

خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

- ✓ مروری بر درمان کاندیدیاز دهانی در کودکان و نوزادان
- ✓ تازه های علمی - دارویی
- ✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان
- ✓ توصیه های داروساز در رابطه با قطع مصرف داروها
- ✓ معرفی داروهای جدید: معرفی داروی آزلاستین
- ✓ تازه های کووید-۱۹



راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



www.13abanpharmacy.tums.ac.ir



@13aban.dpic



82101



مرکز اطلاع رسانی دارو پزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز اطلاع‌رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز:

- اطلاع‌رسانی دارویی به عموم مردم و گروه پزشکی در زمینه نحوه مصرف، تداخلات دارویی، مصرف دارو در بارداری و شیردهی و ...
- آموزش در زمینه مصرف بهینه دارو و جلوگیری از رواج مصرف بی‌رویه آن‌ها در سطح عموم مردم
- تهیه خبرنامه دارویی
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل یافته‌های مراکز اطلاع‌رسانی دارو و سموم

پاسخگوی
سؤال‌های
علمی دارویی



۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: www.13abanpharmacy.tums.ac.ir

تلفن مشاوره دارویی: (۳۰ خط) ۸۲۱۰۱ از ساعت ۸ الی ۲۰

تلفن: ۸۸۸۱۴۱۵۸

دانشگاه علوم پزشکی تهران
مرکز دارو-پزشکی ۱۳ آبان

13 Aban Drug & Poison Information Center

مروری بر درمان کاندیدیاز دهانی (برفک) در کودکان و نوزادان

مقدمه

کاندیدا یک مخمر^۱ بوده که جزء فلور نرمال دستگاه گوارشی و ادرای- تناسلی در انسان است، اما در شرایط عدم تعادل، می‌تواند تهاجم کرده و منجر به بروز بیماری شود. کاندیدا به عنوان یکی از عوامل مهم ایجاد عفونت‌های جدی و مرتبط با مرگ و میر بالا در نوزادان، به ویژه نوزادان با وزن کم (۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ گرم) و بسیار کم (کمتر از ۱۰۰۰ گرم) مطرح است. تظاهرات بالینی عفونت‌های ناشی از کاندیدا متغیر بوده و می‌تواند در حد علائم موضعی در مخاطات تا عفونت‌های تهدیدکننده حیات همراه با نارسایی چندارگانی بروز کند. عواملی نظیر نارس^۲ بودن نوزاد و اقدامات تهاجمی، نوع و شدت عفونت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در ادامه به بررسی کاندیدیاز دهانی در کودکان و نوزادان پرداخته خواهد شد.

پاتوژنز

پاسخ ایمنی میزبان یک عامل مهم در تعیین نوع عفونت ایجاد شده به وسیله کاندیدا است.

- خوش‌خیم‌ترین نوع عفونت به شکل رشد موضعی در پوست یا مخاطات بوده که به دنبال تغییرات میکروبیوم بروز می‌کند. موارد وسیع‌تر یا مداوم عفونت مخاطی در بیماران مبتلا به اختلالات ایمنی سلولی بروز می‌کند.
- کاندیدی (عفونت خون ناشی از کاندیدا) حاصل دستیابی کاندیدا به جریان خون است که غالباً در بیماران مبتلا به نقص ایمنی یا در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه یا دارای اکسس‌های عروقی (مثل سی‌وی لاین) بروز می‌کند. انتشار گسترده می‌تواند در نوزادان، بیماران نوتروپنیک، یا بیماران شدیداً بدحال در بخش مراقبت‌های ویژه رخ دهد.
- عفونت موضعی مهاجم، نظیر اندوکاردیت یا مننژیت، اغلب به دنبال گستردگی هماتوژن در بیماران با نقایص آناتومیک یا دستگاه‌های داخل بدنی (نظیر دریچه‌های مصنوعی قلب، یا شانت‌های سیستم اعصاب مرکزی) دیده می‌شود.

^۱ Yeast

^۲ Premature

میکروبیولوژی

کاندیداهای متفاوتی قادر به ایجاد سندرم‌های بالنی هستند. در این بین کاندیدا آلبیکنز (*C. albicans*) شایع‌ترین گونه است. مهم‌ترین علت تعیین گونه کاندیدا، تفاوت در پروفایل مقاومت به داروهای ضدقارچ است. به عنوان مثال کاندیدا گلابراتا (*C. glabrata*) و کاندیدا کروژئی (*C. krusei*) کمتر به ضدقارچ‌های دسته آزول حساس هستند. کاندیدا لوسیتانیا (*C. lusitaniae*) می‌تواند به آمفوتریسین بی مقاوم باشد. کاندیدا اوریس (*C. auris*) معمولاً به فلوکونازول و آمفوتریسین بی مقاوم است.

کاندیدایازیس دهانی - حلقی (برفک)^۳

تظاهرات بالینی: کاندیدایازیس دهانی - حلقی یا برفک دهانی، در نوزادان شایع است. به علاوه در کودکان تحت درمان با آنتی‌بیوتیک، کورتون‌های استنشاقی (درمان آسم یا رینیت)، شیمی‌درمانی، یا رادیوتراپی و در اطفال مبتلا نقص ایمنی سلولی نظیر^۴ HIV^۵ / AIDS مشاهده می‌شود. شایع‌ترین تظاهر پلاک‌های سفید در مخاط دهانی، کام، زبان و اوروفارنژ است. نوزادان مبتلا به برفک می‌توانند بدون علامت باشند و یا از خوردن و بلعیدن به علت درد اجتناب کنند. اطفال ممکن است بدون علامت بوده و یا از حس پنبه‌ای در دهان شکایت کنند. همچنین ممکن است حس چشایی خود را از دست داده و در برخی موارد در خوردن و بلعیدن درد داشته باشند. تشخیص معمولاً بالینی و بر اساس شکل ظاهری پلاک‌های سفید است. در صورت لزوم تأیید تشخیص با کشت و رنگ‌آمیزی است. مخمر در حال جوانه زدن با یا بدون هیفا در تأیید تشخیص کمک کننده است. هرچند کشت معمول نیست، اما در موارد زیر توصیه به انجام کشت می‌شود، در این موارد شک به وجود گونه‌های مقاوم به آزول (نظیر کاندیدا کروژئی و یا گلابراتا) وجود دارد.

- کودکان مبتلا به برفک پایدار یا راجعه
- کودکانی که پروفیلاکسی ضدقارچ با آزول‌ها (از جمله فلوکونازول) مصرف می‌کنند و بنابراین در معرض خطر بالاتری از ابتلا به عفونت با گونه‌های مقاوم به آزول قرار دارند.

^۳ Oropharyngeal candidiasis (thrush)

^۴ Human Immunodeficiency Virus

^۵ Acquired immunodeficiency syndrome

توصیه می شود ارزیابی نقص سیستم ایمنی سلولی، شامل تست HIV برای کودکان مبتلا به برفک پایدار، راجعه یا گسترده صورت گیرد. ارزیابی نقص ایمنی سلولی برای کودکان ۱۲ ماهه و بالاتر که بدون حضور عوامل مستعد کننده، برفک در آنها گسترش پیدا کرده نیز ممکن است مورد توجه قرار گیرد. از جمله این عوامل مستعد کننده برفک شامل مصرف اخیر آنتی بیوتیک، مصرف گلوکوکورتیکواستروئیدها استثنای، کنسر و ... است.

درمان

درمان برفک بر اساس سن، شدت عفونت و ایمنی سیستم بدنی فرد مبتلا متفاوت خواهد بود. بر اساس دستورالعمل انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا در سال ۲۰۱۶ (۲۰۱۶-IDS^۶)، توصیه های درمانی زیر ارائه شده است:

(۱) کودکان زیر یک ماه

نوزادان مبتلا به عفونت پوستی - مخاطی (نظیر برفک دهانی) معمولاً ریسک پایینی برای عفونت گسترده داشته و می‌توانند تحت درمان با ضدقارچ‌های موضعی قرار گیرند.

در درمان کاندیدیاز دهانی، نیستاتین به عنوان یک ضدقارچ پلی‌ان، اولویت درمانی برفک است. زیرا جذب سیستمیک از طریق سیستم گوارش ندارد. این دارو به شکل سوسپانسیون خوراکی (۱۰۰۰۰۰ واحد در هر میلی لیتر) در دوز ۰.۵ میلی لیتر در هر طرف دهان به صورت چهار بار در روز و ما بین تغذیه به مدت پنج تا ده روز تجویز می‌شود. میزان بهبودی با سوسپانسیون نیستاتین بین ۲۹ تا ۸۵ درصد گزارش شده است. ژل خوراکی میوکونازول دارای میزان بهبودی بالاتری می باشد (بالای ۹۰ درصد) اما جذب سیستمیک ممکن است با این دارو بروز کند، عوارض جانبی گوارشی در ۶ درصد نوزادان نارس گزارش شده است.

برای نوزادانی که به نیستاتین موضعی پاسخ کافی نمی‌دهند، می‌توان درمان با فلوکونازول خوراکی (۳ میلی گرم/کیلوگرم، یک بار در روز به مدت ۷ روز) را در نظر گرفت.

در نوزادان سالم که بدون علائم بوده و اختلالی در غذا خوردن ندارند، و در ریسک پایین بروز عفونت سیستمیک کاندیدیازیس هستند، ممکن است نیازی به درمان نباشد. اطلاعات در رابطه با درمان نوزادان با این شرایط در دسترس نیست. بر اساس دستورالعمل‌های انستیتوی ملی بهداشت و تعالی مراقبت (NICE)^۷ توصیه می‌شود که در صورتی که علائم در بیمار منجر به درد در

^۶ Infectious Diseases Society of America

^۷ National Institute for Health and Care Excellence guidelines

مادر یا کودک و یا مشکل در غذا خوردن شود، بهتر است برفک با داروهای ضد قارچی مناسب درمان شود. سایر متخصصان ترجیح می‌دهند که درمان برای تمامی نوزادان، از جمله نوزادان بدون علائم و در معرض خطر کم، صورت گیرد.

ریسک فاکتورهای کاندیدی:

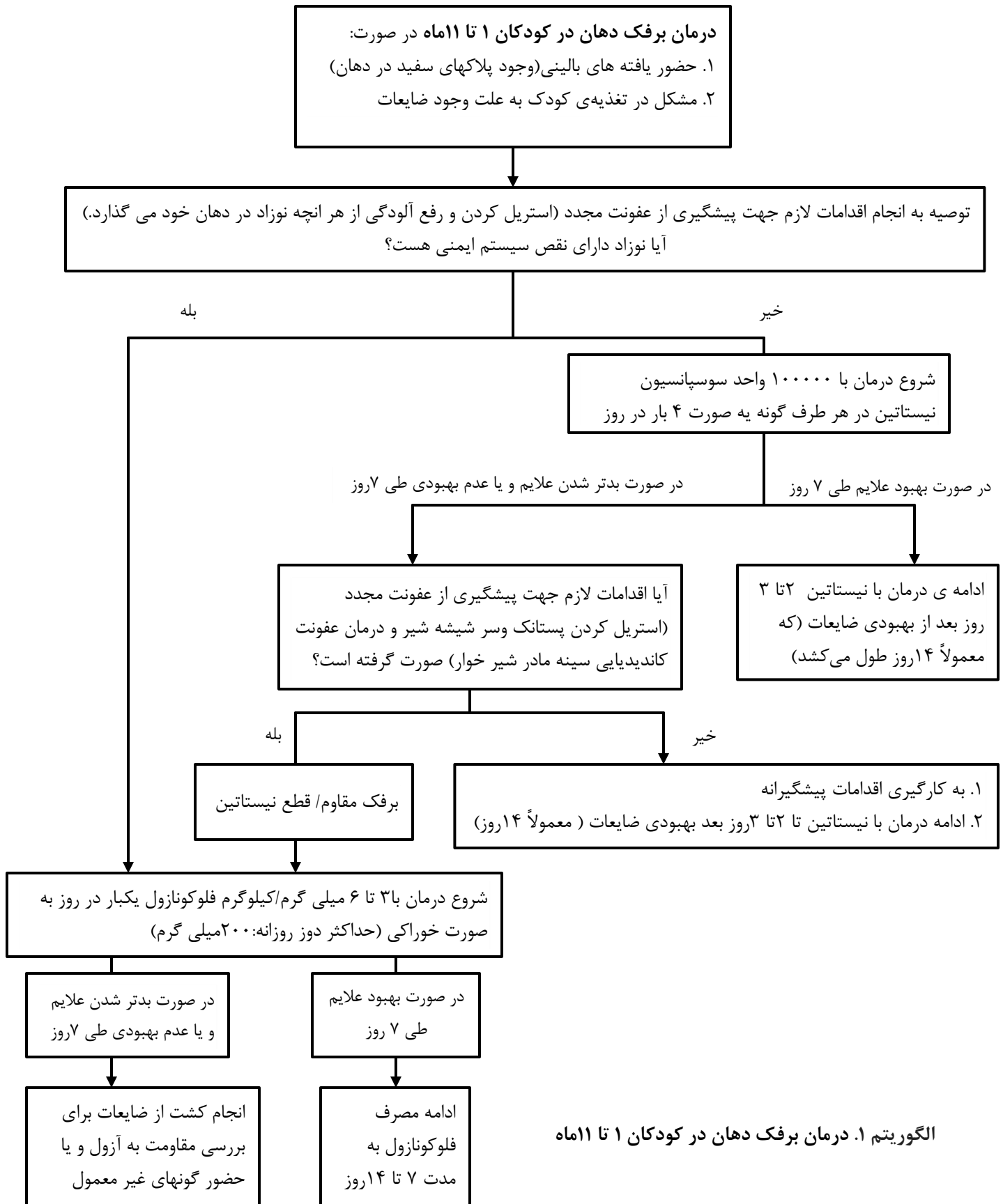
- لوله گذاری اندوتراکئال
- طول بستری در بخش NICU برای بیش از ۷ روز
- سن حاملگی کمتر از ۳۲ هفته
- وجود کاتتر وریدی مرکزی
- قرار گیری در معرض دو آنتی بیوتیک تزریقی یا بیشتر
- شوک
- امتیاز آپگار^۸ زیر ۵
- مجموع تغذیه ی وریدی انجام شده بیش از ۷ روز باشد.
- مصرف داروهای مسدود کننده گیرنده H₂

اقدامات برای پیشگیری از عفونت مجدد، شامل استریل کردن وسایلی که در دهان کودک قرار می‌گیرد (از جمله پستانک، سر شیشه شیر) توصیه می‌شود.

۲) کودکان ۱ تا ۱۱ ماه

درمان موفقیت آمیز برفک شامل انجام اقدامات برای پیشگیری از عفونت مجدد و درمان ضد قارچی می‌باشد. (الگوریتم ۱)

^۸ امتیاز آپگار یک سیستم امتیازدهی است که پزشکان و پرستاران برای ارزیابی نوزادان یک دقیقه و پنج دقیقه پس از تولد استفاده می‌کنند. بررسی‌های نوزاد عبارتند از ارزیابی امتیاز آپگار، بررسی ضربان قلب نوزاد و گازهای شریان خون بند ناف. امتیاز آپگار به شناسایی سریع وضعیت نوزاد بعد از تولد کمک می‌کند. امتیازات پایین آپگار ممکن است نشان دهنده نیاز نوزاد به مراقبت‌های ویژه و استفاده از اکسیژن کمکی باشد.



پیشگیری از عفونت مجدد

- اقدامات برای پیشگیری از عفونت مجدد شامل استریل کردن وسایل ونقاطی از بدن است که در دهان کودک قرار می گیرد.
- در مورد سر شیشه شیر و پستانک که چند بار مورد مصرف قرار می گیرند، بهتر است قبل هر بار استفاده جوشیده شوند.
 - در موارد عفونت کاندیدیایی سینه در مادران شیرده لازم است تا درمان در مادر صورت گیرد.

درمان ضد قارچی

درمان کودکان سالم (با عدم نقص سیستم ایمنی)

در کودکان ۱ تا ۱۱ ماهه سالم توصیه می شود، به جای درمان ضد قارچی سیستمیک از درمان موضعی با ضد قارچها استفاده شود.

- **شروع درمان:** سوسپانسیون نیستاتین ۲۰۰۰۰ واحد (۱۰۰۰۰۰ واحد در هر گونه) به صورت چهار بار در روز. (نیستاتین انتخاب ارجح در مقایسه با فلوکونازول و ژنتیان بنفش می باشد).

- **طریقه مصرف سوسپانسیون نیستاتین:**

(۱) چکاندن مستقیم سوسپانسیون داخل دهان

(۲) قرار دادن گاز استریل یا گوش پاک کن آغشته به سوسپانسیون نیستاتین داخل دهان

- **طول دوره درمان:** باید درمان را ۲ تا ۳ روز بعد از بهبود ضایعات ادامه داد که به طور معمول ۷ تا ۱۴ روز طول می کشد.

عدم بهبودی و برطرف نشدن ضایعات پس از دو هفته می تواند به علت مواجهه‌ی مجدد و پایدار بیمار با منشا عفونت و یا آلودگی با گونه‌ی غیر معمول از عفونت باشد.

اگرچه ژنتیان بنفش (۰.۵ یا ۱ درصد) به صورت تجویز یک یا دوبار در روز داخل مخاط گونه در درمان برفک موثر می باشد؛ اما با افزایش خطر سرطان همراه است و می تواند باعث ایجاد لکه بر روی لباس و لب کودک و همچنین التهاب و زخم شود. لذا با توجه به در دسترس بودن سایر داروهای مؤثر بر روی برفک، معمولاً ژنتیان بنفش توصیه نمی شود.

در کارآزمایی های بالینی، درمان ۱۰ تا ۲۱ روزه با سوسپانسیون نیستاتین با ۲۹ تا ۸۰ درصد بهبودی بالینی همراه بوده است.

فلوکونازول خوراکی می تواند به عنوان جایگزین درمانی مورد استفاده قرار بگیرد.

در یک کارآزمایی بالینی تصادفی، فلوکونازول خوراکی در مقایسه با نیستاتین منجر به پاکسازی سریعتر زخم‌ها، افزایش میزان بهبودی بالینی (۱۰۰ درصد در مقایسه با ۲۹ درصد) و افزایش بهبود قارچ شناسی^۹ می‌شود. میزان بروز عوارض جانبی، در هر دو گروه مشابه گزارش شده است. با این حال در سیر بالینی خوش‌خیم کاندیدیازیس حلقی-دهانی در کودکان بدون نقص سیستم ایمنی، نیستاتین به عنوان خط اول درمان توصیه می‌شود.

براساس دستورالعمل‌های NICE توصیه می‌شود تا در نوزادان کمتر از ۸ هفته با شرایط زیر از درمان ضد قارچی استفاده شود:

- اگر کودک علامت دار (از جمله درد، عدم تغذیه‌ی مناسب) باشد.
- اگر کودک از شیر مادر تغذیه می‌کند و مادر دارای علائم عفونت کاندیدیایی (از جمله درد سینه، پوسته پوسته شدن نوک سینه) باشد.

بروز مجدد برفک در کودکان سالم و درمان کودکان با نقص سیستم ایمنی

به منظور درمان برفک‌های مقاوم به نیستاتین در کودکان بدون نقص ایمنی و همچنین شروع درمان برفک در کودکان با نقص سیستم ایمنی، طبق الگوریتم ۱، ضمن انجام اقدامات مناسب استریلیزاسیون و ضدعفونی کردن، درمان سیستمیک ضد قارچی (در مقایسه با درمان ضد قارچی موضعی) توصیه می‌شود. درمان سیستمیک به خوبی تحمل شده و اثربخشی بهتری دارد. استفاده از ۳ تا ۶ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن، فلوکونازول به صورت خوراکی و یک‌بار در روز (تا حداکثر دوز روزانه ۲۰۰ میلی گرم) به مدت ۷ تا ۱۴ روز توصیه می‌شود.

در کودکانی که به دوز خوراکی فلوکونازول نیز جواب نمی‌دهند، کشت از ضایعات گرفته شده و حساسیت عامل عفونی نسبت به ضد قارچ‌ها بررسی می‌شود. همچنین ارزیابی سیستم ایمنی کودک نیز صورت می‌گیرد.

۳) کودکان ۱۲ ماهه و بالاتر

ارزیابی شدت: استاندارد برای انجام بررسی و ارزیابی شدت کاندیدیازیس دهانی وجود ندارد. از نظر بالینی شدت برفک دهانی به صورت زیر تعریف می‌شود:

- برفک خفیف: درگیری کمتر از ۵۰ درصد مخاط دهان و عدم وجود ضایعات فرسایشی^{۱۰} عمیق
- برفک متوسط تا شدید: درگیری $\leq 50\%$ درصد مخاط دهان یا وجود ضایعات فرسایشی عمیق

^۹ Mycological cure rates

^{۱۰} Erosive

رویکرد شروع درمان ضدقارچی: رویکرد درمان ضد قارچی بر اساس شدت برفک و سیستم ایمنی نوزاد متفاوت است (الگوریتم ۲).

- **برفک با شدت خفیف در کودکان سالم:** در کودکان ۱۲ ماه و بالاتر با سیستم ایمنی سالم که دچار برفک با شدت خفیف هستند، به طور کلی درمان موضعی نسبت به درمان سیستمیک ارجح است. و معمولاً از نیستاتین یا کلوتریمازول موضعی استفاده می‌شود.

✓ سوسپانسیون نیستاتین ۴۰۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰۰ واحد به صورت چهار بار در روز برای ۷ تا ۱۴ روز. بهتر است سوسپانسیون نیستاتین قبل از بلعیدن تا حد ممکن در داخل دهان غرغره/ چرخانده و نگه داشته شود.

✓ یک تا دو قرص مکیدنی نیستاتین ۲۰۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰۰ واحدی چهار بار در روز برای ۷ تا ۱۴ روز

✓ یک قرص مکیدنی کلوتریمازول ۱۰ میلی گرمی، پنج تا شش بار در روز به مدت ۷ تا ۱۴ روز

فرآورده های مکیدنی نیستاتین و کلوتریمازول به علت خطر خفگی نباید در کودکان زیر ۴ سال مورد استفاده قرار گیرد.

- **برفک با شدت خفیف در کودکان با نقص سیستم ایمنی، و برفک با شدت متوسط تا شدید در همه‌ی کودکان:** درمان ضد قارچی سیستمیک در مقایسه با درمان موضعی ضد قارچی ارجح می باشد (الگوریتم ۲). درمان سیستمیک به خوبی تحمل شده و مؤثرتر است.

به طور معمول از فلوکونازول خوراکی استفاده می‌شود:

✓ در روز اول مصرف ۶ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن، فلوکونازول به صورت خوراکی (حداکثر دوز: ۲۰۰ میلی گرم در کودکانی که که مواجهه با HIV نداشته و HIV مثبت نیستند، ۴۰۰ میلی گرم در کودکان با مواجهه HIV و HIV مثبت) و سپس ادامه ی مصرف فلوکونازول به مدت ۷ تا ۱۴ روز با دوز ۳ میلی گرم/کیلوگرم (حداکثر دوز: ۱۰۰ میلی گرم در کودکانی که مواجهه با HIV نداشته و HIV مثبت نیستند، ۴۰۰ میلی گرم در کودکان با مواجهه HIV و HIV مثبت)

✓ در بیماران با نقص سیستم ایمنی که دچار برفک با درد قابل توجه (به عنوان مثال؛ دردی که منجر به اختلال در غذا خوردن کودک شود) هستند ممکن است نیاز باشد تا برای بیمار درمان ضد قارچی وریدی تجویز شود. (به عنوان مثال، ۶ میلی گرم/ کیلوگرم فلوکونازول به صورت وریدی در روز اول و سپس ادامه‌ی مصرف فلوکونازول با دوز ۳ میلی گرم/ کیلوگرم به صورت یک‌بار در روز حداقل برای ۱۴ روز)

✓ در یک کارآزمایی بالینی تصادفی در کودکان با نقص سیستم ایمنی (از جمله کودکان مبتلا به بدخیمی، اختلال سیستم ایمنی، HIV و کودکانی که تحت درمان با داروهای سرکوب کننده ی سیستم ایمنی قرار دارند) و مبتلا به کاندیدیازیس حلقی دهانی، بیشتر بیماران تحت درمان با فلوکونازول به بهبودی بالینی ۹۱ درصد (در مقایسه با ۵۱ درصد در گروه

کنترل) و بهبودی میکولوژیک^{۱۱} ۷۶ درصد (در مقایسه با ۱۱ درصد در گروه کنترل) دست یافتند. در یک متآنالیز حاصل از ۲۲ مطالعه‌ی انجام شده، ارزیابی درمان کاندیدیازیس حلقی دهانی در بیماران مبتلا به HIV نشان می‌دهد که درمان با فلوکونازول در بهبودی بالینی در بزرگسالان نسبت به نیستاتین برتری دارد. میزان بهبودی بالینی در بیماران تحت درمان با فلوکونازول، کتوکونازول، محلول ایتراکونازول، فرم مکیدی کلوتریمازول و محلول پوساکونازول در مطالعات مشابه هم بود، اما فلوکونازول و محلول ایتراکونازول نسبت به فرم مکیدی کلوتریمازول در بهبودی میکولوژیک برتری داشتند.

✓ با توجه به احتمال بروز عوارض جانبی جدی، قرص‌های خوراکی کتوکونازول را نباید در درمان کاندیدیازیس جلدی مخاطی^{۱۲} استفاده کرد.

برفک مقاوم در کودکان ۱۲ سال و بالاتر: در کودکان سالم با برفک خفیف که علی‌رغم درمان ضد قارچی، برفک همچنان وجود دارد، پیشنهاد می‌شود از فلوکونازول خوراکی استفاده شود. (الگوریتم ۲)

کودکان سالم یا کودکان با نقص سیستم ایمنی و دارای فرم متوسط تا شدید برفک که به درمان‌های خوراکی یا وریدی فلوکونازول مقاوم هستند، عموماً با آمفوتریسین وریدی (به صورت دئوکسی کولات و فرم لیپوزومال) و یا یک اکینوکاندین (از جمله: کاسیوفانژین، آنیدولافونژین، میکافونژین) درمان می‌شوند.

علاوه بر تغییر درمان تجربی ضد قارچی، ممکن است برای تایید، گرفتن کشت از ضایعات و ارزیابی برای بررسی نقص ایمنی سلولی صورت گیرد.

تهیه و تنظیم: دکتر فاطمه دولت آبادی (داروساز)

دکتر نیلوفر خوشنام راد (دستیار داروسازی بالینی)

منابع:

۱. Judith R Campbell, Debra L Palazzi. Candida infections in children. UpToDate, updated on September ۲۰۱۹, accessed on March ۲۰۲۱
۲. Mohan Pammi, Leonard E Weisman, Morven S Edwards, Carrie Armsby. Clinical manifestations and diagnosis of Candida infection in neonates. UpToDate, updated on September ۲۰۱۹, accessed on March ۲۰۲۱
۳. Mohan Pammi, Leonard E Weisman, Morven S Edwards, Carrie Armsby. Treatment of Candida infection in neonates. UpToDate, updated on September ۲۰۱۹, accessed on March ۲۰۲۱

^{۱۱} mycologic cure

^{۱۲} mucocutaneous candidiasis

درمان برفک دهان در کودکان ≤ ۱۲ ماه

- یافته های بالینی: ۱. وجود پلاکهای سفید در دهان) / ۲. احساس تکه های پنبه ایی در دهان / ۳. از دست دادن حس چشایی / ۴. درد هنگام خوردن و بلعیدن
- تعیین شدت برفک بر اساس میزان درگیری مخاط دهانی و وجود ضایعات فرسایشی عمیق

برفک با شدت متوسط / شدید:

- درگیری $\leq 50\%$ درصد موکوس دهان یا
- وجود ضایعات فرسایشی عمیق

برفک با شدت ملایم:

- درگیری کمتر از ۵۰ درصد موکوس دهان و
- عدم وجود ضایعات فرسایشی عمیق

آیا کودک دارای نقص سیستم ایمنی هست؟

خیر

درمان با یکی از موارد زیر:

- سوسپانسیون نیستاتین ۴۰۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰۰ واحد ۴ بار در روز
- ۱ یا ۲ عدد نیستاتین مکیندی (هر کدام ۲۰۰۰۰۰ واحدی) ۴ بار در روز
- مکیندی کلوتریمازول ۱۰ میلی گرمی ۵ تا ۶ بار در روز

در صورت بهبودی طی ۷ روز

در صورت بهبودی طی ۷ روز ادامه ی درمان

- ابتدا ۶ میلی گرم/کیلوگرم فلوکونازول به صورت خوراکی در روز اول: (حداکثر دوز: ۲۰۰ میلی گرم در کودکانی که که مواجهه با HIV نداشته و HIV مثبت نیستند، ۴۰۰ میلی گرم در کودکان با مواجهه HIV و HIV مثبت)
- سپس ادامه ی مصرف فلوکونازول خوراکی با دوز ۳ میلی گرم/کیلوگرم (حداکثر دوز: ۱۰۰ میلی گرم در کودکانی که که مواجهه با HIV نداشته و HIV مثبت نیستند، ۴۰۰ میلی گرم در کودکان با مواجهه HIV و HIV مثبت)

ادامه ی درمان برای مدت ۷ تا ۱۴ روز

در صورت بدتر شدن علائم و یا عدم بهبودی طی ۷ روز

در صورت بهبود علائم طی ۷ روز

برفک مقاوم:
ارزیابی نقص سیستم ایمنی سلولی از جمله تست HIV (در صورتی که تا به حال صورت نگرفته باشد)
آیا گونه های مشکوک کاندیدیا مقاوم به فلوکونازول می باشد؟

ادامه ی درمان برای مدت ۷ تا ۱۴ روز

بله

خیر

گرفتن کشت از ضایعات
شروع یک داروی ضد قارچ
متفاوت بر اساس حساسیت
گونه های مشکوک

تغییر درمان به فلوکونازول وریدی (با همان دوز تجویز شده به صورت خوراکی)

در صورت بدتر شدن علائم و یا عدم بهبودی طی ۷ روز

در صورت بهبود علائم طی ۷ روز ادامه ی درمان برای مدت ۷ تا ۱۴ روز

تغییر دارو به آمفوتریسین وریدی و یا یک اکینوکاندین
(از جمله: کاسپوفانژین، آنیدولافونژین، میکافونژین)

ادامه ی مصرف فلوکونازول
وریدی حداقل برای ۱۴ روز

الگوریتم ۲. درمان
برفک دهان در
کودکان ≤ ۱۲ ماه

تازه های علمی - دارویی

۲ تا ۶ ساله استفاده می شود، همچنان با ارائه نسخه قابل تهیه هستند.

آزلاستین می تواند باعث خواب آلودگی گردد. بروشور دارو هشدار می دهد که مصرف کنندگان این فرآورده باید از مصرف نوشیدنی های الکلی اجتناب نموده و هنگام رانندگی و یا کار با ماشین آلات صنعتی احتیاط نمایند. استفاده از اسپری بینی آزلاستین به همراه الکل، داروهای خواب آور یا آرام بخش ممکن است خواب آلودگی را افزایش دهد. سازمان غذا و داروی آمریکا مجوز تایید اسپری بینی Astepro برای مصرف بدون نسخه را به شرکت بایر اعطا کرد.

۱۷ ژوئن ۲۰۲۱

منبع خبر: سازمان غذا و داروی آمریکا

تاییدیه سازمان غذا و داروی آمریکا برای

داروی Tembexa®

سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) داروی Tembexa® (برینسیدوفوویور) را برای درمان آبله تایید می کند.

Chimerix، یک شرکت زیست دارویی متمرکز بر تسریع در تولید داروها برای درمان سرطان و سایر بیماری های جدی، اعلام کرد که FDA مجوز تاییدیه قرص و سوسپانسیون خوراکی Tembexa® را برای درمان آبله به این شرکت اعطا کرده است. این دارو برای درمان بیماران بزرگسال، کودکان و نوزادان تایید شده است.

تایید تمبکسا بر اساس نتایج مطالعات روی دو مدل ویروس اورتوپوکس کشنده حیوانی (مدل های حیوانی ویروس آبله انسانی)، ویروس آبله

تایید سازمان غذا و داروی آمریکا برای استفاده بدون نیاز به نسخه یک داروی آنتی هیستامین بینی

سازمان غذا و داروی آمریکا Astepro، اسپری بینی آزلاستین هیدروکلراید ۰.۱۵٪ را برای رینیت آلرژیک فصلی و سالیانه، که بطور کلی آلرژی نامیده می شوند؛ برای بزرگسالان و کودکان با سن ۶ سال و بالاتر تایید کرد.

این تاییدیه اولین مورد در این دسته دارویی است و توسط پروسه تغییر دارو از فرم نسخه ای به ارائه بصورت غیر نسخه ای انجام شده است.

آلرژی فصلی و سالانه، هر ساله میلیون ها بیمار را تحت تاثیر قرار داده و باعث می شوند بیماران علائم احتقان بینی، آبریزش بینی، عطسه و .. را تجربه نمایند. این فرآورده آنتی هیستامین بینی ایمن و موثر است و بدون نیاز به تجویز پزشک قابل تهیه است.

برای اینکه فرآورده ای از وضعیت نسخه ای برای ارائه بصورت غیر نسخه ای تغییر یابد اطلاعات فراهم شده باید نشان دهد که دارو در صورت مصرف طبق اطلاعات بروشور و بدون تجویز پزشک، ایمن و موثر است. شرکت سازنده باید نشان دهد که

مصرف کنندگان می توانند بدون نظارت پزشک، متوجه نحوه استفاده ایمن و موثر دارو از طریق بروشور بشوند. این تاییدیه برای اولین بار به دارویی از بین داروهای ضد حساسیت بینی داده شده است. گفته می شود آزلاستین بطور نسبی از وضعیت ارائه با نسخه بصورت غیر نسخه ای تغییر کرده، زیرا دوز ۰.۱ درصد آزلاستین که برای آلرژی سالانه برای کودکان با سن ۶ تا ۶ سال و آلرژی فصلی کودکان



تمبکسا برای درمان بیماری های دیگر بجز عفونت آبله انسانی مورد مصرف ندارد.

اثربخشی دارو برای درمان بیماری آبله در انسان مشخص نشده است زیرا پروسه های آزمایشی انسانی کافی و کنترل شده امکان پذیر نبوده و بعلاوه ایجاد بیماری آبله در انسان برای بررسی اثر دارو اخلاقی نیست. اثر Tembexa[®] ممکن است در بیماران مبتلا به نقص سیستم ایمنی، بر اساس مطالعات انجام شده بر روی حیوانات دارای نقص ایمنی، کاهش یابد.

تمبکسا (brincidofovir) یک آنالوگ نوکلئوتیدی کونژوگه شده با لیپید است که جهت ایجاد غلظت کافی و موثر از متابولیت ضد ویروس خود، یعنی سیدوفوویر دی فسفات، و با تقلید از یک فسفولیپید مونوآسیل طبیعی طراحی شده است. سیدوفوویر دی فسفات اثرات ضد ویروسی خود را با عمل کردن بعنوان یک سوپسترای جایگزین مهارکننده سنتز DNA به واسطه DNA پلیمرز ویروسی اعمال می کند.

اطلاعات مهم ایمنی و هشدارهای جدی

افزایش خطر مرگ و میر در دوره مصرف طولانی تر:

- هنگامی که Tembexa[®] در یک بیماری دیگر در یک آزمایش بالینی ۲۴ هفته ای مورد ارزیابی قرار گرفت، افزایش میزان مرگ و میر در افراد تحت درمان با این دارو در مقایسه با افراد تحت درمان با دارونما مشاهده شد.

هشدار و احتیاطات:

- افزایش ترانس آمیناز های کبدی و بیلی روبین: ممکن است دارو باعث افزایش ترانس آمینازهای سرم (ALT یا AST) و بیلی روبین سرم شود. پارامترهای آزمایشگاهی کبد باید قبل و در طی درمان کنترل شود.
- اسهال و سایر عوارض گوارشی: ممکن است با مصرف دارو، اسهال و سایر عوارض جانبی گوارشی شامل تهوع،

خرگوشی (خرگوش های سفید نیوزلند با این ویروس آلوده شده بودند) و ویروس آبله موشی [موش ها و بلب ها (نوعی موش آزمایشگاهی) با ویروس ectromelia آلوده شده بودند]. صورت گرفته است.

در مطالعات محوری صورت گرفته در هر مدل، درمان با تمبکسا باعث افزایش قابل توجه در میزان بقا در مقایسه با دارونما به دنبال درمان تأخیری حیوانات آلوده با دوز کشنده ویروس گردید.

قوانین FDA در مورد حیوانات، اجازه میدهد که داروهایی که بررسی اثربخشی در بیماری هایی که انجام آنها در انسان اخلاقی یا امکان پذیر نیست، در مدل های حیوانی مورد آزمایش قرار گیرد.

در اطلاعات تجویز تمبکسا در ایالات متحده یک هشدار جدی (black box warning) در مورد افزایش خطر مرگ و میر به دنبال مصرف طولانی مدت دارو آورده شده است.

بیماری آبله یک بیماری عفونی بشدت واگیردار است که توسط ویروس واریولا ایجاد می شود.

در طول تاریخ آبله یکی از کشنده ترین بیماری ها با درصد مرگ و میر حدود ۳۰ درصد بوده است. علی رغم ریشه کنی موفقیت آمیز این بیماری در دهه ۱۹۷۰، همچنان نگرانی های زیادی در مورد بازگشت مجدد آبله به صورت تصادفی یا بصورت سلاحی جهت بیوتروریسم وجود دارد. طبق گزارش مرکز پیشگیری و کنترل بیماری های ایالات متحده (CDC)، ویروس واریولا به دلیل سهولت در انتقال، میزان بالای مرگ و میر و احتمال ایجاد وحشت عمومی و نابسامانی های اجتماعی، در بالاترین رده خطر (گروه A) برای بیوتروریسم قرار دارد.

Tembexa[®] یک داروی ضد ویروس خوراکی است که بصورت قرص ۱۰۰ میلی گرم و سوسپانسیون خوراکی ۱۰ میلی گرم/ میلی لیتر، یک بار در هفته و به مدت دو هفته تجویز می شود. این دارو برای درمان بیماری آبله انسانی که توسط ویروس واریولا ایجاد می شود در بزرگسالان، کودکان و نوزادان مصرف می شود.

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی سیزده آبان



DPIC
DRUG
AND
POISON
INFORMATION
CENTER

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

۸۲۱۰۱

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

خدمات مرکز :

- اطلاع رسانی دارویی به عموم مردم و گروه پزشکی در زمینه نحوه مصرف ، تداخلات دارویی ، مصرف دارو در بارداری و شیردهی و ...
- آموزش در زمینه مصرف بهینه دارو و جلوگیری از رواج مصرف بی رویه آنها در سطح عموم مردم .
- ارائه اطلاعات اولیه به مسمومین ، همراهان و کادر پزشکی در پیشگیری از عوارض سوء مسمومیت ها .
- تهیه خبرنامه های دارویی .
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع آوری و تجزیه و تحلیل یافته های مراکز اطلاع رسانی دارو و سموم .
- انتشار کتب ، جزوات آموزشی ، بروشورهای دارویی مخصوص بیماران و اعضاء کادر درمان .



استفراغ و درد شکم رخ دهد. بیماران را تحت نظر داشته باشید، مراقبت های حمایتی را انجام دهید و در صورت لزوم، دوز دوم و نهایی **Tembeza®** را به بیمار ندهید.

- مصرف همزمان با داروهای مرتبط: تمبکسا نباید با سیدوفوویر و ریدی به صورت همزمان تجویز شود.
- سرطان زایی: تمبکسا به عنوان یک ماده سرطان زا بالقوه برای انسان در نظر گرفته می شود. قرص های تمبکسا را خرد یا تقسیم نکنید و از تماس مستقیم با قرص های شکسته یا خرد شده یا سوسپانسیون خوراکی خودداری کنید.
- ناباروری مردان: بر اساس مطالعات حیوانی، **Tembeza®** ممکن است به طور برگشت ناپذیر باروری را در مردان مختل کند.

عوارض جانبی: عوارض جانبی متداول (عوارض جانبی در ≥ 2 درصد از افراد مصرف کننده دارو) که طی ۲ هفته اول مصرف گزارش شده اند شامل: اسهال، تهوع، استفراغ و درد شکمی بود.

مصرف در بارداری: بر اساس یافته های حاصل از مطالعات تولید مثل حیوانی، **Tembeza®** در صورت تجویز برای افراد باردار ممکن است باعث آسیب به جنین شود. باید تست بارداری قبل از شروع تمبکسا در افراد با پتانسیل باروری انجام شود. در صورت امکان، برای درمان آبله در این دوران باید از یک روش درمانی جایگزین استفاده شود.

۴ ژوئن ۲۰۲۱

منبع خبر: drugs.com

تاییدیه دارو درمانی جدید برای کنترل طولانی مدت وزن

سازمان غذا و داروی آمریکا، فرآورده تزریقی Wegovy یا سماگلوتاید (۲.۴ میلی گرم یک بار در هفته) را برای مدیریت مرموزن در بزرگسالان مبتلا به چاقی یا اضافه وزن با حداقل یک بیماری مرتبط با وزن (مانند فشار خون بالا، دیابت نوع ۲ یا کلسترول بالا)، تایید کرد. این فرآورده زیر پوستی اولین داروی تایید شده برای مدیریت مرموزن در بزرگسالان مبتلا به چاقی عمومی یا اضافه وزن از سال ۲۰۱۴ است. این دارو برای مدیریت مرموزن در بیماران با شاخص توده بدنی ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع است. علاوه بر این، در بیماران با شاخص

توده بدنی ۲۷ کیلوگرم بر متر مربع که حداقل یک بیماری مرتبط با وزن دارند نیز به کار می‌رود.

چاقی یا اضافه وزن یک مسئله جدی است که با افزایش خطر مرگ و میر به دلیل بیماری‌هایی از جمله بیماری‌های قلبی، سکته مغزی و دیابت همراه است و با افزایش خطر ابتلا به انواع خاصی از سرطان نیز

مرتبط است. کاهش ۵٪ تا ۱۰٪ از وزن بدن از طریق رژیم غذایی و ورزش با کاهش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی در بیماران بزرگسال مبتلا به چاقی یا اضافه وزن همراه است.

Wegovy با تقلید از هورمونی به نام پپتید شبه گلوکاگون (۱GLP)، مناطقی از مغز را که اشتها و مصرف غذا را تنظیم می‌کنند، هدف قرار می‌دهد. برای کاهش عوارض گوارشی، دوز دارو باید به تدریج طی ۱۶ تا ۲۰ هفته به ۲/۴ میلی گرم در هفته افزایش یابد.

Wegovy نباید در ترکیب با سایر محصولات حاوی سماگلوتید، سایر آگونیست‌های گیرنده‌های GLP-۱ یا سایر محصولات کاهش وزن، از جمله داروهای نسخه‌ای، داروهای

بدون نسخه یا محصولات گیاهی استفاده شود. Wegovy در بیماران با سابقه پانکراتیت مطالعه نشده است.

ایمنی و اثربخشی Wegovy در چهار آزمایش ۶۸ هفته‌ای مورد بررسی قرار گرفت. سه آزمایش تصادفی، دو سو کور، کنترل شده با دارونما (شامل ۱۶ هفته افزایش دوز) و یک آزمایش دو سو کور، کنترل شده با دارونما که در آن بیماران که Wegovy را دریافت می‌کردند یا به درمان ادامه می‌دادند یا به گروه دریافت کننده دارونما منتقل می‌شدند. در این چهار مطالعه بیش از ۲۶۰۰ بیمار تا ۶۸ هفته Wegovy و بیش از ۱۵۰۰ بیمار دارونما دریافت کردند.

در بزرگترین آزمایش این مطالعه بزرگسالان فاقد دیابت وارد شدند که میانگین سنی آن‌ها در شروع آزمایش ۴۶ سال بود و ۷۴٪ بیماران زن بودند. میانگین وزن بدن ۲۳۱ پوند (۱۰۵ کیلوگرم) و BMI متوسط ۳۸ کیلوگرم بر مترمربع بود. افرادی که Wegovy دریافت کردند در مقایسه با افرادی که دارونما دریافت کردند به طور متوسط ۱۲.۴٪ از وزن اولیه خود را از دست دادند. در یک آزمایش دیگر،

بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ وارد شدند. میانگین سنی ۵۵ سال و ۵۱٪ زن بودند. میانگین وزن بدن ۲۲۰ پوند (۱۰۰ کیلوگرم) و BMI متوسط ۳۶ کیلوگرم بر مترمربع بود. در این آزمایش، افرادی که Wegovy دریافت کردند ۶.۲٪ از وزن اولیه بدن خود را در مقایسه با افرادی که دارونما دریافت کردند، از دست دادند.

شایعترین عوارض جانبی Wegovy شامل تهوع، اسهال، استفراغ، یبوست، درد شکم (معده)، سردرد، خستگی، سوءهاضمه، سرگیجه، اتساع شکم، افت قند خون در بیماران دیابت نوع ۲، نفخ شکم، التهاب معده و روده و بیماری ریفلکس معده - مری می‌باشد.



بروشور Wegovy شامل یک هشدار مهم برای متخصصان و بیماران در مورد خطر احتمالی تومورهای سلول C تیروئید است. Wegovy نباید در بیمارانی که سابقه فردی یا خانوادگی کارسینومای تیروئید مدولار دارند یا در بیمارانی که از سندرم نادر نئوپلازی غده درون ریز چندگانه نوع ۲ (MEN2) رنج می‌برند، استفاده شود.

Wegovy را نباید در بیمارانی که سابقه واکنش آلرژیک شدید به سماگلوتید یا سایر اجزای Wegovy دارند استفاده کرد. در صورت مشکوک شدن به واکنش آلرژیک شدید، بیماران باید فوراً Wegovy را متوقف کرده و از پزشک کمک بگیرند. Wegovy همچنین حاوی هشدارهایی در مورد التهاب لوزالمعده (پانکراتیت)، مشکلات کیسه صفرا (از جمله سنگ صفرا)، کاهش قند خون، آسیب حاد کلیه، رتینوپاتی دیابتی (آسیب به شبکه چشم)، افزایش ضربان قلب و افکار خودکشی است. اگر بیماران علائم پانکراتیت یا سنگ صفرا را دارند، باید با پزشک مشورت کنند. در صورت استفاده از Wegovy همراه با انسولین یا هر دارویی که باعث تحریک ترشح انسولین می‌شود، بیماران باید پزشک خود را در جریان بگذارند.

فرم تزریقی ۱ میلی گرم سماگلوتید (Ozempic) اولین بار به عنوان درمانی برای دیابت نوع ۲ در سال ۲۰۱۷ تأییدیه FDA را دریافت کرد.

۴ ژوئن ۲۰۲۱

منبع خبر: سازمان غذا و داروی آمریکا

سرتیتر های تازه ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران تیر ماه

- مسدود شدن ۵ هزار سایت تبلیغ و فروش محصولات غیرمجاز سلامت محور هیچ واکسن ایرانی کرونا قیمت‌گذاری نشده‌اند
- داروخانه ها قرار نیست متادون بفروشند/ توزیع داروهای تحت کنترل از کانال داروخانه های منتخب
- لزوم لحاظ کردن امتیاز ثبت اطلاعات شیرخشکهای رژیمی و غذای ویژه درسامانه های اعلامی در ارزشیابی داروخانه ها
- ریکال دکستروز ۵٪ نیم لیتری کارخانجات داروپخش، استامینوفن تزریقی و محلول تزریقی دکستروز ۳/۳٪ سدیم کلراید ۰/۳٪ نیم لیتری شهید قاضی، سوسپانسیون خوراکی فورازولیدون CHANDRA BHAGAT PHARMA LIMITED- خدمات دارویی رضوی
- در خصوص پذیرش قائم مقام مسئول فنی
- تشکیل کمیته نحوه برخورد با تخلفات عرضه اینترنتی محصولات سلامت محور/رصد سایت های متخلف در سامانه پلیس فتا
- مشکل تغییر شکل ظاهری ویال سیکلوفسفامید
- موافقت موقت با درخواست حذف برنامه توزیع داروی پلاویکس
- آئین‌نامه جدید تأسیس داروخانه اجرا می‌شود/ حرکت به سمت مصرف منطقی دارو و ارائه خدمات کیفی به مردم
- عرضه اقلام آرایشی و بهداشتی در داروخانه ها تنها با مجوز سازمان غذا و دارو
- بازرسی مستمر از داروخانه‌ها در مورد نحوه عرضه انسولین قلمی
- مسدود شدن ۵ هزار سایت تبلیغ و فروش محصولات غیرمجاز سلامت محور داروخانه ها قرار نیست متادون بفروشند/ توزیع داروهای تحت کنترل از کانال داروخانه های منتخب
- صدور مجوز مصرف اضطراری برای واکسن پاستور
- انقضای مهلت معرفی نامه‌های تامین واکسن کووید ۱۹ توسط شرکت‌های خصوصی پس از ۶۰ روز از تاریخ صدور
- لزوم توزیع سرم های تزریقی یک سوم – دو سوم با برنامه توزیع اداره کل دارو ممنوعیت توزیع دارو بدون اخذ مجوز به استان های همجوار به استان های همجوار بر اساس ضوابط
- موافقت موقت با درخواست حذف برنامه توزیع داروی پلاویکس
- مشکل تغییر شکل ظاهری ویال

برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر بازدید کنید:

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

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

سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

توصیه نهایی به بیمار:

- ✓ رعایت رژیم غذایی با مقدار چربی کمتر از ۵ درصد کل کالری روزانه و مشاوره با متخصص تغذیه و رژیم درمانی، پس از کاهش تری گلیسیرید به زیر ۱۰۰۰، اثرات داروها بهتر نشان داده خواهد شد.
- ✓ می‌توانند نیاسین را از داروخانه‌ها تهیه کنند.
- ✓ مشاوره با فوق تخصص غدد و متابولیسم
- ✓ با بهبود رژیم غذایی و اصلاح سطح تری گلیسیرید خون، کبد چرب نیز اصلاح خواهد شد.
- ✓ مهمترین عارضه ناشی از هایپرتری گلیسیریدمی شدید، پانکراتیت حاد است، علائمی مثل درد شکمی، تهوع و استفراغ ممکن است به علت پانکراتیت باشد و باید پیگیری شود.

منابع: ECS/EAS ۲۰۱۹ guideline ، up to date

دکتر نیلوفر خوشنام راد

بیمار دوم

شرح مشکل بیمار: بیمار به علت بیماری آرتریت روماتوئید به صورت هفتگی از متوتروکسات استفاده می‌کند و به علت تزریق واکسن کرونا دوز هفته قبل را استفاده نکرده است. می‌خواهد بداند چه زمانی می‌تواند دارو را مجدد شروع کند؟

پاسخ: بیمارانی که علائم آنها کنترل است و مشکلی ندارند می‌توانند به علت تزریق واکسن کرونا یک دوز از متوتروکسات که به صورت هفتگی استفاده می‌شوند را استفاده نکنند.

توصیه نهایی به بیمار: بیمار می‌تواند دوز هفتگی این هفته را دریافت کند.

منابع: The American College of Rheumatology

دکتر مرضیه شهرابی



بیمار اول

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۴۲ ساله مبتلا به هایپرتری گلیسیریدمی و کبد چرب هستند که در آزمایش تری گلیسیرید برابر با ۲۵۰۰ داشته‌اند. برای بیمار علاوه بر جم فیبروزیل، داروی نیکوتینیک اسید تجویز شده است، که بیمار قادر به پیدا کردن این دارو نبوده است و به دنبال جایگزینی برای قرص نیکوتینیک اسید هستند. داروهای بیمار به شرح زیر است:

۱. Cap Gemfibrozil ۴۵۰ mg BD
۲. Tab Nicotinic acid ۱g QD

پاسخ: به دلیل تری گلیسیرید بالای ۸۵۰ که در دسته ی هایپرتری گلیسیریدمی شدید طبقه بندی می‌شود، نیاز به بهینه کردن درمان در این بیمار است. باید در نظر داشت داروهای موثر در هایپرتری گلیسیریدمی در تری گلیسیرید کمتر از ۱۰۰۰ موثر هستند، چرا که در سنتز و ترشح تری گلیسیرید از کبد نقش دارند. بنابراین در این افراد مهم‌ترین نکته رعایت رژیم غذایی به گونه‌ای است که کمتر از ۵ درصد کل کالری دریافتی چربی باشد.

نام دیگر نیکوتینیک اسید، نیاسین است که به شکل مکمل در داروخانه‌ها وجود دارد.

بیمار اضافه وزن نداشتند. اما ورزش و اصلاح سبک زندگی به وی توصیه می‌شود.

پزشکی که بیمار به آن مراجعه کرده بودند فوق تخصص گوارش بوده‌اند که بهتر است با فوق تخصص غدد نیز مشورت شود. (ممکن است بیمار از درمان با استاتین و در کنار آن فنوفیبرات (به دلیل ریسک پایین‌تر میوپاتی ناشی از تداخل استاتین با فنوفیبرات نسبت به جم فیبروزیل) و یا افزایش دوز جم فیبروزیل تا ۶۰۰ میلی گرم دو بار در روز سود ببرند.)



بیمار سوم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۱۵ ساله‌ای هستند که به دلیل ابتلا به کولیت اولسروز مبتلا به کم‌خونی هم شده‌اند. ($Hb=9$) متخصص گوارش برای ایشان آهن تزریقی فرینجکت تجویز کرده است. در تزریق اول، با گذشت چند دقیقه از شروع انفوزیون، بیمار دچار کهیر، خارش و احساس سنگینی در قفسه سینه شده است. (افت فشار و تنگی نفس رخ نداده بود.) لازم به ذکر است که بیمار سابقه حساسیت به پنی‌سیلین‌ها و آلرژی غذایی دارند. سوال بیمار از این است که چه دارویی را جایگزین فرینجکت کنند؟

پاسخ: برای بیماران با سابقه حساسیت به بیش از یک دارو بایستی پیش از انفوزیون آهن، تزریق متیل پردنیزولون و H_2 blocker انجام شود و تزریق با کم‌ترین سرعت اتفاق بیفتد. (برای بیمار حاضر premedication تزریق نشده بود.) به نظر می‌رسد بروز عارضه به دلیل عدم دریافت این داروها توسط بیمار باشد.

توصیه نهایی به بیمار: با مشورت پزشک می‌توانید بار دیگر همین دارو با همین برند را دریافت کنید؛ به شرط آن‌که premedication صحیح انجام شده و انفوزیون آهن به آهستگی انجام شود. توصیه شد بیمار یک ساعت بعد از تزریق در مرکز درمانی بمانند.

منابع: up to date

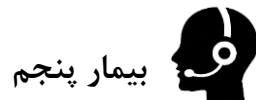
دکتر هستی فوتوگرافی

پاسخ: طبق بروشور دارو، پایداری دارو در دمای ۱۵-۳۰ درجه ارزیابی می‌شود. در دماهای بالاتر و پایین‌تر، پایداری دارو کاهش می‌یابد.

توصیه نهایی به بیمار: به علت احتمال آسیب دیدن فرآورده توصیه می‌شود از این محصول استفاده نشود.

منابع: package insert up to date

دکتر نگین داودی



بیمار پنجم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۷۳ ساله با سابقه‌ی پرفشاری خون و دیابت و ITP در حال دریافت داروهای زیر می‌باشد:

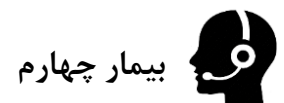
- (۱) متفورمین ۵۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت
 - (۲) آملودیپین ۵ میلی‌گرم هر شب یک عدد
 - (۳) آسپیرین ۸۰ میلی‌گرم روزانه یک عدد
 - (۴) آزاتیوپرین ۵۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت
 - (۵) سیکلوسپورین ۵۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت
- در حال حاضر آزمایش بیمار نشان دهنده پلاکت ۱۵۷۶۰۰۰ است بیمار نگران است که آیا باید به مرکز درمانی مراجعه کند؟

پاسخ: علائمی نظیر سردرد، تب، فلاشینگ و تنگی نفس ندارد ولی سطح پلاکت با وجود مصرف سیکلوسپورین و آزاتیوپرین خیلی بالاتر از رنج نرمال است.

توصیه نهایی به بیمار: بیمار سریعاً به اورژانس بیمارستان شریعتی ارجاع داده شد.

منابع: up to date

دکتر نیلوفر نمازی



بیمار چهارم

شرح مشکل بیمار: بیماری با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان تماس گرفته و سوال دارند که آیا پایداری هالوپریدول تزریقی شرکت جانسون & جانسون در دمای بالای ۴۰ درجه تغییر می‌کند؟



بیمار ششم

شرح مشکل: خانم ۲۹ ساله در هفته ۵ بارداری می باشد. ۸ ماه از قطع مصرف راکوتان ایشان گذشته است. آیا مشکلی برای بارداری او ایجاد می نماید؟

پاسخ: زنانی که توانایی باروری دارند باید قبل از شروع درمان دو آزمایش بارداری منفی با حساسیت $\leq 25 \text{ mIU/ml}^{13}$ داشته باشند و آزمایش باید ماهانه در طول درمان ادامه یابد. خانم هایی که قصد بارداری دارند نباید در حین درمان یا به مدت ۱ ماه پس از قطع ایزوترتینوئین باردار شوند. با قطع درمان، باید بعد از آخرین دوز و یک ماه بعد از آخرین دوز، آزمایش بارداری انجام دهند.

توصیه نهایی به بیمار: با توجه به اینکه ۸ ماه از قطع دارو گذشته است هیچ گونه نگرانی و منعی برای بارداری ایشان وجود ندارد.

منابع: drugs.com

دکتر هدی شفيعی



بیمار هشتم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۳۳ ساله با علائم سرفه، تب، بی حالی، سرگیجه و حالت تهوع به پزشک مراجعه می کنند و با تشخیص کرونا داروهای زیر برای ایشان تجویز می شود:

- ۱) لووفلوکسازین ۵۰۰ هر ۲۴ ساعت ۱ عدد
- ۲) آزیترومایسین ۲۵۰ هر ۲۴ ساعت ۱ عدد
- ۳) فاموتیدین ۴۰ روزی ۱ عدد
- ۴) آسپرین ۸۰ روزی ۱ عدد
- ۵) مولتی ویتامین مینرال و زینک روزی ۱ عدد
- ۶) رسیژن یک روز در میان ۱ عدد زیرجلدی

بیمار همچنین مبتلا به ED^{14} و PE^{15} بودند که توسط اورولوژیست تحت درمان با داپوکستین و سیلدینافیل بودند.

بیمار بعد مصرف آنتی بیوتیک ها دچار حالت تهوع می شدند. و طریقه مصرف داروهای تجویزی اورولوژیست را سوال داشتند.

پاسخ: حالت تهوع جز عوارض شایع هر دو آنتی بیوتیک می باشد و باید با معده پر مصرف شود.

داپوکستین باید ۳۰-۶۰ دقیقه قبل فعالیت جنسی و سیلدینافیل نصف قرص ۱ ساعت قبل رابطه باید مصرف شود. ممکن است ۴ ساعت قبل تر هم مصرف شود. در صورتی که با دوز ۵۰ میلی گرم، پاسخ کافی نداشتید می توان ۱ عدد قرص ۱۰۰ هم مصرف کرد.

ترکیب داپوکستین و سیلدینافیل با هم در بازار دارویی وجود دارد که برای مردان با هر دو اختلال ED و PE استفاده می شود و از عوارض آن سردرد، تپش قلب و گرگرفتگی می باشد که طبق مقالات این عوارض خفیف و گذرا هستند اما آپتودیت تداخل این دو را به علت خطر افت فشارخون وضعیتی ماژور دانسته است.

توصیه نهایی به بیمار:

۱- مصرف تاوانکس ۲ ساعت قبل یا ۶ ساعت بعد مولتی ویتامین و زینک

۲- مصرف تاوانکس و آزیترومایسین با معده پر

۳- در مورد رسیژن بهتر است در صورت امکان، تزریق در یک زمان مشخص (ترجیحا در ساعات غروب) انجام شود و باید در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد نگه داری شود.

۴- بین داپوکستین و سیلدینافیل تداخل دارویی وجود دارد و بهتر است با مشورت پزشک به جای سیلدینافیل داروی دیگری مصرف شود.

منابع: pubmed، up to date

دکتر نسیم اکبری زاده

¹⁵ premature ejaculation

¹³ milli-international units per milliliter

¹⁴ Erectile dysfunction



بیمار نهم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۳۸ ساله با سابقه ی میگرن همراه با اورا و هایپوتیریویدیسیم، اخیرا برایشان داروهایی برای درمان پیشگیرانه تجویز شده است (از جمله فلوکستین، پرپرانولول و قطره ی تیمولول) و در مورد تداخل این داروها با مارولین سوال می کنند.

پاسخ: مارولین با داروهای تجویزی تداخلی ندارد ولی بحث اصلی موضوع میگرن همراه با اورا در خانم بالای ۳۵ سال است که در این مورد بنا به توصیه ی گایدلاین های بین المللی از تجویز داروهای ضد بارداری خوراکی حاوی استروژن باید پرهیز کرد، زیرا خطر سکتة مغزی را به همراه دارد.

توصیه نهایی به بیمار: به جای مصرف مارولین با مراجعه به متخصص زنان از سایر روش های جلوگیری مانند IUD و ترکیباتی که فقط حاوی پروژسترون هستند، استفاده کنند.

منابع: up to date ، WHO guideline ، lexi.com

دکتر شکیلا یاری باش



بیمار دهم

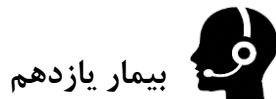
شرح مشکل بیمار: بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی تحت درمان با کلوزاپین ۱۰۰ میلی گرم به صورت روزانه می باشند. بیمار در شرح حال خود سابقه تنگی نفس با مصرف ایبوپروفن را ذکر می کند. آیا جهت درد کمر می توانند دیکلوفناک مصرف کنند؟ بین کلوزاپین و دیکلوفناک تداخلی وجود ندارد؟

پاسخ: ایبوپروفن و دیکلوفناک با کلوزاپین تداخل ندارند اما با توجه به سابقه واکنش سودوآلرژیک با ایبوپروفن مصرف دیکلوفناک در این بیمار توصیه نمی شود. جایگزین این گروه از دسته داروهای NSAID در این موارد استامینوفن و سلکوکسیب می باشند که با توجه به تداخل سلکوکسیب با کلوزاپین و اهمیت تنظیم دقیق دوز کلوزاپین توسط روانپزشک بدون مشورت با ایشان نباید این دارو مصرف شود.

توصیه نهایی به بیمار: تا زمان مراجعه به پزشک متخصص ارتوپد، برای کنترل درد کمر تنها از استامینوفن استفاده کنید و در ویزیت بعدی با پزشک، سابقه تنگی نفس با ایبوپروفن را در شرح حال ذکر کنید.

منابع: up to date

دکتر فوژان داداش زاده



بیمار یازدهم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۲۵ ساله بدون هیچگونه سابقه بیماری، برای ازدواج به آزمایشگاه مراجعه کرده و تست داده اند. تست ایشان مثبت بوده و بسیار آشفته هستند. ایشان سابقه مصرف هیچ ماده ای را ندارند و می خواهند بدانند علت چیست. ایشان در این هفته سرماخورده اند و در حال مصرف کوآموکسی کلاو ۶۲۵ و آنتی هیستامین دکونژستانت می باشند.

پاسخ: آنتی هیستامین دکونژستانت مصرفی دارای فنیل آفرین می باشد که این ماده تست آمفتامین ها را مثبت می کند.

توصیه نهایی به بیمار: آنتی هیستامین دکونژستانت مصرفی دارای فنیل آفرین می باشد که این ماده تست امفتامین ها را مثبت می کند لذا در زمان انجام تست ازدواج یا کار باید از مصرف داروهای غیر ضروری خودداری شود و یا قبل از آن باید با پزشک یا داروساز مشورت شود.

دارو قطع شود و هفته بعد مجدد تست تکرار شود.

منابع: up to date ، Urine Drug Screening

دکتر سپیده سبحانی



بیمار دوازدهم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۳۲ ساله با BMI=۲۴ با سابقه سقط جنین زیر ۳ ماه، می خواهند مجدد اقدام به بارداری کنند و پزشک برایشان آزمایش ژنتیک نوشته و پس از بررسی جواب به ایشان گفته شده که جهش ژنی دارند و برای بارداری باید تا پایان بارداری آسپیرین مصرف کنند (دوز آن را نمیدانند). سوال بیمار آن است که آیا مصرف این دارو برای خودشان یا جنین خطرناک است؟

پاسخ: به صورت کلی مصرف آسپیرین به خصوص در دوز های بالای ۱۵۰ میلیگرم، در خانم های باردار توصیه نمی شود، اما تجویز این دارو در برخی موارد خاص مانند افرادی که سابقه سقط یا پره اکلامپسی داشته اند یا در ریسک آن هستند (همچون افراد مبتلا به دیابت یا بیماری های خودایمنی یا سابقه سقط یا افراد با BMI < ۳۰ یا سن بالای ۳۵ برای مادر و ...) می تواند نتایج مثبت داشته باشد. شروع مصرف آسپیرین باید قبل از هفته ۱۶ بارداری باشد. همچنین این دارو می تواند از بروز ترومبوز در دوران بارداری جلوگیری کند. آسپیرین در این دوز عارضه خاصی برای مادر ندارد و بروز عوارض بیشتر درباره افرادی که بیماری زمینه ای دارند یا داروهای دیگر مصرف می کنند، مطرح است.

توصیه نهایی به بیمار: مصرف دارو با دوز پایین و تحت نظر پزشک متخصص با شرایط بیمار مانعی ندارد و در واقع سود آن از ضرر آن بیشتر است.

منابع: up to date

دکتر شادناز عطارد



بیمار سیزدهم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانمی ۲۱ ساله که دچار افتادگی پلک بدون علت مشخص شده است و برایش قطره آپراکلونیدین تجویز شده است، بیمار سوال دارد که آیا قطره تجویز شده برای این مشکل بیمار، جایگاه درمانی دارد؟

پاسخ: آپراکلونیدین در افرادی که افتادگی پلک ناشی از سندرم هورنر و یا ناشی از تزریق بوتولینوم توکسین داشته اند

موثر بوده است. دستور مصرف ۳ بار در روز در صورت نیاز است.

توصیه نهایی به بیمار: به طور کلی ممکن است درمان افتادگی پلک کاملاً برای بیمار رضایت بخش نباشد و از راهکارهای درمانی در صورت عدم موثر بودن داروها جراحی است که مشکلات خاص خود را دارد.

منابع: up to date

دکتر سونا قاسمی



بیمار چهاردهم

شرح مشکل بیمار: بیمار خانم ۵۳ ساله و مبتلا به اچ پیلوری بوده است و تحت درمان قرار گرفته است. آیا نیاز است دارویی استفاده کند تا از راه دستشویی انتقال پیدا نکند؟

پاسخ و توصیه نهایی به بیمار: خیر نیازی نیست. این باکتری به طور مستقیم از بزاق انتقال پیدا می کند و راه انتقال آن از طریق آب و غذای آلوده، توالت فرنگی نیست و لذا نیازی به مصرف دارو نیست.

منابع: who.int

دکتر زهرا فرساد



بیمار پانزدهم

شرح مشکل بیمار: بیمار به تازگی داروهای سولفاسالازین و هیدروکسی کلروکین رو شروع کرده است که بعد از گذر ۲ هفته خارش های نسبتاً شدید برای ایشان ایجاد شده است.

آیا داروی سولفاسالازین باعث خارش شدید می شود؟

پاسخ: خارش شدید ممکن است به علت هر کدام از این دو دارو باشد.

توصیه نهایی به بیمار: مراجعه به پزشک و قطع هر دو دارو و جایگزین کردن دارو

منابع: up to date

دکتر رضا حجتی فرد

توصیه های یک داروساز به بیمار

توصیه های یک داروساز در رابطه با کاهش دوز داروها

قطع مصرف دارو با اهدافی همچون موارد زیر می تواند برای بیمار در نظر گرفته شود: کاهش بار کلی مصرف داروها، کاهش خطر سندرم های خاص سالمندان همچون خطر افتادن و اختلالات شناختی و نیز بهبود نتایج سلامت جهانی همچون بستری شدن و مرگ.

مشکلات مربوط به داروها، در جمعیت عمومی بزرگسالان و به خصوص در افراد مسن که داروهای زیادی را به صورت نامتناسب مصرف می کند، بسیار شایع است. از جمله ی این مشکلات شامل اثرات مربوط به عوارض جانبی داروها، استفاده از داروهایی که مورد مصرف ندارند، مصرف دوز زیادی و یا ناکافی از دارو ها، استفاده از داروهایی که به طور بالقوه نامناسب هستند، می باشد. بنابراین بررسی دقیق داروها و در نظرگرفتن قطع مصرف دارو برای اکثر افرادی که به صورت مزمن از دارو ها استفاده می کنند، مناسب است. گرچه بهتر است فرصت های مربوط به قطع مصرف داروها برای تمام افراد بزرگسال در نظر گرفته شود، اما وجود عوامل خطر خاصی می تواند مشخص کند که کدام یک از بیماران بیشتر در معرض بروز خطر و در نتیجه در اولویت بررسی دقیق دارویی و قطع مصرف دارو قرار دارند. خصوصیات بیماران و داروهایی که قطع مصرف دارو می تواند برای آنها حائز اهمیت باشد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خصوصیات بیماران و داروهایی که قطع مصرف آنها می تواند حائز اهمیت باشد.

مصرف کننده ی چندین دارویی	خصوصیات بیماران با ریسک بالا
مبتلا به چند بیماری	
نارسایی کلیه	
بیماران دارای چندین نسخه یا مراجعه کننده به مراکز درمانی متعدد	
عدم تبعیت از مصرف صحیح دارو	
امید به زندگی محدود	
افراد مسن	
ضعف و دمانس	
داروهای آنتی کولینرژیک قوی (مانند آنتی هسیتامین های نسل اول)	داروها
بنزودیازپین ها	
آنتاگونیستهای گیرنده ی بنزودیازپین	
سولفونیل اوره های طولانی اثر همچون گلیبوراید	
انسولین در بیمارانی که می توانند با کاهش یا درمان های ایمن تر با داروهای کاهنده ی قند خون به سطح قند خون هدف دستیابی نمایند.	
مصرف مزمن مهار کننده های پمپ پروتون (PPIs) بدون توجه قوی از مورد مصرف	
مصرف مزمن داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) بدون توجه قوی از مورد مصرف	
آسپیرین برای پیشگیری اولیه از بیماری های قلبی-عروقی در افراد مسن	

خصوصیات بیماران با ریسک بالا شامل :

مصرف کننده ی چندین دارویی: مصرف تعداد زیاد داروها، قوی ترین عامل خطر برای مشکلات مربوط به داروها است.

مبتلا به چند بیماری: افزایش تعداد بیماری های مزمن در فرد، با افزایش تداخلات دارویی- بیماری همراه است.

نارسایی کلیه: کاهش عملکرد کلیوی با افزایش خطر بروز عوارض جانبی داروها، بخصوص در صورت استفاده از دارو ها با دوزهای نامناسب، همراه است.

بیماران دارای چندین نسخه یا مراجعه کننده به مراکز درمانی متعدد: افرادی که تحت مراقبت چندین پزشک قرار دارند و یا از یک مرکز درمانی به مرکز دیگری انتقال پیدا کرده باشند، ممکن است به طور سهوی مصرف داروهایی را که باید برای بیمار قطع شود، ادامه دهند.

عدم تبعیت از مصرف صحیح دارو: عدم تبعیت از مصرف صحیح دارو ها می تواند به دلایلی همچون عدم رضایت از دارو ها، سختی در مصرف دارو، بروز عوارض جانبی و یا عدم فایده مصرف دارو برای بیمار می باشد.

امید به زندگی محدود: اکثر بیمارانی که امید به زندگی کمی دارند، ترجیح می دهند تا بار دارویی خود را کاهش دهند و کمتر دارو مصرف کنند.

افراد مسن: افزایش سن، به خودی خود، یک عامل خطر مستقل برای مشکلات مربوط به دارو ها نمی باشد. با این حال، افراد مسن اغلب به دلایلی همچون افزایش احتمال مصرف چند دارویی، ابتلا به چند بیماری، مراجعه به مراکز درمانی متعدد، تغییر در فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک و سایر فاکتور های خطر بیشتر در معرض بروز مشکلات قرار دارند.

ضعف و دمانس: در برخی موارد، عوارض جانبی داروها ممکن است منجر به پیشرفت و یا بدتر شدن این علائم شود (به عنوان مثال به علت خستگی ناشی از داروها و یا تغییرات شناختی).

داروها

ویژگی رژیم دارویی که بهتر است فوراً قطع مصرف برای آنها در نظر گرفته شود در جدول ۱ ارایه شده است.

- استفاده از داروهایی که به طور بالقوه برای افراد مسن مناسب نیستند: این داروها که به طور معمول به لیست های توافقی داروها همچون معیار Beers انجمن سالمندان امریکا^{۱۶} و معیار ابزار غربالگری برای تجویزهای دارویی در افراد سالمند^{۱۷} مرتبط می باشد. این معیار ها دارو هایی که اغلب برای افراد سالمند، مشکل ساز هستند را با در نظر گرفتن اثرات زیان آور در ارزیابی مزایا- معایب^{۱۸} برای اکثر سالمندان در مقایسه با درمان های دارویی و جایگزین های غیر دارویی مشخص می کند. داروهای معمول استفاده شده در این لیست ها شامل آرام بخش- خواب آور هایی همچون بنزودیازپین ها و آنتاگونیستهای گیرنده ی بنزودیازپین، داروهای آنتی کولینرژیک قوی، سولفونیل اوره های طولانی اثر همچون گلیسیوراید، مهار کننده های پمپ پروتون (PPIs) در مصرف مزمن و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) در غیاب موارد مصرف قانع کننده می باشد.

^{۱۶} American Geriatrics Society Beers Criteria

^{۱۷} Screening Tool for Older Person's Prescriptions (STOPP) criteria

^{۱۸} risk-benefit analysis

- سایر داروهای پرخطر: از جمله ی این دارو ها می توان به انسولین و آسپیرین اشاره کرد (البته فقط به این دارو ها محدود نمی شوند). گرچه درمان با انسولین غالباً ضروری است، اما بسیاری از بزرگسالان با سن بالا، مبتلا به چند بیماری، یا کاهش عملکرد درمان بسیار تهاجمی را برای کاهش قند خون دریافت می کنند که در مقایسه با رویکردهای منطقی تر فواید کمتر و مضرات بیشتری دارد. انسولین ها دلیل اصلی بروز عوارض جانبی شدید هستند، بنابراین استفاده ی غیر ضروری از این دارو ها به طور ویژه مشکل ساز است. آسپیرین می تواند برای بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونر یا عروق مغزی بسیار مفید باشد، با این حال خطر خونریزی جدی به طور قابل ملاحظه ایی با افزایش سن، افزایش می یابد و بنابراین در صورتی که برای پیشگیری اولیه در سنین بالاتر استفاده شود، می تواند مضرات بیشتری نسبت به فوایدش ایجاد کند.

کاهش دوز دارو

برای اکثر داروها، شواهد محدود و گایدلاین های کمی در رابطه با چگونگی قطع مصرف دارو ها وجود دارد. در صورتی که در مورد قطع ناگهانی دارو شک داشته باشیم؛ بهتر است که مقدار دارو را طی چند هفته تا چند ماه کاهش دهیم. کاهش تدریجی دارو باعث کاهش بروز عوارض جانبی ناشی از قطع دارو (ADWE^{۱۹}) و شناسایی کمترین دوز موثر برای بیماران که قادر به قطع کامل دارو نیستند، می شود و با افزایش راحتی و تمایل بیمار برای قطع دارو، باعث می شود تا قطع دارو در طولانی مدت قابل تحمل باشد.

به طور تجربی، یک قانون کلی، کاهش دوز دارو به میزان ۵۰٪ به صورت هر دو تا چهار هفته، همراه با پایش در هفته ی ۲ تا ۴ بعد از کاهش دوز دارو می باشد. راهکار دیگر کاهش دوز داروی مصرفی بر اساس تجویز دوز کمتر از فرمولاسیون های موجود از آن دارو در بازار دارویی می باشد.

در برخی موارد، راهکار دقیق تر برای کاهش دوز دارو، می تواند بر اساس ویژگی های فارماکولوژیکی دارو صورت گیرد؛ مواردی همچون: نیمه عمر دارو، اینکه آیا استفاده از دارو باعث تنظیم کاهشی یا افزایشی در گیرنده ها می شود یا خیر، رسپتورهایی که برای تعادل مجدد به زمان نیاز دارند و احتمال بروز یک عارضه ی جانبی ناشی از قطع دارو.

پیشگیری از بروز عوارض جانبی مربوط به قطع دارو

بروز عوارض جانبی ناشی از قطع دارو پیامد منفی است که از نظر بالینی قابل توجه بوده و ناشی از قطع دارو می باشد. ADWE می تواند شامل مواردی همچون علائم ناخواسته، بازگشت به شرایط بیماری که دارو برای درمان آن استفاده شده است، یا بروز واکنش قطع دارو به صورت فیزیولوژیکی (به عنوان مثال، پدیده بازگشت^{۲۰}) شود. واکنش های جانبی ناشی از قطع دارو ADWR^{۲۱} در زیر مجموعه ی گسترده ی ADWE شناخته می شود که معمولاً در نتیجه ی قطع سریع و ناگهانی دارو صورت می گیرد. تعدادی از دسته های دارویی با ADWE همراه است که بتا بلاکرها، کورتیکواستروئیدها و بنزودیازپین ها از جمله ی آنها می باشند. در جدول ۲ لیستی از دسته های دارویی مرتبط با ADWE به همراه علائم مرتبط با آنها ارائه شده است.

^{۱۹} adverse drug withdrawal events

^{۲۰} rebound phenomena

^{۲۱} adverse drug withdrawal reaction

جدول ۲. داروهایی که در نتیجه ی قطع ناگهانی دارو می تواند باعث بروز ADWE شود.

دسته ی دارویی	علائمی که در نتیجه ی قطع ناگهانی داروها اتفاق می افتد.
مهار کننده های استیل کولین استراز	برانگیختگی، پرخاشگری، توهم، کاهش هوشیاری، کاهش شناختی ناگهانی
ضد تشنج ها	اضطراب، افسردگی، تشنج
ضد افسردگی ها	بی قراری حرکتی ^{۲۲} ، لرز، درد و ناراحتی در دستگاه گوارش، سردرد، بی خوابی، بی قراری، تحریک پذیری، میالژی
داروهای ضد پارکینسون	افت فشار خون، سایکوز، آمبولی ریوی، سفتی یا انقباض عضلانی، ترمور
آنتی سایکوتیک ها	دیسکینزی، بی خوابی، تهوع، بی قراری
بالوفن	برانگیختگی، اضطراب، گیجی، افسردگی، توهم، هایپرتونی، بی خوابی، شیدایی، کابوس، سوء ظن، تشنج
بنزودیازپین ها	برانگیختگی، اضطراب، گیجی، هذیان گویی، بی خوابی، تشنج
بتابلاکرها	آنژین پکتوریس، اضطراب، افزایش فشار خون شدید، انفارکتوس میوکارد، تاکی کاردی
کلونیدین	برانگیختگی، سردرد، افزایش فشار خون شدید، تپش قلب
کورتیکواستروئیدها	بی اشتها، افت فشار خون، تهوع، ضعف
اپیوئیدها	درد شکمی، اضطراب، لرز، تعریق بیش از حد، اسهال، بی خوابی، بی قراری
مهار کننده های پمپ پروتون	درد معده، سوزش سر معده (به علت هایپر اسیدمی بازگشتی)

در بیشتر موارد (و نه در همه ی موارد)، کاهش تدریجی دوز دارو، می تواند از بروز ADWE پیشگیری کند. هنگام کاهش دوز در مورد داروهایی که می توانند با ADWE همراه باشند، پایش دقیق تر بیمار بسیار مهم است. در این راستا باید به بیمار در خصوص بروز علائمی که در نتیجه کاهش دوز دارو ممکن است اتفاق بیافتد، بخصوص در هفته ی اول کاهش دوز دارو، آگاهی داد.

کاهش دوز مصرفی برخی داروهای خاص

در ادامه به بررسی اطلاعات مربوط به کاهش دوز مصرفی برخی از دسته های دارویی که به طور معمول تجویز می شوند، می پردازیم:

بنزودیازپین ها و آنتاگونیستهای رسپتور بنزودیازپین

با توجه به اینکه وابستگی روانی و فیزیکی می تواند با این دارو ها اتفاق بیافتد، بیمار می بایست به طور دقیق پایش شود، جایگزین های غیر دارویی و دارویی برای وی ارائه شود.

- لازم است تا کاهش دوز به صورت خیلی آهسته، با هدف تقریباً کاهش ۲۵ درصدی دوز دارو هر دو هفته و در صورت امکان کاهش ۱۲.۵ درصدی در دوز، در مراحل انتهایی کاهش دوز و یا در روز های قطع دارو، صورت گیرد.

^{۲۲} Akathisia

- در صورتی که با توجه به اشکال دوز دارو، نتوانیم با روند کاهش تدریجی، دوز دارو را کاهش دهیم، در ابتدا باید کاهش ۵۰ درصدی در دوز دارو را در نظر بگیریم و سپس در انتهای دوره ی کاهش دوز، روز های بدون مصرف دارو، در نظر گرفته شود.
- یک برنامه ی مفید کاهش دوز و موارد آموزش به بیمار در کار آزمایی هایی به نام EMPOWER و D-PRESCRIBE موجود است.
- علائم مربوط به قطع مصرف دارو (از جمله: بی خوابی، اضطراب، تحریک پذیری، علائم گوارشی) اغلب اتفاق می افتد، بخصوص هنگامی که اولین کاهش دوز به صورت کاهش تقریباً ۲۵ درصدی در دوز اصلی صورت می گیرد.
- در صورت بروز چنین علائمی، باید به بیماران این اطمینان را داد که این علائم معمولاً خفیف بوده و طی چند روز تا چند هفته برطرف می شود.
- در روند کاهش دوز، دوز فعلی برای یک تا دو هفته برای بیمار تجویز شده و بعد از آن روند کاهش دوز مصرفی از سر گرفته می شود.
- برای بیمارانی که قبلاً در کاهش دوز دارو شکست خوردند، با یافتن دلایل شکست (به عنوان مثال، کاهش بیش از حد سریع)، و حذف آن عوامل، می توان احتمال موفقیت را بیشتر نمود. با انجام مداخلات و حمایت های مناسب، حداکثر ۶۰ تا ۸۰ درصد مصرف کنندگان داروهای بنزودیازپین ها توانسته اند مصرف این دارو ها را قطع نمایند.

📌 مهار کننده های پمپ پروتون

آستانه کاهش دوز در این دسته ی دارویی پایین است. چون آنها به طور معمول بیش از حد مورد استفاده قرار می گیرند و اغلب مصرف آنها به جز در مواردی خاص، به طور نامحدود ادامه پیدا می کند. آسیب های درمان با این دسته ی دارویی شامل افزایش خطر کلستریدیوم دیفیسیل، شکستگی مفصل ران و اختلال در جذب ویتامین B۱۲ می باشد.

قبل از کاهش دوز دارو برای بیمار باید مطمئن شویم که بیمار دلایل قانع کننده ای برای ادامه ی مصرف دارو ندارد. از جمله ی این دلایل می توان موارد زیر را نام برد:

- ✓ مری بارت^{۲۳}
 - ✓ مصرف مزمن ضد التهاب های غیر استروئیدی (NSAID) با خطر خونریزی
 - ✓ ازوفازیت شدید
 - ✓ سابقه ی خونریزی زخم های دستگاه گوارش فوقانی
 - ✓ در برخی موارد افراد مسن همراه با مصرف مزمن داروهای ضد انعقاد یا کورتیکو استروئیدها
- گرچه شواهد محدودی در زمینه ی استراتژی های بهینه برای کاهش دوز این دسته دارویی وجود دارد؛ اما کاهش تدریجی دوز احتمالاً نسبت به قطع ناگهانی آن که می تواند با خطر هایپراسیدمی برگشتی همراه باشد، موثر تر است. یک راهکار منطقی برای کاهش دوز به شرح زیر می باشد:
- دارو را برای مدت ۲ تا ۴ هفته به صورت نصف دوز مصرف کرده و سپس دارو را قطع نمایید. برای بیمارانی که در حال مصرف کمترین دوز دارو هستند، مصرف دارو به صورت یک روز در میان می تواند کمک کننده باشد.
 - عود علائم بیماری (از جمله: سوزش سر دل، سوء هاضمه، بازگشت محتویات معده به مری و در مورد افرادی که قادر به تکلم نیستند: بی اشتها یا تحریک پذیری) در هفته ی ۴ و ۱۲ مورد پایش قرار بگیرد.

^{۲۳} Barrett's esophagus

- کنترل علائمی که به صورت گه گاه بروز می کند، می تواند بر اساس تقاضا و نیاز بیمار^{۲۴} با داروهای ضد رفلاکس (آنتی اسیدها، آنتاگونیست های رسپتور H₂ و یا مهار کننده های پمپ پروتون) و یا با مصرف روزانه ی آنتاگونیست های رسپتور H₂ درمان شود.
- درمان با مهار کننده های پمپ پروتون بر اساس نیاز بیمار، به عنوان روشی برای به حداقل رساندن مجموع داروی مصرفی توصیه شده است و با رضایت بالای بیماران همراه بوده است؛ اگرچه مکانیسم عملکرد دارو، برای مصرف نامنظم، مناسب نیست. همچنین آنتاگونیست های رسپتور H₂، می تواند جایگزین مهار کننده های پمپ پروتون شوند، گرچه در مقایسه با مصرف دوز های پایین مهار کننده های پمپ پروتون با خطر بیشتری برای عود علائم همراه است.
- در صورت پایدار بودن علائم و اختلال در فعالیتهای طبیعی، آزمایش هلیکو باکتر پیلوری و شروع مجدد مصرف مهار کننده های پمپ پروتون با کمترین دوز موثر، برای بیمار در نظر گرفته می شود.

۱۱ آنتی سایکوتیک ها برای درمان علائم رفتاری و روانی در بیماران مبتلا به دمانس یا برای بی خوابی

- از آنجایی که داروهای آنتی سایکوتیک خطر مرگ و میر در افراد مسن مبتلا به دمانس را افزایش می دهند، کار آزمایشی های بالینی، قطع مصرف دارو ها را در بیماران که علائم روانی و رفتاری پایدار و تثبیت شده دارند یا افرادی که با مصرف داروهای آنتی سایکوتیک بهبود نیافتند (در حالی که تشخیص داده می شود که این علائم اغلب ثبات ندارند و یا بدون مداخله در طول زمان تغییر می کنند)، در نظر گرفته است.
- قطع مصرف داروهای آنتی سایکوتیک در افراد مبتلا به دمانس ممکن است اثر قابل ملاحظه ایی بر روی علائم روانی و رفتاری نداشته باشد.
- گرچه شواهد بالینی کمی در حمایت از یک برنامه خاص برای کاهش تدریجی وجود دارد، اما یک استراتژی توصیه شده به شرح زیر می باشد:
- دوز دارو را هر یک تا دو هفته به ۲۵ درصد و سپس ۵۰ درصد و بعد از آن به ۷۵ درصد کاهش دهید و سپس دارو را قطع نمایید.
 - در هر مرحله بیمار را از نظر بروز عوارض مربوط به قطع دارو همچون بدتر شدن سایکوز، پرخاشگری یا توهم تحت پایش های مستمر قرار دهید.
 - راهکارهای رفتاری و محیطی برای کنترل علائم، به عنوان تکیه گاه اصلی درمان، می بایست در تمام مدت ادامه یابد.
 - بازگشت علائم می تواند با استفاده از جایگزین های غیر دارویی و یا شروع مجدد درمان دارویی با حداقل دوز موثر کنترل شود و همزمان پایش مستمر بیمار و در نظر گرفتن کاهش مجدد دوز دارو برای وی صورت گیرد.

در موارد درمان بی خوابی با دوز کم داروهای آنتی سایکوتیک، ممکن است نیاز به کاهش تدریجی دوز لازم نباشد، و بهتر است به طور ایده آل، علائم پایدار با راهکارهای رفتاری کنترل شود. قبل از در نظر گرفتن کاهش دوز برای سایر موارد مصرف این دسته دارویی، از جمله اسکیزوفرنی یا درمان کمکی در افسردگی های شدید بهتر است با متخصص مشورت شود.

^{۲۴} On-demand therapy

داروهای کاهش دهنده ی کلوگز

کاهش دوز این دسته ی دارویی می تواند در بیمارانی که احتمال بروز خطر با مصرف این داروها برای آنها بیشتر از منافع آنهاست، در نظر گرفته شود؛ از جمله بیماران مبتلا به چندین بیماری مزمن، نارسایی کلیوی، دمانس، افراد با امید به زندگی کم، افراد با سابقه ی افت قند خون، اختلال در توانایی حواس یا پاسخ به افت قند خون (به عنوان مثال در افرادی که همزمان از بتابلاکرها استفاده می کنند و یا دچار اختلال شناختی هستند)، یا مصرف کنندگان داروهایی که احتمال افت قند خون ناگهانی با آنها زیاد است (همچون انسولین، سولفونیل اوره ها)

در این راستا، ارتباط موثر با بیمار بسیار مهم است، زیرا که برای دهه ها به بیماران در خصوص اهمیت کنترل سختگیرانه توضیح داده شده و حالا پذیرش این موضوع که همان کنترل های سختگیرانه می تواند به جای مفید بودن، مضر باشد، برای آنها دشوار است. همچنین مهم است که بیمار با متخصصین غدد در ارتباط باشد.

هنگام کاهش دوز دارو، در بیمارانی که از چندین داروی کاهش قند خون استفاده می کنند، معمولا ترجیح داده می شود که در ابتدا روی کاهش دوز یا قطع دارویی تمرکز شود که بیشترین خطر بروز افت قند خون را دارد (از جمله انسولین، سولفوریل اوره ها).

در حالی که شواهد کمی در حمایت از راهکارهای خاص برای کاهش مصرف دارو وجود دارد، اما راهکارهای منطقی شامل موارد زیر می باشد:

- کاهش تدریجی دوز هر یک تا چهار هفته،
- روی آوردن به یک داروی ایمن تر
- یا در صورت عدم پیش بینی افت قند خون شدید؛ قطع ناگهانی دارو.

برای بیمارانی که از رژیم های ترکیبی به رژیم های ساده ی انسولین روی می آورند، گایدلاین های انجمن دیابت آمریکا^{۲۵} یک الگوریتم (الگوریتم ۱) پیشنهاد می کند.

بعد از ایجاد تغییر، به بیمار آموزش دهید که روزانه به مدت یک تا دو هفته از نظر بروز علائم افت قند خون شدید، خود را پایش نماید، که می تواند با ارزیابی علائمی همچون خستگی، تشنگی یا دفع ادرار بیش از حد صورت گیرد و معمولا اندازه گیری منظم قند خون از سر انگشتان برای بیمارانی که تاکنون چنین اندازه گیری هایی انجام ندادند، ضرورت ندارد. تغییر در سطح هموگلوبین A_{1c} ممکن است برای چندین ماه اتفاق نیافتد. شواهدی محدود حاکی از آن است که غالبا کاهش مصرف دارو کنترل قند خون را بدتر نمی کند.

^{۲۵} American Diabetes Association guidelines

بیماران دریافت کننده ی انسولین های ترکیبی

مصرف تنها ۷۰٪ از کل دوز به عنوان انسولین پایه در هنگام صبح

بیماران دریافت کننده ی انسولین پایه (انسولین طولانی اثر یا متوسط الاثر) و/ یا دریافت کننده ی انسولین قبل از وعده غذایی (کوتاه اثر یا سریع الاثر)

انسولین قبل از وعده ی غذایی

انسولین پایه

تغییر زمان مصرف از هنگام خواب به مصرف در صبح ها

- تنظیم دوز انسولین پایه بر اساس نتیجه ی اندازه گیری قند خون ناشتا از سر انگشتان در طول یک هفته.
- رنج هدف قند خون ناشتا: ۹۰-۱۵۰ mg/dL ؛ رنج هدف ممکن است بر اساس وضعیت کلی سلامتی بیمار و اهداف مراقبتی تغییر کند.

- اگر ۵۰٪ نتایج اندازه گیری قند خون ناشتا از سر انگشتان، بالای رنج هدف بود، دوز انسولین به اندازه ی ۲ واحد اضافه می شود.
- اگر بیش از ۲ نتایج اندازه گیری قند خون ناشتا از سر انگشتان در یک هفته کمتر از ۸۰ mg/dL باشد دوز انسولین به اندازه ی ۲ واحد کاهش می یابد.

اگر انسولین قبل از وعده ی غذایی > ۱۰ واحد/ دوز باشد:

- ۵۰٪ دوز انسولین کاهش می یابد و داروی غیر انسولینی به رژیم دارویی بیمار اضافه می شود.

کاهش دوز انسولین قبل از وعده ی غذایی و افزایش دوز داروی غیر انسولینی برای بیمار انجام می شود تا زمانی که انسولین قبل از وعده ی غذایی برای بیمار قطع شود.

اگر انسولین قبل از وعده ی غذایی ≥ 10 واحد/ دوز باشد:

- انسولین قبل از وعده ی غذایی قطع شده و دارو(های غیر انسولینی به رژیم دارویی بیمار اضافه می شود.

اضافه شدن داروهای غیر انسولینی:

- اگر $eGFR \geq 45$ mg/dL باشد، متفورمین را با دوز ۵۰۰ میلی گرم روزانه شروع کرده و هر دو هفته تا جایی که بیمار تحمل داشته باشد دوز افزایش می یابد.
- اگر $eGFR < 45$ mg/dL باشد و بیمار در حال دریافت متفورمین باشد یا قادر به تحمل متفورمین نباشد، از داروهای خط دوم استفاده می شود.

بر اساس شرایط بیمار تجویز دارو(های اضافی در نظر گرفته می شود):

- هر دو هفته، دوز انسولین تنظیم می شود و/ یا بر اساس انجام تست اندازه گیری قند خون از سر انگشتان قبل از وعده ی نهار و شام، داروهای پایین آورنده ی قند خون تجویز می شود.
- رنج هدف قند خون قبل از وعده ی غذایی: ۹۰-۱۵۰ mg/dL ؛ رنج هدف ممکن است بر اساس وضعیت کلی سلامتی بیمار و اهداف مراقبتی تغییر کند.
- اگر در طول دو هفته ۵۰٪ نتایج اندازه گیری قند خون قبل از وعده ی غذایی از سر انگشتان، بالای رنج هدف بود، دوز دارو اضافه می شود و یا داروی دیگر به رژیم دارویی اضافه می شود.
- اگر بیش از ۲ نتایج اندازه گیری قند خون قبل از وعده ی غذایی از سر انگشتان در یک هفته کمتر از ۹۰ mg/dL باشد دوز دارو کاهش می یابد.

الگوریتم ۱. ساده سازی رژیم درمانی انسولین

نکات تکمیلی الگوریتم:

- از انسولین های کوتاه اثر در هنگام قبل از خواب استفاده نشود.
- هنگام تنظیم دوز انسولین قبل از وعده ی غذایی ممکن است از مقیاس اسلایدینگ استفاده شود یعنی:
 - ✓ اگر قند خون قبل از وعده ی غذایی $< 250 \text{ mg/dL}$ باشد، ۲ واحد انسولین کوتاه اثر یا سریع الاثر تجویز می شود.
 - ✓ اگر قند خون قبل از وعده ی غذایی $< 350 \text{ mg/dL}$ باشد، ۴ واحد انسولین کوتاه اثر یا سریع الاثر تجویز می شود.
- در صورتی که به صورت روزانه نیاز نبود، مقیاس اسلایدینگ متوقف می شود.

مهیار کننده های کولین استراز و ممانتین

تصمیم گیری در مورد مصرف مهیار کننده های کولین استراز و ممانتین به دلیل نامشخص بودن اثرات مفید این داروها بر روی بیماران مصرف کننده، می تواند بسیار چالش برانگیز باشد. کاهش مصرف دارو می بایست در بیماران زیر در نظر گرفته شود:

- بیمارانی که شواهدی از موارد مصرف اثبات شده (به عنوان مثال اختلال شناختی خفیف) ندارند.
 - در بیمارانی که به مدت طولانی دارو را مصرف کردند و با دوره های بدتر شونده ی قابل توجهی در شناخت و/ یا عملکردشان و یا عدم فایده ی درمان در آنها همراه بوده است.
 - در بیمارانی با دمانس شدید و در مراحل انتهایی
- دلایل دیگر برای کاهش مصرف دارو، شامل عوارض جانبی این دارو ها (به عنوان مثال، سنکوب، مشکلات گوارشی یا کاهش وزن با مهیار کننده های کولین استراز) و احتمالاً برانگیختگی شدید (با توجه به برخی شواهد که مهیار کننده های کولین استراز می توانند این علائم را بدتر کنند) می باشد. کارآزمایی های بالینی تصادفی نشان داده اند که افرادی که مصرف مهیار کننده های کولین استراز را قطع می کنند، به طور متوسط از نظر بالینی به طور معناداری عملکرد شناختی در آنها بدتر شده و بروز احتمالی عصبی-روانی در مقایسه با افرادی که مصرف این دارو ها را ادامه می دهند، محتمل تر است، اگر چه در ارزیابی جهانی از نظر تغییر یا کیفیت زندگی هیچ تفاوتی بین گروه ها وجود ندارد.

نتایج این کار آزمایی ها ممکن است برای همه ی افراد مبتلا به دمانس خصوصا افراد مسن، افرادی که در آسایشگاه ها نگه داری می شوند و یا افرادی که مبتلا به چندین بیماری دیگر هستند، قابل تعمیم نباشد. بهتر است تا کاهش مصرف مهیار کننده های کولین استراز و ممانتین از طریق تصمیم گیری مشترک با بیمار، مراقبین و خانواده ی بیمار صورت گیرد. بعد از تصمیم گیری در مورد کاهش مصرف دارو، با وجود اطلاعات کم در مورد راهکارهای قطع دارو، موارد زیر پیشنهاد می شود:

- کاهش تدریجی دوز دارو با تاکید بر پایش مستمر علائم شناختی، عملکردی و روانی-عصبی؛ زیرا در گزارشات موردی نشان داده شده که بروز واکنش های شدید ناشی از قطع دارو می تواند در اثر قطع ناگهانی مهیار کننده های کولین استراز و ممانتین اتفاق بیافتد. کاهش تدریجی می بایست به صورت نصف کردن دوز هر چهار هفته تا کمترین دوز از فرمولاسیون های موجود در بازار و سپس قطع دارو انجام شود؛ در مورد فرمولاسیون داروهایی که به آسانی قابل نصف کردن نیستند، کاهش گام به گام با دوز های موجود منطقی است.
- بهتر است پایش دارو به صورت چهار هفته بعد از هر کاهش دوز یا در افراد که در معرض خطر بیشتری برای بروز عوارض جانبی مربوط به قطع دارو هستند، به صورت یک تا دو هفته بعد از کاهش دوز دارو برای بیمار صورت گیرد.

- اگر در هفته ی اول بعد از کاهش دوز یا قطع دارو، تغییرات روانی-عصبی قابل توجهی (همچون تحریک پذیری، پرخاشگری، توهم یا کاهش هوشیاری) رخ دهد، ممکن است به این معنی باشد که یک ADWR، اتفاق افتاده است و دوز قبلی باید مجدداً بلافاصله شروع شود. بعد از تثبیت، منطقی است که کاهش دوز به صورت تدریجی تر برای بیمار انجام شود.
- اگر علائم شناختی، رفتاری و روانی-عصبی، تقریباً طی دو تا شش هفته بروز پیدا کند، این می تواند به این معنا باشد که مصرف دارو برای بیمار، با مزایایی همراه است و بهتر است شروع مصرف دارو با همان دوز قبلی برای بیمار در نظر گرفته شود (مگر اینکه دلیل مشخص دیگری برای بروز این علائم وجود داشته باشد، برای مثال عفونت دستگاه ادراری یا شروع یک داروی سایکو تروپیک دیگر برای بیمار).
- اگر بروز این علائم بین ۶ تا ۱۲ هفته اتفاق بیافتد، می تواند نشان دهنده ی هر یک موارد بالا یا پیشرفت بیماری زمینه ایی بیمار باشد.

📌 ضد افسردگی ها

بروز علائم، به دنبال قطع ناگهانی دارو های ضد افسردگی رایج است و شامل علائمی همچون بی خوابی، افزایش اضطراب و علائم شبه آنفولانزا می باشد. اگرچه علائم مربوط به قطع ناگهانی دارو اغلب در طی یک تا دو هفته برطرف می شود، اما همچنین می توانند برای هفته ها و ماهها پایدار بمانند؛ بنابراین برای تشخیص افتراق بین علائم مربوط به قطع ناگهانی دارو و بازگشت بیمار به شرایطی که قبلاً از داروهای ضد افسردگی استفاده می کرده است، بیماران می بایست تحت پایش قرار گیرند. بروز علائم مربوط به قطع دارو می تواند با کاهش تدریجی دوز دارو در طی چند هفته کاهش یابد، هر چند که شواهد محدودی به عنوان راهنما در مورد برنامه ی دقیق کاهش دوز وجود دارد.

📌 داروهای ضد فشار خون

رنج هدف فشار خون، برای افراد مسن مورد بحث است و همچنان تحت بررسی در مطالعات قرار دارد. قطع داروهای ضد فشار خون می تواند زمانی که فشار خون بیمار زیر رنج هدف باشد و عین حال بیمار در معرض عوارض جانبی و تداخلات دارویی قرار داشته باشد و ترجیح بدهد تا مصرف این دسته دارویی را قطع نمایید، در نظر گرفته شود. در یک مقاله مروری سیستماتیک، ۴۰ درصد افراد مورد مطالعه، یک سال بعد از قطع یک داروی ضد فشار خون، فشار خون طبیعی داشتند.

در برخی موارد داروهای ضد فشار خون ممکن است به طور ناگهانی قطع شود. استثنائات مهم شامل بتا بلاکر ها و کلونیدین می باشد که باید به تدریج کاهش یابد:

قطع ناگهانی داروی کلونیدین می تواند منجر به بروز پرفشاری خون برگشتی شدید و قطع ناگهانی بتا بلاکر ها منجر به بروز پرفشاری خون برگشتی، تاکی کاردی و علائم مربوط به ایسکمی میوکارد حتی در افراد بدون بیماری های قلبی شناخته شده، شود. (در خبرنامه ی شماره ی ۶۱ به تفصیل در مورد قطع داروهای ضد فشار خون در افراد با فشار خون تحت کنترل پرداخته شده است).

منابع: UpToDate

معرفی داروهای جدید



معرفی داروی آزلاستین (بینی)

اطفال:

رینیت آلرژیک مزمن:

- نوزادان ≤ 6 ماهه و کودکان کمتر از 6 سال: محلول 0.1 درصد: یک اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز
- کودکان 6 ساله تا کمتر از 12 سال: محلول 0.1 یا 0.15 درصد: یک اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز
- کودکان ≤ 12 سال و نوجوانان: محلول 0.15 درصد: دو اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز

رینیت آلرژیک فصلی:

- کودکان 2 تا >6 سال: محلول 0.1 درصد: یک اسپری در هر سوراخ بینی به صورت روزی دو بار
- کودکان 6 تا >12 سال: محلول 0.1 یا 0.15 درصد: دو بار در روز 1 اسپری در هر سوراخ بینی
- کودکان ≤ 12 سال و نوجوانان: محلول 0.1 درصد: 1 یا 2 اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز
- ✓ محلول 0.15 درصد: 1 یا 2 اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز
- ✓ محلول 0.15 درصد: 1 یا 2 اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز یا 2 اسپری در هر سوراخ بینی یک بار در روز

رینیت وازوموتور: داخل بینی: کودکان ≤ 12 سال و نوجوانان: محلول 0.1٪: 2 اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز

سالمندان: مطابق دوز بزرگسالان

نارسایی کبدی و کلیوی: در بروشور شرکت سازنده هیچ گونه تنظیم دوز مطرح نشده است.

نحوه مصرف:

داخل بینی: قبل از شروع استفاده از اسپری بینی، با زدن 4 اسپری از (محلول 0.1 درصد آزلاستین) یا 6 اسپری از (محلول 0.15 درصد) یا تا زمان ظهور غبار ریز دارو، اسپری باید آماده سازی شود.

دسته دارویی: آنتاگونیست گیرنده هیستامینی H₁، نسل دوم

اشکال دارویی: محلول نازال بصورت هیدروکلراید: 137 میکروگرم در هر اسپری (30 میلی لیتر)؛ 0.1 درصد (30 میلی لیتر)؛ 0.15 درصد (30 میلی لیتر)

موارد مصرف:

- رینیت آلرژیک سالانه: در بزرگسالان و کودکان 6 ماهه و بالاتر
- رینیت آلرژیک فصلی: در بزرگسالان و کودکان ≤ 2 سال (محلول 0.1 و 0.15 درصد) و در بچه های ≤ 5 سال محلول آزلاستین 0.1 درصد
- رینیت وازوموتور: محلول آزلاستین 0.1 درصد: بهبود علائم رینیت وازوموتور در بزرگسالان و کودکان ≤ 12 سال

مقدار مصرف

بزرگسالان:

رینیت آلرژیک سالانه: داخل بینی: محلول 0.15 درصد: دو اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز

رینیت آلرژیک فصلی: داخل بینی: محلول 0.1 یا 0.15 درصد: یک یا دو اسپری از محلول 0.1 درصد در هر سوراخ بینی دو بار در روز، و یا 2 اسپری از محلول 0.15 درصد در هر سوراخ بینی یک بار در روز

رینیت وازوموتور: محلول آزلاستین 0.1 درصد: دو اسپری در هر سوراخ بینی دو بار در روز

اگر ۳ روز یا بیشتر از آخرین استفاده از آن گذشته باشد، باید با زدن ۲ اسپری یا تا زمانی که غبار ریز دارو ظاهر شود، آماده سازی دستگاه انجام گردد.

سوراخ های بینی را با فین کردن ملایم پاک کنید. هنگام اسپری کردن سر را به سمت پایین متمایل نگه دارید. اپلیکاتور را در سوراخ بینی قرار دهید، بطری را به حالت ایستاده به سمت بالا نگه دارید و سوراخ بینی دیگر را ببندید. نوک اسپری را به سمت انتهای بینی هدایت کنید. از طریق بینی نفس بکشید. هنگام استنشاق، پمپ را فشار دهید تا اسپری آزاد شود. در هر دو سوراخ بینی اسپری بزنید. بعد از هر بار استفاده، نوک اسپری را با دستمال یا پارچه تمیز پاک کنید. از پاشیدن دارو به چشم یا دهان خودداری کنید. پس از استفاده سر را به عقب متمایل نکنید.

عوارض جانبی:

عوارض جانبی ممکن است وابسته به دوز، مورد مصرف و یا وابسته به محصول باشد.

بالای ۱۰ درصد:

- سیستم عصبی مرکزی: احساس طعم تلخ، سردرد، خواب آلودگی
- عفونت: علائم سرماخوردگی
- تنفسی: تشدید رینیت، سرفه

۲ تا ۱۰٪:

- سیستم عصبی مرکزی: دیسستزی، گیجی، خستگی
- پوستی: درماتیت تماسی
- غدد درون ریز و متابولیک: افزایش وزن
- گوارشی: طعم بد در دهان، تهوع، خشکی دهان، استفراغ
- عفونت: عفونت سیستم تنفسی فوقانی
- عضلانی-اسکلتی: درد عضلانی
- چشمی: ملتحمه
- گوشی: اوتیت مدیا
- تنفسی: خون دماغ، آسم، سینوزیت، احساس سوزش بینی، فارنژیت، احساس ناراحتی در بینی، عطسه، زخم در بینی، زخم مخاط بینی، درد گلو و حنجره
- متفرقه: تب

کمتر از ۲ درصد:

- قلبی-عروقی: گرگرفتگی، پرفشاری خون، تکی کاردی
- سیستم عصبی مرکزی: افکار غیر عادی، اضطراب، اختلال شخصیت، افسردگی، هیپوستزی، احساس ناخوشی، بی قراری، اختلال خواب، سرگیجه
- پوستی: اگزما، فولیکولیت، فورونکولوز(دمل)
- غدد درون ریز و متابولیک: آلبومینوری، آمنوره
- گوارشی: دردشکمی، اختلال چشایی، آفت، یبوست، اسهال، گاستروانتریت، ورم زبان، افزایش اشتها، درد دندان
- ادراری-تناسلی: هماچوری، درد پستان
- کبدی: افزایش سطح سرمی Alt
- واکنش های افزایش حساسیت: واکنش های حساسیتی
- عفونت: عفونت هرپس سیمپلکس، عفونت ویروسی
- عصبی-عضلانی، اسکلتی: درد کمر، جا به جایی مفصل
- تمپورومانندیولار، هایپرکینزی، درد اندام ها، آرتريت روماتوئید
- چشمی: درد چشم، آبریزش چشم
- کلیوی: پر ادراری
- تنفسی: برونشیت، برونکواسپاسم، لارنژیت، احتقان بینی، ترشحات سینوسهای پاراناژال، تنگی نفس شبانه
- پاروکسیسمال، ترشحات پشت حلق، گلو درد
- متفرقه: زخم و برش پوستی

کمتر از یک درصد و گزارش های موردی از عوارض جانبی پس

از ورود به بازار دارویی:

تغییر حس بویایی، واکنش آنافیلاکسی، آنوسمی، تحریک محل استفاده، فیبریلاسیون دهلیزی، تاری دید، درد قفسه سینه، گیجی، ایجاد تحمل به دارو، تنگی نفس، ورم صورت، افزایش ترانس آمینازهای سرم، بی خوابی، اسپاسم عضلانی، زخم های بینی، تپش قلب، پارستزی، خارش، بثورات جلدی، احتباس ادرار، اختلال بینایی، خشکی چشم

منع مصرف: در بروشور شرکت سازنده هیچ گونه منع مصرفی ذکر نشده است.

هشدار و احتیاط مصرف:

نگرانی های مربوط به عوارض جانبی:

تضعیف CNS: ممکن است باعث تضعیف سیستم عصبی مرکزی شود، که ممکن است توانایی های جسمی یا ذهنی را مختل کند. بیماران باید در مورد انجام کارهایی که نیاز به هوشیاری ذهنی دارند احتیاط کنند (به عنوان مثال، کار با ماشین آلات یا رانندگی).

مسائل مربوط به دارودرمانی همزمان:

ممکن است تداخلات قابل توجهی وجود داشته باشد که نیاز به تنظیم دوز یا فرکانس مصرف، مانیتورینگ بیشتر و / یا انتخاب روش درمانی جایگزین باشد.

اثرات مربوط به متابولیسم:

سوپسترای CYP1A2 (جزئی)، CYP2C19 (جزئی)، CYP2D6 (جزئی)، CYP3A4 (جزئی)

تداخلات دارویی:

- الکل (اتیل): ممکن است اثر مهارکنندگی CNS آزلاستین را افزایش دهد. خطر X: از مصرف همزمان اجتناب شود.
- تضعیف کننده های CNS: ممکن است اثر مهارکنندگی CNS آزلاستین را افزایش دهد. خطر X: از مصرف همزمان اجتناب شود.

ملاحظات بارداری: افزایش خطر پیامدهای نامطلوب بارداری مشاهده نشده است. با این حال، اطلاعات مربوط به استفاده از آزلاستین بینی در بارداری محدود است. استفاده از عوامل دیگر برای درمان رینیت آلرژیک در زنان باردار ممکن است ترجیح داده شود.

ملاحظات شیردهی: مشخص نیست که آزلاستین به دنبال مصرف داخل بینی در شیر مادر ترشح می شود یا خیر. شرکت سازنده توصیه می کند هنگام تجویز آزلاستین (بینی) به زنان شیرده احتیاط شود. در تصمیم گیری برای شیردهی در طول درمان باید خطر قرار گرفتن نوزاد در معرض دارو، مزایای شیردهی به نوزاد و مزایای درمان برای مادر در نظر گرفته شود.

مکانسیم اثر: با هیستامین برای نشستن بر روی گیرنده های H₁ بر روی سلول های افکتور رقابت می کند و آزاد شدن هیستامین و سایر مدیاتورهای دخیل در پاسخ آلرژیک را مهار می کند؛ زمانی که داخل بینی استفاده شود واکنش های بیش از حد مجاری تنفسی را کاهش می دهد، تحرک مژک های اپیتلیال برونش را افزایش داده و باعث تسهیل حرکت ترشحات مخاطی می گردد.

فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک:

شروع اثر: ۱۵ الی ۳۰ دقیقه، ماکسیم اثر: ۳ ساعت بعد مصرف

طول اثر: ۱۲ ساعت

حجم توزیع: ۱۴.۵ لیتر بر کیلوگرم

اتصال به پروتئین:

• آزلاستین: ~ ۸۸٪

• دزمتیل آزلاستین: ~ ۹۷٪

متابولیسم: کبدی از طریق CYP؛ متابولیت فعال، دزمتیل آزلاستین

فراهمی زیستی: ~ ۴۰٪

نیمه عمر حذف:

• آزلاستین:

✓ ۲۲ ساعت (محلول ۰.۱٪)

✓ ۲۵ ساعت (محلول ۰.۱۵٪)

• دزمتیل آزلاستین:

✓ ۵۲ ساعت (محلول ۰.۱٪)

✓ ۵۷ ساعت (محلول ۰.۱۵٪)

زمان رسیدن به پیک پلاسمایی:

• ۲ تا ۳ ساعت (محلول ۰.۱٪)

• ۳ تا ۴ ساعت (محلول ۰.۱۵٪)

دفع: از طریق مدفوع (~۷۵٪، >۱۰٪ بصورت داروی تغییر نکرده)

حذف: ۰.۵ لیتر بر ساعت بر کیلوگرم

منبع: up to date

تازه های کووید-۱۹

نویدبخش فرصتی امیدوار کننده برای واکسیناسیون همزمان است.

در همه گروه‌های مورد مطالعه عوارض جانبی واکسن (چه عوارض سیستمیک و چه عوارض محل تزریق) خفیف و جزئی بود. فقط تعداد کمی از افراد واکنش دیده شده دچار عوارضی از جمله درد و حساسیت در ناحیه تزریق و دردهای عضلانی شدند. عوارض محل تزریق در عرض ۱ الی ۲ روز برطرف شدند در حالی که عوارض سیستمیک در هر دو گروه تقریباً یک روز طول کشید. موارد بروز عوارض شدید و خطرناک در هر دو گروه بسیار پایین بود.

ایمنی زایی واکسن آنفلوانزا در هنگام تجویز همزمان با واکسن کرونا حفظ شد در حالی که کاهش نسبی ایمنی در واکسن NVX-CoV2373 دیده شد. اثر واکسن در مطالعه مرتبط با تزریق همزمان دو واکسن ۸۷/۵٪ (۹۸.۴، -۰.۲ CI: ۹۵٪) بود در حالی که اثربخشی علیه کووید-۱۹ در مطالعه فاز ۳ بالینی ۸۹.۸٪ (۹۵.۵، ۷۹.۷ CI: ۹۵٪) ارزیابی شده بود. با وجود کاهش ایمنی با واکسیناسیون همزمان، سطح آنتی بادی ضد پروتئین اسپایک در خون افراد واکنش دیده شده بیش از ۳ برابر سطح این پروتئین در سرم افرادی بود که به کرونا مبتلا شده و بهبود یافته بودند.

NVX-CoV2373 یک واکسن مبتنی بر پروتئین است که از ردیف ژنتیکی اولین سویه SARS-CoV-2، ویروسی که باعث بیماری کووید-۱۹ می شود، مهندسی شده است. NVX-CoV با استفاده از فناوری نانوذرات نوترکیب برای تولید آنتی ژن مشتق شده از پروتئین اسپایک ویروس کرونا تولید شده و با Matrix-Med که فرآورده ساپونینی برای افزایش اثربخشی واکسن است، همراه شده است. NVX-CoV حاوی آنتی ژن پروتئین خالص است و نه می تواند تکثیر شود و نه می تواند باعث ایجاد کووید-۱۹ شود.

نتایج مثبت اولین مطالعه تزریق همزمان واکسن آنفلوانزا و واکسن کووید-۱۹



Novavax، یک شرکت بیوتکنولوژی است که در حال تولید واکسن‌های نسل جدید برای بیماری‌های جدی عفونی است. این شرکت امروز داده‌های اولین مطالعه مشترک در مورد یک واکسن مورد مطالعه کرونا و یک واکسن آنفلوانزا تایید شده [واکسن آنفلوانزای فصلی سه ظرفیتی (aTIV) یا واکسن آنفلوانزای فصلی چهار ظرفیتی مبتنی بر سلول (QIVc)] را منتشر کرد. یافته‌ها نشان می دهد واکسیناسیون همزمان ممکن است یک استراتژی ایمن سازی مناسب باشد. علاوه بر این، محافظت انجام شده توسط واکسن مورد مطالعه با مطالعه اصلی به ترتیب ۸۷.۵ و ۸۹.۸ درصد مطابقت داشت.

به عنوان بخشی از آزمایش بالینی فاز ۳

[Novavax NVX-CoV2373]، واکسن کووید-۱۹ نوترکیب مبتنی بر پروتئین نانوذرات که در انگلستان انجام شد، ۴۳۱ داوطلب به هدایت محققان دانشگاه و بیمارستان سنت جورج لندن، همگی یک

واکسن آنفلوانزای فصلی تایید شده را دریافت کردند، که تقریباً نیمی از این شرکت کنندگان با NVX-CoV2373 نیز واکنش شدند در حالی که بقیه دارونما دریافت کردند. این مطالعه نشان داد که تاثیر واکسن در افرادی که هر دو واکسن را دریافت می کنند در مقایسه با اثر واکسن در افراد واکنش دیده شده با NVX-CoV2373 به تنهایی، حفظ شده بود.

با نزدیک شدن به فصل بعدی شیوع آنفلوانزا، هنوز بسیاری از افراد واکسیناسیون کرونا خود را کامل نکرده‌اند. ویزیت های جداگانه به مراکز درمانی برای دریافت هر یک از این واکسن‌ها مشکل ساز خواهد بود. مطالعه انجام شده اولین مطالعه بالینی برای ارزیابی ایمنی و اثر بخشی واکسن کووید-۱۹ در صورت استفاده همزمان با واکسن آنفلوانزای فصلی بوده و نتایج آن



انجام هرگونه فعالیتی که با حرارت، جرقه، برق یا شعله در ارتباط است اطمینان حاصل کنید که دستان شما کاملاً خشک و بخارات الکل پاک شده اند.

فرآورده‌های ضد عفونی‌کننده دست و سایر داروهای OTC و داروهای تجویز شده را دور از دید و دسترس کودکان نگهداری کنید. بلع حتی مقدار کمی ضد عفونی‌کننده دست می‌تواند باعث مسمومیت با الکل در کودکان شود.

کادر بهداشت و درمان نیز باید از محلول ضد عفونی‌کننده دست در محلی که دارای تهویه مناسب است، استفاده کنند؛ به ویژه که این افراد در طول روز به کرات از این فرآورده‌ها استفاده می‌کنند.

FDA گزارشات احتمالی در خصوص این فرآورده‌ها را بررسی کرده است. علائم گزارش شده شامل سردرد، حالت تهوع و سرگیجه می‌باشد که احتمالاً به دلیل بخارهای حاصل از ماده ضد عفونی‌کننده دست و به طور بالقوه ناشی از قرار گرفتن در معرض این بخارات در فضاهای بسته است.

در میان گزارشات FDA از اول ژانویه ۲۰۱۰ تا ۳۱ دسامبر سال ۲۰۲۰، ۵۰ مورد از عوارض جانبی جدی پس از استفاده از ضد عفونی‌کننده‌های دست بر پایه الکل شناسایی شده‌اند که همه این موارد پس از مارس ۲۰۲۰ و همزمان با افزایش چشمگیر استفاده از ضد عفونی‌کننده‌های دست در طی همه گیری کرونا گزارش شده است؛ بیشتر این ۵۰ مورد، در بزرگسالان و چهار مورد در کودکان بوده است.

بین ۱ ژانویه ۲۰۱۸ و ۳۱ دسامبر ۲۰۲۰ در میان تماس‌های مرکز کنترل سموم در ایالات متحده، ۲۹۹ مورد از مواجهه پوستی و استنشاقی با ضد عفونی‌کننده‌های الکلی گزارش شده که منجر به علائم بالینی شده است. تعداد مواجهات پس از مارس ۲۰۲۰ و شدت گیری همه‌گیری به طور قابل توجهی افزایش یافت. بیشتر موارد در بین بزرگسالان بود، در حالی که کودکان زیر ۵ سال، ۱۲ درصد موارد را تشکیل می‌دادند.

در مطالعات پیش بالینی، واکسن سبب تولید آنتی بادی‌هایی شده که از اتصال پروتئین اسپایک ویروس به گیرنده‌های سلولی جلوگیری کرده و مانع از عفونت می‌شوند. واکسن در آزمایش بالینی فاز ۲/۱ به طور کلی قابل تحمل بود و پاسخ قوی آنتی بادی را به همراه داشت.

NVX-CoV2373 در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی‌گراد نگهداری شده و پایدار است. به این ترتیب، امکان توزیع آن در زنجیره تأمین واکسن موجود فراهم است. واکسن در ویال‌های ۱۰ دوزی آماده مصرف بسته بندی شده است.

۱۴ ژوئن ۲۰۲۱

منبع خبر: drugs.com

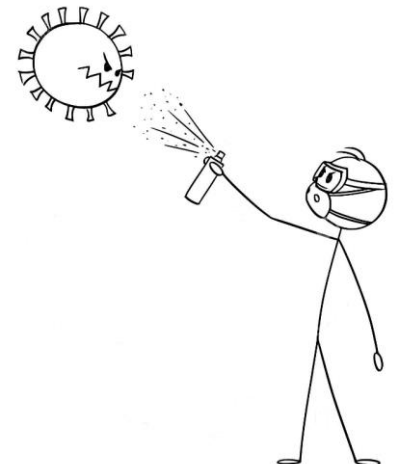
هشدار در مورد عوارض جانبی بخارات ناشی از ضد عفونی‌کننده‌های دست بر پایه الکل



سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) هشدار می‌دهد که علائمی مانند سردرد، حالت تهوع و سرگیجه می‌تواند پس از استفاده از ضد عفونی‌کننده‌های الکلی دست ایجاد شود. این علائم احتمالاً به دلیل بخار حاصل از ضد عفونی‌کننده‌ها، به ویژه در صورت قرار گرفتن در فضاهای بسته یا مکان‌هایی با گردش هوای ضعیف رخ می‌دهد. از زمان شروع همه‌گیری کرونا، موارد فزاینده‌ای در خصوص این عوارض جانبی گزارش شده است. بیشتر افراد اثرات جزئی و خفیفی را تجربه کردند. با این حال، برخی موارد نیاز به پیگیری پزشکی داشتند.

این فرآورده‌ها باید در محیط‌هایی که دارای تهویه مناسب هستند، استفاده شوند.

اگر از مواد ضد عفونی‌کننده دست در یک مکان بسته مانند اتومبیل استفاده می‌کنید، پنجره‌ای را باز کنید تا تهویه هوا بهتر شود. قبل از



این خبرگزاری گزارش داد، بیش از ۲۰ میلیون نوجوان و جوان در ایالات متحده علیه کووید-۱۹ واکسینه شده اند. اگرچه نادر است، اما ۳۰۰ مورد بیش از حد انتظار برای این گروه سنی است.

قرار است گروه مشاورین واکسن CDC، به نام کمیته مشورتی رویه های ایمن سازی (ACIP)، با برگزاری جلسه ای اضطراری در مورد موارد میوکاردیت و پریکاردیت صحبت کند.

کمیته در مورد آخرین تحقیقات و داده های ایمنی و همچنین یک ارتباط بالقوه بین موارد التهاب قلب و واکسن های Pfizer و Moderna بحث خواهد کرد. با این حال انتظار نمی رود این گروه تغییری در توصیه های فعلی واکسیناسیون کووید-۱۹ خود ایجاد کند.

در اواخر می ۲۰۲۱، CDC پس از واکسیناسیون کووید-۱۹ گزارش های نادر از میوکاردیت را بررسی کرد. به نظر می رسد این موارد در مردان بیشتر از زنان و بیشتر پس از تزریق دوز دوم واکسن Moderna و Pfizer اتفاق می افتد.

CDC از پزشکان خواسته است تا بیمارانی را که پس از واکسیناسیون علائم میوکاردیت یا پریکاردیت دارند، جستجو و به این مرکز گزارش دهند.

علائم شامل تب، خستگی، درد قفسه سینه و تنگی نفس است. بیشتر موارد تاکنون خفیف بوده است.

اکثریت قریب به اتفاق موارد با استراحت و درمان های حمایتی کاملاً بهبود پیدا کرده اند.

۱۸ ژوئن ۲۰۲۱

منبع خبر: Medscape

بیشتر افراد اثرات جزئی وخفیفی را تجربه کردند. با این حال، برخی موارد نیاز به پیگیری پزشکی پیدا کردند.

درباره ضدعفونی کننده های دست:

مواد ضدعفونی کننده دست توسط FDA به عنوان محصولات دارویی بدون نسخه (OTC) دسته بندی می شوند.

ضدعفونی کننده های دست به کاهش تعداد باکتری های دست کمک می کنند و در صورت عدم دسترسی به آب و صابون مورد استفاده قرار می گیرند. آنها روی پوست می مانند تا خشک شوند و نیازی به شستشو با آب ندارند.

بسیاری از مواد ضد عفونی کننده دست حاوی الکل (مانند اتانول)، به عنوان ماده موثره هستند.

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری ها (CDC) استفاده از ضد عفونی کننده دست بر پایه الکی که حاوی حداقل ۶۰ درصد الکل باشد را در صورت عدم دسترسی به آب و صابون مجاز دانسته است.

ضد عفونی کننده های دست همه انواع میکروب ها را کاهش نمی دهند، هنگامی که دست ها به وضوح کثیف یا چرب هستند عملکرد خوبی نداشته و ممکن است مواد شیمیایی مضر را از بین نبرند.

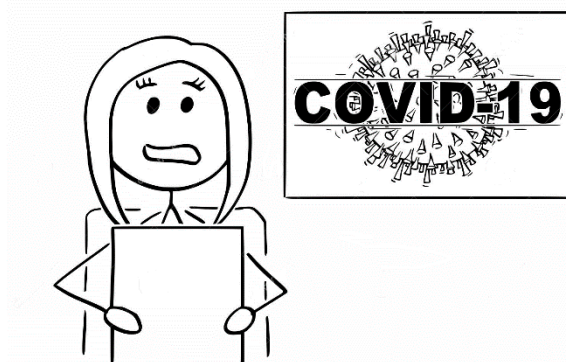
۱۶ ژوئن ۲۰۲۱

منبع خبر: سازمان غذا و داروی آمریکا

گزارش بیش از ۳۰۰ مورد التهاب قلب پس از واکسیناسیون علیه کووید-۱۹



به گزارش NBC News، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری های ایالات متحده (CDC) گزارشی در مورد بیش از ۳۰۰ مورد التهاب قلب در جوانان پس از واکسیناسیون علیه کووید-۱۹ دریافت کرده است.





- ۵ تیر (۲۶ ژوئن) روز جهانی مبارزه با مواد مخدر ✓
- ۵ تا ۱۲ تیر (۲۱ تا ۲۷ ژوئن) هفته ی مبارزه با مواد مخدر ✓
- ۷ تیر (۲۷ ژوئن) روز مشاوره و آزمایش HIV ✓
- ۱۵ تیر (۶ جولای) روز جهانی بیماری های قابل انتقال
بین حیوان و انسان ✓
- ۲۰ تیر (۱۱ جولای) روز جهانی جمعیت و تنظیم خانواده ✓

همکاران این شماره:

دکتر مژگان مشایخی
دکتر فاطمه دولت آبادی
دکتر رومینا محمدی
دکتر هستی فوتوگرافی

مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان

موارد مصرف

مصرف در شیردهی

مصرف در بارداری

تداخل دارویی

شرایط نگهداری

نحوه مصرف

مسمومیت دارویی

عوارض مصرف



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان
دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱۰۱۲۸

پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

DPIC

(DRUG AND POISON INFORMATION CENTER)

