد. درمان بی اختیاری ادرار.

مواد دووجهی:

۱. در موارد زیر منع مصرف دارد:
 - بیماری حاد قلبی
 - نارسائی حاد کلیوی



- احتباس ادراری
- فئوکرومومیوتوما
- تیروتوکسیکوز

در بیماران با فشارخون بالا و مقاوم حتی در حالت دراز کشیده.

۲. به علت اینکه این دارو افزایش فشار خون قابل توجهی ایجاد می‌کند فقط در بیمارانی که زندگی‌شان به خطر افتاده کاربرد دارد.

۳. در نارسائی کبدی و کلیوی با احتیاط مصرف شود.

۴. مصرف این دارو سبب ایجاد برادیکاردی می‌شود پس همزمان با داروهایی که ضربان قلب را کاهش می‌دهد مثل گلیلوکوزید-های قلبی، بتا بلوکرهای و داروهای اعصاب با احتیاط مصرف شود.

دوز مصرف:

بزرگسالان: ۱۰ میلی گرم سه بار در روز در ساعت بیداری

در بزرگسالان با نارسائی کلیوی: ۲.۵ میلی گرم در روز

عواض جانبی:

قلبی عروقی: افزایش فشار خون خوابیده و نشسته، برادیکاردی

CNS: پاراستزی، سردرد، گیجی، عصبی بودن، اضطراب، افکار غیر عادی

پهلوستی: سیخ شدن مو، خارش پوست سر، راش

- GI: درد شکمی، دهان خشک

- ادراری: دیسوری (تکرر ادرار، احتباس ادرار، پر ادراری، سوزش ادرار)

- متفرقه: درد، لرزش، فلاشینگ صورت، احساس سنگینی و فشار در سر

تداهفات:

- آلفا بلوکرها (پرازوسین، ترازوسین، دوكسازوسین) ممکن است بر اثر انقباض عروقی میدودرین، اثر آنتاگونیستی داشته باشد.

- گلوكوزیدهای قلبی ممکن است باعث برادیکاردی، بلوک AV و آریتمی شود.

- فلودروکورتیزون: ممکن است فشار خون در حالت خوابیده را تشديد کند.

- منقبض کننده‌های عروق (دی‌هیدرو ارگوتامین، افرین، فنیل پروپانولامین، پسودوافرین) ممکن است اثر انقباض عروق میدودرین را افزایش دهد.

- مصرف در هاملگی و شبی دهی: در بارداری جزء گروه C می‌باشد.
در شیردهی ناشناخته است.

توصیه‌ها:

۱. این دارو باید ۴ ساعت قبل از خواب خورده شود. جهت جلوگیری از افزایش فشار خون خوابیده.
۲. زمان مصرف دارو با مصرف غذا ارتباطی ندارد. در افرادی که ناراحتی گوارشی دارند میتوانند دارو را بعد از غذا مصرف کنند.
۳. این دارو نباید بلافصله قبل از دراز کشیدن مصرف شود.
۴. به بیمار توصیه کنید در هنگام خوابیدن سر خود را بالا تر از بدن قرار دهد.

منع: بارو خانه مرکزی امام

محارفی گیاه دارویی

توت قرمز Morus rubra

آب میوه و عصاره توت قرمز حاوی ترکیبات بیواکتیو بسیاری مثل اسیدهای فنولی با وزن مولکولی کم، اسیدهای ارگانیک، شکر، آنتوسبیانین‌ها، پروآنتوسبیانین‌ها و گلیکوسایدها هستند. این ترکیبات فعال زیستی جزء بهترین منابع تامین کننده سلامتی انسان‌ها از جمله متوقف ساختن اکسیداسیون لیپوپروتئین با چگالی کم، فعالیت‌های آنتی‌اکسیدان، جلوگیری از آسودگی میکروبی در عفونت دستگاه ادراری و کاهش تشکیل لایه‌های زیستی و فعالیت ضد میکروبی برعلیه پاتوژن‌های غذایی و تاثیرات ضدسرطانی در آزمایشگاه هستند. بنابراین مصرف آب یا میوه توت فرمز یک روش موثر در حفظ و ارتقا سلامت انسان‌ها و حتی مانع بروز سرطان است.

فعالیت ضدتکثیری عصاره‌های متفاوت توت قرمز در برابر سلول‌های سرطانی

بطور کلی می‌توان دریافت که مقادیر متفاوت PH عصاره تاثیرات متفاوتی در متوقف سازی رشد سلول‌های سرطانی دارند. در مورد توت قرمز چندین ترکیب فنولی حلال در آب را که می‌توان استخراج کرد اسید فولیک و مشتقهای آن هستند. اسید فولیک فعالیت حقیقی بر ضد سرطان سینه و سرطان جگر دارد.

همچنین اسید فروولیک ممکن است تاثیر اتپروآپوپتیک در سلول‌های سرطانی داشته باشد و در نهایت به تخریب آن‌ها منجر شود. اسیدفروولیک که در برنج و لوبیا وجود دارد از تشکیل کریپت فوسی در روده و کارتینوزنسیس در موش جلوگیری می‌کند. اسید الاکیک نیز دارای ویژگی‌های ضد تکثیری و آنتی‌اسیدانی در آزمایش‌ها است. این اسید خاصیت حفاظتی شیمیایی در واحدهای سلولی از طریق کاهش فعالیت اکسیداتیو آن‌ها دارد، اسید pکوماریک توانایی محافظت در برابر فشار اکسیداتیو و سمی شدن سلول‌های کشت را دارد.

آنتوسیانین‌های حلال در آب در عصاره توت قرمز وجود دارد. آنتوستیانین‌ها دارای فعالیت متوقف کنندگی رشد سلول سرطان -29 HT روده هستند. به علاوه، آنتوستیانیدین‌هایی چون سیانیدین و دلفینیدین عوامل ضد رشد فاکتور پذیرنده اپیدرمی هستند. فعالیت ضد تکثیری این عصاره‌ها در برابر 2 سلول سرطانی در نتیجه تاثیرات مركب چندین ترکیب فعال در این عصاره هستند و فعالیت سیمیوتیک ترکیبی بهتر از فعالیت مستقل آن‌ها در زمینه توقف رشد سلول‌های سرطانی به شمار می‌رود.

عصاره غنی از ترکیبات فنولی تک قطبی



عصاره حاصل از پوره و میوه در $\text{PH}=5/2$ در متوقف ساختن رشد -29 HT بسیار موثر است. در حالی که عصاره حاصل از میوه در متوقف سازی رشد سلول‌های LS-513 بسیار موثر است.

کمپفرون به عنوان یک فلاونول طبیعی در بسیاری از میوه‌ها و سبزی‌ها وجود دارد. کورکتین در غلظت 83 و 121mg/kg محصولات خانواده توت‌فرنگی وجود دارد. سلول‌های پوست کشت داده شده و سلول‌های سرطان پروسات در مواجهه با ترکیب کورکتین و اشعه فراصوتی در آزمایشگاه متوقف شدند. همچنین می‌توان ادعا کرد که کورکتین باعث کاهش فشارخون در افرادی می‌شود که فشارخون بالا دارند.

عصاره غنی از آنتوستیانین

عصاره‌های حاوی آنتوستیانین‌ها از میوه و محصول پمادی به ترتیب بیشترین و کمترین تاثیر را در متوقف ساختن رشد سلول‌های سرطانی دارند. بنابراین حتی غلظت بالای محتوای فولیک در عصاره پمادی شکل حاوی مقدار زیادی آنتوستیانین است و تاثیر آن در متوقف ساختن رشد سلول‌های سرطانی زیاد نیست. در حقیقت، آنتوستیانین‌های متفاوت مثل سیانیدین- 3 -گالالتوساید، سیانیدین 3 -آربینوساید، پتونیدین 3 -گالاكتوساید و پنونیدین 3 -آربینوساید نیز در میوه توت قرمز وجود دارند. نشان داده شده است که آنتوستیانین‌ها تاثیر متوقف کننده‌ای زیادی بر رشد سلول‌های سرطانی -29 HT دارند. به علاوه آنتوستیانیدین‌های سیانیدین و دلفینیدین جز متوقف کننده‌های بالقوه فاکتور پذیرنده رشد اپیدرمی هستند.

فعالیت ضد تکثیری عصاره‌های متوقف توت قرمز در برابر سلول سرطان روده

مقادیر کمتر IC 50 باعث افزایش تاثیر آب میوه خام در متوقف سازی رشد سلول‌های سرطانی می‌شود. مشاهده شد در متوقف ساختن رشد در سلول در مقایسه با $\text{PH}=7$ موثرتر هستند. دوم اینکه، در هر دو مقدار PH ، افزایش مشابهی در ترتیب IC 50 در برابر این 2 سلول دیده شد.

رزا رفیعی-دانشجوی دکترای صنایع غذایی و مدیر فنی لبنتیات مطهر تهران

زنگ تفریح

شجاع‌ترین فرد کسی است که اول عذر خواهی می‌کند.

قوی‌ترین فرد کسی است که اول گذشت می‌کند
و خوشحال‌ترین فرد کسی است که اول فراموش می‌کند



داستانی از سینوهه پژشک مخصوص فرعون

وقتی "سینوهه" شبی را به مستی کنار نیل به خواب می‌رود و صبح روز بعد یکی از بردگهای مصر را که گوش‌ها و بینی‌اش به نشانه‌ی بردگی بریده بودند، بالای سر خودش می‌بیند، در ابتدا می‌ترسد، اما وقتی به بی‌آزار بودن آن برد پی می‌برد، با او هم کلام می‌شود.

برده، از ستم‌هایی که طبقه اشراف مصر بر او روا داشته بودند می‌گوید، از فئودالیسم بسیار شدید حاکم بر آن روزهای مصر.

برده، از سینوهه خواهش می‌کند او را سر قبر یکی از اشراف ظالم و معروف مصر ببرد و چون سینوهه با سواد بود، جملاتی که خدایان روی قبر آن شخص ظالم را نوشته‌اند برای او بخواند.



سینوهه از برده سؤال می‌کند که چرا می‌خواهد سرنوشت قبر این شخص را بداند؟ و برده می‌گوید: سال‌ها قبل من انسان خوشبخت و آزادی بودم، همسر زیبا و دختر جوانی داشتم، مزرعه پربرکت اما کوچک من در کنار زمین‌های بیکران یکی از اشراف بود. روزی او با پرداخت رشوه به ماموران فرعون، زمین‌های مرا به نام خودش ثبت کرد و مقابل چشمانم به همسر و دخترم تجاوز کرد و بعد از اینکه گوش‌ها و بینی مرا برید و مرا برای کار اجباری به معدن فرستاد، سال‌های سال از دختر و همسرم بهره برداری کرد و آنها را به عنوان خدمتکار فروخت و

الان از سرنوشت آنها اطلاعی ندارم، اکنون از معدن رها شده‌ام، شنیده‌ام آن شخص مرده است و برای همین آمده‌ام ببینم خدایان روی قبر او چه نوشته‌اند...

سینوهه با برده به شهر مردگان (قبرستان) می‌رود و قبرنوشته‌ی آن مرد را اینگونه می‌خواند:

((او انسان شریف و درستکاری بود که همواره در زندگی‌اش به مستمندان کمک می‌کرد و ناموس مردم در کنار او آرامش داشت و او زمین‌های خود را به فقرا می‌بخشید و هر گاه کسی مالی را مفقوდ می‌نمود، او از مال خودش ضرر آن شخص را جبران می‌کرد و او اکنون نزد خدای بزرگ مصر (آمون) است و به سعادت ابدی رسیده است))

در این هنگام، برده شروع به گریه می‌کند و می‌گوید "آیا او انقدر انسان درستکار و شریفی بود و من نمی‌دانستم؟ درود خدایان بر او باد ای خدای بزرگ ای آمون مرا به خاطر افکار پلیدی که در مورد این مرد داشتم ببخش"

سینوهه با تعجب از برده می‌پرسد که چرا علیرغم این همه ظلم و ستمی که بر تو روا شده، باز هم فکر می‌کنی او انسان خوب و درستکاری بوده است؟

و بردۀ این جمله‌ی تاریخی را می‌گوید که: وقتی خدایان، همه بر قبر او اینگونه نوشته‌اند، من حقیر چگونه می‌توانم خلاف این را بگویم؟

و سینوهه بعد‌ها در یادداشت‌هایش وقتی به این داستان اشاره می‌کند، می‌نویسد:
((آنچا بود که پی بردم حمامت نوع بشر انتهای ندارد!))



می‌رود قافله عمر، چه‌ها می‌ماند؟

شیشه‌ی عمر چه زیباست ولی حساس است که به رویش اثر لکه و "ها" می‌ماند

باید از شیشه‌ی خود لکه‌زدایی بکنی خوب و بد در پس این شیشه به جا می‌ماند

هرکه یک ذره در این حادثه ظالم باشد آخر قصه گرفتار بلا می‌ماند

مسعود محمدپور



هرگنسی را همدم غم‌ها و تنها‌یی مدان

سایه هم راه تو می‌آید ولی همراه نیست



گذaran عمر

ساده نیست اما می‌توانی حساب کنی که تا امروز چند ساعت زندگی کرده‌ای؟

روزهایی که هیچ کدام شبیه هم نیستند. یک روز صدای باران می‌آمد و یک روز باد زوزه می‌کشید، یک شب آرام بود و حتی از

برگی هم نمی‌آمد صدا و شب بعد، فانوس‌های رنگی و جرقه‌های آتش تمام آسمان را نقاشی می‌کردند.

همه ساعتها هم شبیه هم نیستند، آفتابی است یک لحظه و ساعتی بعد ابر است و مه و بغض...

بغض سبکت می‌کند تا خاطره آفتاب از پا نیندازد....

اصلا چرا باید شبیه هم باشد؟.....

هر لحظه هزار اتفاق می‌افتد و بال زدن یک پروانه می‌تواند باعث طوفان شود، اما عجیب است که این ماییم که تغییر نکرده‌ایم و قصد تغییر هم نداریم.

در تاریکی اتاق‌های بی‌هوده‌مان، نه ساعتی داریم و نه تقویم و نه پنجره‌ای که به ما بفهماند همه چیز در گذر است. پنجره‌ها را اگر ببینیم، شان می‌بندیم تا بوی بهاری که دارد از کوچه رد می‌شود به یادمان نیاورد که همه‌چیز یک روز تمام می‌شود و ای دریغ از ما اگر کامی نگیریم از بهار....

ذهنمان پر شده از بوی ناخوش نفتالین و نم و خانه بی‌هوای پرده‌های اتاق را نمی‌کشیم که مبادا چشممان توی چشم پرندگان‌های در حال کوچ بیفتد، یا گربه کوچکی که تازه بچه‌دار شده، قسمتی از غذای مان را تقسیم نمی‌کنیم که مبادا صدای ریز و تیز بچه‌هایش یادمان بیندازد، بهار هم گذشت.

همان حرف‌ها، همان نگاه‌ها، همان بهانه‌گیری‌ها، همان قصه‌های بی‌مزه، همان قرص‌های قبل از خواب، همان خواب‌های نیمه کاره، همان حیاط‌های بی‌گلستان، بی‌درخت، بی‌پرنده.....

گلایه می‌کنیم که روزهای مان شبیه هم شده‌اند، که هیچ اتفاقی نمی‌افتد که قدیم‌ها روزهای مان زیباتر بوده و حالا نیست و نمی‌دانیم روزها و ساعتها و دقیقه‌ها شبیه هم نیستند، این تویی که تکراری شده‌ای.

امروز روز قشنگی است، صدای باد می‌آید و پرنده‌ها دوباره عاشق پریدن شده‌اند و گربه‌های رنگ رنگی، بچه‌های کوچک‌شان را توی انباری خانه مادر بزرگ قایم می‌کنند و حتی کلاع‌ها هم عاشقانه قارقار می‌کنند.

دل بدھ!..... نفس بکش..... عاشق شو..... پلک که به هم بزنی بهار سال بعد از راه رسیده.....

نیلوفر لاری پور



دارو و دوست

هر دوی آن‌ها دردها را تسکین می‌دهند. با این تفاوت که دوست، نه قیمت دارد و نه نیاز به بیمه حمایتی..... (چون خودش حمایت است). نه مقدار دارد و نه تاریخ انقضای... که هرچه قدیمی‌تر باشد اثرش عمیق‌تر و شفابخش‌تر است.

هر دارو برای دردی موثر است و برای یک درد دیگر مضر اما دوست بر هر دردی دواست.....

انساننم آرزوست

آهن و فولاد از یک کوره می‌آیند بروند
آن یکی شمشیر کرده، دیگری نعل خواست

گردی می‌بینی ناسان بالا نشینند، صبر کن
روی دیا کف نشیند، قدر دیا گوهر است

صاحب تبریزی

زندگی، فهم نفهمیدن هاست
زندگی، پنجه‌ای باز، به دنیا و وجود

تا که این پنجه باز است، جانی باشد

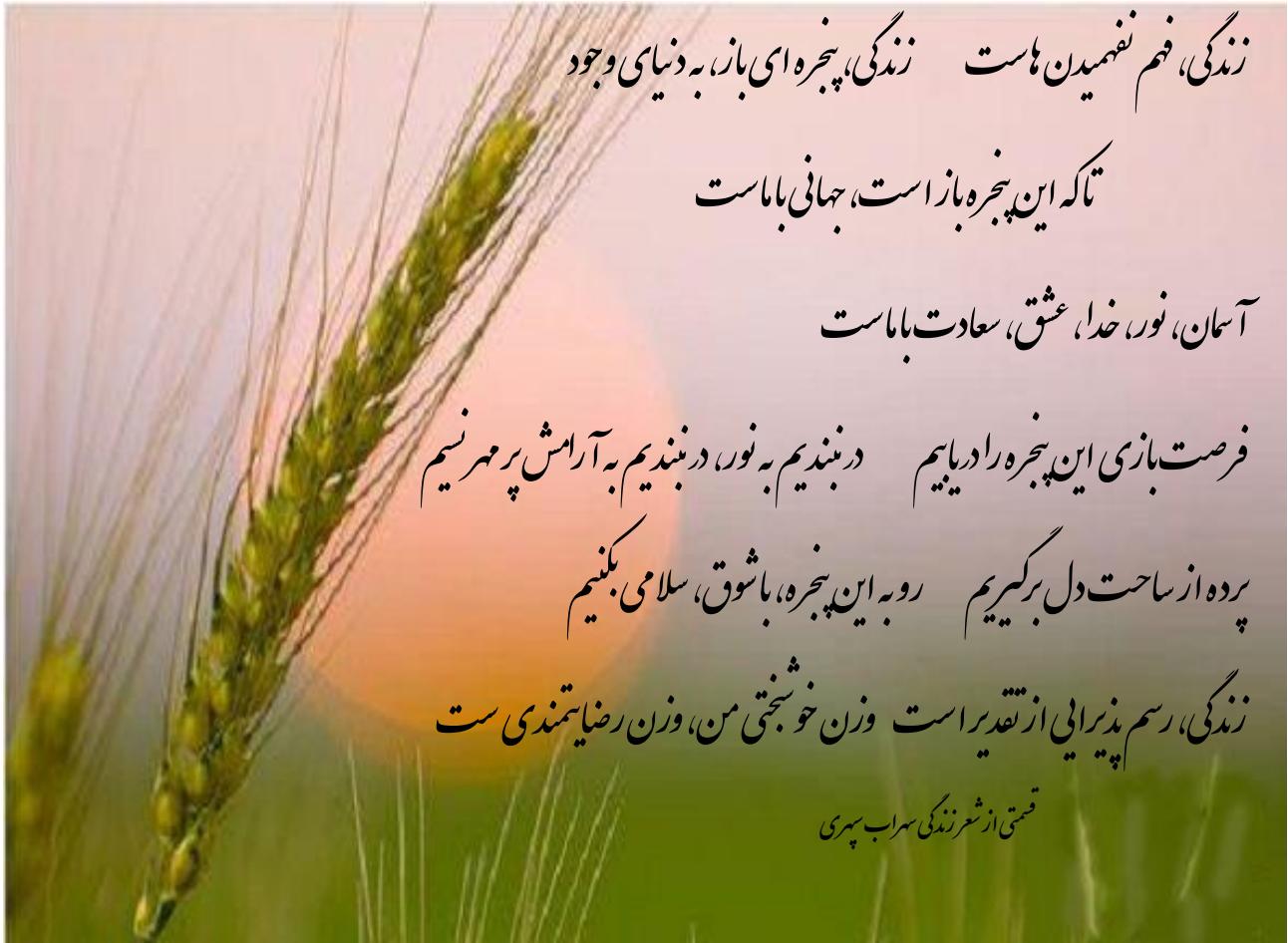
آسمان، نور، خدا، عشق، سعادت باشد

فرصت بازی این پنجه را دیایم
دیندیم به نور، دیندیم به آرامش پر مرنیم

پرده از ساحت دل برکریم
رو ب این پنجه، باشوق، سلامی گنیم

زندگی، رسم پیرایی از تقدیر است
وزن خوبی من، وزن رضایتمندی است

قیمتی از شر زندگی سراب پری



تمام مردم جهان با یک زبان واحد سکوت می‌کنند، ولی به محض باز کردن دهان از هم فاصله می‌گیرند

امروز هرگاه عزم سخن کردی بیندیش که آن چه می‌خواهی بگویی
از سکوت بهتر باشد.

آدم‌ها وقتی نا امید می‌شوند، به خیلی کمتر از آن‌چه لیاقت‌ش را دارند، راضی می‌شوند و این دلیلی است برای وجود آدم‌های نالایق در زندگی مان

پروفسور سمعی



به پاس اولین بوسه‌ای که پدرم به رسم مهر در اولین ساعات تولد به گونه‌ام زد و من نفهمیدم و به یاد سوزنده‌ترین بوسه‌ی اخیر که من به رسم وداع به صورتش زدم و او نفهمید

یادش را گرامی می‌دارم



مرکز مراقبت‌های دارویی

میدان کوثر بلوار کوثر آموزشی درمانی شفا

تلفن: ۰۱۲۱۷۴۷۵

شماره تلفن‌های معاونت غذا و دارو ۰۱۸-۰۵۹۱۵۲۵۴۳۰

واحد تحقیق و توسعه ۰۱۴۳۰۵۹۰۸

شماره پیامگ معاونت غذا و دارو ۰۱۰۳۱۲۰۵۶۲۰

آدرس الکترونیکی vafai_mahbobe@yahoo.com

سال هشتم شماره ۸۹

فروردین ۱۳۹۶