

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

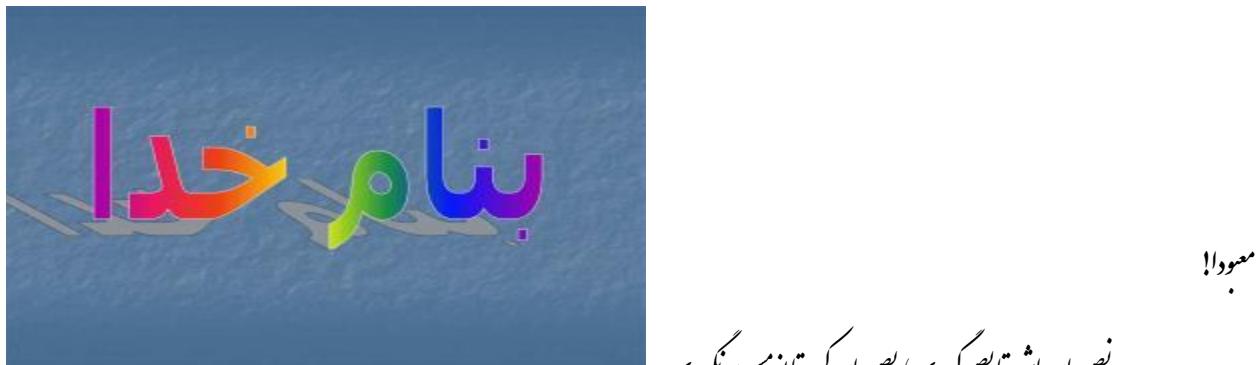


معاونت غذا و دارو

مرکز آموزشی درمانی شفا



سال هشتم - شماره ۹۵ مهر ماه ۱۳۹۶



نصریان باش تا بصیر کردیم؛ بصیریان کن تا از صیر برگردیم

معبد ا! ای نام تو شیرین، ای ذات تو درین

خوشم که مصودم تویی، خرندم که مقصودم تویی؛

ن دوری که نخواست؛ نجهولی که نشاست؛

معبد ا! کینه را زینه ام بزدای؛ زبانم را زد و غ و تخت نگذار؛

اگر نعمتمن بخشدی، ساکرم کن؛ اگر به بلا افتدی، صابرم کن؛

اگر آزمودی پیروزم کن

آمین

نشریه مرکز مراقبتهاهای داروئی - شماره نود و پنجم مهر ماه ۱۳۹۶

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی کرمان

شماره تلفن‌های معاونت غذا و دارو ۰۱۸-۰۵۹۱۵۲۵۴۳۱۰۰۰

وامد تحقیق و توسعه ۰۸۹۰۵۲۵۴۳۱۰۰۰

شماره پیامگ معاونت غذا و دارو ۰۵۶۲۰۱۲۰۰۴۱۰۰۰

تنظیم و همچ آوری : دکتر محبوبه وفائی

مرکز آموزشی درمانی شفا

نشانی : کرمان میدان کوثر - بلوار کوثر

تلفن ۰۷۸۱۱۵۱۱۵



در این شماره:

۴	راهنمای مصرف داروهای تزریقی (۲۸)
۵	داروهای درمان هایپر لیپیدمی
۸	پیشگیری از ترومبوز عروقی در بیماران بستری (۲)
۱۲	بهبود رویکرد به گرفتگی بینی
۱۶	آنٹی‌بیوتیک استنشاقی در سینوزیت
۱۷	تازه‌های پزشکی
۱۹	تدالولات دارویی
۲۱	چند نکته کاربردی
۲۴	معرفی داروهای جدید
۲۵	معرفی دارو
۲۷	معرفی گیاه دارویی
۲۹	زنگ تفريح

(اهنماں مصرف داروں کی تزریقی) (۲۸)

*منیزیم سولفات Magnesium Sulphate

مسهل نمکی، ضدتشنج

اشکال دارویی: ویال‌های ۱۰، ۲۰، ۵۰٪

نمودہ تزریق وریدی: محلول‌های ۱۰٪ را می‌توان به شکل رقیق نشده مصرف کرد.

سرعت تزریق: از محلول ۱۰٪ ۱.۵ ml/min = ۱۵۰ mg/min

انفوزیون وریدی: ۵gr + 1000 ml N.S or D5W = ۵۰ mg/ml

سرعت تزریق: ۱-۲ gr/hr

توضیحات: فقط با سرم‌های دکستروز ۵٪ و نرمال سالین ۹۰٪ سازگار است.

- فشار خون و نبض هر ۱۵ دقیقه باید کنترل شود.

- قبل از تکرار هر دوز تزریقی بازتاب زانویی باید معاینه شود که تضعیف یا فقدان آن نشانه مسمومیت با منیزیم است.

- اگر بروں ده ادرار طی ۴ ساعت پس از هر دوز کمتر از ۱۰۰ ml باشد عمدتاً درمان ادامه نمی‌یابد.

عواطف جانبی: بلوک کامل قلب، کلپس عروقی، فلج تنفسی، هیپوتانسیون، تعریق

*مانیتول Manitol

ضد گلوكوم، مدر اسموتیک

اشکال دارویی: سرم ۱۰ و ۲۰٪

نمودہ تزریق وریدی: دارو به شکل محلول آماده انفوزیون وریدی است.

انفوزیون وریدی:

سرعت تزریق: طی ۲۰ دقیقه

دوز بالغین: ۱-۲ gr/kg

دوز اطفال: ۱ gr/kg

توضیحات:

از ست خون برای تزریق دارو استفاده کنید.

- احتمال دارد مانیتول تزریقی، بلوری شود. در صورت بلوری شدن، بطری را در آب ۵۰ درجه سانتیگراد قرار داده و قبل از تجویز تا دمای بدن سرد کنید.

عواطف جانبی: عدم تعادل آب و الکترولیت

*مگلومین کامپاند Meglumine Compound

ماده حاجب

اشکال دارویی: آمپول و ویال ۶۰٪ (۲۰ ml)، ۷۶٪ (۲۰ ml) و ۱۰۰٪ (۲۰ ml)

نمودہ تزریق وریدی: نیازی به رقیق کردن نمی‌باشد.

سرعت تزریق: تزریق سریع وریدی

انفوزیون وریدی: غیر قبل تزریق به صورت انفوزیون وریدی

توضیمات: - بیمار باید هنگام تزریق NPO باشد.

- قبل از تجویز $1\text{ml}/5\text{mg}$ برای ارزیابی وجود حساسیت تزریق می‌شود.

- داروی باقیمانده دور ریخته شود.

عوارض جانبی: تشنج، ایست قلبی، تنفسی

*ملفالان Melphalan

ضد سرطان

شکل دارویی: ویال 50mg

نموده تزریق وریدی: 5mg/ml = حلال ویژه 10ml

سرعت تزریق: طی $1-4$ دقیقه

انفوزیون وریدی: 0.5mg/ml 90ml N.S = $50\text{mg}/10\text{ml}$

سرعت تزریق: از زمان آماده سازی محلول تا پایان تزریق نباید بیش از 60 دقیقه به طول انجامد

توضیمات: - ویال دارو باید به شدت تکان داده شود تا دارو حل گردد.

- با رینگر و دکستروز 5% سازگار است

- ویال دارو در یخچال نگهداری شود.

- باقیمانده دارو باید دور ریخته شود

*مفتترمین سولفات Mephentermine Sulphate

وازوپرسور

شکل دارویی: آمپول 15mg/ml

نموده تزریق وریدی: قابل تزریق فقط به صورت انفوزیون وریدی

انفوزیون وریدی: دارو باید تا میزان 1mg/ml رقیق شود

سرعت تزریق: براساس پاسخ بیمار

توضیمات: - فقط با سرم دکستروز 5% سازگار است.

- در صورت بروز علائم مسمومیت، آریتمی را با پروپرانولول، هیپوتانسیون را با منتولامین و تشنج را با دیازپام درمان کنید.

منبع: راهنمای جامع مصرف داروهای وریدی- بیاتریس ترکوفسکی

داروهای درمان هایپر لیپیدمی

دیس لیپیدمی یا چربی پریشی، به هرگونه اختلال در میزان (افزایش یا کاهش) چربی‌های خون از قبیل تری‌گلیسرید یا کلسترول اطلاق می‌گردد. در بیشتر جوامع، دیس لیپیدمی به صورت هایپر لیپیدمی (چربی فزونی) وجود دارد.

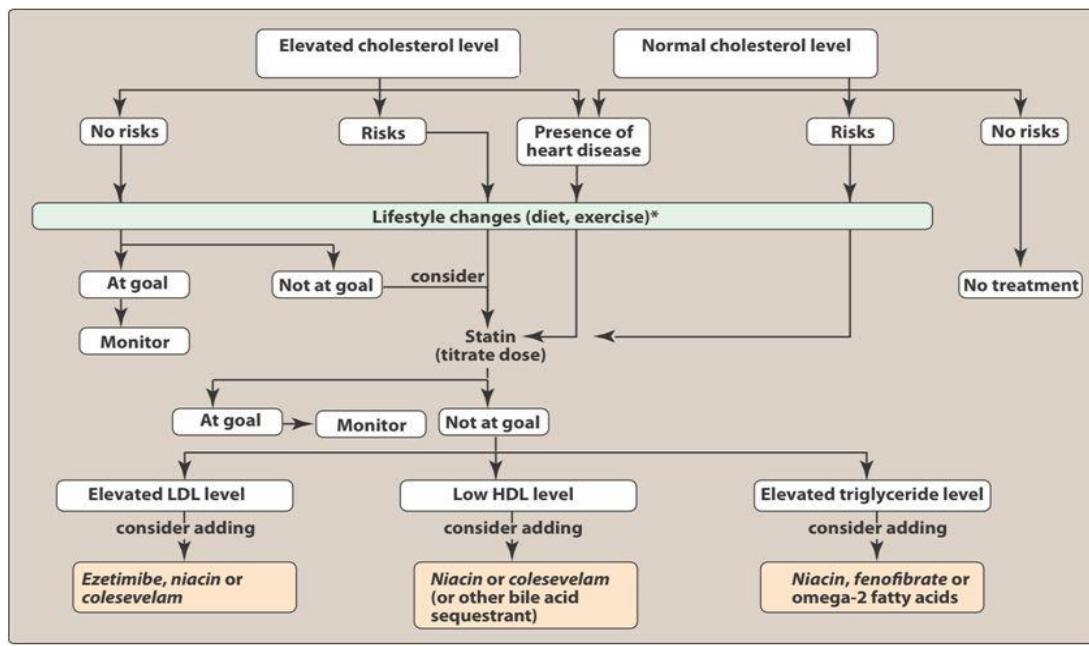
دو عارضه جدی هایپر لیپیدمی عبارت است از:

*التهاب حاد پانکراس به دلیل تری‌گلیسرید بالا(هایپر لیپیمی)

*آترواسکلروز یا سختی سرخرگ‌ها به دلیل کلسترول بالا(هایپر کلسترولمی)

امروزه آترواسکلروز مهم‌ترین علت مرگ و میر در بسیاری از جوامع می‌باشد. به همین دلیل کنترل میزان کلسترول خون اهمیت بسیاری دارد.

Treatment Guidelines for Hyperlipidemia



Harvey RA. Lippincott's Illustrated Reviews: Pharmacology. 5th ed. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.

داروهای ضد هایپرلیپیدمی با مکانیسم‌های خاصی مانع بروز آتروسکلروز در رگ‌ها می‌شوند.

→ جلوی ساخته نشدن کلسترول بد یا LDL در کبد را می‌گیرند.

→ جذب LDL خون توسط کبد- برای دفع از طریق صفرا- را افزایش می‌دهند.

→ مانع اکسیداسیون LDL در رگ‌ها می‌شوند(تا به پلاک آنژمایی تبدیل نشوند)

→ کلسترول خوب یا HDL را افزایش می‌دهد.

→ مانع جذب کلسترول از طریق روده می‌شوند

→ جلوی باز جذب کلسترول در حال دفع از طریق صفرا می‌گیرند.

→ تجزیه LDL را سرعت می‌بخشد

*نکته قابل توجه این است که هر یک از مکانیسم‌های اشاره شده، مختص یک خانواده از داروهای ضد هایپرلیپیدمی نیست بلکه یک خانواده(مانند استاتین‌ها) ممکن است به طور همزمان با چند مکانیسم باعث درمان بیماران شوند.

**صرف این دارو در خانم‌های باردار ، شیرده و خانم‌هایی که قصد بارداری دارند، ممنوع است.

***داروهای ضد هایپرلیپیدمی، به جز موارد خاص (مانند هایپرلیپیدمی ژنتیکی) نباید برای بیماران کمتر از ۱۶ سال تجویز شود.

مکانیسم عمل و کاربرد استاتین‌ها

استاتین‌های موجود در فهرست دارویی ایران عبارت است از:

Lovastatin, Atorvastatin, Simvastatin, Rosuvastatin

مهم‌ترین تاثیر استاتین‌ها، کاهش LDL خون از طریق جلوگیری از ساخته شدن آن‌ها در کبد می‌باشد. این داروهای باعث جذب

بیشتر LDL از کبد می‌شوند و در ضمن سرعت تجزیه آن را افزایش می‌دهند.

استاتین‌ها علاوه بر کاهش LDL، جلوی اکسیده شدن آن را هم می‌گیرند و علاوه با خارج کردن کلسترول از ماکروفازها آن‌ها را از دیواره‌ی رگ‌ها خارج می‌کنند. بهبود عملکرد اندوتیال عروق، کاهش تجمع پلاکتی، تحریک رگ‌زایی در بافت ایسکمیک قلب و تثبیت پلاک عروق، سایر مکانیسم‌های عمل این داروهاست.

* کلسترول LDL، به دیواره رگ‌ها نفوذ می‌کند و در آن‌جا تحت تاثیر رادیکال‌های آزاد اکسیده می‌شود. LDL اکسیده شده توسط ماکروفاز بلیعده شده و ماکروفاز تبدیل به سلول کف‌آلود می‌شود. با تجمع سلول‌های کف‌آلود، فیرین، کلژن و کلسیم، پلاک در جدار داخلی رگ‌ها ایجاد می‌شود و آن را تنگ می‌کند.

اگر این پلاک‌ها در شریان کرونر قلب پاره شوند، با تجمع پلاکتی، مسیر رگ کاملاً بسته می‌شود و سکته قلبی اتفاق می‌افتد.

* استاتین‌ها علاوه بر کاهش LDL، باعث کاهش تری‌گلیسرید هم می‌شوند و HDL خون را هم افزایش می‌دهند.

* مکانیسم عمل HDL برای درمان مبتلایان به آترواسکلروز، این است که ضمن کمک به برداشته شدن LDL از دیواره شریان‌ها، جلوی اکسیده شدن LDL و در نتیجه تبدیل آن به پلاک را می‌گیرد.

* جدا از کاهش کلسترول خون، یکی از کاربردهای بالینی مهم استاتین‌ها تجویز آن‌ها برای درمان آنژین ناپایدار و همینطور درمان بیماران بعداز سکته قلبی می‌باشد.

این داروها برای درمان آلزایمر و پیشگیری از سرطان پروستات هم تجویز می‌شوند. اما این اندیکاسیون‌ها هنوز به اثبات نرسیده است.

* به دلیل اینکه سنتز کلسترول در کبد، شب‌ها انجام می‌شود، لذا بهتر است تک دوز داروهای لوواستاتین و سیمواستاتین در هنگام غروب مورد استفاده قرار گیرد.

البته این نکته در مورد داروهای آتورواستاتین و رزواستاتین، صدق نمی‌کند.

* جذب استاتین‌ها (در فهرست دارویی ایران) اگر به همراه غذا مصرف شوند، افزایش می‌یابد.

* مصرف الكل به همراه این داروها، عوارض کبدی آن‌ها را تشدید می‌نماید.

* به دلیل احتمال بروز آسیب کبدی، سطح آمینوترانسفرازهای خون باید یک تا دوماه پس از آغاز درمان با این داروها سنجیده شود و در صورت عدم تغییر، هر ۶ تا ۱۲ ماه این آزمایش تکرار گردد.

* معمولاً گلوکز ناشتای خون در اثر مصرف این داروها، به میزان ۵ تا ۷ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر افزایش می‌یابد.

DRUGS USED IN HYPERLIPIDEMIA

- HMG-CoA reductase inhibitors
 - Lovastatin, atorvastatin, fluvastatin, pravastatin, simvastatin, rosuvastatin
- Niacin
- Fibric Acid Derivatives
 - Gemfibrozil, fenofibrate, clofibrate
- Bile acid-binding Resins
 - Colestipol, colestyramine, colesevelam
- Inhibitors of Intestinal sterol absorption
 - Ezetimibe

توجه: - مصرف استاتین‌ها گاهی با عوارضی چون آسیب کبدی (زردی پوست و چشم)، تخریب بافت عضلانی و نهایت آسیب کلیوی (درد عضلانی، راش پوستی، تب و تیرگی ادرار) همراه است.

-در صورت بروز عوارض جانبی چون درد و ضعف عضلانی، باید سطح کراتین‌کیناز خون بیمار اندازه‌گیری شود و در صورت بالا بودن، بلافضله مصرف دارو قطع گردد. معمولاً میوپاتی، با قطع دارو بهبود می‌یابد.

* نوشیدن آب گریپ‌فروت (حداقل یک لیتر در روز) به همراه داروهای لوواستاتین، آتورواستاتین و سیمواستاتین می‌تواند باعث تشدید عوارض جانبی این داروها شود. البته داروی رزواستاتین این تداخل را ایجاد نمی‌کند.

** تجویز همزمان داروهای لوواستاتین، آتورواستاتین و سیمواستاتین با آنتی‌بیوتیک‌های اریترومایسین و کلاریتromoایسین باعث افزایش غلظت و در نتیجه تشدید عوارض جانبی این داروها می‌شود.
رزواستاتین با این آنتی‌بیوتیک‌ها تداخلی ندارد.

*** مصرف همزمان داروی رزواستاتین با داروهای مترونیدازول، کتوکنازول، آمیودارون و سایمتیدین می‌تواند باعث افزایش عوارض جانبی داروی رزواستاتین شود.

**** مصرف این داروها برای خانمهای شیرده، باردار یا آن‌هایی که تصمیم به بارداری دارند، ممنوع است. در ضمن این داروها باید در شرایط بیماری‌های سخت، ضربات شدید و جراحی‌ها، موقت قطع گردد.

منبع: The Joy Of Pharmacology

پیشگیری از ترومبوzu عروقی در بیماران بسته (۲)

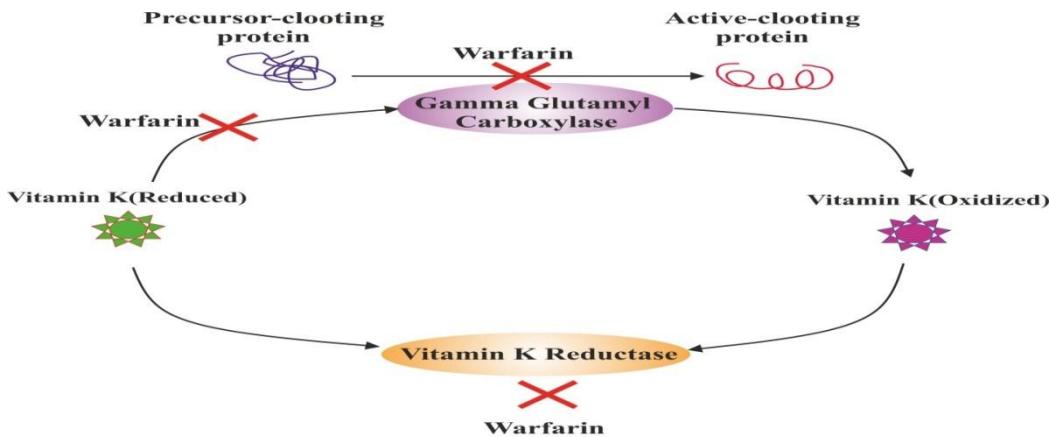
دارو درمانی ضدانعقاد (ترومبوبروفیلاکسی) با هدف پیشگیری از تشکیل پاتولوژیک لخته در بیماران در معرض خطر و پیشگیری از توسعه و یا آمبولیزاسیون در بیمارانی که مبتلا به ترومبوzu می‌باشند، انجام می‌گیرد. در شماره قبل راجع به هپارین و نقش آن در ترومبوzu فیلاکسی صحبت شد و در ادامه.....

آناتاگونیست‌های ویتامین k : وارفارین

وارفارین، یک ضدانعقاد خوراکی با شروع اثر تاخیری است که به عنوان آنتاگونیست ویتامین k عمل می‌کند. ویتامین k برای تبدیل (کربوکسیلاسیون) پیش‌سازها به فاکتورهای انعقادی IX.VII.II و X و برای سنتز ضدانعقادهای طبیعی، پروتئین C و پروتئین S، لازم است. وارفارین با پروسه بازیافت ویتامین K توسط کبد تداخل می‌کند، در نتیجه غلظت فاکتورهای IX.VII.II و X به تدریج با سرعتی متناسب با نیمه عمرهای حذفی آن‌ها کاهش می‌یابد. بنابراین، شروع اثرات ضدانعقادی وارفارین تاخیری است. تقریباً ۵-۷ روز طول می‌کشد که پس از شروع درمان یا پس از تغییر دوز دارو اثرات ضدانعقادی به سطح ثابتی برسد پروتئین C و کوفاکتور آن پروتئین S نیز وابسته به ویتامین k می‌باشند و غلظت این پروتئین‌ها با سرعتی وابسته به نیمه عمر حذف‌شان توسط وارفارین کاهش می‌یابد.

وارفارین در دستگاه گوارش فوقانی از طریق انتشار، سریع و کامل با فراهمی زیستی نزدیک به ۱۰۰٪ جذب می‌شود. حداقل جذب وارفارین طی ۱۲۰-۱۴۰ دقیقه پس از تجویز رخ می‌دهد. تقریباً ۹۹٪ به آلبومین سرم متصل می‌شود و بنابراین حجم توزیع کمی دارد. تست آزمایشگاهی اصلی برای پایش درمان با وارفارین PT می‌باشد. PT دراثر کمبود فاکتورهای انعقادی VII.VII.II و X و نیز غلظت‌های پایین فیبرینوژن و غلظت‌های بسیار بالای هپارین، طولانی می‌شود. این عامل نشان دهنده تغییر در مسیر خارجی و مسیر مشترک (و نه مسیر داخلی) آبشار انعقاد می‌باشد.

PT (زمان تشکیل لخته) با استفاده از افزودن کلسیم و ترومبوپلاستین بافتی به نمونه پلاسمایی که پلاکت‌های آن به کمک سانتریفوژ جدا شده‌اند، تعیین مقدار می‌گردد. متوسط PT نرمال که از میانگین تعدادی از نتایج PT افراد non-anticoagulated به دست می‌آید، تقریباً برابر با ۱۲ می‌باشد.



Warfarin: Mode of action.

تروموبپلاستین‌هایی که در پایش PT مورد استفاده قرار می‌گیرند، از منابع بافتی مختلف توسط تکنیک‌های مختلف استخراج شده و به عنوان reagent به صورت تجاری عرضه می‌گردند. به منظور استاندارد کردن نتایج PT سیستمی طراحی شده است که تمام تروموبپلاستین‌های تجاری موجود با یک تروموبپلاستین رفرانس بین‌المللی مقایسه شده و سپس یک انداکس حساسیت بین‌المللی (International Sensitivity Index-ISI) دریافت می‌کنند. این انداکس در تبدیل ریاضی PT به INR طبق معادله زیر، مورد استفاده قرار می‌گیرد:

$$\text{INR} = (\text{PT patient}/\text{PT mean normal})^{\text{ISI}}$$

برای تروموبپلاستین رفرانس بین‌المللی برابر با ۱ می‌باشد.

دوز شروع و دوز نگهدارنده

در اکثر بیماران توصیه می‌شود که وارفارین خوارکی با دوز ۱۰-۵ میلی‌گرم در روز شروع شده و تجویز با این دوز به مدت یک تا دو روز ادامه یابد.

* در بیمارانی که ریسک فاکتورهایی از قبیل بیماری کبدی، وضعیت بد تغذیه‌ای، نارسایی کلیوی و تداخلات مهم دارویی ندارند، توصیه می‌شود که INR دو تا سه روز پس از شروع درمان و پس از آن هر ۲-۳ روز یکبار تا زمان پایدار شدن مانیتور شود.

* در بیمارانی که دارای ریسک فاکتورهای فوق‌الذکر هستند، پایش INR باید هر روز و تا زمان پایدار شدن انجام گیرد.
* تجویز دوز بارگیری به دلیل افزایش خطر خونریزی توصیه نمی‌شود.

* در بیماران مسن، افراد ناتوان، سابقه سوء‌تغذیه، بیماری‌های کبدی، جراحی ماذور اخیر و مصرف همزمان داروهایی که باعث افزایش حساسیت به اثرات وارفارین می‌شوند (مانند آمیودارون) توصیه می‌شود تجویز وارفارین با دوزهای کمتر از ۵ میلی‌گرم در روز شروع شده و تنظیم دوزهای بعدی براساس INR انجام شود.

* در بیماران جوان، در موارد مصرف همزمان داروهای کاهنده اثر وارفارین، تغذیه روده‌ای و دریافت رژیم غذایی غنی از ویتامین K بهتر است درمان را با دوزهای بالاتر آغاز کرد.

* در بیمارانی که به دوز درمانی ثابتی از وارفارین دست یافته‌اند، حداقل فاصله زمانی قابل توصیه برای مانیتور کردن INR بیمار هر ۴ هفته یکبار می‌باشد.

* تجویز وارفارین حداقل در ۵ روز اول باید همراه با هپارین یا LMWH باشد و زمانی هپارین قطع می‌شود که به حد درمانی مورد نظر رسیده باشد و برای دو روز متوالی در این رنج حفظ شده باشد.

تنظیم دوز نگهدارنده وارفارین

دستورالعمل تنظیم دوز وارفارین(پس از هفته اول) و دستورالعمل پایش INR برای درمان ضدانعقاد طولانی مدت به ترتیب در جداول زیر آورده شده است.

		دوز بندی وارفارین پس از هفته اول
INR		Dose adjustment
target INR 2.0-3.0	target INR 2.5-3.5	
<1.5	<2.0	Increase weekly dose by 10-20%
1.5-1.9	2.0-2.4	increase weekly dose by 10-15%
2.0-3.3	2.5-3.7	no change
3.4-4.0	3.8-4.0	decrease weekly dose by 5-15%
4.1-5.0	4.1-5.9	hold 1-2 doses and decrease weekly dose by 10-20%
>5.0	>5.9	see recommendations for managing elevated INR when resume decrease weekly dose 15-20%

*به دلیل اینکه وارفارین فارماکوکینتیک خطی ندارد، توصیه می‌شود تنظیم دوزها با مقدادر کم انجام شوند.

*در موارد نوسانات کم INR، تا زمانی که INR در رنج درمانی مورد نظر است نیازی به تنظیم دوز نیست.

پایش INR برای درمان ضدانعقاد طولانی مدت	
clinical scenario	suggested approach
initiation of warfarin	monitor daily until stable, then gradually increase interval to weekly, biweekly, monthly if stable
INR reaches therapeutic level	recheck 2 weeks x 2, then every 4 weeks if stable
therapeutic INR for 8 to 10 weeks consecutively	may increase interval to 6 weeks with high compliance and good patient education, increase frequency with illness, medication change, history of highly variable INR levels
INR outside target range within 1.0 point	recheck in 1 to 2 weeks, if persists, adjust dose and recheck in 1-2 weeks

نموده برخورد با موارد INR بالا

۱- بیماران با INR بیشتر از حد درمانی اما کمتر از ۵ و بدون خونریزی واضح

* کاهش دوز یا حذف یک دوز

* افزایش فرکانس پایش INR

* از سرگیری درمان با دوز تنظیم شده مناسب پس از رسیدن INR به حد درمانی

۲- بیماران با INR بین ۵ و ۹ و بدون خونریزی

* حذف یک یا دو دوز بعدی

* افزایش فرکانس پایش INR

* از سرگیری درمان با دوز تنظیم شده مناسب پس از رسیدن INR به حد درمانی

به جای این اقدام می‌توان از روش جایگزین دیگری استفاده کرد:

* حذف دوز بعدی

* تجویز ویتامین K خوراکی با دوز ۱-۲/۵ میلی گرم (خصوصاً اگر بیمار در معرض خطر خونریزی قرار دارد)

* اگر به هر دلیلی (مانند جراحی اورژانس) نیاز به برگرداندن سریع INR باشد، توصیه به تجویز ویتامین K خوراکی (کمتر از ۵ میلی گرم) می‌شود. در این حالت باید انتظار داشت که طی ۲۴ ساعت INR بیمار کاهش یابد. در صورتی که INR بیمار هنوز بالا

باشد، توصیه به تجویز یک دوز خوراکی ۱-۲/۵ میلی‌گرمی دیگر می‌شود(خصوصا اگر بیمار در معرض خطر خونریزی قرار دارد)

۳- بیماران با INR بالای ۹ و بدون خونریزی واضح

*قطعه وارفارین

*تجویز دوزهای بالاتر ویتامین K خوراکی(۵-۲/۵ میلی‌گرم)

در این حالت باید انتظار داشت که طی ۴۸-۲۴ ساعت INR بیمار کاهش یابد. در این موارد باید INR را با فرکانس بیشتری پایش کرد و در صورت عدم کاهش آن، دوزهای بعدی ویتامین K را تجویز کرد. پس از کاهش INR به حد مورد انتظار می‌توان تجویز وارفارین را با دوز تنظیم شده مناسب آغاز کرد.

۴- بیماران با INR بالا و خونریزی شدید

بدون توجه به میزان بالا بودن INR باید وارفارین را قطع کرده و اقدام به تجویز FEP یا prothrombin complex concentrate یا recombinant factor VIII یا همراه ویتامین K (۱۰ میلی‌گرم تزریق وریدی) نمود و در صورت نیاز این دوز را مجددا تکرار کرد.

۵- نحوه برخورد با موارد INR متغیر

در بیمارانی که از مدت‌ها پیش وارفارین مصرف می‌کنند، اما INR‌های متغیری دارند که قابل نسبت دادن به هیچ‌کدام از علل موجود نیست، توصیه می‌شود که از دوزهای روزانه ویتامین K خوراکی به میزان کم (۱۰۰-۲۰۰ میکروگرم) به همراه پایش دقیق INR و تنظیم دوز وارفارین برای مقابله با کاهش اولیه در INR در پاسخ به تجویز ویتامین K استفاده گردد.

آسپرین

آسپرین به صورت برگشت ناپذیر سنتز پلاکتها را مهار کرده و ریسک خونریزی ضمن اعمال جراحی را افزایش می‌دهد. از طرفی قطع دارو قبل از جراحی، به خصوص در بیمارانی که تحت CABG(coronary artery bypass) یا سایر جراحی‌های عروقی قرار می‌گیرند، میزان مورتالیتی را افزایش می‌دهد؛ همچنین قطع آسپرین ۵ روز قبل از جراحی در کسانی که بیماری‌های زمینه‌ای قلبی دارند، سندروم حاد کرونر و سکته مغزی را افزایش می‌دهد. کاربرد آسپرین برای پیشگیری ثانویه از بیماری‌های قلبی، این مزايا بیشتر خواهد بود. اکثر بیماران دریافت کننده آسپرین برای پیشگیری ثانویه از بیماری‌های قلبی عروقی باید مصرف آسپرین را طی دوران قبل و بعد از اعمال جراحی ادامه دهند، به جز افرادی که تحت جراحی‌هایی از قبیل گوش میانی، حفره خلفی چشم، داخل جمجمه‌ای، نخاع intramedullary resection of prostate (trans-urethral resection of prostate) و احتمالاً TURP قرار می‌گیرند.

به طور کلی، در مورد قطع یا ادامه مصرف دارو باید مضرات و مزايا آن سنجیده شود.

سایر داروهای ضد تجمع پلاکتی

دی‌پیریدامول خواص واژودیلاتور و ضدپلاکت دارد که عمدۀ بعد از سکته‌های مغزی و TIA استفاده می‌شود. در مورد این دارو نیز مزايا قطع در مقابل مضرات آن باید سنجیده شود.

*در صورتی که لازم است دارو قطع گردد، باید حداقل ۲ روز قبل از جراحی باشد.

* داروی Aggrenox (مجموعه آسپرین و دی‌پیریدامول) باید ۷-۱۰ روز قبل از جراحی قطع شود.

در مورد کلوبیدگرل و تیکلوبیدین، قطع مصرف این داروها به خصوص در کسانی که به دنبال گذاشتن استنت این داروها را مصرف می‌کنند، احتمال ترومبوز مجدد را افزایش می‌دهد.

*توصیه می‌شود که جراحی‌های غیر اورژانس تا زمانی که اثر این دو دارو به حداقل سطح درمانی خود برسد، به تعویق افتد(یک ماه برای استنت‌های فلزی و یک سال برای استنت‌های حاوی دارو)



در بیمارانی که به دلایل دیگری غیر از استنت گذاری این دو دارو را مصرف می‌کنند، قطع مصرف این داروها با افزایش خطر حوادث قلبی عروقی همراه است.

* در صورتی لزوم قطع این داروها باید ۵ تا ۷ روز قبل از جراحی بوده و در اولین زمان بعد از جراحی مجدداً شروع شوند.

* در بیمارانی که مجموعه آسپرین به همراه کلوبیدگرل را جهت پیشگیری از ترومبوز بعداز استنت گذاری مصرف می‌کنند، جراحی باید حداقل یک ماه بعد از استنت‌های فلزی و یک سال بعد از استنت‌های دارویی به تعویق بیافتد.

* اگر ریسک خونریزی بالا بوده و قطع دارو و قطع این داروها لازم است، توصیه شده که کلوبیدگرل قطع شود.

* زمانی که جراحی در مرکزی صورت می‌گیرد که امکان انجام مداخلات قلبی وجود دارد، بهتر است آسپرین در تمام طول دوره ادامه یابد.

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

بهبود (و) گرد به گرفتگی بینی

علل گرفتگی بینی بسیار متنوع است، از رینیت و رینوسینوزیت تا داروها و اختلالات ساختمانی/مکانیکی.

در این مقاله نحوه کمک به بهبود بیمار را توصیف می‌کنیم. گرفتگی بینی یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به پزشکان مراقبت اولیه است. این مشکل که اغلب توسط بیماران به صورت احتقان بینی یا ناتوانی در تنفس از یک یا هر دو سمت بینی در طول روز و یا شب توصیف می‌شود، می‌تواند با توانایی تغذیه، خواب و عملکرد تداخل کرده و اثر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بگذارد. همپوشانی تظاهرات می‌تواند تعیین علت دقیق گرفتگی بینی را مشکل کند.

به منظور بهبود تشخیص و درمان، در اینجا توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای شایع‌ترین علل گرفتگی بینی شامل رینیت، رینوسینوزیت، گرفتگی بینی ناشی از دارو و اختلالات مکانیکی/ساختمانی را مرور می‌کنیم (جدول ۱).

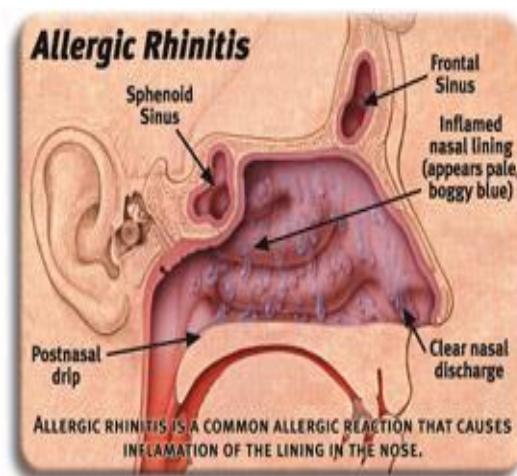
رینیت/رینوسینوزیت:

همه چیز با التهاب شروع می‌شود.

عطسه، آبریزش بینی، احتقان بینی و خارش بینی شکایاتی هستند که نشانه رینیت است و ۳۰-۶۰ میلیون نفر را سالانه در ایالات متحده درگیر می‌کند. رینیت می‌تواند آلرژیک، غیرآلرژیک، عفونی، هورمونی یا شغلی باشد. در تمام اشکال رینیت، التهاب علت گرفتگی بینی است. شایع‌ترین فرم، رینیت آلرژیک (AR) است که شامل AR فصلی و دائمی است. AR فصلی معمولاً به دلیل

آلرژن‌های بیرونی است و با فصل گرده تشدید و سپس تخفیف می‌یابد. AR دائمی، بیشتر به دلیل آلرژن‌های داخلی مثل مایت، کپک، سوسک و شوره بدن حیوانات خانگی ایجاد می‌شوند و تمام یا بیشتر سال پایدار می‌ماند. علل رینیت غیرآلرژیک (NAR) شامل محرک‌های محیطی مثل دود سیگار، عطر و سوخت ماشین، داروها و تغییرات هورمونی است ولی اکثر علل NAR، ناشناخته است.

با این که AR می‌تواند در هر سنی رخ دهد، در اکثر افراد در دوران کودکی یا سینین جوانی بروز می‌کند و NAR تمایل به شروع دیرتر در زندگی دارد. خارش بینی می‌تواند به افتراق AR از NAR کم کند. علاجی NAR معمولاً دائمی بوده و شامل ترشحات پشت حلق است. اگر



علایم بیشتر از ۱۲ هفته علی‌رغم درمان، باقی بماند به عنوان رینوسینوزیت مزمن (CRS) شناخته می‌شود.

درمان‌ینیت: پند لایه‌ای و اغلب مداوم

درمان AR و NAR مشابه است و با پرهیز از محرك و یا آرژن در صورت امکان شروع می‌شود و به سمت دارو درمانی پیش رفته و حداقل برای AR با ایمونوتراپی با آرژن به پایان می‌رسد. درمان اغلب یک فرایند دائمی است و نیاز به درمان مداوم دارد. نیازی به انجام آزمون آرژن قبل از مطرح شدن تشخیص NAR و شروع درمان نیست.

کوتیکوستروپید داھل بینی: در حال حاضر گلوکوکورتیکوستروپیدهای داخل بینی (INGC) موثرترین داروی تک درمانی برای AR و NAR دارند. برای علایم خفیف تا متناوب، درمان را با بیشترین دوز INGC براساس سن بیمار شروع کنید و با کاهش تدریجی تا شناسایی کمترین دوز موثر ادامه دهید. مطالعات نشان داده‌اند که اگر INGC‌ها به تهایی موثر نباشند، افزودن یک آنتی‌هیستامین داخل بینی همراه با شستشو با سالین، برای AR و نیز NAR مقاوم به تک درمانی توصیه می‌شود. اگر آنتی‌هیستامین داخل بینی گزینه درمانی نباشد، درمان خوارکی را می‌توان شروع کرد.

جدول ۱. علل شایع گرفتگی بینی و نموده درمان آن‌ها*

بیماری	فصوصیات	علل	درمان	ملاهظات
رینیت آرژیک	عطسه، خارش بینی، آبریزش احتقان بینی	آلرژن‌های خارجی	پرهیز از آرژن، کوتیکوستروپید	اغلب شروع در کودکی یا بالغین جوان
رینیت غیر آرژیک	ترشحات پشت حلق، آبریزش بینی، احتقان بینی	علل ناشاخته، محرك‌های محیطی، داروها، تغییرات هورومونی	پرهیز از محرك‌های شناخته شده، شستشوی بینی، درمان‌های AR	اغلب شروع دیرتر در زندگی
رینیت دارویی	احتقان بینی، آبریزش بینی	استفاده از اسپری نازال آنف ادرنوزیک برای بیش از ۵-۷ روز، NSAID‌ها، مهارکننده ACE، بتا بلوكرهای ضدبارداری خوارکی، ضدافسردگی، کوکائین نازال و مت‌آمفتامین **	قطع داروی مسبب	
پولیپ	احتقان بینی، آبریزش بینی	CF.ARS.NARS.AERD	ایدیوپاتیک، ARS/NARS، کوتیکوستره نازال	اگر علایم بهبود نیافت، ارجاع چهت پولیپکتومی مد نظر باشد
هیپرتروفی آدنوپید	احتقان بینی، خرخر، تنفس دهانی، اوتنیت میانی راجعه	بافت آدنوپید، راه هوایی را مسدود می‌کند	کوتیکوستروپید نازال، آنتاگونیست گیرنده لکوتین	اگر علایم بهبود نیافت، ارجاع چهت پولیپکتومی مد نظر باشد

* گرفتگی بینی که با علایم غیر تبییک تظاهر کرده و یا به درمان اولیه پاسخ نمی‌دهد باید برای ارجاع زودرس به متخصص گوش و حلق و بینی در نظر گرفته شود

** شایع‌ترین مواد در اینجا ذکر شده‌اند، سایر کلاس‌های دارویی نیز می‌توانند منجر به رینیت شوند.

* با آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم شروع کنید و آنتاگونیست‌های گیرنده لکوتین را مدد نظر داشته باشید. برای درمان خوارکی، با آنتی‌هیستامین‌های نسل دو (لوراتادین، سیتریزین، فکسوفنادین) شروع کنید. آنتی‌هیستامین‌های نسل اول (دیفن‌هیدرامین، هیدروکسی‌زین، کلرفنیرامین) اگر چه با هزینه نسبتاً کم به میزان گستره در دسترس هستند، می‌توانند عوارض قابل توجه متعددی شامل خواب آلودگی، اختلال شناختی و بی‌قراری در کودکان ایجاد کنند. از آنجا که آنتی‌هیستامین‌های نسل دوم عوارض کمتری دارند لذا در صورت تمایل به تجویز آنتی‌هیستامین خوارکی مثل وقتی احتقان بینی، عطسه و خارش و اشک ریزش وجود دارد، به عنوان درمان خط اول توصیه می‌شوند.

توجه: یک فرابررسی سال ۲۰۱۴ نشان داد که آنتاگونیست‌های گیرنده لکوتین (LRA) مثل مونتله‌لوکاست اثری مشابه آنتی‌هیستامین‌های خوارکی در بهبود علایم در AR دارند و ممکن است برای علایم شبانه مشکل در به خواب رفتن، بیدار شدن‌های شبانه، احتقان در هنگام بیدار شدن) بهتر باشند، در حالی که آنتی‌هیستامین‌ها ممکن است بهبود مطلوب‌تری در علایم روزانه (خارش، آبریزش بینی، عطسه) ایجاد کنند. اگرچه مطالعات دوسوکور تصادفی شده شاهددار (RCT) بیشتری برای تایید این

نتایج و بررسی تفاوت‌های جنسیتی احتمالی در پاسخ به عالیم نیاز است. LRA را به عنوان درمان خط اول در بیماران AR که عالیم شبانه غالب دارند، مدنظر داشته باشد.

زنان هامله و افراد مسن

در نظر داشتن تراوژن بودن داروها در هنگام انتخاب داروها برای بیماران باردار خصوصاً در سه ماهه اول مهم است. کرومولین نازال بیشترین امنیت را در بارداری دارد. سیتریزین، کلرفیرامین، لوراتادین، دیفن‌هیدرامین و تری‌پلنامین را می‌توان در حاملگی مصرف کرد. اداره غذا و دارو این داروها را به عنوان موارد کم خطر برای جنین براساس مطالعات انسانی در نظر می‌گیرد. در حالی که آنتی‌هیستامین‌های متعدد دیگری را براساس داده‌های انسانی یا بدون داده انسانی، احتمالاً ایمن می‌داند. انتظار نمی‌رود که اکثر INCG‌ها خطری برای جنین داشته باشند ولی داده‌های انسانی اندکی در این زمینه در دسترس است. از تجویز ضداحتقان‌های خوراکی در زنان در سه ماه اول بارداری به دلیل خطر گاستروشی در نوزاد، پرهیز کنید.

بیماران مسن جمعیت دیگری هستند که عوارض باید در آن‌ها به دقت مد نظر باشد. آرژی در افراد بالای ۶۵ سال نا شایع است. رینیت در این گروه اغلب ثانویه به ازدیاد فعالیت کولینرژیک، ازدیاد فعالیت آلفا‌آدرنرژیک یا رینوسینوزیت است. با توجه به اینکه بیماران مسن بیشتر مستعد عوارض بالقوه سیستم عصبی مرکزی و آنتی‌کولینرژیک هستند، لذا داروهای غیر خواب‌آور توصیه می‌شوند. ضداحتقان‌های خوراکی را در این گروه هم باید با احتیاط تجویز کرد، نه فقط به دلیل عوارض سیستم عصبی مرکزی بلکه به دلیل آثار آن‌ها بر قلب و مثانه (جدول ۲).

در رینیت دارویی، داروی مسبب را قطع کنید و INGC را مدنظر داشته باشد.

انواع مختلفی از داروهای خوراکی و استنشاقی، می‌توانند باعث رینیت شوند. استفاده از اسپری‌های ضداحتقان آلفا‌آدرنرژیک برای بیشتر از ۷-۵ روز می‌تواند در زمان قطع، باعث احتقان راجعه شود که به آن رینیت دارویی می‌گویند. استفاده مکرر از کوکائین داخل بینی و مت‌آمفتامین‌ها هم می‌تواند باعث احتقان راجعه شود. داروهای خوراکی که می‌توانند منجر به رینیت یا احتقان شوند. عبارتند از مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنزیوتاتسین (ACE)، بتاکلورکرها ضدالتهاب‌های غیراستروییدی (NSAID)، داروهای ضدبارداری خوراکی و حتی ضدافسردگی‌ها.

درمان رینیت دارویی، قطع داروی مسبب است. INGC‌ها را می‌توان برای کاهش التهاب و کنترل عالیم پس از قطع دارو به کار برد.

علل ساختاری/مکانیکی گرفتگی بینی، طیف وسیعی دارند

علل ساختاری/مکانیکی گرفتگی بینی از اجسام خارجی تا علل آناتومیک مثل پولیپ‌های بینی، انحراف تیغه بینی، هیپرتروفی آدنویید، اجسام خارجی و تومورها را در برمی‌گیرد. از آن‌جا که بیش از یک علت ممکن است دخیل باشد، بهتر است اول هرگونه علت غیر مکانیکی انسداد مثل NARS یا ARS را درمان کنیم.

پولیپ‌های بینی اغلب نیاز به هر دو (ویکرد دارویی و جراحی دارد).

پولیپ‌های بینی توده‌های خوش‌خیم با منشا مخاط سینوس‌ها و حفره بینی هستند و تا ۴٪ جمعیت را در گیر می‌کنند. علت آن‌ها نامشخص است ولی می‌دانیم که پولیپ‌های بینی از التهاب زمینه‌ای منشا می‌گیرند. پولیپ‌ها در کودکان، به جز در اطفال مبتلا به فیبروز سیستیک ناشایع هستند و می‌توانند با بیماری‌هایی نظیر AR و سینوزیت همراه باشند. پولیپ همچنین با سندروم‌هایی نظیر بیماری تنفسی تشديد شده با آسپرین (AERD) همراهی دارد که شامل عالیم مجاری تنفسی فوقانی و تحتانی در بیماران آسم مصرف کننده آسپرین یا سایر NSAID‌هاست.

عالیم بسته به محل و اندازه پولیپ‌ها متفاوت است ولی در کل شامل احتقان بینی، تغییر بویایی و آبریزش بینی است. اهداف درمان، بازیابی یا بهبود تنفس از بینی و بویایی و پیشگیری از عود است. این کار اغلب نیاز به هر دو روش درمان جراحی و دارویی دارد.

کورتیکوستروبیدهای موضعی، در کاهش اندازه پولیپ‌ها و علایم همراه (رینوره، رینیت) موثر هستند. تحقیقات نشان داده است که استروبیدها نیاز به درمان جراحی اولیه با تکرار جراحی پولیپکتومی را کاهش می‌دهند. سایر درمان‌هایی که در صورت عدم کاهش علایم با کورتیکوستروبیدهای نازال ممکن است موثر باشند عبارتند از کورتیکوستروبیدهای سیستمیک (خوارکی)، تزریق استروبید در پولیپ، آنتی‌بیوتیک‌های ماکرولیدی و شستشوی بینی.

وقتی علایم پولیپوز مقاوم به درمان دارویی باشد، جراحی اندوسکوپیک سینوس (FESS)، روش جراحی انتخابی است. علاوه بر علایم مقاوم، اندیکاسیون‌های FESS عبارتند از نیاز به اصلاح دفرمیتی‌های آناتومیکی که احتمال می‌رود در تداوم بیماری نقش داشته باشند و نیاز به کاستن از حجم پولیپ در پولیپوز پیشرفت، هدف اصلی بازیابی مسیر باز در واحد استئومئاتال است.

برای علل سپتال، سپتوپلاستی را مدد نظر داشته باشید

انحراف تیغه بینی یک علت ساختمانی شایع گرفتگی بینی است که به علل مادرزادی، ژنتیک یا تروماتیک رخ می‌دهد. جریان هوای گردابی ناشی از انحراف سپتوم اغلب باعث هیپرتروفی شاخک‌های بینی می‌شود که علایم انسدادی ناشی از انحراف بینی را ایجاد یا تشدید می‌کند.

سیتوپلاستی شایع‌ترین جراحی گوش و حلق و بینی در بالغین است.

جدول ۲- داروهایی که به طور شایع برای گرفتگی بینی استفاده می‌شوند

دوز بالغین	دارو	گروه
BID ۱-۲ BID ۲	ازلاستین اولوپاتادین	آنتی‌هیستامین نازال
۲۵-۵۰ میلی‌گرم هر ۴-۶ ساعت ۲۵-۵۰ میلی‌گرم هر ۶ ساعت ۴ میلی‌گرم هر ۴-۶ ساعت ۱۰ میلی‌گرم یک بار در روز ۱۰ میلی‌گرم یک بار در روز ۱۸۰ میلی‌گرم یک بار در روز	دیفن‌هیدرامین هیدروکسی‌زین کلرفنیرامین لوراتادین سیتیریزین فکسوفنادین	آنتری‌هیستامین خوارکی نسل اول نسل دوم
۲ اسپری یک بار در روز ۲ اسپری یک بار در روز ۱ اسپری یک بار در روز ۱-۲ اسپری یک بار در روز ۲ اسپری یک بار در روز ۲ اسپری یک بار در روز	فلونیزولید تریامسینولون بودزوناید بکلومتازون فلوتیکازون مومتازون	گلوکورتیکوپید نازال
۱۰ میلی‌گرم یک بار در روز	مونته لوکاست	آناتاگونیست گیرنده لکوتربین

سوراخ شدگی سپتوم، علت دیگری است که می‌تواند با علایم گرفتگی بینی تظاهر کند. علل آن عبارتند از سوراخ شدن تروماتیک، بیماری‌های التهابی یا کلازن واسکولار، عفونت‌ها، استفاده بیش از حد از داروهای منقبض کننده عروق و بدخیمی.

مشاهده دقیق سپتوم برای شناسایی سوراخ شدگی سپتوم لازم است؛ این کار ممکن است نیاز به اندوسکوپی بینی داشته باشد. سوراخ شدگی‌های قدامی به احتمال بیشتری نسبت به انواع خلفی باعث علایم گرفتگی بینی می‌شوند. سوراخ شدگی‌های خلفی به

ندرت نیاز به درمان دارند مگر این که مشکوک به بد خیمی باشیم که در این صورت ارجاع برای بیوپسی توصیه می‌شود. سوراخ شدگی‌های قدامی ابتدا با پرهیز از هر نوع عامل مسبب مثلاً اگر مشکل، ناشی از دارو باشد و سپس با مرطوب کننده‌ها و نرم کننده‌ها درمان می‌شوند.

برای سوراخ شدگی‌های قدامی، دکمه‌های سلیکونی سپتومی را می‌توان برای علاج مقاوم، استفاده کرد. با این حال مطالعات مشاهده‌ای نشان می‌دهد که برای بهبود دراز مدت علاجی، دکمه‌های سلیکونی فقط در یک سوم بیماران موثر هستند. در بیماران دارای علاجی ادامه‌دار علی‌رغم درمان‌های فوق، ترمیم جراحی با انواع تکنیک‌های فلپ یک گزینه است.

هیپرتروفی آدنویید: قطره‌های استرویید نازال را مدنظر داشته باشید

هیپرتروفی آدنویید یک علت شایع گرفتگی مزمن بینی در کودکان است. اگرچه آدنوییدکتومی به طور شایع برای اصلاح این مشکل استفاده می‌شود، شواهد فعلی در مورد کارآیی این عمل، قطعی نیست. شواهد نشان می‌دهد که قطره‌های نازال کورتیکوستروویید به میزان قابل توجهی علاجی گرفتگی بینی در کودکان را کاهش می‌دهند و ممکن است گزینه جایگزین جذابی برای درمان جراحی باشند.

اجسام خارجی

اجسام خارجی، شایع‌ترین علت گرفتگی بینی در کودکان هستند. روش‌های خارج نمودن جسم خارجی شامل روش فشار مثبت است که بهتر است برای اشیای صاف یا نرم استفاده شود.

روش‌های فشار مثبت شامل وادار کردن بیمار به فین کردن یا درخواست از والدین برای استفاده از روش دمیدن دهان به دهان (روش بوسه مادری) است. در صورتی که انسداد شامل موارد زیر باشد، بیمار را به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع دهید:

*اجسام در رینوسکوپی قدامی به راحتی دیده نشوند

*اجسام خارجی مزمن یا گیر کرده

*آهنرباها یا باتری‌های دکمه‌ای

*اجسام نوک تیز یا قلاب‌دار

* هر جسمی که نتوان با تلاش اولیه آن را درآورد

توموهای بینی

شایع‌تر در مردان مسن و شامل توموهای خوش‌خیم و توموهای بد خیم می‌باشند.

دکتر گلفام مهرپور-نشریه نوین پزشکی-۶۴۷

آنٹی‌بیوتیک استنشاقی در سینوزیت

آنٹی‌بیوتیک‌های با اثرات وابسته به غلظت جهت مصرف استنشاقی مناسب هستند. این داروها شامل توبرامايسین، آزترئونام، کلیسیتین، سپیروفلوکساسین و لووفلوکساسین می‌باشند.

*آنٹی‌بیوتیک‌های استنشاقی جهت درمان بیماری‌هایی نظیر سیستیک فیبروزیس، برونشکتازی و پنومونی اکتسابی از ونتیلاتور مورد استفاده قرار می‌گیرند.

**عوارض گزارش شده از مصرف آنتی‌بیوتیک استنشاقی شامل سرفه، ویزینگ، هموپتیزی و دیسپنه می‌باشد. سمیت فراورده‌های استنشاقی نادر است، اما گزارشاتی از سطوح بالای غلظت تراف و عوارض کلیوی و شنوایی از آمینوگلیکوزیدها در بیماران رینو سینوزیت مزمن وجود دارد. عوارض کلیوی با مصرف کلیسیتین استنشاقی نیز گزارش شده است.

*توبرامایسین استنشاقی بدلیل داشتن پرزرواتیو، محرك مجاری تنفسی بوده و ممکن است سبب بروناکواسپاسم گردد.

*فلوروکینولون‌های استنشاقی بدلیل عوارض و قیمت بالا، هیچگاه نباید بعنوان خط اول در بیماران سینوزیت حاد باکتریال بدون آرژی به پنی‌سیلین‌ها مصرف شوند.

*شواهد اندکی از کارایی و سمیت آنتی‌بیوتیک‌های استنشاقی در درمان سینوزیت در دسترس است. تاکنون هیچ گایدلاین درمانی به برتری آنتی‌بیوتیک یا ضدقارچ استنشاقی در مقایسه با انواع سیستمیک آنتی‌بیوتیک‌ها و یا استروئیدهای نازال اشاره نکرده است.

*میزان رسیدن به محل اثر در آنتی‌بیوتیک‌های استنشاقی محدود بوده و دارو به طور عمده نمی‌تواند به محل هدف خود در سینوس‌ها، middle و نواحی فوقانی و خلفی بینی راه پیدا کند و در

قسمت ابتدایی حفره بینی بیماران سینوزیتی دپوزیت می‌گردد.

*در بیماران با رینوسینوزیت مزمن، مزیتی در خصوص مصرف آنتی‌بیوتیک‌های استنشاقی مانند اسپری نئومایسین و توبرامایسین نبلازیر نسبت به استروئید استنشاقی همراه با شستشو با سالین گزارش نشده است. هرچند مطالعه کوچکی، تاثیر موپیروسین استنشاقی را در زدودن بیوفیلم ناشی از استافیلوکوک اورئوس، نشان داده است.

*ازین داروهای ضدقارچ استنشاقی، تنها کارآیی و تاثیرات آمفوتريسین B در رینوسینوزیت مزمن مورد بررسی قرار گرفته است که توانسته سبب کاهش ضخامت لایه موکوزال گردد ولی تاثیری در بهبود کیفیت زندگی، کاهش شدت نشانه‌ها و نتایج اندوسکوپی نازال نداشته است.

دکتر شادرف-uptodate-2017



تاژه‌های پزشکی

*تایید داروی جدید در افزایش فشارخون سرفراط (یوی): (PAH)

-سلکسی‌پگ (selexipag) که توسط سازمان غذا و داروی امریکا در ۲۱ دسامبر سال ۲۰۱۵ تایید شد بعنوان محرک خوراکی یا اگونیست انتخابی گیرنده درون ریوی پروستاسیکلین عمل می‌کند این دارو بصورت بالقوه می‌تواند آغاز درمان با پروستاسیکلین وریدی را به تأخیر اندازد.

-در این تحقیق، محققان نتایج یک ازمایش روی این دارو در مقابل دارونما را

گزارش می‌کنند که در چندمرکز انجام شده است و ۱۵۹ بیمار را شامل می‌شود.

-درابتدا حدود ۸۰ درصد بیماران انتاگونیست‌های گیرنده اندوتلین، مهارکننده‌های فسفودیاستراز نوع ۵ یا هردو را دریافت می‌کردند. در طی درمان، نقطه نهایی یعنی مرگ دربیمارانی که از سلکسی‌پگ استفاده می‌کردند در مقایسه با کسانیکه از دارونما استفاده می‌کردند بطور معناداری کمتر بود.

-بسطی شدن‌های کمتر و پیشرفت کمتر نشانه‌های بیماری نیز بخشی از این تفاوت هستند؛ ولی میزان مرگ و میر در هردو گروه مشابه بود

-این دارو خوراکی بوده و دوز شروع آن معمولاً ۲۰۰ میکروگرم دوبار در روز هست که دوز می‌تواند بتدریج افزایش پیدا کند و ماکزیمم دوز آن ۱۶۰۰ میکروگرم دوبار در روز هست.

دکتر مهدی شاهمیرانی - NEJM Journal Watch December 2015



*تایید اولین درمان بر پایه آن درمانی در امریکا

سازمان غذا و دارو آمریکا پس از صدور مجوز برای این روش درمانی، از تصمیم خود به عنوان "یک لحظه تاریخی". در علم پزشکی یاد کرده و گفته آکنون علم پزشکی برای درمان سرطان "وارد عرصه جدیدی" شده است.

شرکت ارایه کننده این روش درمانی که نوارتیس (Novartis) نام دارد هم اکنون این خدمات را در ازای ۴۷۵ هزار دلار (یک میلیارد و ۸۰۰ میلیون تومان) ارایه می‌دهد و مدعی است در ۸۳ درصد موارد مبتلایان به لوکمی حاد لنفوئیدی را "کاملاً" درمان می‌کند.

پزشکان با استقبال از تایید این روش درمانی در آمریکا، آن را یگ گام بسیار مسربت‌بخش در درمان سرطان خوانده‌اند. در این روش، متخصصان برخلاف روش‌های معمول شیمی درمانی یا جراحی که برای همه بیماران یکسان تجویز می‌شود، برای هر بیمار داروی ویژه‌ای تهیه می‌کنند که بر مبنای مشخصات سیستم ایمنی بدن او آماده شده است.

این محلول که "داروی زنده" نام گرفته با استفاده از استخراج گلbulوں های سفید بیمار (سلول‌های T) و سپس بازطراحی ژنتیکی آنها تهیه می‌شود به طرزی که بعد از بازگشت به بدن بیمار شروع به ازبین بردن سلول‌های سرطانی می‌کند.

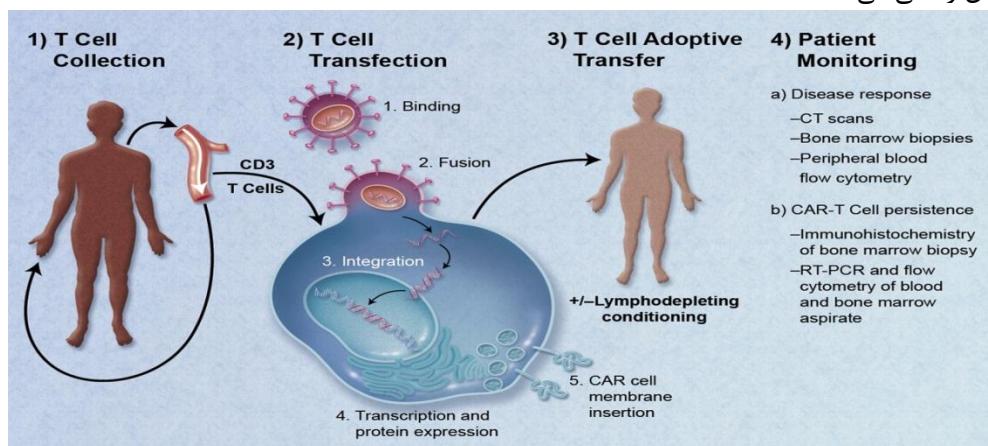
این سلول‌های "سرطان‌گش" به لحاظ ژنتیکی طوری باز طراحی می‌شوند که به محض مواجهه با سلول‌های سرطانی تکثیر می‌شوند و بدین ترتیب توده سرطانی را از بین می‌برند.

دکتر اسکات گاتلیب از سازمان غذا و دارو آمریکا گفت: "ما در زمینه ابداع روش‌های درمانی پزشکی وارد مرحله جدیدی می‌شویم که به درمانگران این توانایی را می‌دهد با توانمند کردن و برنامه‌ریزی دوباره سلول‌های خود بیمار، سرطان مرگبار او را درمان کنند." فناوری‌های جدید چون زن و سلول درمانی پتانسیل این را دارد که علم پزشکی را دگرگون کند و می‌تواند ما را در آستانه ورود به عصری کند که بتوانیم بیماری‌های مهلک و لاعلاج را کنترل و حتی به طور کامل درمان کنیم".

این روش درمانی جدید که قرار است با نام تجاری "کیمرا" عرضه شود برای بیماران مبتلا به سرطان خون از نوع لوکمی حاد لنفوئیدی کاربرد دارد، این دسته بیماران در صورتی که به درمان‌های رایج پاسخ ندهند کیمرا برای آنها تجویز می‌شود.

دکتر استفان گروپ که برای نخستین بار با استفاده از همین روش یک کودک را در بیمارستان شهر فیلادلفیا درمان کرده می‌گوید "بی‌نهایت هیجان‌زده" شده است. او گفته: "تاکنون هیچ چیزی شبیه به این روش درمانی ندیده است".

نخستین بیماری که با این روش درمان شده در حالی کیمرا برای او تجویز شده که رو به مرگ بوده اما اکنون حدود ۵ سال است که رها از سرطان زندگی می‌کند.



از میان ۶۳ بیماری که با این روش تحت مداوا قرار گرفته‌اند، سرطان ۸۳ درصد از آنها طی سه ماه کاملاً متوقف شده و پزشکان همچنان داده‌های مربوط به وضعیت سلامتی را تحت نظر دارند.

با وجود این، کیمرا که نام پزشکی آن روش (کار-تی) است بدون خطر هم نیست. استفاده از این روش می‌تواند به سندروم

آزادسازی سیتوکین منجر شود؛ سیتوکین نوعی پروتئین است که افزایش آن می‌تواند خطرناک باشد اما پژوهشگران می‌گویند این عارضه جانبی با دارو قابل کنترل است.

اگرچه هم اکنون روش CAR-T بیشتر برای درمان سرطان خون به کار گرفته می‌شود اما توانایی آن را دارد که برای انواع دیگر سرطان‌ها هم استفاده شود.

دکتر دیوید مالونی، مدیر بخش درمانی ایمنی سلولی در مرکز مطالعات سرطان فرد هاچینسون گفته تصمیم سازمان غذا و دارو آمریکا در تایید روش CAR-T سنگبنای ورود به یک عصر جدید است.

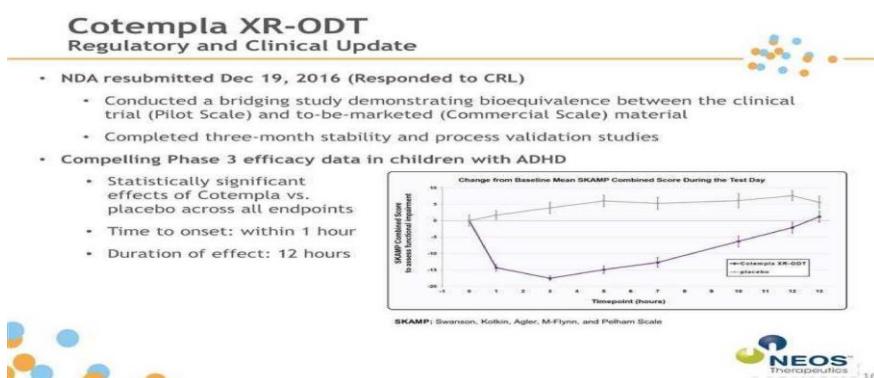
"ما معتقدیم این تنها آغاز کار است و به زودی درمان‌های فراوانی که بر اساس روش‌های جدید ایمونوتراپی شکل خواهد گرفت." ایمونوتراپی روشی است که در آن از تحریک یا سرکوب پاسخ سیستم ایمنی برای مبارزه با سرطان استفاده می‌شود.

*تاییدیه FDA برای داروی Cotempla XR-ODT

داروی متیل فنیدیت آهسته‌رهش داروسازی نئوس (Neos) که به شکل قرص‌های خوارکی حل شونده با نام تجاری Cotempla در تاریخ ۱۹ ژوئن ۲۰۱۷ مورد تایید FDA قرار گرفت.

این دارو برای اختلال کم توجهی/بیش فعالی (ADHD) در بیماران ۶ تا ۱۷ ساله استفاده می‌شود. این دارو، نخستین محصول متیل‌فنیدیت آهسته‌رهش خوارکی حل شونده‌ای است که تایید FDA را دریافت می‌کند. عوارض جانبی مرتبط با مصرف این دارو عبارت بودند از کاهش اشتها، اختلال خواب، تهوع، استفراغ، سوء‌هاضمه، درد شکم، کاهش وزن، اضطراب، گیجی، تحریک پذیری، تغییر خلق و خو، افزایش ضربان قلب و افزایش فشار خون.

هدف نئوس، عرضه Cotempla XR-ODT در بسته‌های بلیستر مقاوم در برابر کودکان، طی پاییز ۲۰۱۷ است.



تدافلات دارویی

تدافلات دارویی کشنده

ترکیب داروهای ضدافسردگی با مسکن‌ها: برخی داروهای ضدافسردگی میزان ترشح ماده شیمیایی شادی‌زا موسوم به سروتونین را در مغز افزایش می‌دهند. هم‌زمان برخی مسکن‌ها تاثیری مشابه دارند و در نتیجه افزایش شدید این ترکیب شیمیایی در مغز موجب آشفتگی و تشویش، بالا رفتن دمای بدن و افزایش ضربان قلب و تنفس می‌شود.

داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی می‌توانند اثربخشی برخی داروهای ضدافسردگی که به نام مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) شناخته می‌شوند را کاهش دهند.

افرون بر این، مصرف هم‌زمان داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی با داروهای ضدافسردگی می‌تواند خطرناک باشد. به عنوان مثال، برخی مطالعات نشان داده‌اند که مصرف این داروها به همراه هم، خطر خونریزی درون جمجمه‌ای را افزایش دهد. خونریزی درون

جمجمه‌ای می‌تواند به آسیب مغزی دائمی یا مرگ منجر شود. ایبوپرو芬، ناپروکسن و آسپرین همگی دارای اثر رقیق کنندگی خون هستند. این مسئله برای بیشتر مردم مشکلی ایجاد نمی‌کند، اما می‌تواند برای افرادی که داروهای رقیق کننده خون مصرف می‌کنند، مشکل‌آفرین باشد. رقیق شدن بیش از اندازه خون می‌تواند خطر خونریزی را افزایش دهد. اگر داروهای رقیق کننده خون مصرف می‌کنید، از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی استفاده نکنید. در عوض، به منظور تسکین سردرد یا یک درد عضلانی یا مفصلی از استامینوفون استفاده کنید.

آسیب کبدی یک خطر شایع در صورت مصرف داروهای مسکن بی‌نیاز از تجویز پزشک بدون مشورت با یک پزشک است. از داروهای مختلف بی‌نیاز از تجویز پزشک، عمدتاً آسپرین و استامینوفون می‌توانند موجب آسیب دیدن کبد شوند. این شرایط به واسطه سمیت ذاتی و اغلب با دریافت دوزهای بالا پیوند خورده است. در بیشتر موارد، آسیب کبدی مرتبط با داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی به یک دلیل ایمونولوژیک اشاره دارد. همچنین، برخی موارد با متabolیت‌های سمی برخی داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی مرتبط بوده‌اند.

ترکیب مسکن‌ها با داروهای ضداضطراب: هردوی این داروها به عنوان ترکیبات کندکننده عملکردهای بدن عمل می‌کنند که در مواقع احساس درد یا در هنگام اضطراب موجب آرامش فرد می‌شوند اما این داروها از آن جا که می‌توانند ضربان قلب و تنفس را نیز به شدت پایین بیاورند، مصرف همزمان آن‌ها ممکن است عواقب مرگباری داشته باشد.

ترکیب داروهای کاهنده کلسترول با داروهای ضدقارچ: افرادی که سابقه ابتلا به عفونت مخمر را داشته‌اند با داروی فلوکونازول که نوعی داروی ضدقارچ است آشنا هستند. همچنین استاتین‌ها از داروهای کاهنده کلسترول و جزو پرمصرف‌ترین انواع داروهای تجویزی در جهان هستند که در صورت مصرف همزمان با داروهای ضدقارچ به ضعف شدید ماهیچه‌ای یا آسیب کلیوی منجر می‌شوند.

مروزی بر مهمترین تداخلات دارویی شناسایی شده

در ICU بیمارستان‌ها در برزیل، در یک مطالعه در سال ۲۰۱۷ مهم‌ترین تداخلات به شرح زیربوده است:

۱ - Amlodipine + Simvastatin

شدت تداخل Major

اثرات ایجادشده Myopathy and rhabdomyolysis

پیشنهادات برای مدیریت عارضه Monitoring

۲ - Enalapril + Acetylsalicylic acid

شدت تداخل Moderate

اثرات ایجادشده Decreased antihypertensive efficacy

پیشنهادات برای مدیریت عارضه Monitoring

۳ - Insulin + Acetylsalicylic acid

شدت تداخل Moderate

اثرات ایجادشده Hypoglycemia

پیشنهادات برای مدیریت عارضه Monitoring

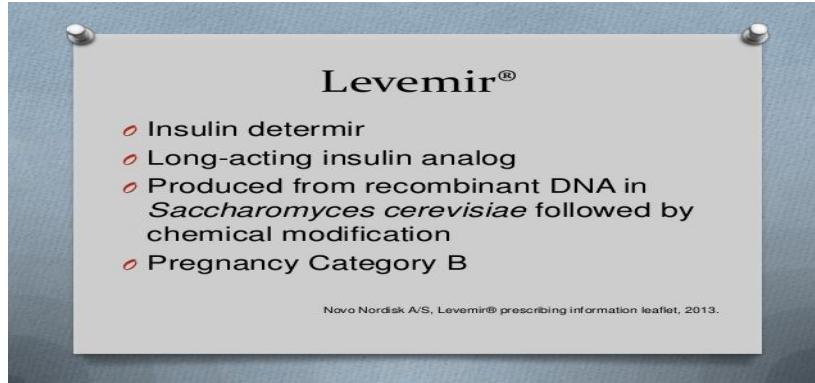
۴ - Omeprazole + Midazolam

شدت تداخل Moderate



پند نکته ۵ (ابرده)

***انسولین لومیدر** یک انسولین بازال با طول اثر ۱۸-۲۴ ساعت است که قند خون بیماران دیابتی را کنترل می‌کند. از ویژگی این انسولین، مصرف برای خانم‌های باردار (تنهای انسولین بازال قلمی که برای دوران بارداری safe است) قابل استفاده برای کودکان ۲ سال به بالا، افزایش وزن کمتر نسبت به NPH و لانتوس و از همه مهم‌تر نوسانات قند خون کمتر (Intra patients variability) نسبت به NPH و لانتوس می‌باشد.



***پروبیوتیک‌ها** به طور کلی در کمک به درمان اسهال، چه عفونی و چه ناشی از مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها تاثیر گذارند. همانطور که می‌دانیم استفاده بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها باعث دیسپریزیس یا همان اختلالات در فلور روده می‌گردد که در نتیجه باعث اسهال می‌شود. مصرف پروبیوتیک‌های همراه آنتی‌بیوتیک‌ها از ابتلا به دیسپریزیس پیشگیری کرده و در نتیجه در رفع اختلالات گوارشی مانند اسهال مستقیم تاثیر گذار و در بهبود سلامت نقش بسزایی دارد. هم‌چنان، پروبیوتیک‌ها تاثیر مستقیم در تقویت سیستم ایمنی دارند و از ابتلا به عفونت‌های مکرر تا حد زیادی تاثیر گذارند. این بدین معناست که مصرف لاکتول در کاهش ابتلا به عفونت‌های مکرر تاثیر مستقیم دارد.

موارد مصرف مکمل غذایی لاکتول-Lactol-اسهال عفونی(باکتری و ویروسی)
-سندروم روده تحریک پذیر (IBS)

-نفخ، درد شکم و بوی بد دهان ناشی از تداخلات گوارشی

-کاهش ریسک ابتلا به عفونت‌های مکرر

-افزایش مقاومت بدن در برابر باکتری‌های عفونت‌زا

***مصرف سایمتدین در بروتراف گردن (آگیل)**

این دارو یک آنتاگونیست گیرنده هیستامین است.

*بطور تئوریک، بر اساس حضور گیرنده‌های H₂ در سطح سلول‌ها t-suppressor فرض شده است که بلوک گیرنده‌ها توسط سایمتدین می‌تواند منجر به افزایش ایمنی سلولی شود. مثلاً یکی از مکانیسم‌های مطرح این است که سایمتدین باعث کاهش قابل توجه میزان اینتلکین ۱۸ در نمونه بیوپسی از کراتینوپویتی‌های آلوده به ویروس HPV، می‌شود.

طبق برخی مطالعات کنترل نشده، سایمتدین خوارکی با دوز ۳۰-۵۰ میلی‌گرم وزن بدن روزانه در چهار دوز منقسم تا حداقل ۳-۴ ماه، برای درمان زگیل‌های سرسخت موثر بوده است.

لیکن در کارآزمایی‌های بالینی سایمتدین نسبت به پلاسبو برتر نبوده است.

***فلوروکینولون‌ها**(سیپروفلوکساسین، لووفلوکساسین،) نباید در سینوزیت، تشدید برونشیت مزمن و عفونت ادراری غیر کمپلیکه برای بیمارانی که انتخاب درمانی دیگر هم دارند، تجویز شود.

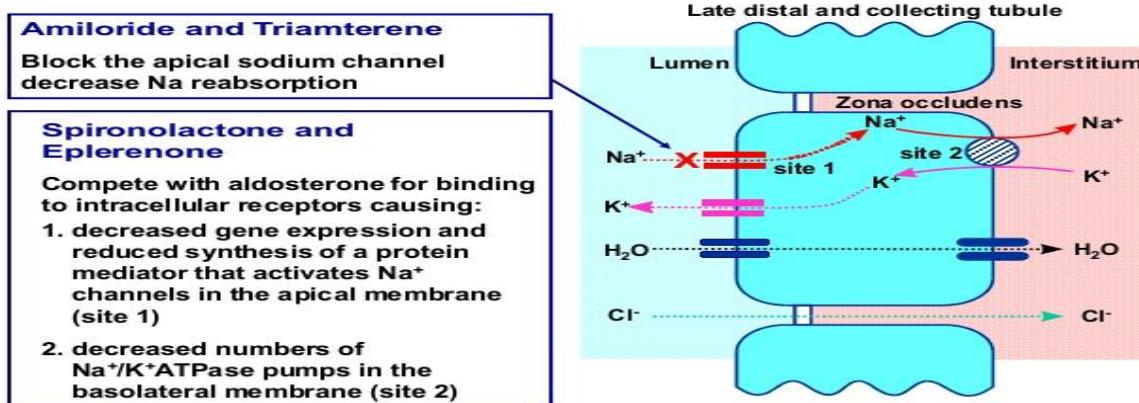
*مزایای اپلرنون نسبت به اسپیرینولاکتون

چنانچه بیمار روی درمان با دوز ۲۵-۵۰ میلی‌گرم روزانه است و می‌خواهد با اپلرنون تعویض شود، ابتدا دوز ۲۵ میلی‌گرم اپلرنون روزانه شروع می‌شود و بعد از ۴ هفته‌می‌توان دوز ۵۰ میلی‌گرم تجویز نمود.

اپلرنون بهتر از اسپیرینولاکتون تحمل می‌شود، چرا که این دارو برای گیرنده‌های مینرالکورتیکوئیدی اختصاصی‌تر است. عوارضی مانند ژینکوماستی، بی‌نظمی سیکل قاعده‌گی، ناتوانی جنسی و کاهش تمایل جنسی(لیبیدو) که بواسطه باند غیر انتخابی به گیرنده‌های استروژن، پروژسترون انجام می‌شود، کمتر است.

اسپیرینولاکتون بدليل آن که به متabolیت‌های غیر فعال متabolیزه می‌شود که نیمه عمر طولانی‌تری دارد.
اشکال اصلی اپلرنون گران‌تر بودن آن می‌باشد.

Mechanism of Action of the Potassium Sparing Diuretics



uptodate, lexicamp 2017- دکتر فهیمی

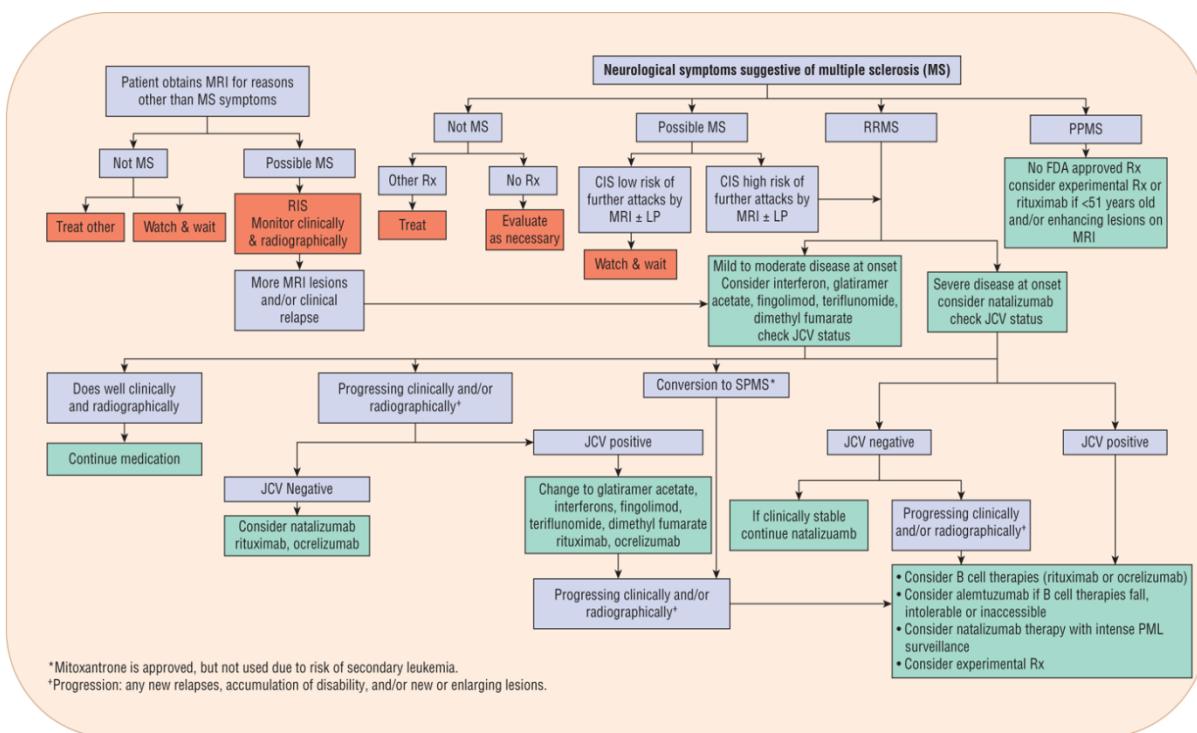
مقایسه اثر بخشی داروی گلایترامر و فامپریدین با اینترفرون در درمان مالتیپل اسکلروزیس

*در مطالعات، گلایترامر در کاهش خطر عود مجدد معادل بتافرون(اینترفرون بتا ۱-بی) موثر بوده است.

*تنها تفاوت مطرح شده برای این دو دارو اثر بخشی بهتر اینترفرون بتا ۱-بی در کاهش تغییرات حجم ضایعات t_2 و ایجاد پلاک-های جدید t_2 می‌باشد.

*داروی فامپریدین(دالفیرا) به عنوان درمان add-on برای بهبود توانایی راه رفتن بیماران استفاده می‌شود و جایگزین اینترفرون یا سایر درمان‌های استاندارد نمی‌باشد.

*ضایعات هایپراینٹنس در نمای t_2 در عکس‌برداری MRI نشان دهنده وضعیت بیماری در سال‌های اخیر می‌باشد. از این ضایعات اکثراً با عنوان پلاک یاد می‌شود.



Source: J.T. DiPiro, R.L. Talbert, G.C. Yee, G.R. Matzke,
 B.G. Wells, L.M. Posey: Pharmacotherapy: A Pathophysiologic
 Approach, 10th Edition, www.accesspharmacy.com
 Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

دکتر ایازخو- زالپلون

مقایسه دو داروی سدیتیو زولپیدم و زالپلون

زالپلون نیمه عمری در حدود یک ساعت دارد، بهمین دلیل خماری اندکی بدنیال دارد. زولپیدم نیمه عمرش در حدود دو برابر است. هردو دارو در کسانی استفاده می‌شود که در ابتدای خواب، سخت به خواب می‌روند. زالپلون در افرادی که تداوم خوابشان مشکل دارد، مصرف نمی‌شود، اما زولپیدم را می‌توان در اواسط شب برای استمرار خواب، مصرف کرد.

شرط آن است که فرد هنوز حداقل ۴ ساعت، فرصت خواب داشته باشد و حداقل ۵ ساعت تا انجام کارهایی مانند رانندگی که نیاز به هوشیاری دارد زمان باقی باشد. اگر فراورده آهسته‌رهش استفاده شود، فرد روز بعد هم نباید کارهایی از این قبیل انجام دهد. فراورده‌هایی از زولپیدم بصورت قرص حل شونده در دهان می‌تواند در نیمه‌های شب برای استمرار خواب استفاده شود.

زولپیدم از بدن خانمها کنترل حذف می‌شود، لذا دوزهای کمتری (۵ میلی‌گرم انواع سریع رهش و ۶/۲۵ میلی‌گرم انواع آهسته رهش) توصیه شده است. بسیاری معتقدند این دوزهای پایین برای آقایان هم بهتر است.

با زولپیدم، خطر افتادن(fall) و خواب آلودگی بیشتر گزارش شده است. هیچ‌کدام از این دو دارو برای مصرف دراز مدت توصیه نمی‌شوند. گرچه فرم آهسته‌رهش زولپیدم محدودیت مصرف دراز مدت ندارد، اما ممکن است مصرف دراز مدت آن ایجاد عادت (و نه لزوماً وابستگی) کند.

Non-benzodiazepines, cont.

- ✗ Zolpidem (Ambien®) / Zaleplon (Sonata®)
 - ❑ Approved for short term use (7-10 days)
 - ❑ Reassess in 2-3 weeks
 - ❑ Decrease sleep latency and increase TST (zolpidem)
- ✗ PK
 - ❑ $T_{1/2} = 2.5$ hrs for 10 mg Zolpidem; inactive metabolites
 - CYP3A4 main route of metabolism; minor renal elimination
 - ❑ $T_{1/2} = 1$ hr for 10 mg Zaleplon; elderly dose = 5 mg
- ✗ Efficacy
 - ❑ Zolpidem: longest nightly use 5 weeks/ 8-12 weeks intermittent use
 - ❑ Zaleplon: 30 days nightly use
 - Can be taken late at night without next-day effects

FDA.ORG.2013 دکتر فهیمی-

معرفی داروهای جدید

*بکاپلرمن (Regranex)

درمان زخم پای دیابتی

این دارو تنها داروی مصوب درمان زخم‌های کهنه است.

فاکتور رشد مشتق از پلاکت (PDGF) platelet- derived growth factor (PDGF) می‌باشد.

درمان کمک زخم پای دیابتی بدون عفونت که هنوز جریان خون دارد، می‌باشد. در انواع ایسکمیک یا مواردی که زخم به بافت زیر جلدی نرسیده است، موثر نیست.

تصورت ژل در تیوب‌های ۱۵ گرمی تهیه شده است.

این دارو باید دوره‌های متعدد استفاده شود. در مطالعه‌ای، مصرف ۳ تیوب دارو و بیشتر با افزایش خطر مرگ و میر ناشی از بدخیمی همراه بوده است.

قیمت این تیوب در آمریکا ۱۲۱۷ دلار می‌باشد.



*دلافلوکساسین (delaflloxacin)

نام تجاری: baxdela

گروه دارویی: آنتی‌بیوتیک از دسته فلوروکینولون‌ها

شکل دارویی: تزریقی بصورت پودر لیوفیلیزه در ویال ۴۰۰ mg (معادل ۴۳۳ mg دلافلوکساسین مگلومین) و قرص ۴۵۰ mg (معادل ۶۴۹ mg دلافلوکساسین مگلومین)

موارد مصرف: در بزرگسالان برای درمان عفونت‌های باکتریایی پوستی و مربوط به ساختمان پوست (ABSSSI) ناشی از باکتری‌های حساس تجویز می‌شود.



دلافلوكساسین یک فلوروکینولون است که علیه پاتوژن‌های گرم مثبت و گرم منفی، از جمله MRSA فعالیت می‌کند. این دارو به صورت تزریقی و خوراکی در دسترس است.

این دارو به تازگی تاییدیه FDA را گرفته است. این تاییدیه به وسیله دو مطالعه فاز ۳ در بیماران مبتلا به ABSSSI پشتیبانی می‌شود که نشان می‌دهد مونوتراپی با دلافلوكساسین تزریقی و خوراکی طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت، به طور معناداری از ترکیب ونکومایسین به علاوه آزترئونام کمتر نیست. قرص ۴۵۰ میلی‌گرمی آن با تزریق دوز ۳۰۰ میلی‌گرمی برابر است و مصرفش ارتباطی با غذا ندارد.

معرفی دارو

*زالپلون Zaleplon

نام تجاری: Amirest

طبقه بندی ماتیندل: خواب آورهای آر امباخت، وضد جنون ها
طبقه بندی دارمانی: داروهای موثر بر سیستم اعصاب مرکزی < داروهای ضداضطراب، آرام بخش و خواب آور < داروهای متفرقه ضداضطراب، آرام بخش و خواب آور

موارد مصرف زالپلون: درمان و کنترل بی‌خوابی، این دارو بعنوان هیپنوتیک در درمان کوتاه مدت بی‌خوابی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این دارو شروع اثر سریع و طول مدت اثر کوتاه دارد.

مکانیسم اثر: آمپرست با گیرنده 1-omega GABA موجود در ساب یونیت آلفای رسپتور متصل شده و منجر به اثرات خواب‌آوری می‌گردد. این دارو به دلیل اثر اختصاصی برروی ساب رسپتورهای GABA، اثر شل کنندگی عضلانی و ضد تشنجی ندارد. لذا عوارض مربوط به داروهای بنزودیازپینی را نشان نمی‌دهد.

نیمه عمر بسیار کوتاه آمپرست باعث مزبت فارماکوکینتیکی آن بعنوان داروی یونیک نسبت به سایر داروهای هیپنوتیک شده و مصرف کننده قادر به انجام تمام کارهای روز بعد بدون احساس سستی و خواب‌آسودگی خواهد بود. همچنین این دارو برخلاف داروهای بنزودیازپینی غیر اختصاصی و drugs-2 باعث به هم خوردگی الگوی خواب نمی‌گردد.



فارماکوکینتیک: این دارو براحتی از طریق دستگاه گوارش جذب شده و حداکثر سطح پلاسمائی آن حدود ۱ ساعت بعد از تجویز خوراکی حاصل می‌شود. غذاهای سنگین یا غذائی با محتوای چربی بالا باعث تأخیر جذب و کاهش پیک پلاسمائی آن می‌شود. فراهمی زیستی آن حدود ۳۰٪ است چرا که متاپولیسم عبور اولیه کبدی وسیعی دارد. نیمه عمر حذفی این دارو حدود ۱ ساعت. تقریباً ۷۰٪ دوز تجویزی بصورت متاپولیت‌های غیر فعال کمتر از ۱٪ آن بصورت تغییر نیافته از طریق ادرار دفع می‌شود. حدود ۱۷٪ آن وارد مدفع می‌شود. این دارو در شیر مادر پخش می‌شود.

دوز مصرف: دوز پیشنهادی در کنترل بی خوابیدر بزرگسالان ۱۰ میلی‌گرم بلافصله قبل از خواب می‌باشد. دوز در نارسایی کلیوی: در نارسایی کلیوی خفیف تا متوسط نیاز به تغییر در دوز دارو نمی‌باشد.

اطلاعات کافی در خصوص استفاده از دارو در بیماران با نارسایی شدید کلیوی در دسترس نمی‌باشد. بایستی با احتیاط مصرف شود.

دوز در نارسایی کبدی: در نارسایی کبدی خفیف تا متوسط، دوز پیشنهادی ۵ میلی‌گرم بلافصله قبل از خواب می‌باشد. در نارسایی شدید کبدی استفاده از دارو توصیه نمی‌شود.

نمود مصرف: بلافصله قبل از خواب مصرف شود.

عواطف جانبی: بالای ۱۰٪ سردرد

عواطف ناد: قلبی-عروقی: درد قفسه سینه و ادم

دستگاه عصبی مرکزی: گیجی و خستگی

پوستی: خارش و راش

گوارشی: تهوع، بی‌اشتهاایی، بیوست و خشکی دهان

موارد منع مصرف: حساسیت زالپلون و یا هریک از اجزای فرمولاسیون

تداخلات دارویی: همانند دیازپام است. این دارو ابتدا توسط آلدئیداسیداز متاپولیزه می‌شود. لذا استفاده همزمان از داروهای مهارکننده این آنزیم همانند سایمتدین می‌تواند باعث افزایش غلظت خونی زالپلون شود. قسمتی از این دارو بوسیله ایزوآنژیم CYP3A4 متاپولیزه می‌شود. لذا در هنگام تجویز همزمان این دارو با داروهایی که مهارکننده یا سوبسترایی برای این آنزیم هستند، باید احتیاط کرد. تجویز همزمان با ریفارمپیسین یا سایر داروهای القاء کننده آنزیمی می‌تواند باعث تشدید متاپولیسم زالپلون و لذا کاهش غلظت پلاسمائی این دارو شود.

مصرف در بارداری و شیردهی: در بارداری رده C می‌باشد.

در شیردهی مصرف دارو توصیه نمی‌شود.

هشدارها: این دارو در بیماران با اختلال کبدی بایستی با احتیاط و با دوز کمتر تجویز شود و از مصرف آن در اختلال شدید کبدی اجتناب گردد. درمان مسمومیت ناشی از این دارو حمایتی است. از طریق تجویز شارکول بصورت خوراکی که در فاصله ۱ ساعت بعد از خوردن بیش از ۵۰ میلی‌گرم دارو در بالغین یا mg/kg ۱ در کودکان تجویز می‌شود. فلومازنیل در دپرسیون شدید CNS ممکن است در نظر گرفته شود.

اشکال دارویی: کپسول ۵ و ۱۰ میلی‌گرم

مزایای زالپلون: *کوتاه‌ترین نیمه عمر در بین داروهای خواب‌آور

*شروع اثر سریع و مناسب برای افرادی که اختلال در شروع خواب دارند.

*بدون اثرات خواب‌آلودگی روز بعد

Non-Benzodiazepine Hypnotic*

منبع: شرکت داروسازی امین

معرفی گیاه دارویی

صبر زرد (آلوئه ورا)

نام علمی: Aloe capensis, Aloe barbadensis, Aloe Vera

نام عمومی: Cape aloe (کلشیک) Liliaceae

صبر زرد (شاخ بزی) گیاهی است علفی و چند ساله با برگ‌های ضخیم، گوشته و دراز. حاشیه برگ‌های آن کمی پیچ و خمدار و دارای تیغ است. گل‌های آن به صورت خوش‌های زیبا در انتهای محور ساقه گل دار و به رنگ سبز مایل به زرد قرار دارند. قسمت مورد استفاده صبر زرد، شیرابه به دست آمده از برگ‌های گیاه است که امکان دارد به صورت تازه غلیظ (خمیری) و یا خشک شده با رنگ‌های متفاوت زرد، زرد مایل به سبز، قهوه‌ای و یا قرمز مایل به سیاه باشد.

در سال‌های اخیر کشت صبر زرد، گونه‌ی Vera در ایران معمول گشته است. گرچه این گیاه با نقاط گرم و مرطوب سازگاری خوبی دارد، ولی در نقاط مختلف ایران کشت می‌شود.

تاریخی: نقاشی‌هایی از صبر زرد، بر روی کنده‌کاری‌های دیوارهای معابد مصری دیده شده است. این معابد در هزاره چهارم قبل از میلاد بنا شده است. صبر زرد را که "گیاه جاودانگی" نام گرفته بود، به هنگام خاک سپاری، برای فراعنه هدیه می‌آوردند. "The Egyptian Book of Remedies" (۱۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح) از کاربرد صبر زرد در درمان عفونت‌ها، معالجه پوست و تهیه داروهای ملین سخن گفته است. "دیسکورید" (فیزیکدان یونانی)، در سال ۷۴ پس از میلاد، صبر زرد را جهت التیام زخم، جلوگیری از ریزش مو، درمان زخم‌های دستگاه تناسلی، و معالجه همورئید، مفید دانست.

بازرگانان عرب، در قرن ششم بعد از میلاد، این گیاه را به آسیا آوردن، و اسپانیایی‌ها آن را در قرن شانزدهم، از منطقه مدیترانه به بر جدید (World New) بردن. در عصر جدید (۱۹۳۰) مصرف کلینیکی صبر زرد به منظور درمان التهاب پوست ناشی از اشعه ایکس آغاز شد.

ترتیبات مهم: گیاه، حاوی مشتقات هیدروکسی آنتراسن از جمله آلوفین‌های A2 و B به میزان ۴۰-۲۵ درصد کل ترکیبات و مشتقات کرومون از جمله آلوفه رزین A2، B و C است.

ترکیبات مهم دیگر آلوفه شامل قندها از جمله: گلوکر، مانوز و سلولز، آنزیم‌ها از جمله: اکسیداز، آمیلاز و کاتالاز، همچین ویتامین‌هایی نظیر B1؛ B2، B6، C، E و اسید فولیک و مواد معدنی مانند: کلیسیم، سدیم، منیزیم، روی، مس و کروم می‌باشند.

اثرات مهم: خاصیت اصلی صبر زرد، به عنوان یک مسهل قوی بوده و دارای خواص دیگری از جمله ضد ورم، ضد میکروب، التیام زخم‌ها، ضد آفات و ضد سوختگی می‌باشد.

ژل آلوفه اثرات خوب و مفیدی بر روی سوختگی‌های معمولی، سوختگی‌های حاصل از اشعه، زخم‌ها و صدمات دیگر پوست دارد. یکی از فرآورده‌های آلوفه، کرم‌های هیدروفیلیک تهیه شده از ۰/۵ درصد ژل آلوفه می‌باشد که در درمان پسوریازیس بسیار خوب است. همچنین ژل خوارکی آن برای زخم معده، افراد مبتلا به ایدز و مبتلایان به آسم (مدت شش ماه) مصرف می‌شود.

تحقیقات اخیر، اثرات مثبت آن را در بیماران مبتلا به دیابت نشان داده است و آزمایش‌های انجام یافته بر روی موش‌ها اثرات مذکور را تایید کرده است. اثرات دیگر آلوفه شامل اثرات ضد سرطان و اسپرم‌کش آن است.

در سال‌های اخیر، ژل آلوفه به طور وسیع در محصولات آرایشی، بهداشتی و به خصوص در کشور آمریکا مصرف می‌شود. این ژل دارای خواص ضد ورم و ضد میکروبی است و مرطوب کننده مناسبی نیز محسوب می‌شود. صنایع غذایی آمریکا در محصولات خود از ژل آلوفه به عنوان ماده‌ای موثر در تناسب اندام و سلامتی بدن استفاده می‌کنند.



طريقه و مقدار مصرف: محصولات مختلف آلوئه به شکل قرص و کپسول به همراه بعضی گیاهان دیگر از جمله بلادون، توسط کارخانه‌های داروسازی عرضه شده‌اند.

میزان عادی مصرف ۰/۱ - ۰/۰ گرم آلوئه و یا ۰/۰ - ۰/۱ گرم عصاره آلوئه برای چند شب متوالی می‌باشد.

استفاده مستقیم از ژل گیاه: برای استفاده مستقیم از ژل آلوئه، می‌توان برگ‌های گیاه را قطع کرد. در محل قطع شده، ژل بی‌رنگی نمایان می‌شود که با فشردن برگ گوشتشی گیاه، ژل بیرون می‌زند. می‌توان از این ژل به طور مستقیم جهت مرتبط کردن پوست، آفتاب سوختگی، زخم سوختگی‌های معمولی و نرم کردن اگزما زیر چشم استفاده کرد.

ژل به مرور زمان در معرض هوا تغییر رنگ داده و در نهایت به رنگ قرمز تیره (مايل به سیاه) در می‌آید.

عوارض جانبی: مصرف بیش از حد ژل (صرف روزانه یک گرم به مدت طولانی) ممکن است باعث عدم تعادل آب و الکترولیت‌های بدن، سقط جنین، زایمان زودرس، اسهال خونی و ضایعات کلیه شود. همچنین مصرف مقادیر بسیار زیاد آن ممکن است منجر به مرگ شود.

موارد منع مصرف: نباید از ژل در زمان تهوع، استفراغ، دردهای شکمی، خونریزی مقدم و ضعف شدید استفاده کرد.

در زمان بارداری به غیر از دستور پزشک، مصرف آن ممنوع است.

امتناع

- برای مصرف بیش از دو هفته آن، باید با پزشک مشورت کرد.

- در صورت تاثیر نکردن تا ۲۴ ساعت پس از مصرف، ممکن است مشکلات جدی وجود داشته باشد که باید به پزشک مراجعه کرد.

- چون تأثیر ترکیبات آلوئه در کودکان مشخص نیست، بنابراین در این گونه موارد باید با پزشک مشورت کرد.

- بهتر است از فرآورده‌های صنعتی آلوئه، برای سennین بالای ده سال و حداکثر به مدت دو هفته استفاده شود. مقدار مصرف عصاره آلوئه در سennین مختلف ۰/۱۷ - ۰/۰ ۴ گرم است که این میزان معادل ۳۰ - ۱۰ میلی گرم هیدروکسی آنتراکینون در روز است.

مهمنترین اثرات گزارش شده صبر (زد): ضد آلرژی، ضد سرطان، ضد میکروب، ضد قارچ، ضد ویروس، ضد آفتاب سوختگی، کاهش دهنده قند خون، مسهل، ضد کرم، ضد ورم، مرتبط کننده و نرم کننده، قاعده‌آور، ملین، مقوی معده و کبد.

نکات قابل توجه

- بیش از ۳۰۰ گونه آلوئه وجود دارد که مهم‌ترین آنها از نظر استفاده دارویی، آرایشی و بهداشتی، آلوئه ورا (Aloe Vera) می‌باشد.

- منبع جغرافیایی دقیق آلوئه معلوم نیست، ولی به احتمال زیاد مربوط به مصر یا خاورمیانه می‌باشد.

- محصولات مختلف آلوئه که به بازار ارائه شده‌اند شامل:

۱- ژل آلوئه: محصول طبیعی (بدون تغییر غلظت ژل) از برگ‌های آلوئه است.

۲- کنسانتره آلوئه: ژل آلوئه است که آب آن را خارج کرده‌اند.

۳- عصاره آلوئه: حاوی دست کم ۵۰ درصد ژل آلوئه است.

۴- لاتکس آلوئه: مایع تلخ زرد رنگی که از پوست لوله‌ای پرسیکل به دست می‌آید و حاوی آلوئین است.



- در نقاط مختلف جهان از گونه‌های دیگر صبر زرد مانند AB و AC استفاده‌های

مشابهی با گونه Aloe Vera به عمل می‌آید. این گیاهان نیز با نام عمومی «Aloe» مشهور می‌باشند.

دکتر محمدحسین صالحی سورمقی - دکترای تخصصی فارماکوگنوژی - دانشگاه تهران

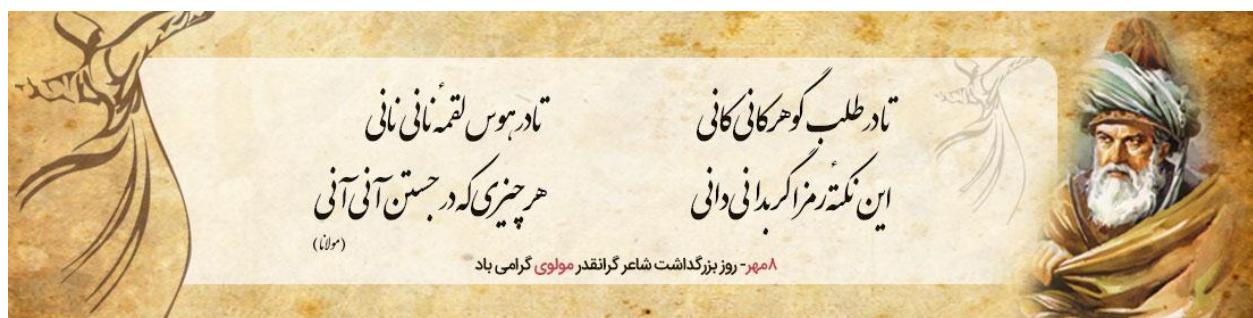
زنگ تفریح

داستان ۵۰ تا ۵۱

گرگی استخوانی در گلویش گیر کرده بود، بدنبال کسی می‌گشت که آن را در آورد تا به لک رسید و از او درخواست کرد تا او را نجات دهد و در مقابل گرگ مزدی به لک بدهد. لک لک منقارش را داخل دهان گرگ کرد و استخوان را درآورد و طلب پاداش کرد. گرگ به او گفت همین که سرت را سالم از دهانم بیرون آورده برایت کافی است.

وقتی به فرد نالایقی خدمت می‌کنی تنها انتظارت این باشد که گزندی از او نبینی گاهی اشتباه مان در زندگی این است که به برخی آدم‌ها جایگاهی می‌بخشیم که هرگز لیاقت آن را ندارند.

کارلوس_فوینتس



چهار نفر بودند که اسم شان به این ترتیب بود:
"همه کس"، "یک کسی"، "هر کسی"، "هیچ کس"
کار مهمی در پیش داشتند و همه مطمئن بودند که یک کسی این کار را به انجام می‌رساند.
"هر کسی" می‌توانست این کار را بکند ولی "هیچ کس" این کار را نکرد. "یک کسی" عصبانی شد که چرا این کار، کار "همه کس" بود، اما "هیچ کس" متوجه نبود که "همه کس" این کار را نخواهد کرد.
سرانجام داستان این گونه شد که "هر کسی"، "یک کسی" را سرزنش کرد که چرا "هیچ کس" کاری را نکرد، که "همه کس" می‌توانست انجام دهد.

حالا ما جزو کدام‌شان هستیم؟ همه کس، یک کسی، هر کسی یا هیچ کس؟؟؟؟
بعضی‌ها انگار نمی‌توانند کسی نباشند و به هرجا می‌زنند تا کسی باشند دانشکده، دانشگاه، اداره،، آبدارخانه فرق نمی‌کند
خدا بداد هیچ کدام برسد!!!!



سال، ششم شماره ۹۵ مهرماه ۱۳۹۶

نشریه مرکز مراقبت‌های دارویی

چه وقت انسان بزرگی هستیم؟

هرگاه از خوشبختی کسانی که دوست‌مان ندارند، هم خوشحال شدیم

هرگاه برای تحقیر نشدن دیگران، از حق خود گذشتیم

هرگاه شادی را به کسانی که، آن را از ما گرفته‌اند هدیه دادیم

هرگاه خوبی ما به علت نشان دادن بدی دیگران نبود

هرگاه کمتر رنجیدیم و بیشتر بخشیدیم

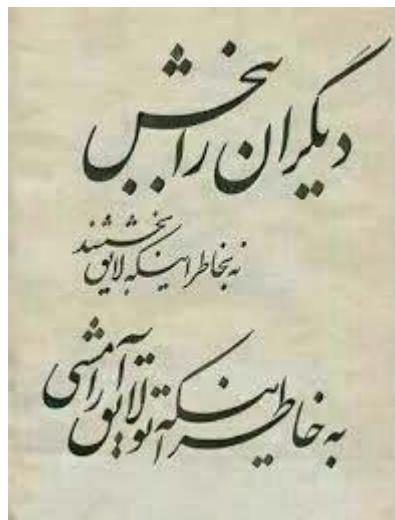
هرگاه به بهانه‌ی عشق از دوست داشتن دیگران غافل نشویم

هرگاه اولین اندیشه ما برای رویارویی با دشمن، انتقام نبود

هرگاه دانستیم، عزیز خدا نخواهیم شد، مگر زمانی که وجودمان آرامبخش دیگران باشد

هرگاه بالاترین لذت ما، شاد کردن دیگران بود

هرگاه آدم مهمی بودیم ولی جایی نگفتیم "می‌دونی من کی‌ام؟؟؟"



لحظات در گذرند

خطاوهای پیش خودت حفظ کن

درد را متوقف کن و شادی را تکرار کن

این راز زندگی شاد است

لحظه‌ها تنها پرندگان مهاجری هستند

که هرگز به آشیانه باز نخواهد گشت

دربابیم لحظه‌لحظه زندگی را

وقت، رایگان است،
اما بسیار قیمتی.

نمی‌توانید صاحبیش باشید،

اما می‌توانید از آن استفاده کنید.

نمی‌توانید نگهش دارید،

اما می‌توانید صرفش کنید.

وقتی از دستش دادید هرگز قادر

نخواهید بود آن را برگردانید.

سال، ششم شماره ۹۵ مهرماه ۱۳۹۶

نشریه مرکز مراقبت‌های دارویی

امام علی(ع): سه چیز را با احتیاط بروار: قدم، قلم، قسم!

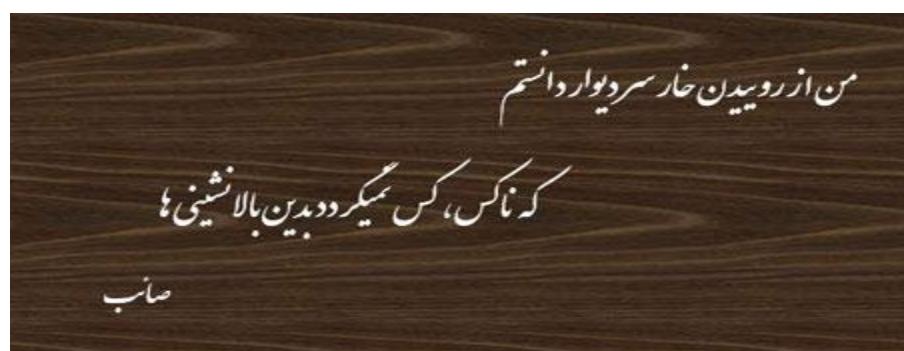
سه چیز را پاک نگذار: جسم، لباس، خیال!

از سه چیز کار بگیر: عقل، همت، صبر!

از سه چیز خود را دور نگذار: افسوس، فریاد، نفرین!

سه چیز را آلوده نگن: قلب، زبان، چشم!

اما سه چیز را پچ کاه فراموش نگن: خدا، مرگ و دوست...



به مناسبت ۲۰ مهر بزرگداشت حافظ



سال هشتم شماره ۹۵ مهرماه ۱۳۹۶

نشریه مرکز مراقبت‌های دارویی

مرکز مراقبت‌های دارویی

تلفن: میدان کوثر بلوار کوثر مرکز آموزشی درمانی شفا

۰۱۲۷۴۷۵

شماره تلفن‌های معاونت غذا و دارو ۰۱۵۹۱۵۰۵۹۱۵۰

وامد تحقیق و توسعه ۰۱۵۹۰۸۵۹۰۸

شماره پیامگ معاونت غذا و دارو ۰۵۶۲۰۱۲۱۰۵۴۰۰

آدرس الکترونیکی yafai_mahbobe@yahoo.com

سال هشتم شماره ۹۵

مهر ماه ۱۳۹۶