

# خبرنامه مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

آنچه در این شماره می خوانید:

✓ مروری بر نکات دارودرمانی رفلکس مری به معده

✓ تازه های علمی-دارویی

✓ سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان

✓ توصیه های داروساز در مورد شب‌اداری کودکان

✓ تازه های کووید-۱۹

راه های ارتباطی با مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان:



[www.13abanpharmacy.tums.ac.ir](http://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 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
- تهیه خبرنامه دارویی
- برگزاری سمینار با امتیاز بازآموزی
- جمع آوری، تجزیه و تحلیل یافته‌های مراکز اطلاع رسانی دارو و سموم

پاسخگوی  
سؤال‌های  
علمی دارویی



۸۲۱۰۱

شماره تلفن:

سایت: [www.13abanpharmacy.tums.ac.ir](http://www.13abanpharmacy.tums.ac.ir)

تلفن مشاوره دارویی: (خط ۳۰) 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 نکات دارودرمانی بیماری رفلاکس مری به معده بر اساس گایدلاین انجمن گوارش آمریکا

بیماری رفلاکس مری به معده از مشکلات شایع جمعیت بوده که بیشتر در افراد با سن بالای ۴۰ سال مشاهده می‌شود. در صورتی که بیمار علائم هشدار شامل کاهش وزن قابل توجه، مشکل یا درد در بلع، آنمی و یا خونریزی نداشته باشد، می‌توان این بیماری را با مصرف موقت دارو کنترل کرده و بر این اساس تشخیص را نیز تأیید کرد. در صورت وجود علائم هشدار نیاز به آندوسکوپی و ارزیابی تشخیصی وجود دارد. در این مقاله در مورد دارودرمانی موارد معمول این بیماری صحبت شده و نکات مرتبط با گایدلاین اخیر انجمن گوارش آمریکا ارائه شده است.

مدیریت کارآمد بیماری رفلاکس مری به معده (GERD<sup>1</sup>) نیازمند یک رویکرد چندوجهی است که در آن تظاهرات بالینی بیمار، یافته‌های آندوسکوپی و ناهنجاری‌های فیزیولوژیکی بیمار در انتخاب مدیریت درمان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. تصمیم‌گیری در خصوص روند درمان ممکن است بسته به نوع و اندازه فتق هاتیال، وجود یا عدم وجود ازوفازیت خورنده (EE<sup>2</sup>)، سندرم بارت در مری، شاخص توده بدنی (BMI<sup>3</sup>) و ناهنجاری‌های پاتولوژیک چون گاستروپارزی یا عدم انقباض/تحرک کافی عضلات گوارشی متفاوت باشد. راهکارهای درمانی این اختلال در درجه اول اصلاح سبک زندگی است. در ادامه و در صورت عدم کنترل علائم، ممکن است نیاز به شروع دارودرمانی به ویژه با داروهایی که ترشح اسید معده را مهار می‌کنند، جراحی و مداخلات آندوسکوپیک نیز جزء راهکارهای درمانی هستند که در موارد مقاوم به درمان مد نظر قرار می‌گیرند. اصلاحات سبک زندگی شامل توصیه‌هایی برای اصلاح رژیم غذایی است (محتوا و زمان بندی رژیم غذایی)، وضعیت قرارگیری بدن در زمان مصرف غذا و هنگام خواب و مدیریت وزن بیمار می‌باشد.

جدول شماره ۱ به بررسی مصادیق این اصلاحات و سطح‌بندی شواهد علمی در خصوص هر مداخله پرداخته‌است.



<sup>1</sup>Gastroesophageal reflux disease

<sup>2</sup>Erosive esophagitis

<sup>3</sup>Body mass index

## ۱) اصلاح رژیم غذایی و سبک زندگی

توصیه‌های رایج سبک زندگی شامل موارد زیر می‌باشد:

- کاهش وزن برای افراد چاق و مبتلا به اضافه وزن
- افزایش ارتفاع قسمت فوقانی تخت خواب و بالا بردن سطح سر
- ترک دخانیات و الکل
- پرهیز از وعده‌های غذایی آخر شب و میان وعده‌های قبل از خواب
- دراز نکشیدن و دولا نشدن حین مصرف غذا و بعد از آن
- قطع مصرف غذاهایی که به‌طور بالقوه علائم رفلکس را تشدید می‌کنند مانند قهوه، شکلات، نوشابه‌های گازدار و غذاهای تند، غذاهای اسیدی مانند مرکبات و گوجه فرنگی و غذاهای با محتوای چربی بالا. این موارد بسته به شرایط بیمار متفاوت است و در صورتی که بیمار با یکی از موارد مشکل داشته باشد همان مورد از رژیم غذایی وی حذف شده و نیازی به حذف مواردی که مشکلی با آن وجود ندارد، نخواهد بود.

داده‌های بالینی محدودی برای اثبات اثربخشی این توصیه‌ها در دست می‌باشد. این توصیه‌ها بر اساس مطالعات بالینی کوچک و کنترل نشده بوده‌اند. در برخی از این مطالعات، مداخله مدنظر، تنها مداخله انجام شده در مطالعه است که این امر تفسیر و تحلیل داده‌ها را دشوار می‌کند. با این حال، مطالعات متعدد، از جمله چندین کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده (RCT)، گزارش کرده‌اند که به دنبال بالا بردن سطح سر هنگام خواب، علائم شبانه GERD بهبود یافته‌اند. به نظر می‌رسد خوابیدن به پهلو راست، علائم شبانه GERD و علائم پس از مصرف غذا را تشدید می‌کند چرا که در این حالت فشار روی اسفنکتر بالا می‌رود و شرایط را برای ایجاد رفلکس مهیا می‌کند. در مطالعات آزمایشگاهی دیده شده که مصرف الکل، مصرف سیگار، شکلات، نعنا فلفلی و مصرف غذاهای پرچرب فشار LES<sup>۴</sup> را کاهش می‌دهد، اما مطالعه بالینی محدودی اثر مثبت قطع این مواد غذایی بر روی علائم GERD را گزارش کرده‌اند.

مطالعات متعددی جهت بررسی اثرات مواد غذایی مختلف بر روی فشار LES انجام شده‌است. به نظر می‌رسد قهوه، کافئین، مرکبات و غذاهای تند تأثیر بسیار جزئی بر روی LES می‌گذارند. این ترکیبات می‌توانند از طریق اثرات تحریکی دستگاه گوارش منجر به تشدید علائم GERD شوند.

<sup>4</sup> Lower esophageal sphincter

اثرات مثبت ترک سیگار بر علائم بیماری GERD در یک مطالعه کوهورت بزرگ مشاهده شده است. در یک کارآزمایی ترک سیگار، وضعیت GERD در بیماران شرکت‌کننده از طریق یک پرسشنامه بررسی شد. بعد از پایان مطالعه، وضعیت علائم GERD در افرادی که سیگار را کنار گذاشته بودند، ۴۴ درصد بهبود یافت. در حالیکه این عدد در گروهی که سیگار را ترک نکردند تنها ۱۸ درصد بود.

اخیراً مطالعه آینده‌نگری به بررسی تأثیر قهوه، چای، نوشابه، شیر، آب و آبمیوه بر علائم رفلاکس پرداخته است. در این مطالعه، خانم‌هایی که سابقه قبلی ابتلا به GERD نداشتند مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه دیده شد که مصرف شش وعده قهوه، چای و نوشابه (در مقایسه صفر وعده از این فرآورده‌ها) با افزایش علائم مرتبط با رفلاکس همراه بوده است. با این حال، مصرف شیر و آبمیوه (حتی آبمیوه‌هایی که ماهیت اسیدی دارند) با تحریک علائم رفلاکس همراه نبوده است. جایگزین کردن آب به جای ۲ وعده قهوه، چای یا نوشابه به کاهش علائم GERD منجر شد. فلذا، در مدیریت علائم GERD می‌توان به بیماران توصیه نمود که به جای چای، قهوه و یا نوشابه تا جای امکان از آب استفاده کنند.

زمان مصرف غذا نیز می‌تواند بر علائم GERD تأثیر بگذارد. فاصله زمانی کوتاه (کمتر از ۳ ساعت) بین زمان غذا خوردن و زمان خواب می‌تواند به تشدید علائم GERD منجر شود و نیاز به دارودرمانی داشته باشد. افزایش وزن (حتی با BMI پایه نرمال) نیز با شروع علائم بیماری رفلاکس مرتبط دانسته شده است. چاقی از طریق افزایش فشار داخل شکمی به دنبال افزایش چربی داخل شکمی و تغییرات فیزیولوژیکی ناشی از چربی احشایی خطر GERD را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، چاقی عمدتاً به دلیل مصرف مکرر رژیم غذایی پرچرب و سایر غذاهایی که باعث رفلاکس می‌شوند، به وجود می‌آید.

مطالعات متعددی نقش وزن و کاهش وزن در GERD را بررسی کرده‌اند. یک مطالعه مبتنی بر جمعیت که در نروژ انجام شده، وزن و علائم GERD بیماران شرکت‌کننده را در ابتدای مطالعه و ۱۰ سال بعد ارزیابی کرده است. این مطالعه نشان داد که کاهش وزن با بهبود علائم GERD مرتبط بوده است. همچنین مطالعات آینده‌نگر و کوهورت نیز اثرات مثبت کاهش وزن بر علائم رفلاکس را به ثبت رسانده‌اند. یکی از این مطالعات نشان می‌دهد که خانم‌هایی که BMI خود را ۳/۵ واحد یا بیشتر کاهش می‌دهند، علائم مکرر GERD در آن‌ها ۴۰ درصد کاهش پیدا می‌کند. یک مطالعه متاآنالیز نشان داده است که کاهش وزن در بیمارانی که اضافه وزن دارند، پرهیز از غذا خوردن قبل از خواب و ترک دخانیات در تسکین علائم GERD موثر هستند. جدول شماره ۱ به بررسی تعدادی از مداخلات اصلاح سبک زندگی و سطح‌بندی شواهد علمی در خصوص هر کدام پرداخته است.

جدول ۱: مداخلات مبتنی بر اصلاح سبک زندگی در کنترل علائم رفلاکس

توصیه	توجیه پاتوفیزیولوژی	سطح شواهد علمی	مداخله
توصیه می‌شود.	مبهم	نتایج مختلف در مطالعات	پرهیز از مصرف غذاهای پرچرب
توصیه می‌شود.	دارد	متوسط	پرهیز از نوشیدنی‌های گازدار
به طور معمول توصیه نمی‌شود. مگر در بیمارانی که با عدم مصرف کافئین علائم بهبود می‌یابد.	مبهم	نتایج مختلف در مطالعات	استفاده از مایعات بدون کافئین
در صورتی که سبب تحریک علائم شود، توصیه می‌شود.	دارد	ضعیف	پرهیز از مصرف مرکبات
توصیه می‌شود.	دارد	ضعیف	مصرف وعده‌های غذایی کم حجم
توصیه می‌شود.	مبهم	مبهم	کاهش وزن
به طور معمول توصیه نمی‌شود.	مکانیسم آن مشخص نیست.	ضعیف	پرهیز از نوشیدنی‌های الکلی
توصیه می‌شود.	دارد	ضعیف	ترک سیگار
توصیه می‌شود.	دارد	ضعیف	پرهیز از فعالیت بدنی شدید
توصیه می‌شود.	مبهم	مبهم	بالا بردن سطح سر هنگام خواب
توصیه می‌شود.	دارد	قطعی	خوابیدن به پهلو چپ



## ۲) دارودرمانی

زیربنای دارودرمانی GERD داروهایی هستند که به کاهش اسید معده یا خنثی‌سازی آن کمک می‌کنند. این داروها شامل آنتی‌اسیدها، آنتاگونیست‌های رسپتور هیستامینی نوع ۲ (H2RA) و مهارکننده‌های پمپ پروتون می‌باشند. آنتی‌اسیدها صرفاً برای تسکین علائم GERD و فقط در شرایطی که بیمار احساس نیاز کند، مصرف می‌شوند. شواهد علمی کافی برای مقایسه و انتخاب بین انواع مختلف آنتی‌اسید در دست نیست.

### ۲-۱) مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPI)<sup>۵</sup>

داروهای PPI رایج‌ترین درمان دارویی رفلاکس هستند که براساس داده‌های متقن علمی، در مقایسه با H2RA<sup>۶</sup>، در تسکین سوزش سردل، علائم بالاآوری<sup>۷</sup> و ترمیم زخم‌های گوارشی موثرتر بوده‌اند. بر اساس یک مطالعه متآنالیز، سرعت ترمیم زخم‌های گوارشی در داروهای PPI (۱۲ درصد در هفته) نسبت به H2RA (۶ درصد در هفته) بالاتر است. علاوه بر این، سرعت و میزان تسکین سوزش سردل نیز در PPIها (۱۱/۵ درصد در هفته) بیشتر است. این شاخص برای داروهای H2RA ۶/۴ درصد در هفته گزارش شده‌است.

مطالعاتی که در مورد درمان GERD انجام می‌شود به طور معمول ۸ الی ۱۲ هفته طول می‌کشد. زیرا در این بازه زمانی تسکین علائم و ترمیم زخم‌ها به بیشترین حد خود می‌رسد. سیر ترمیم آسیب‌های دیواره مری به صورت خطی نیست. بنابراین، بیماران و پزشکان معالج نباید انتظار داشته‌اند در بازه زمانی کوتاهی بهبودی حاصل شود. درصد بهبودی کامل در بیمارانی که علائم EE دارند بیشتر از سایر مبتلایان GERD است. این شاخص در گروه اول بین ۷۰ الی ۸۰ درصد تخمین زده شده است و به طور معمول ر عرض ۴ هفته پس از شروع دارو حاصل می‌گردد. در حالی که گروه دوم که NERD<sup>۸</sup> نامیده می‌شوند در ۵۰ الی ۶۰ موارد، بهبودی کامل را تجربه می‌کنند.

مطالعات متآنالیز حاکی این است که با وجود تفاوت اثر PPIهای مختلف در کنترل pH، داروهای این دسته از نظر تسکین علائم و ترمیم زخم‌های گوارشی تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

<sup>۵</sup> Proton pump inhibitor

<sup>۶</sup> H2 receptor antagonists

<sup>۷</sup> Regurgitation

<sup>۸</sup> Nonerosive Reflux Disease

اگرچه همه PPIها، در صورتی که با دوز استاندارد تجویز شوند، در ترمیم ضایعات EE موثر هستند اما از نظر قدرت مهار اسید معده با یکدیگر متفاوتند. لازم به ذکر است که قدرت این داروها در مهار اسید معده بر اساس میانگین ۲۴ ساعته pH معده سنجیده می‌شود. اگر داروی امپرازول را به عنوان داروی مرجع انتخاب کنیم و قدرت آن را در مهار اسید معده را معادل ۱ در نظر بگیریم، می‌توان شاخصی برای مقایسه قدرت PPIها تعریف کرد و آن را Omeprazole Equivalent و به اختصار OE نامید. شاخص OE داروهای پنتوپرازول، لنزوپرازول، امپرازول، اس‌امپرازول و رابپرازول به ترتیب برابر ۰/۲۳، ۰/۹، ۱، ۱/۶، ۱/۹۲ است.

PPIها فقط می‌توانند به پمپ‌های پروتونی که فعال هستند متصل شوند. از آنجا که مصرف غذا فعالیت پمپ پروتون را تحریک می‌کند، داروهای PPI زمانی که قبل از غذا تجویز می‌شوند، pH داخل معده را به بهترین نحو کنترل می‌کنند. (۳۰-۶۰ دقیقه قبل از صبحانه یا ۳۰-۶۰ دقیقه قبل از صبحانه و شام در صورت مصرف دو بار در روز) به دلیل کاهش اثربخشی، استفاده از این دارو در هنگام خواب توصیه نمی‌شود.

به نظر می‌رسد اثر PPIهای مختلف بر اسید معده در افراد مختلف متفاوت است. به همین دلیل، در صورت عدم پاسخ‌گویی فرد به یک PPI منطقی است که دارو فرد را با داروی دیگری از دسته PPI جایگزین کنیم. در یک مطالعه بالینی ۲۸۲ بیمار که با مصرف ۳۰ میلی‌گرم لنزوپرازول به طور کامل درمان نشده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. این بیماران به دو گروه تقسیم شدند. در گروه اول دوز لنزوپرازول دو برابر شد و در گروه دوم داروی لانزوپرازول با داروی اس‌امپرازول (۴۰ میلی‌گرم یک بار در روز) جایگزین شد. این دو استراتژی هر دو به یک اندازه موفق بودند و حدود ۵۵ درصد بیماران هر گروه، بعد از مداخله، روزهای بیشتری را بدون علائم سوزش سردل سپری کردند. یافته‌های مقالات حاکی از این است که تفاوت‌های ژنتیکی افراد در آنزیم CYP 2C19 زمینه تفاوت پاسخ‌دهی به PPIهای مختلف را ایجاد می‌کند. در این حوزه، انجام تست‌های ژنتیکی جهت انتخاب داروی مناسب اصلاً توصیه نمی‌شود. در صورتی که نیاز باشد، از دارویی غیروابسته به متابولیسم CYP 2C19 استفاده شود، داروی رابپرازول گزینه مناسبی خواهد بود.

در بیمارانی که از عواقب بیماری GERD مثل سندرم بارت یا EE شدید رنج می‌برند، نیاز است که درمان نگهدارنده با PPI ادامه داده شود. برای بیمارانی که سندرم بارت یا عوارض EE ندارند اما با قطع PPI دچار عود مجدد علائم می‌شوند، می‌توان دارو PPI را در هنگام نیاز<sup>۹</sup> استفاده کرد. در این بیماران، PPI با شروع علائم آغاز شده و پس از چند هفته زمانی که علائم کنترل شود، قطع می‌گردد. حدود دو سوم بیماران بدون ضایعه EE که به داروهای PPI پاسخ داده‌اند، با قطع دارو

<sup>۹</sup>On Demand



دچار عود مجدد علائم می‌شوند. تقریباً ۱۰۰ درصد بیماران که از زخم‌های گوارشی شدید (با گرید C در اندوسکوپی<sup>۱۰</sup>) رنج می‌برند، در عرض ۶ ماه بعد از قطع دارو عود علائم اتفاق می‌افتد. این ضایعات ممکن است در عرض یک الی دو هفته مجدداً برگردند. بیماران که زخم‌های گوارشی شدید (گرید C و D) دارند، باید به صورت طولانی مدت از داروهای PPI استفاده کنند تا از عود مجدد زخم‌ها جلوگیری شود.

در بعضی موارد، علائم بیماران مبتلا به NERD یا موارد غیرکمپلیکه GERD با مصرف PPI در هنگام نیاز یا به صورت متناوب کنترل می‌شوند. در یک کارآزمایی بالینی، ۸۳ درصد بیماران که صرفاً در هنگام نیاز ۲۰ میلی‌گرم امپرازول مصرف می‌کردند، ۶ ماه بعد از قطع دارو همچنان بی‌علامت بودند. این شاخص در گروه پلاسبو ۵۶ درصد بود. در کارآزمایی بالینی دیگری، مصرف PPI به صورت مداوم با مصرف هنگام نیاز دارو مقایسه شد. تعداد روزهای بی‌علامت در بیماران این دو گروه با هم برابر و هر دو به نسب بیماران مصرف‌کننده پلاسبو روزهای بی‌علامت بیشتری داشتند. لازم به ذکر است در بیماران که ضایعه EE دارند، مصرف "هنگامنیاز" از روش مصرف پیوسته دارو موثرتر نیست.

## ۲-۲) آنتاگونیست‌های رسپتور هیستامینی نوع ۲

گزینه‌های درمانی برای افرادی که با PPIها به طور کامل بهبود پیدا نکرده‌اند، محدود است. در بیماران که تحت درمان با PPI هستند و همچنان عوارض شبانه GERD را تجربه می‌کنند، می‌توان داروهای H2RA به رژیم درمانی بیمار اضافه کرد. به طور معمول توصیه می‌شود این داروها شب هنگام موقع خواب تجویز شوند. بعد از انتشار مقالاتی که نشان میداد افزودن H2RA به رژیم درمانی سبب بهبود کنترل pH شبانه معده می‌شود، این روش درمانی بسیار فراگیر شد. مطالعه جامع دیگری نشان داده‌اند که با گذشت چند ماه سطح pH معده از کنترل خارج شده و بیمار دچار تاکی فیلاکسی می‌شود و دیگر پاسخ درمانی نخواهد داشت. فلذا، توصیه می‌شود H2RA فقط در صورت نیاز و در شرایطی که علائم شبانه GERD تشدید شده‌است، به رژیم درمانی PPI اضافه شود و از مصرف مداوم آن پرهیز شود.

## ۲-۳) پروکینتیک‌ها

اطلاعات محدودی در مورد استفاده از عوامل پروکینتیک برای بیماران مبتلا به GERD در اختیار هست. به نظر می‌رسد داروی متوکلوپرامید می‌تواند LES را افزایش داده، حرکات دودی مری (Peristalsis) تشدید کرده و فرآیند تخلیه معده را

<sup>۱۰</sup> شدت زخم در اندوسکوپی از A تا D طبقه بندی می‌شود. که D شدیدترین آسیب را نشان می‌دهد.

تقویت کند. با این حال، شواهدی علمی که این اثرات را تأیید نماید، بسیار اندک است و مصرف طولانی مدت متوکلوپرامید به ویژه در صورت مصرف دوزهای بالا با عوارض جانبی همراه است. از جمله این عوارض می‌توان به خواب‌آلودگی، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، افسردگی، واکنش‌های دیستونیک و دیسکینزی تأخیری (Tardive Dyskinesia) اشاره کرد. بنابراین، استفاده از متوکلوپرامید به عنوان منوترایپی درمان GERD توصیه نمی‌شود.

پروکالوپراید، آگونیست 5HT است که توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) برای درمان یبوست تأیید شده است. یک مطالعه به بررسی کاربرد Off-label این دارو در بهبود تخلیه معده پرداخته و نشان داده‌است که پروکالوپراید می‌تواند در کاهش مواجهه اسید معده با مری در بیماران مبتلا به GERD نقش داشته باشد. فلذا، در آینده می‌توان از این دارو در درمان بیماران GERD که شواهدی از تخلیه ناکافی معده را نشان می‌دهند استفاده کرده و آن را در کنار PPIها تجویز نمود.

دومپریدون داروی پروکینتیکی است که به علت عدم عبور از سد خونی- مغزی عوارض عصبی کمتری دارد، اما این دارو نیز با عوارض قلبی داشته و به طور کلی در GERD توصیه نمی‌شود.

به طور کلی، تنها در صورتی از این عوامل استفاده می‌شود، که کاهش سرعت حرکات دستگاه گوارش با تست‌های تشخیصی تأیید شده باشد.

#### ۴-۲) باکلوفن

این دارو آگونیست GABA است واپیزودهای شلی گذرای LES، تعداد وقایع رفلکس وابسته به اسید و غیراسیدی پس از غذا، ریفلاکس شبانه و موارد بروز باد گلو را کاهش می‌دهد. در بیمارانی که با وجود مصرف PPI شواهدی از عدم کنترل کافی علائم GERD را نشان می‌دهند، می‌توان داروی باکلوفن را با دوز ۵ تا ۲۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز تجویز نمود. مطالعات کارآزمایی بالینی کوچک نشان داده‌اند که مصرف این دارو با بهبود علائم بالینی همراه بوده‌است. کارآزمایی بالینی دیگری به مقایسه اثر مداخلات جراحی و دارودرمانی (از جمله باکلوفن) در بیماران مبتلا به GERD مقاوم به درمان پرداخته است. بعد از گذشت یک سال از شروع مداخله، باکلوفن نسبت به دارونما ارزش افزوده‌ی قابل توجهی ایجاد نکرد. لازم به ذکر است که این مطالعه از قدرت آماری کافی برای شناسایی تغییرات جزئی اما پراهمیت ناشی از تجویز باکلوفن برخوردار نبوده‌است. استفاده از این دارو به علت ریسک بروز عوارضی چون یبوست، گیجی و خواب‌آلودگی چندان توصیه شده نیست.

## ۵-۲) سوکرافیت

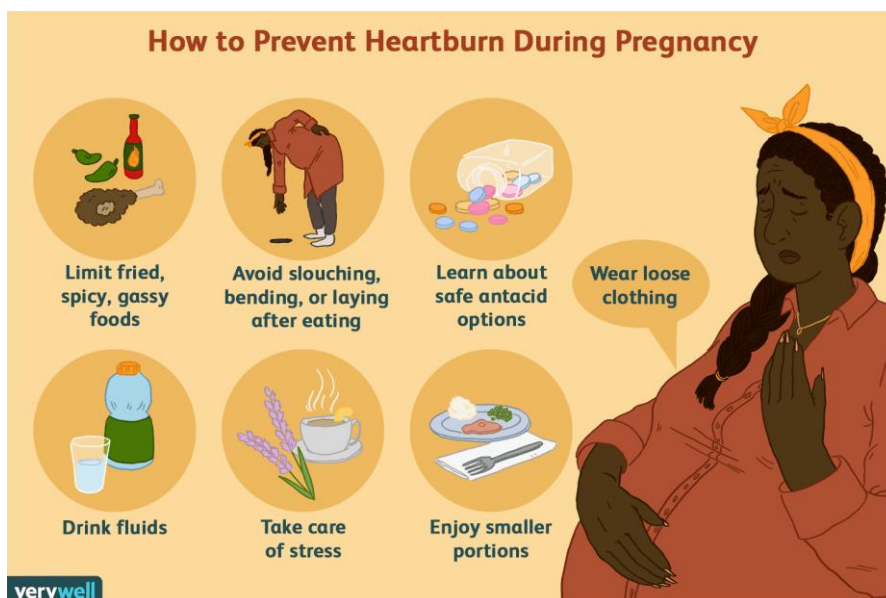
سوکرافیت یک محافظ مخاطی است که داده‌های قابل استناد محدودی از آن در دست می‌باشد. برخی از مقالات، اثربخشی سوکرافیت به اندازه H2RA ارزیابی کرده‌اند اما هیچ مقایسه‌ای بین این دارو و PPIها صورت نگرفته است. بخش عمده سوکرافیت جذب نمی‌شود و سمیتسیستمیک ندارد. بنابراین، در بارداری ایمن است.

جز در موارد GERD مرتبط با بارداری، استفاده از این دارو در درمان GERD توصیه نمی‌شود.

## ۳) درمان GERD در دوران بارداری

تقریباً دوسوم خانم‌های باردار علائم GERD و سوزش سردل را در دوران بارداری خود تجربه می‌کنند. درمان GERD در دوران بارداری باید با اصلاح سبک زندگی شروع شود. در صورتی که این مداخلات موثر واقع نشوند، آنتی‌اسیدها (حاوی آلومینیوم، کلسیم یا منیزیم)، آلزینات و سوکرافیت به عنوان خط اول درمان شناخته می‌شوند. در بیمارانی که به این داروها پاسخ نمی‌دهند، باید از H2RAها و PPIها برای کنترل علائم استفاده شود. در طبقه‌بندی FDA، تمام داروهای H2RA در دسته B قرار می‌گیرند. همه PPIها نیز در دسته B قرار دارند به جز امپرازول که در دسته C قرار گرفته است. اما باید در نظر داشت این طبقه‌بندی احتمالاً به دلیل عدم وجود مطالعات بوده و نمی‌توان گفته امپرازول ایمنی کمتری نسبت به سایر داروهای این دسته داشته باشد، بنابراین هر کدام از این داروها می‌تواند مورد انتخاب قرار گیرد.

در دوران بارداری آندوسکوپی فوقانی تنها در صورت وجود اندیکاسیون قوی (مثلاً خونریزی قابل توجه گوارشی) مجاز است که انجام شود. در صورت امکان، آندوسکوپی باید به سه ماهه دوم بارداری موکول گردد. در آندوسکوپی خانم باردار کارشناسان مامایی و پزشک زنان باید حضور داشته باشند و بر روند کار نظارت کنند.



## ۴) عوارض مصرف طولانی مدت مصرف PPI

PPI ها به طور گسترده به عنوان درمان اصلی GERD در نظر گرفته می‌شوند. شایع‌ترین عوارض مصرف این داروها عبارتند از سردرد، درد شکم، تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست و نفخ. این عوارض به طور معمول با قطع درمان برطرف می‌شوند. در بیمارانی که این عوارض برایشان آزارنده شده، تغییر دارو به داروی دیگری از همان دسته می‌تواند کمک‌کننده باشد.

اختلالات گوناگونی به عنوان عوارض مصرف طولانی مدت PPI ها مطرح شده‌اند که بسیاری از آن‌ها پشتوانه آماری محکمی نداشته و بر اساس مطالعات مشاهده‌ای عنوان شده‌اند. جدول شماره ۲ به بررسی این عوارض، مستندات موجود در مورد آن‌ها و مکانیسم هر یک پرداخته‌است.

براساس نظر متخصصین گوارش، مزایای اثبات شده PPI ها بیش از عوارض احتمالی آن‌ها مهم بوده و در صورتی که اندیکاسیونی برای تجویز این داروها وجود داشته باشد، ادامه درمان با این داروها بدون توجه به این عوارض صورت می‌گیرد. در رابطه با کاهش جذب برخی از ویتامین‌ها و مواد معدنی باید موارد را در نظر داشت که در اینجا به طور خلاصه مورد بررسی قرار گرفته است:

- کاهش جذب کلسیم: از آنجایی که برخی از املاح کلسیم (کلسیم کربنات) به منظور جذب نیاز به محیط اسیدی دارند، در بیمارانی که PPI مصرف می‌کنند بهتر است از ملح‌های دیگر نظیر کلسیم سیترات استفاده شده و یا کلسیم کربنات با یک نوشیدنی اسیدی مثل آب پرتقال مصرف شود.
- کاهش جذب منیزیم: مصرف بیش از یک سال PPI ممکن است با کاهش منیزیم همراه باشد، در بیماران در خطر کاهش سطح منیزیم یا در ریسک برخی از عوارض دارویی مثل طولانی شدن فاصله QT، ارزیابی سطح منیزیم و جایگزینی آن با مکمل توصیه می‌شود.
- کاهش جذب ویتامین ب ۱۲، مصرف طولانی مدت ویتامین ب ۱۲ در برخی از بیماران مشاهده شده است، در این موارد نیز بررسی سطح ویتامین ب ۱۲ و در صورت نیاز جایگزینی آن با مکمل توصیه می‌شود.

## جدول ۲: عوارض طولانی مدت داروهای PPI

عارضه	ارتباط	مکانیسم
بیماری‌های قلبی عروقی (همه بیماری‌ها) انفارکتوس قلبی سکته مغزی مرگ ناشی از مشکلات قلبی	از نظر آماری و بالینی مهم نیست.	PPIها از طریق مهار متابولیسم ADMA، آنزیم نیتریک اکسید سنتتاز را مهار می‌کنند و از تولید NO که برای هموستاز عروق ضروریست، کرده و ممکن است از این طریق منجر به افزایش عوارض قلبی شوند.
مشکلات قلب-عروقی در بیماران تحت درمان با کلوپیدوگرل	مطالعات وجود ندارد.	PPIها با همان آنزیمی متابولیزه می‌شوند که کلوپیدوگرل را فعال می‌کند (2C19). در نتیجه مصرف همزمان این داروها باعث می‌شود که اثرات ضدانعقادی کلوپیدوگرل کم شود. این عارضه به طور کلی با امپرازول گزارش شده است، و بهتر است با یک داروی دیگر نظیر پنتوپرازول یا لنزوپرازول و یا ریبپرازول جایگزین شود.
بیماری‌های کلیوی مزمن	مطالعات وجود ندارد.	AIN (نفريت بينابینی حاد) به صورت عارضه ایدیوسینکراتیک دارو بروز کرده و باید در صورت بروز افزایش کراتینین به صورت حاد در نظر گرفته شود. بیماران با نارسایی کلیه بهتر است تحت نظر پزشک نفرولوژیست این داروها را شروع کنند.
عفونت‌های گوارشی (به جز C. difficile)	از نظر آماری ارتباط جزئی دیده شده است.	کاهش pH معده سبب می‌شود پاتوژن‌هایی که از طریق گوارشی وارد بدن شدند، از معده عبور کنند.
عفونت کلسترودیوم دیفیسیل	از نظر آماری و بالینی مهم نیست. هرچند آمار در مطالعات مختلف بسیار متفاوت است و بهتر است ریسک در نظر گرفته شود.	- کاهش اسید معده امکان بقای اشکال رویشی C. Difficile را فراهم می‌کند. - دارو از تبدیل نیتريت بزاق به ROS که C. Difficile راسرکوب می‌کند، جلوگیری به عمل می‌آورد. - PPIها ممکن است بیان توکسین C. difficile را افزایش داده و باعث تغییر میکروبیوم روده شوند و فرد را مستعد کولیت کنند.
پنومونی	از نظر آماری و بالینی مهم نیست.	کاهش اسید معده شرایط را برای کلونیزاسیون باکتری‌های قسمت فوقانی دستگاه گوارش را در مجاری هوایی فراهم می‌کند. این باکتری‌ها ممکن است آسپیره شوند و ایجاد عفونت کنند.
دمانس	از نظر آماری و بالینی مهم نیست.	PPIها آنزیم H-ATPase را که برای اسیدی کردن لیزوزوم ضروریست، مهار می‌کنند. در نتیجه پلاک‌های بتا آمیلوئیدی بافت مغزی از بین نمی‌روند.

کاهش اسید معده باعث سوء جذب کلسیم و کاهش تراکم مواد معدنی استخوان می‌شود. PPIها آنزیم H-ATPase در استئوکلاست را نیز مهار می‌کنند.	از نظر آماری و بالینی مهم نیست.	شکستگی استخوانی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PPIها آتروفی و التهاب معده را در بیماران مبتلا به هلیکوباکتر پیلوری تشدید می‌کنند.</li> <li>- کاهش اسید معده باعث رشد بیش از حد باکتری‌هایی می‌شود که نیترات‌های غذایی را به ترکیبات سرطان‌زا N-nitroso تبدیل می‌کنند.</li> <li>- هیپرگاسترینمی ناشی از PPI باعث تکثیر غیرعادی سلول‌های اپیتلیال معده می‌شود.</li> </ul>	مطالعات وجود ندارد.	سرطان‌های گوارشی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- کاهش اسید معده منجر به سوء جذب کوبالامین متصل به پروتئین می‌شود.</li> <li>- آتروفی معده منجر به کاهش تولید فاکتورهای داخلی می‌شود.</li> </ul>	مطالعات وجود ندارد.	کمبود Vit B12
PPIها با افزایش pH معده از جذب گوارشی منیزیم جلوگیری می‌کنند. چرا که در pH بالا، تمایل پروتئین TRPM6/7 برای اتصال به منیزیم و جذب آن کمتر می‌شود	مطالعات وجود ندارد.	هایپومنیزیمی

گردآوری: دکتر هستی فتوگرافی  
ویرایش: دکتر نیلوفر خوشنام راد

#### منابع

- 1) Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. The American journal of gastroenterology. 2022 Jan 14;117(1):27-56.
- 2) Proton pump inhibitors: Overview of use and adverse effects in the treatment of acid related disorders, up-to-date 2022

به گفته نویسندگان این مطالعه، این پژوهش گزینه‌های درمانی جدید و مناسبی برای بیماران، به ویژه آن‌هایی کاندید جراحی نیستند، به ارمغان آورده‌است.

۸ آپریل ۲۰۲۲

منبع: سایت [Drugs.com](http://Drugs.com)

### یافته‌های هیجان‌انگیز در مورد استفاده از

#### فنوفیبرات در درمان رتینوپاتی دیابتی

بر اساس یک مطالعه جدید، مصرف فنوفیبرات با کاهش خطر پیشرفت رتینوپاتی دیابتی و ابتلا به اشکال تهدیدکننده بینایی این بیماری، همراه بوده است.

فنوفیبرات داروی خوراکی است که به طور معمول برای اصلاح پروفایل چربی بیماران تجویز می‌شود. این دارو در تعدادی از کارآزمایی‌های بالینی در حال انجام مورد مطالعه قرار گرفته تا اثرش در پیشگیری از وخیم شدن علائم رتینوپاتی دیابتی بررسی شود. لازم به ذکر است که این دارو در سال ۲۰۱۳ برای پیشگیری از وخامت علائم رتینوپاتی دیابتی، در استرالیا تأییدیه دریافت کرده‌است.

دو کارآزمایی بالینی کوچک، مطالعه <sup>۱۲</sup> ACCORD و مطالعه <sup>۱۳</sup> FIELD، قبلاً اثرات فنوفیبرات را در کاهش رتینوپاتی دیابتی تهدید کننده بینایی تایید کرده‌اند. اما نتایج این مطالعات در خصوص پیشروی رتینوپاتی دیابتی تا حدودی متناقض بود. آکادمی چشم پزشکی آمریکا که منبع ترجیحی در درمان رتینوپاتی دیابتی محسوب می‌شود، تاکنون در مورد استفاده از فنوفیبرات اظهار نظر

### اثر مثبت تریامسینولون داخل مفصلی در

#### بهبود آرتروز لگن

مطالعه‌ای که اخیراً در مجله BMJ به چاپ رسیده‌است، به بررسی اثرات تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئیدها در مقایسه با مداخلات آموزشی برای بیماران مبتلا به استئوآرتریت لگن پرداخته‌است. در این مطالعه تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئید به همراه بی‌حسی موضعی و با کمک هدایت اولتراسوند در مفصل ران انجام شده‌است.

دکتر زوئی پاسکین، از دانشگاه Keele در بریتانیا، یک کارآزمایی بالینی تصادفی سه بازویی طراحی کردند که شامل ۱۹۹ بیمار بالغ بالای ۴۰ سال مبتلا به استئوآرتریت لگن بود. این بیماران همگی شدت درد متوسطی را تجربه می‌کردند. شرکت‌کنندگان به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. مداخله گروه اول (۶۷ نفر) صرفاً دریافت مشاوره و آموزش که بهترین درمان فعلی<sup>۱۱</sup> محسوب می‌شود. (BCT) گروه دیگر (۶۶ نفر) در کنار BCT، تریامسینولون و لیدوکائین داخل مفصلی نیز دریافت کردند. برای گروه سوم (۶۶ نفر) صرفاً لیدوکائین داخل مفصلی تزریق شد.

محققان دریافتند که بیماران دریافت‌کننده تریامسینولون در مقایسه با گروه BCT، در طول ۶ ماه پس از مداخله، پیشرفت چشمگیرتری در بهبود شدت درد داشتند. (میانگین تفاوت ۱،۴۳- و میانگین تفاوت استاندارد ۰،۵۵- ) در طول ۶ ماه، تفاوت معنی‌داری در شدت درد بیماران گروه ۲ و ۳ مشاهده نشد. اما در بیمارانی که دچار سینوویت شده بودند یا ضایعات افیوژن در سونوگرافی آن‌ها مشاهده شد، نتایج مطالعه به نفع استفاده از تریامسینولون به همراه لیدوکائین است.

<sup>12</sup> Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes

<sup>13</sup> Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes

<sup>11</sup> Best Current Practice

نکرده‌است. فلذا، هنوز دستورالعملی برای استفاده از این دارو در پیشگیری از رتینوپاتی دیابتی در دست نمی‌باشد.

### جزئیات مطالعه

برای روشن‌تر شدن رابطه بین فنوفیبرات و رتینوپاتی دیابتی، تیم دکتر النا میر، محقق دانشگاه پنسیلوانیا، داده‌های پایگاه داده Optum Clinformatics Data را در خصوص اطلاعات مرتبط با این زمینه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل کردند.

در مجموع، ۱۵۰۲۵۲ نفر در ابتدا به رتینوپاتی دیابتی غیرپرولیفراتیو مبتلا بودند که از این تعداد ۵۸۳۵ نفر برای کنترل کلسترول خود فنوفیبرات مصرف می‌کردند و ۱۴۴۴۱۷ نفر از این دارو استفاده نمی‌کردند.

محققان افراد مورد مطالعه را از نظر متغیرهای شدت رتینوپاتی دیابتی غیرپرولیفراتیو، سن، جنس، نژاد، تحصیلات، درآمد، موقعیت جغرافیایی، مصرف استاتین، مصرف انسولین، فشار خون، مصرف سایر داروها، کلسترول خون بالا، بیماری ایسکمیک قلبی، بیماری مزمن قلبی، سکته مغزی ایسکمیک، بیماری مزمن کبدی، بیماری عروق محیطی، هرگونه بدخیمی، اختلال خونی/سرطان، شاخص شدت عوارض دیابت، هموگلوبین A1c، کم خونی و شاخص فیلتراسیون گومرولی تطابق دادند.

در ادامه نسبت خطر<sup>۱۴</sup> (HR) پیشرفت به مراحل شدیدتر رتینوپاتی دیابتی محاسبه شد. در مقایسه با افرادی که از فنوفیبرات استفاده نمی‌کردند، بیماران مصرف‌کننده فنوفیبرات ۸ درصد کمتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های تهدیدکننده بینایی بودند (HR، ۰،۹۲؛ CI، ۰،۹۸-۰،۸۷، P=0.01).

خطر ابتلا به فرم پرولیفراتیو در مصرف‌کنندگان فنوفیبرات ۲۴ درصد کمتر است. (HR، ۰،۷۶؛ CI، ۰،۹۵-۰،۶۴، P=0.001).

با این حال، بر خلاف نتایج مطالعه FIELD، در مطالعه حاضر خطر ادم ماکولا دیابتی در بیماران مصرف‌کننده فنوفیبرات به طور قابل توجهی کاهش نیافت (HR، ۰،۹۶؛ CI، ۰،۹۳-۰،۹۹، P=0.27).

دکتر میر اذعان کرده که استفاده از فنوفیبرات با خطر کمتر پیشرفت به رتینوپاتی دیابتی تهدیدکننده بینایی مرتبط است اما به نظر می‌رسد این ارتباط صرفاً ناشی از کاهش رتینوپاتی دیابتی پرولیفراتیو باشد. زیرا در این مطالعه، هیچ ارتباطی بین فنوفیبرات و ادم ماکولا دیابتی مشاهده نشد.

۷ آوریل ۲۰۲۲

منبع: سایت [Medscape.com](https://www.medscape.com)

## ارتباط بین مصرف PPIها و ابتلا به بیماری آلزایمر

اخیراً مطالعه‌ای در [researchsquare.com](https://www.researchsquare.com) به چاپ رسیده که به بررسی ارتباط بین مصرف مهارکننده‌های پمپ پروتون (PPI) و خطر ابتلا به آلزایمر پرداخته است. این مطالعه مورد-شاهدی حاکی از این است که مصرف PPIها با افزایش خطر ابتلا به آلزایمر همراه است. این ارتباط فارغ از مدت زمان مصرف PPI، مصرف فعلی یا قبلی بوده و حتی در صورت استفاده از نسل دوم PPIها برقرار است.

### نکات کلیدی مطالعه

- این مطالعه مورد-شاهدی لانه‌گزینی‌شده<sup>۱۵</sup> که روی جمعیت بیماران کراهی انجام شد، نشان داد که احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر در افراد بالای ۶۰ سال با استفاده از PPI بیشتر می‌شود.

<sup>15</sup> Nested Case-Control Study

<sup>14</sup> Hazaed Ratio



بیماران به چند گروه تقسیم شدند. این گروه‌ها با عناوین غیرمصرف‌کننده، مصرف‌کننده فعلی (PPI حداقل یک بار در ۳۰ روز قبل استفاده شده‌است) و مصرف‌کننده‌های قبلی (PPI حداقل یک‌بار در ۳۱ تا ۳۶۵ روز قبل مصرف شده) نام‌گذاری شدند. در ادامه، بیماران بر اساس مدت زمان مواجهه با دارو نیز بیماران به ۴ گروه غیرمصرف‌کننده، کمتر از ۳۰ روز، ۳۰ الی ۹۰ روز و بیشتر از ۹۰ روز طبقه‌بندی می‌شوند.

بیماران جوان‌تر از ۶۰ سال یا هر بیماری که سوابق پزشکی او شامل شاخص توده بدنی (BMI)، قند خون ناشتا، یا کلسترول آن‌ها در دست نبود، از مطالعه خارج شدند.

### نتایج کلیدی مطالعه

مشخصات دموگرافیک (گروه سنی، جنس، سطح اقتصادی) به طور دقیق برای ۱۷۲۲۵ بیمار آلزایمر و ۶۸۹۰۰ نمونه کنترل مطابقت داده شد.

احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر در گروه مصرف‌کنندگان فعلی PPI (نسبت شانس یا  $OR^{۱۶}$ ، ۱،۳۶،  $P < .001$ ) و مصرف‌کنندگان قبلی ( $OR$ ، ۱،۱۱،  $P < .001$ ) به طور قابل توجهی بیشتر از گروه کنترل بود.

احتمال ابتلا به آلزایمر در شرکت‌کنندگانی که PPI را برای کمتر از ۳۰ روز ( $OR$ ، ۱،۱۳،  $P < .001$ )، ۳۰ تا ۹۰ روز ( $OR$ ، ۱،۱۸،  $P < .001$ )، یا بیش از ۹۰ روز ( $OR$ ، ۱،۲۶،  $P < .001$ ) مصرف کرده‌اند، بیشتر از گروه کنترل بود.

بین مدت زمان مواجهه با PPI و ایجاد بیماری آلزایمر نیز ارتباطی مشاهده شد. احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر برای افرادی که بیش از ۳۰ روز در معرض این دارو قرار داشتند، بیشتر از افرادی بود که کمتر از ۳۰ روز از این دارو استفاده کرده بودند.

افزایش خطر ابتلا به بیماری آلزایمر با استفاده از PPI بدون در نظر گرفتن سن، جنس، درآمد، محل سکونت، سیگار کشیدن، مصرف الکل، فشار خون، قند خون ناشتا، کلسترول تام یا وضعیت بیماری رفلاکس معده در تمامی بیماران به طور یکسان دیده شد.

### اهمیت این مطالعه چیست؟

- با افزایش سن جمعیت، بار بیماری آلزایمر بر سلامت عمومی جامعه در حال افزایش است و بار اقتصادی بالایی بر جامعه وارد می‌آورد.
- نتیجه‌گیری در مورد ارتباط بین استفاده از PPI و زوال عقل در مطالعات قبلی متناقض بوده است. این مطالعه به طور خاص برای تمرکز بر تأثیر PPI بر خطر آلزایمر طراحی شده است.
- این یافته‌ها شواهدی در حمایت از نتایج مطالعات فارماکواپیدمیولوژیک قبلی ارائه می‌دهد و بر استفاده محتاطانه و دقیق از داروهای PPI تأکید می‌کند.

### طراحی مطالعه

یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر با طراحی مورد-شاهدی لانه‌گزینی شده برای تعیین اثر PPI بر خطر ابتلا به بیماری آلزایمر انجام شد.

۱۷۲۲۵ بیمار مبتلا به آلزایمر شناسایی شده در پایگاه داده خدمات بیمه سلامت ملی کره (KNHIS-HSC) به نسبت ۱:۴ با ۶۸۹۰۰ آزمودنی کنترل بر اساس سن، جنس، درآمد و محل سکونت مطابقت داده شدند.

مدت زمان مواجهه PPI به صورت گذشته‌نگر بررسی شد و برای هر بیمار تعداد روزهای مصرف PPI در طول سال قبل از تشخیص بیماری آلزایمر محاسبه شد.

## سر تیترا تازه‌ترین اخبار سازمان غذا و دارو و معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران در اردیبهشت ماه

❖ جمع‌آوری برخی از سری ساخت‌های فرآورده ایمونوگلوبولین

### Flebogamma

❖ دقت و اهتمام جدی در ارسال اطلاعات حوزه شیرخشک رژیمی

و غذای ویژه در سامانه زنجیره تامین

❖ جمع‌آوری ژل تزریقی زیر پوستی غیر مجاز Revitrane

❖ فراخوان تامین داروهای یارانه ای غیر ثبتي مورد نیاز معاونت

بهداشت در سال ۱۴۰۱

❖ الزام ثبت اطلاعات توزیع و عرضه شیرخشک های رژیمی و

غذای ویژه در سامانه زنجیره تامین

❖ استفاده از تسهیلات ارزی کوتاه مدت حداکثر ۵ ماهه

❖ برای اطلاع از جزئیات اخبار بالا می‌توانید از سایت‌های زیر

بازدید کنید:

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

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

بروز بیماری آلزایمر برای بیمارانی که در معرض PPI های نسل اول یا دوم قرار داشتند، بدون توجه به مدت زمان مواجهه بیشتر بود. به طور خاص، برای بیمارانی که کمتر از ۳۰ روز مواجهه داشتند، نسبت شانس برای PPI های نسل اول و دوم به ترتیب ۱،۱۴ و ۱،۱۳ بود. برای بیماران با مواجهه ۳۰ تا ۹۰ روز، نسبت شانس به ترتیب ۱،۱۹ و ۱،۱۷ و برای بیماران با مواجهه بیش از ۹۰ روز، نسبت شانس به ترتیب ۱،۱۸ و ۱،۲۷ بود.

### محدودیت‌های مطالعه

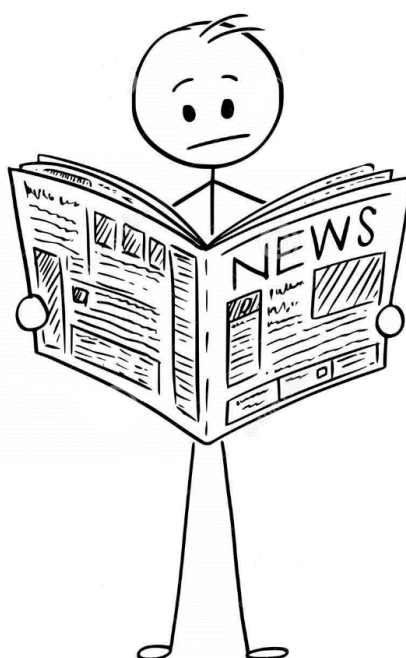
مصرف PPI صرفاً در بازه ۱ ساله قبل از تشخیص آلزایمر بررسی شد که مدت زمان کوتاهی بود.

از آنجایی که مطالعه گذشته نگر بود، نمی‌توان اثرات مخدوش‌کننده اندازه‌گیری نشده را به طور کامل حذف کرد.

سابقه خانوادگی بیماری آلزایمر و اطلاعات ژنتیکی در اطلاعات بیمه سلامت موجود نبود و بنابراین در نظر گرفته نشد.

۱ آپریل ۲۰۲۲

منبع: سایت [Medscape.com](https://www.medscape.com)



## سوالات بیماران از مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان



### بیمار اول

**شرح مشکل بیمار:** بیمار آقای ۴۵ ساله است که دچار گازگرفتگی سگ ولگرد شده و روز اول واکسن ضد هاری و ایمونوگلوبولین ضد هاری تزریق کرده‌اند و می‌بایست دوز های بعدی را روز ۳ و ۵ تزریق کنند. دوز دوم را با دو روز تاخیر تزریق کرده‌اند و دوز سوم را به علت مسافرت با ۱ هفته تزریق می‌توانند تزریق کنند. اشکالی در ایمنی زایی واکسن به وجود نخواهد آمد؟

بیمار در حال حاضر دارویی استفاده نمی‌کند و بیماری زمینه‌ای ندارد و واکسن هاری هم در گذشته تزریق نکرده است.

### پاسخ:

در مواردی که سگ ناشناس است و امکان قرنطینه حیوان وجود ندارد و بیمار قبلاً واکسینه نشده است، در روز صفر ایمونوگلوبولین ضد هاری و در روزهای صفر، ۳، ۷ و ۱۴ واکسن ضد هاری باید تزریق شود. در صورتی که امکان قرنطینه حیوان وجود داشته باشد و حیوان بعد از ۱۰ روز زنده باشد نیاز به تزریق دوز چهارم واکسن وجود ندارد. در صورتی که یک دوز به تاخیر بیافتد نیازی به تکرار دوزهای قبلی نیست و دوزهای بعدی با رعایت اینتراوال باید تزریق شود. اگر برنامه واکسیناسیون تغییر زیادی داشته باشد می‌توان آزمایش سنجش آنتی بادی RFFIT را حداقل ۱۴ روز بعد از تزریق دوز اول و ۷ تا ۱۴ روز بعد از تزریق دوز آخر انجام داد.

### توصیه نهایی به بیمار:

به بیمار توضیح داده شد که باید ۴ دوز واکسن ضد هاری تزریق کنند و بهتر است تزریق به تاخیر نیافتد اما در صورت تاخیر مابقی تزریقات را با رعایت فاصله زمانی ذکر شده تزریق کنند. بعد از اتمام تزریقات بهتر است تست آنتی بادی هم انجام شود.

**منابع:** UptoDate و انستیتو پاستور ایران

دکتر آرینه هارطونیان



### بیمار دوم

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانمی است ۳۳ سال دارد. و هفته ۱۵ بارداری میباشد. دچار علائم ابریزش بینی شده است. کدام آنتی هیستامین را میتواند استفاده کند؟  
سابقه دارویی: ندارد  
سابقه بیماری: ندارد  
سابقه سقط: ندارد  
بارداری اول میباشد

**پاسخ:** دیفن هیدرامین لوراتادین کلماستین کلرفنیرامین فکسوفنادین برم فنیرامین در بارداری ایمن هستند. کلماستین و برم فنیرامین لوراتادین باعث کاهش عطسه و ترشحات بینی می‌شوند. اما هیچ اثری روی سرفه، سردرد، سوزش گلو و بدن درد ندارند. کلرفنیرامین و دیفن هیدرامین در این گروه بهترین نتایج ایمنی را در مطالعات داشته‌اند و باید به عنوان انتخاب اول در نظر گرفته شوند.

بیشتر آنتی هیستامین های قدیمی، در مطالعات ناهنجاری های جنینی نداشته‌اند. در مورد بعضی از آن‌ها شکاف کام گزارش شد، اما مطالعات کاملاً ضد و نقیض است. در بین آنتی هیستامین های نسل دوم، مطالعات نشان دهنده ایمنی لوراتادین و ستیریزین (و لووستیریزین) است که هر دو رده B هستند (مقدار مصرف آن‌ها ۱۰mg روزانه است).

در مورد فکسوفنادین اطلاعات کمتر است و رده C است. مصرف آنتی هیستامین ها در مواردی که مادر در معرض ریسک زایمان زودرس است، به علت retroental fibroplasias باید اجتناب شود.

**توصیه نهایی به بیمار:** اگر علامت دیگری پیدا کردند مثل بدن درد تهوع و سردرد باید ارجاع داشته باشند

**منبع:** UptoDate

دکتر زهرا فرساد

## بیمار سوم

### توصیه نهایی به بیمار:

به دلیل نوروپاتی محیطی از پچ سالیسیلیک اسید استفاده نشود.

منبع: UptoDate

دکتر سونا قاسمی

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانمی. 30 ساله به دلیل جراحی روی دستشان جای اسکار زخم مانده است. پزشک برای ایشان استراتادرم تجویز کرده است اما داروخانه استراتامد داده است آیا این دو فرآورده قابل جایگزینی هستند؟

داروی خاصی مصرف نمی کنند

## بیمار پنجم

**شرح مشکل بیمار:** متخصص پوست برای بیمار با لک پوستی، ترانزامیک اسید روزی یکی خوراکی برای طولانی مدت تجویز کرده است. بیمار میپرسد چیست؟ کاربردی دارد؟

**پاسخ:** این دارو به صورت مطالعاتی در کاهش لک های پوستی و ملاسما استفاده شده، اما باتوجه به ریسک عوارضی مانند لخته شدن خون برای مصرف طولانی مدت خیلی مناسب نیست و بهتر است برای این اندیکاسیون بصورت موضعی تجویز میشد.

**توصیه نهایی به بیمار:** باتوجه به ریسک عوارض و سن بیمار که ۴۸ سال است و در ریسک بالاتر بروز عوارض است برای این اندیکاسیون به این شکل توصیه نمیشود.

منابع:

<https://jddonline.com/articles/dermatology/S1545961619P0454X>

<https://www.mdedge.com/dermatology/article/159214/pigmentation-disorders/treatment-melasma-using-tranexamic-acid-whats>

<https://www.dermatologytimes.com/view/tranexamic-acid-melasma>

دکتر فاطمه جام بزرگ

**پاسخ:** استراتادرم حاوی سیلیکون بوده و برای بهبود اسکار ناشی از زخم می باشد و نمی توان آن را روی زخم باز و برای بهبود زخم استفاده کرد. اما استراتامد هم برای بهبود زخم باز هم برای بهبود جای زخم می تواند کمک کننده باشد.

**توصیه نهایی به بیمار:** استراتامد برای جای زخم قابل جایگزینی با استراتادرم می باشد و جای نگرانی نیست اما برعکس آن در موارد زخم باز خیر

منبع:

<https://www.darukade.com/products/cosmetic-scar-repair-8/gel-stratamed-gel-3760>

دکتر سبحانی

## بیمار چهارم

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانمی ۴۰ ساله با نوروپاتی محیطی که روزانه دو عدد پیرگابالین ۵۰ مصرف میکند، سوال دارد آیا میتواند از پچ میخچه حاوی سالیسیلیک اسید استفاده کند؟

**پاسخ:** در افرادی با سابقه نوروپاتی محیطی به دلیل اینکه ممکن است درد ناشی از استفاده نادرست پچ را متوجه نشوند و منجر به آسیب به پوست سالم شود توصیه میشود از این فرآورده استفاده نشود.

## بیمار ششم

نشده است. بیمار امروز منسشان شروع شده است که هم حجم آن زیاد است و هم لخته خون در آن مشاهده می شود. بیمار می خواهد دستور مصرف اسپری را بپرسد. بیمار سابقه ی بیماری دیگر و سابقه ی مصرف داروی دیگری را ندارد.

**پاسخ:** داروی دزموپرسین به صورت تزریق داخل وریدی و تزریق زیر جلدی و اسپری بینی برای بیماری فون ویلبراند تأییدیه دارد. دوز مصرفی برای اسپری بینی دارو بر اساس وزن بیمار به صورت زیر می باشد:

< ۵۰ کیلوگرم به میزان ۱۵۰ میکروگرم معادل یک پاف در یک سوراخ بینی

> ۵۰ کیلوگرم به میزان ۳۰۰ میکروگرم معادل یک پاف در هر سوراخ بینی

نکته ی مهم در این کیس توجه به این مسئله است که اسپری بینی دزموپرسین در ایران به صورت ۱۰ میکروگرم در هر پاف می باشد که برای شب ادراری تأییدیه دارد. در ایران شکل دارویی مناسب برای اسپری بینی با دوز ۱۵۰ میکروگرم در هر پاف موجود نمی باشد. همچنین شکل دارویی مناسب برای تزریق زیرجلدی نیز در دسترس نمی باشد. در این بیماران در مواقعی مانند منس اسپری بینی به دلیل سهولت مصرف گزینه ی مناسبی می باشد که توصیه می شود بیمار یک تست اثربخشی از دارو در ابتدا داشته باشد در صورت اثر مناسب مصرف دارو می تواند ادامه یابد. با توجه به شکل دارویی موجود در کشور باید توجه داشت این شکل مناسب برای درمان فون ویلبراند نمی باشد به همین دلیل برای رفع این مشکل می توان یا توصیه به استفاده از دارو با حجم مناسب به وسیله ی کاتتر داخل بینی نمود یا بیمار با فواصل زمانی مشخصی به تعداد ۱۵ پاف در هر سوراخ بینی دارو را تکرار کند که ریسک آسیب مخاطی با آن مطرح می باشد. گزینه ی درمانی دیگر در این بیماران استفاده از ترانگزامیک اسید می باشد.

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانم ۶۵ ساله ای هستند که از یک ماه قبل بدلیل دیس پپسی تحت درمان با پنتوپرازول هستند. قرص های کلسیم و مولتی ویتامین مینرال را می - خورند و بیماری دیگری ندارند. آیا جذب کلسیم و ب ۱۲ مختل می شود؟

**پاسخ:** هیپوکلریدی با کاهش جذب کلسیم، منیزیوم و ویتامین ب ۱۲ همراه است. از جمله ریسک فاکتورهای این عارضه می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- در مصرف درازمدت بیش از ۲-۳ سال
- دوز بالای مهارکننده پمپ پروتون
- وجود سایر فاکتورهای خطر کمبود ویتامین ب ۱۲ مانند سوئ تغذیه و رژیم غذایی و گان

**توصیه نهایی به بیمار:** در این بیماران در صورت نیاز به کلسیم ، مکمل های کلسیمی که برای جذب به محیط اسیدی معده احتیاج ندارند مانند کلسیم سترات توصیه می شود همچنین کلسیم موجود در فراورده های لبنی با کاهش جذب با مصرف مهارکننده پمپ پروتون همراه نیستند.

**منبع: Uptodate**

دکتر فاطمه خلیلی

## بیمار هفتم

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانمی ۱۳ ساله به دلیل خونریزی شدید قاعدگی تحت نظر می باشد. شروع منس بیمار از سال گذشته بوده که از همان ابتدا خونریزی خیلی شدید داشته اند و بیمار یک نوبت بستری به خاطر خونریزی شدید داشته اند. در بررسی های بیمار برای ایشان تشخیص بیماری فون ویلبراند داده شده و پزشک برای کنترل خونریزی برای ایشان اسپری بینی دزموپرسین داده اند ولی دستور مصرف بر روی دارو قید

## بیمار نهم

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانمی ۵۰ ساله هستند و مبتلا به دیابت بوده و متفورمین استفاده مینمایند و بایستی سی تی اسکن انجام دهند. پزشک به ایشان گفته ۴۸ ساعت قبل و بعد از سی تی اسکن، باید متفورمین خود را قطع نمایند این موضوع باعث نگرانی بیمار شده است. دلیل این کار چیست؟

**پاسخ:** به دلیل contrast dye میبایستی ۴۸ ساعت قبل و بعد از سی تی اسکن، متفورمین متوقف شود چرا که میتواند شانس متفورمین را برای افزایش لاکتیک اسیدوز در بیماران با عملکرد پایین کلیوی را افزایش دهد. البته اگر بیماران با عملکرد نرمال کلیوی که متفورمین مصرف می کنند کمتر از ۱۰۰ میلی لیتر کنتراست داخل وریدی دریافت می کنند (به عنوان مثال، CT پیشرفته مغز)، متوقف کردن متفورمین و یا بازبینی سطوح کراتینین ۴۸ ساعت پس از انجام این روش ممکن است غیر ضروری باشد زیرا خطر کنتراست نفروپاتی در بیماران مبتلا به عملکرد طبیعی کلیوی بسیار کم است.

**توصیه نهایی به بیمار:** جای نگرانی ندارد و این موضوع صرفاً جهت احتیاط بیشتر میباشد.

منبع:

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3537815](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3537815)

دکتر هدی شفیعی

**توصیه نهایی به بیمار:** به بیمار دربارهی شکل دارویی این اسپری و نواقص آن و راهکارهای غلبه بر آن توضیح داده شد ولی با توجه به شدت خونریزی بیمار ایشان به مرکز درمانی ارجاع شدند.

منبع: Uptodate

دکتر امیرحسین قهرمانیان

## بیمار هشتم

**شرح مشکل بیمار:** بیمار خانم ۶۱ ساله با اختلال اضطرابی از یک سال پیش کلونازپام و سرتالین استفاده می کرده است. پزشک کلونازپام را قطع کرده و به جای آن پرفنازین تجویز کرده است. بیمار از ۳ روز بعد از این تغییر دچار اضطراب و تعریق و لرزش شده است. آیا از عوارض داروی جدید است؟

سرتالین ۵۰ روزی یکی و کلونازپام ۱ روزی دو بار هر بار نصف قرص مصرف می شده است.

**پاسخ و توصیه نهایی به بیمار:** این علائم می تواند به دلیل قطع ناگهانی کلونازپام باشد. به هر حال این علائم طی یک الی دو هفته از بین خواهند رفت. در صورتی که علائم غیر قابل تحمل است می توانید به مدت یک هفته شبی نصف قرص کلونازپام و سپس به مدت یک هفته شبی یک چهارم قرص کلونازپام استفاده کنید و سپس آن را قطع کنید.

منبع: Uptodate

دکتر محمد امین گودرز

## بیمار دهم

شرح مشکل بیمار: بیمار آقای ۳۸ ساله هستند که به دلیل ابتلا به پسوریازیس از یک سال پیش تحت درمان با متوتروکسایت قرار گرفته‌اند. این بیمار قصد دارند برای باروری اقدام کنند و نگران داروی متوتروکسایت هستند. آیا در حین مصرف دارو، می‌توانند برای باروری اقدام نمایند؟

داروهای مصرفی:

متوتروکسایت ۲,۵ میلی‌گرم ۳ بار در هفته

آمی‌تریپتیلین ۲۵ روزی ۱ عدد

پروپرانولول ۲۰ روزی ۲ عدد

لیتیوم ۳۰۰ روزی ۱ عدد

پاسخ: به طور معمول، توصیه می‌شود خانم‌های مصرف‌کننده متوتروکسایت تا ۶ ماه بعد از قطع دارو و آقایان تا ۳ ماه بعد از قطع دارو، برای باروری اقدام نکنند. برخی مطالعات انسانی جدید مصرف این دارو را برای آقایانی که قصد اقدام به باروری دارند و مبتلا به پسوریازیس و آرتریت روماتوئید هستند، مجاز دانسته‌اند. اما به دلیل ناکافی بودن شواهد موجود و احتمال بروز ناهنجاری‌های جدی مادرزادی یا حتی مرگ جنین، بهتر است تا ۳ ماه بعد از قطع دارو در بیمار آقا، از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب استفاده شود.

توصیه نهایی به بیمار:

- در حین مصرف دارو، مجاز به اقدام برای باروری نیستید.
- با پزشک متخصص پوست مشورت کنید تا در خصوص قطع داروی متوتروکسایت و گزینه‌های جایگزین شما را راهنمایی نماید.
- مصرف روزانه فولیک اسید نباید فراموش شود.

منبع: Uptodate

دکتر هستی فتوگرافی

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.



# توصیه های یک داروساز به بیمار

## توصیه های داروساز در مورد شبادراری کودکان

شبادراری از مشکلات رایج دوران کودکی است. به طور معمول، کودکان در سن ۴ سالگی یاد می گیرند که در طول روز به طور آگاهانه عملکرد مثانه خود را کنترل کنند. زیرا کودکان در این سن قادر به درک احساس پر شدن مثانه خود هستند. یادگیری کنترل ادرار در طول شب کمی بیشتر زمان می برد و انتظار می رود کودکان تا سن ۵ الی ۷ سالگی، این توانایی را کسب کنند. احتمال بروز مشکل شبادراری در بازه های سنی مختلف، متفاوت است. در سن ۵ سالگی حدود ۱۶ درصد کودکان قادر به کنترل ادرار خود در طول شب نیستند. درحالی که تا سن ۱۵ سالگی، صرفاً ۱۱ الی ۲ درصد کودکان دچار این مشکل هستند. شیوع شبادراری در پسر بچه ها دو برابر دختران است.

برای اکثر کودکان، شبادراری بدون درمان خود به خود برطرف می شود. با این حال، بسیاری از والدین و کودکان ممکن است نگران اختلال شبادراری باشند. زیر این بیماری می تواند برای فرد و خانواده خجالت آور و ناخوشایند باشد. برخی از والدین نیز نگران علت ریشه ای هستند که سبب ایجاد شبادراری شده است.

## علل شبادراری

شبادراری ممکن است به یک یا چند مورد از موارد زیر مرتبط باشد:

- مثانه کودک کندتر از حد معمول رشد می کند.
- ظرفیت مثانه کودک از شرفیت استاندارد کمتر است.
- ژنتیک: والدینی که در کودکی شبادراری داشته اند، بیشتر احتمال دارد که فرزندان مبتلا به همین بیماری داشته باشند.
- کاهش سطح وازوپرسین (هورمونی که تولید ادرار را کاهش می دهد)
- خواب عمیق که مانع درک احساس پری مثانه توسط کودک می شود.

بیماری های جسمی یا روحی-روانی به ندرت باعث بروز شبادراری می شوند. اکثر کودکانی که دچار شبادراری هستند، اختلال پزشکی زمینه ای ندارند. اختلالاتی که ممکن است به شبادراری منجر شوند عبارتند از دیابت، عفونت دستگاه ادراری، بی اختیاری مدفوع (انکوپریزیس)، ابتلا به کرمک، نارسایی کلیه، تشنج، و مشکلات خواب (مانند آپنه خواب) که اکثراً به راحتی تشخیص داده می شوند. بیوست هم یکی از اختلالات رایج کودکیست که می تواند باعث بروز شبادراری شود.

## تشخیص شبادراری

سنی که شبادراری به عنوان "اختلال" تلقی می شود، به دیدگاه والدین کودک و سنی که کودک قادر به کنترل مثانه می شود بستگی دارد. والدی که در کودکی شبادراری داشته است، ممکن است نگران کودک شش ساله مبتلا به شبادراری اش نباشد. از طرف دیگر، والدین کودکی که در ۴ سالگی شبادراری دارد، ممکن است نگران باشند چون فرزند بزرگترشان در این سن قادر به کنترل مثانه اش بوده است. برای اکثر کودکان، شبادراری زمانی یک مشکل تلقی می شود که در توانایی آن ها برای معاشرت با دیگران اختلال ایجاد کند.

**شرح حال بیمار:** پزشک باید در هنگام معاینه بیمار، حتماً اطلاعات زیر را در خصوص کودک و خانواده اش کسب نماید:

- تاثیر اتفاقات طول روز بر اپیزودهای شبادراری
- دوره های خشکی (بدون بروز شبادراری)
- سابقه خانوادگی شبادراری
- فواصل بروز اپیزودهای شبادراری



- خروپف کردن کودک
- تأثیر مشکل شب‌اداری بر شرایط کودک و خانواده او
- درمان‌هایی که امتحان شده‌اند
- مشکلات خانوادگی

ثبت یک دفتر خاطرات ۲۴ ساعته از مصرف مایعات و وضعیت ادرار کودک می‌تواند کمک‌کننده باشد. این دفتر باید شامل زمان و مقدار مایعاتی که کودک می‌نوشد، تعداد دفعات ادرار و در صورت امکان حجم ادرار او باشد.

**آنالیز ادرار:** آنالیز ادرار یک آزمایش غربالگری برای بررسی بیماری‌های زمینه‌ای کودک است. این آزمایش، با حجم کوچکی از نمونه ادرار کودک قابل انجام می‌باشد.

**آزمایشات بیشتر:** بیشتر کودکانی که شب‌اداری دارند نیازی به آزمایش یا بررسی‌های بیشتر ندارند. با این حال، کودکی که در طول روز هم از اختلالات مثانه رنج می‌برد یا در آزمایش ادرار یا معاینه فیزیکی‌اش یافته‌های غیرطبیعی دیده شده است، باید آزمایشات جانبی را نیز انجام دهد.

### درمان شب‌اداری

درمان اولیه شب‌اداری شامل آموزش کودک و درمان انگیزشی است. در صورتی که شب‌اداری با این مداخلات بهبود نیابد، ممکن است از داروها یا هشداردهنده‌های رفتاری استفاده شود.

قبل از شروع درمان، مهم است که والدین در نظر داشته باشند که فرزندشان چقدر آمادگی و توانایی برای شرکت در فرآیند درمان را دارد. هم‌والدین و هم‌کودک باید انگیزه کافی برای شروع درمان را داشته باشند. اگر کودک به اندازه کافی بالغ نیست که مسئولیت درمان را بر عهده بگیرد، نباید او را مجبور به انجام این کار کرد.

درمان شب‌اداری اغلب طولانی است و ممکن است شامل چرخه‌های مکرر موفقیت و شکست باشد. ویژگی‌های دوره‌ای توسط پزشک (هر ۴ ماه یکبار) نباید فراموش شود.

والدین باید بدانند که شب‌اداری کاملاً غیرارادی است و هرگز نباید کودک را برای این موضوع تنبیه کرد. کتک زدن و سرزنش کلامی توانایی کودک را برای کنترل ارادی مثانه بهبود نمی‌بخشد.

### توصیه‌های آموزشی مرتبط با شب‌اداری

- شب‌اداری بیماری شایعست. در ۱۵ درصد از کودکان پنج ساله شب‌اداری حداقل یک بار در هفته رخ می‌دهد.
- در اکثر کودکان شب‌اداری خود به خود برطرف می‌شود.
- شب‌اداری تقصیر کودک نیست. کودکان را نباید به خاطر شب‌اداری تنبیه کرد.
- کودک باید تشویق شود که در طول روز و درست قبل از خواب ادرار کند (در مجموع چهار تا هفت بار در روز). اگر کودک در شب بیدار شد، حتماً باید به توالت برده شود.
- از نوشیدنی‌های قندی و کافئین‌دار بخصوص در هنگام عصر خودداری شود.
- برای جلوگیری از پر شدن بیش از حد مثانه در طول شب، بهتر است که کودک بیشتر مایعات خود را در صبح و اوایل بعد از ظهر بنوشد. قبل از انجام این کار، والدین باید مقدار مایعاتی را که فرزندشان در یک دوره ۲۴ ساعته می‌نوشد، یادداشت کنند.
- توصیه متخصصان این است که ۴۰ درصد از مایعات صبح، ۴۰ درصد بعد از ظهر و فقط ۲۰ درصد عصر مصرف شود.
- باید هر شب به کودک یادآوری نمود که در مواقعی که نیاز به ادرار کردن دارد بایستی از رختخواب بلند شود و از توالت استفاده کند. همچنین لازم است به کودک یادآوری شود که بلافاصله قبل از خواب مثانه خود را خالی نماید.

- بهتر است شبها یک چراغ روشن گذاشته شود تا کودک بتواند به راحتی راه دستشویی را پیدا کند. اگر اتاق بچه از دستشویی فاصله زیادی دارد، بهتر است یک لگن مناسب جهت ادرار کودک، در نزدیکی محل خواب او قرار داده شود.
- استفاده از پوشک یا شلوارک آموزشی در خانه به ویژه در کودکان بالای ۸ سال توصیه نمی‌شود. زیرا استفاده از این وسایل مانع از آن می‌شود که کودک تمایلی به بلند شدن از رختخواب و استفاده از سرویس بهداشتی داشته باشد. این وسایل برای شرایطی که کودک شب در منزل دوستان یا اقوام ساکن باشد، می‌تواند کمک‌کننده باشد.
- جهت جلوگیری از ایجاد بوی ادرار در اتاق کودک، تشک وی باید با یک روکش ضدآب پوشانده شود.
- در صورت بروز شب‌ادراری، کودک باید تشویق شود که قبل از پوشیدن لباس تمیز به دستشویی برود.
- همیشه لباس تمیز و حوله خشک باید در دسترس کودک باشد تا در صورت نیاز از آن استفاده نماید.
- بهتر است از کودک خواسته شود که در تمیز کردن رخت‌خواب و شستن ملحفه‌های کثیف کمک کند.
- کودک باید هر روز استحمام کند تا از ایجاد بوی ادرار بر روی پوست او جلوگیری شود.
- کودکی که رخت‌خوابش را خیس کرده نباید مورد تمسخر و آزار و اذیت خواهر و برادرش قرار گیرد.

### رفتار درمانی برای شب‌ادراری

**درمان انگیزشی:** این روش شامل ثبت سابقه پیشرفت کودک و جایزه دادن به اوست. والدین و کودک باید از قبل بر سر پاداش با هم توافق کنند. برای دوره‌های خشکی طولانی‌تر بهتر است پاداش‌های بزرگ‌تری برای بچه در نظر گرفته شود. این جوایز لزوماً نباید مادی یا گران‌قیمت باشند. به عنوان مثال، چسباندن یک برچسب کودکانه در دفترچه کودک می‌تواند به عنوان پاداش یک شب یا یک هفته خشکی در نظر گرفته شود. درمان انگیزشی برای کودکان کم سن و سال بهتر جواب می‌دهد.

### هشداردهنده‌های شب‌ادراری

آژیرها یا هشدارهای شب‌ادراری مؤثرترین روش برای کنترل شب‌ادراری می‌باشند. این روش معمولاً برای کودکان ۶ سال به بالا استفاده می‌شود اما معمولاً روش اول درمان نیست. چون این روش پرهزینه است و به انگیزه‌ی بالای در کودک و والدین نیاز دارد. به طور معمول بعد از ۳ تا ۶ ماه استفاده از تکنیک‌های رفتاردرمانی، در صورت عدم بهبود وضعیت کودک، می‌توان از این روش‌ها استفاده کرد.

این هشداردهنده‌ها مجهز به سنسوری هستند که اولین قطرات ادرار در لباس زیر کودک را تشخیص می‌دهد و از طریق صدا، نور یا لرزش کودک را بیدار می‌کند. در این روش آموزش میبند که بیدار شود و ادرارش را متوقف نماید. کودک باید خودش مسئول زنگ هشدار خود باشد و هر شب قبل از خواب آن را چک کند. مراحمی که بعد از به صدا درآمدن هشدار اتفاق میفتد، باید با کودک مرور شود:

۱. کودک آلارم را خاموش می‌کند، بلند می‌شود و در دستشویی ادرارش را تمام می‌کند.
۲. کودک به اتاق خواب برمی‌گردد، رختخواب و لباس خود را تمیز می‌کند. (در صورت نیاز با کمک والدین)
۳. کودک حافظه هشداردهنده را پاک یا تعویض می‌کند.
۴. کودک زنگ هشدار را مجدد تنظیم می‌کند و به خواب برمی‌گردد.

با شروع این روش درمانی، برخی از کودکان ممکن است با به صدا درآمدن زنگ بیدار نشوند. در این شرایط والدین باید کودک را بیدار کنند و از او بخواهند که به سرویس بهداشتی برود. موفقیت این روش در این است که کودک حتماً بیدار شود. اینکه به صورت عادی و در شرایط خواب‌آلودگی به دستشویی برود، به درمان شب‌ادراری او کمک نمی‌کند. این هشداردهنده‌ها باید تا زمانی استفاده شوند که کودک ۳ الی ۴ شب متوالی شب‌ادراری نداشته باشد. این روند به طور معمول سه الی چهار ماه طول می‌کشد اما ممکن است تا ۶ ماه نیز به طول بیانجامد. در صورتی که بعد از محقق شدن هدف فوق و متوقف شدن استفاده از هشداردهنده، شب‌ادراری مجدداً بروز کرد، باید روند فوق مجدداً تکرار شود تا زمانی که کودک ۳ الی ۴ شب پشت سر هم شب‌ادراری نداشته باشد.

## دارودرمانی

**دسموپرسین** که به عنوان DDAVP نیز شناخته می‌شود، دارویی است که تولید ادرار فرد را کاهش می‌دهد. این دارو می‌تواند در درمان شب‌ادراری کودک استفاده شود. به طور معمول پیش از شروع دارودرمانی، کودک به مدت ۳ الی ۶ ماه تحت درمان با روش‌های انگیزشی و استفاده از هشداردهنده‌ها قرار می‌گیرد. دسموپرسین داروی گرانیست و ممکن است با عوارض جانبی همراه باشد. نرخ عود بیماری با دسموپرسین بیشتر از هشداردهنده‌هاست. به طور معمول از دسموپرسین در کنار تکنیک‌های رفتار درمانی استفاده می‌شود.

دسموپرسین به صورت قرص و اسپری در بازار دارویی موجود می‌باشد. دارو قبل از خواب و جهت کاهش تولید ادرار مصرف می‌شود. این دارو را می‌توان هر شب یا صرفاً در موارد نیاز (کمپ‌های شبانه یا زمانی که کودک شب را در خانه اقوام به سر می‌برد) استفاده کرد. به طور معمول مصرف دسموپرسین با عوارض جانبی جدی همراه نیست. توصیه می‌شود کودک از یک ساعت قبل تا ۸ ساعت بعد از مصرف دسموپرسین هیچ مایعی ننوشد. علاوه بر این، بهتر است از ساعت ۵ عصر به بعد، کودک بیش از ۲۰۰ سی‌سی مایعات مصرف نکند. میزان عود با دسموپرسین نسبتاً بالاست. تقریباً ۶۰ تا ۷۰ درصد کودکان پس از قطع دارو، مجدداً دچار شب‌ادراری می‌شوند. در صورتی که دارو به صورت ناگهانی قطع شود، احتمال عود مجدداً بیشتر. به همین دلیل، توصیه می‌شود دارو به آهستگی و به تدریج کاهش یابد.



## درمان‌های مکمل و جایگزین

چندین درمان مکمل و جایگزین از جمله طب سوزنی در کودکان مبتلا به شب‌ادراری آزمایش شده است. مانورهای کایروپراکتیک و هیپنوتیزم از جمله سایر روش‌های مورد بررسی بوده‌اند. با این حال، داده‌های علمی کافی برای اثبات اثربخشی این روش‌ها وجود ندارد. فلذا استفاده از این روش‌ها برای کودکان توصیه نمی‌شود.

منبع: Uptodate

## تازه های کووید-۱۹

### تشابه ریسک فاکتورهای ژنتیکی کووید ۱۹ و آلزایمر



در این بیماران خطر اولیه ابتلا به آلزایمر بین ۱۱ تا ۲۲ درصد بیشتر است.

محققان چهار واریانت ژن OAS1 را بررسی کردند که همگی بیان این ژن را کاهش می‌دهند. آنها دریافتند که واریانت‌هایی که خطر ابتلا به آلزایمر را بالا می‌برند، با واریانت تازه کشف‌شده‌ای از OAS1 مرتبط هستند که احتمال نیاز به مراقبت‌های ویژه برای بیماران مبتلا به کووید ۱۹ را تا ۲۰٪ افزایش می‌دهد. به نظر می‌رسد این دو واریانت به طور هم‌زمان به ارث می‌رسند.

علاوه بر این، با بررسی سلول‌های ایمنی که برای تقلید از اثرات کووید ۱۹ دستکاری شده‌بودند، محققان دریافتند که این ژن میزان ترشح پروتئین‌های پیش التهابی توسط سلول‌های ایمنی بدن را کنترل می‌کند. آنها دریافتند که سلول‌های میکروگلیا که در آنها ژن OAS1 ضعیف‌تر بیان می‌شود، پاسخی مبالغه‌آمیز به آسیب بافتی دارند و سبب بروز طوفان سایتوکاینی می‌شوند و واکنش‌های خودایمنی را تحریک می‌کند.

به گفته دکتر صالح، اگر بتوانیم یک روش ساده برای تشخیص واریانت این ژن طراحی کنیم که در افرادی که تست کووید ۱۹ آنها مثبت است، ژن OAS1 را بررسی نماید، ممکن است بتوان تشخیص داد چه کسی در معرض خطر بیشتری برای نیاز به مراقبت‌های ویژه قرار دارد. همچنین می‌توان امیدوار بود که این تحقیقات بتواند به توسعه یک آزمایش خونی کمک کند قبل از بروز علائم فراموشی، ابتلا به آلزایمر را پیش‌بینی کند.

۱۴ ژانویه ۲۰۲۲

منبع: سایت [USPharmacist.com](http://USPharmacist.com)

محققان کالج لندن (UCL) و چندین دانشگاه دیگر در بریتانیا تخمین می‌زنند که نوعی واریانت ژنتیکی ژن OAS1 خطر ابتلا به بیماری آلزایمر (AD) را حدود ۳ تا ۶ درصد در کل جمعیت افزایش می‌دهد، در حالی سایر واریانت‌های این ژن احتمال پیامدهای شدید کووید ۱۹ را افزایش می‌دهد.

این یافته‌ها که در مجله Brain منتشر شده است، می‌تواند راه را برای توسعه دارو یا ردیابی پیشرفت بیماری در هر یک از این دو اختلال هموارتر کند و امکان استفاده از داروهای مشترک در این دو بیماری را بررسی نماید. این داده‌ها ممکن است با مزایای بالقوه‌ای برای سایر بیماری‌های عفونی و سایر انواع زوال عقل همراه باشد.

به گفته‌ی محقق اصلی این مطالعه، درویس صالح از مؤسسه نورولوژی کوئین اسکوئر UCL، آلزایمر در درجه اول با تجمع پروتئین آمیلوئید و توده نوروفیبریلار در مغز مشخص می‌شود اما پاتوژن این بیماری با التهاب گسترده‌ای در مغز نیز همراه است که اهمیت سیستم ایمنی در بیماری آلزایمر را برجسته می‌کند. لازم به ذکر است که در بیماری آلزایمر و کووید ۱۹ تغییرات یکسانی در سیستم ایمنی دیده می‌شود.

برای این مطالعه، تیم تحقیقاتی به دنبال ایجاد ارتباط بین ژن OAS1 و آلزایمر بودند. ژن OAS1 در میکروگلیا بیان می‌شود. میکروگلیا نوعی از سلول‌های ایمنیست که حدود ۱۰ درصد از کل سلول‌های موجود در مغز را تشکیل می‌دهد. برای بررسی پیوند این ژن با آلزایمر، داده‌های ژنتیکی ۲۵۴۷ نفر که نیمی از آنها مبتلا به بیماری آلزایمر بودند، توالی‌یابی شدند. محققان دریافتند افرادی که دارای واریانت خاصی از ژن OAS1 هستند که rs1131454 نامیده می‌شود، بیشتر در معرض ابتلا به آلزایمر هستند.

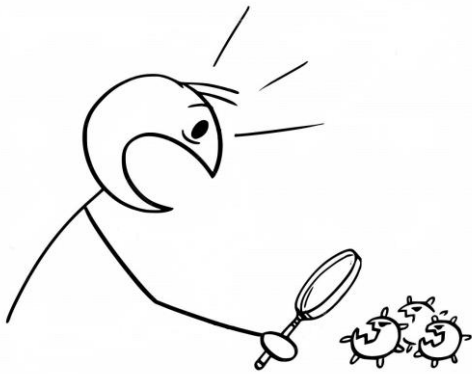


## واکسن اختصاصی برای اومیکرون

یافته‌های مبوب به این واکسن‌های ترکیبی به صورت آنلاین منتشر شده و هنوز توسط کارشناسان مستقل بررسی نشده است.

۷ آپریل ۲۰۲۲

منبع: سایت [Drugs.com](https://www.drugs.com)



شرکت Moderna روز سه‌شنبه اعلام کرد که واکسن بوستر به‌روزرسانی شده‌اش به نسبت واکسن بوستری که سابقاً تولید کرده، بسیار قوی‌تر است و در مهار اومیکرون و سایر واریانت‌های کووید بهتر عمل می‌کند. این واکسن جدید، علاوه بر پوششی که واکسن اصلی Moderna داشته، علیه سویه بتا نیز محافظت ایجاد می‌کند.

قبل از اینکه سویه اومیکرون ظاهر شود، Moderna واکسن اصلی خود را بهینه‌سازی می‌کرد تا محافظت بیشتری در برابر سویه بتا ایجاد کند. اما Moderna اعلام کرده‌است که واکسن ترکیبی آنتی‌بادی‌هایی را ایجاد می‌کند که قادر به مبارزه با چندین سویه کووید از جمله اومیکرون می‌باشد. اثربخشی واکسن بتا در برابر اومیکرون احتمالاً به دلیل این واقعیت است که واکسن شامل چهار جهش ژنتیکی است که در واریانت بتا و اومیکرون مشترک است.

## تایید داروی رمدسیویر در کودکان

زیر ۱۲ سال



سازمان غذا و داروی ایالات متحده آمریکا (FDA)، استفاده از داروی رمدسیویر (برند Veklury) را در کودکان تایید نمود. مطابق این تاییدیه، دارو برای بیماران ۲۸ روزه و بالاتر با وزن حداقل ۳ کیلوگرم که تست کووید ۱۹ آنها مثبت شده، قابل استفاده است به شرطی که بیمار در یکی از دو گروه زیر قرار بگیرد:

- در بیمارستان بستری باشد.
- مبتلا به کووید ۱۹ خفیف تا متوسط باشد، در بیمارستان بستری نباشد اما در معرض خطر بالای کووید ۱۹ شدید، بستری شدن در بیمارستان یا مرگ قرار داشته باشد.

این اقدام Veklury را به اولین درمان تایید شده کووید ۱۹ برای کودکان کمتر از ۱۲ سال تبدیل می‌کند. به دنبال این تاییدیه، آژانس مجوز استفاده اضطراری Veklury در اطفال را لغو نمود.

Moderna اکنون در حال آزمایش دومین واکسن ترکیبی است که شامل واکسن اصلی و واکسنی است که با گنجاندن ۳۲ جهش، سویه اومیکرون را هدف قرار می‌دهد. نیویورک تایمز گزارش داد که مطالعات این دو واکسن بوستر در ایالات متحده و بریتانیا در حال انجام است و انتظار می‌رود نتایج آن تا ماه ژوئن منتشر شود.

استفان بانسل، مدیرعامل Moderna در بیانیه‌ای از نتایج اولین بوستر دوظرفیتی کووید ۱۹ با نام علمی mRNA-1273.211 ابراز خرسندی کرده و اعلام نموده که شرکت از فوریه ۲۰۲۱ در حال کار بر روی استراتژی دو ظرفیتی بوده‌است. به گفته وی، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که mRNA-1273.211 در دوز ۵۰ میکروگرم، پاسخ‌های آنتی‌بادی بالاتری نسبت به بوستر ۵۰ میکروگرمی mRNA-1273 ایجاد می‌کند.

در حال حاضر، شرکت Moderna بر بوستر mRNA-1273.214 کار می‌کند ترکیبی از بوستر مجاز کنونی شرکت و بوستر اومیکرون می‌باشد که انتظار می‌رود پاییز ۲۰۲۲ در دسترس عموم قرار بگیرد.

## مرکز دارو پزشکی ۱۳ آبان پاسخگوی سوالات علمی دارویی



پیش از این، Veklury تنها برای درمان بزرگسالان و برخی از اطفال (۱۲ سال و بالاتر با وزن حداقل ۴۰ کیلوگرم) تاییدیه تجویز داشت.

کووید ۱۹ پتانسیل بیماری‌زایی شدید در کودکان را دارد. در حال حاضر برای بسیاری از کودکان گزینه واکسیناسیون در دست نمی‌باشد. فلذا، نیاز به گزینه‌های درمانی ایمن و مؤثر برای این جمعیت به شدت احساس می‌شد.

Veklury در افرادی که کاندید دریافت واکسن کووید ۱۹ یا واکسن بوستر هستند، جایگزین واکسیناسیون نمی‌باشد. FDA برای دو واکسن، تاییدیه قطعی و برای سه واکسن مجوز استفاده اضطراری صادر کرده که همگی در جلوگیری از ابتلا به کووید ۱۹ و کاهش خطر ابتلا به فرم شدید بیماری، مؤثر هستند. بدین ترتیب، FDA در درجه اول خواستار انجام واکسیناسیون و تزریق دوز بوستر در همه افراد واجد شرایط می‌باشد.

با توجه به سیر مشابه بیماری کووید-۱۹ در بزرگسالان و اطفال، تاییدیه امروز Veklury در برخی از اطفال با نتایج حاصل از فاز ۳ کارآزمایی بالینی در بزرگسالان پشتیبانی می‌شود. علاوه بر این، یک مطالعه بالینی فاز ۳/۲ که روی ۵۳ کودک مبتلا به کووید (با حداقل ۲۸ روز سن و وزن حداقل ۳ کیلوگرم) انجام شده، اثر Veklury را تایید می‌نماید. در این مطالعه، بیماران تا ۱۰ روز تحت درمان با Veklury قرار داشتند. نتایج ایمنی و فارماکوکینتیک دارو در اطفال مشابه نتایج در بزرگسالان بود.

عوارض جانبی احتمالی استفاده از Veklury شامل افزایش سطح آنزیم‌های کبدی است که ممکن است نشانه آسیب کبدی باشد. علاوه بر این، واکنش‌های آلرژیک (تغییرات فشار خون و ضربان قلب، سطح پایین اکسیژن خون، تب، تنگی نفس، خس‌خس سینه، تورم لب و پلک، بثورات پوستی، حالت تهوع، تعریق یا لرز) ممکن است با این دارو اتفاق بیفتد.

۲۵ آپریل ۲۰۲۲

منبع: سایت [FDA.gov](http://FDA.gov)

شماره تماس ۰۲۱۰۱ دارای  
خط ویژه جهت مشاوره علمی دارویی



پاسخگویی به هم‌میهنان عزیز  
توسط پزشکان و داروسازان مجرب

پاسخگویی به همکاران کادر درمان  
توسط متخصصین داروسازی بالینی





- ۲ اردیبهشت روز جهانی هوای پاک ✓
- ۴ الی ۱۱ اردیبهشت هفته جهانی واکسیناسیون ✓
- ۵ اردیبهشت روز جهانی مالاریا ✓
- ۱۴ اردیبهشت روز جهانی آسم ✓
- ۱۵ اردیبهشت روز جهانی ماما ✓
- ۱۸ اردیبهشت روز جهانی صلیب سرخ و هلال احمر ✓
- ۱۸ اردیبهشت روز جهانی تالاسمی ✓

### همکاران این شماره:

دکتر مژگان مشایخی  
دکتر هستی فتوگرافی  
دکتر امیرحسین ستوده

# مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان



مرکز اطلاع رسانی داروپزشکی ۱۳ آبان  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

موارد مصرف

مصرف در شیردهی

مصرف در بارداری

تداخل دارویی

شرایط نگهداری

نحوه مصرف

مسمومیت دارویی

عوارض مصرف

# ۸۲۱۰۱

## پاسخگوی سؤال های علمی دارویی

DPIC

( DRUG AND POISON INFORMATION CENTER )

