

گزارش‌های دارویی

نویسنگان:

دکتر محمد عبدالهی، دکتر شکوفه نیکفر، دکتر مجید رهگذر، دکتر غلامرضا کریمی، دکتر محمود اعتباری
دکتر محمود برادران، دکتر منصور فلاحتی، دکتر مهدی صابیری، دکتر طلعت قانع
مرکز اطلاعات دارویی و سموم - حوزه معاونت دارویی و غذایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بنابراین دارو را از این طریق وارد چشم می‌کند.
گفته می‌شود که داروها ابتدا به داخل ملتاحه جذب شده و سپس به درون اسکرا و قرنیه منتشر می‌شوند. از این طریق است که مستقیماً وارد مایعات داخل چشم می‌شوند. با توجه به مکانیسم گفته شده در صورت مصرف همزمان یک داروی چشمی با دکونژستانهای چشمی ابتدا باید داروی دیگر را مصرف کرد و سپس دکونژستان را مصرف کرد، اگر قبل از دارو دکونژستان مصرف شود جذب دارو چهار اختلال خواهد شد.

منبع:
Textbook of Ocular Pharmacology 1997, page 121 - 122.

استفاده از فلوتامید و سایمتیدین در هیرسوتیسم
سؤال: بیمار خانمی ۲۴ ساله می‌باشد که میزان آنдрولین خونش ۲ برابر حد طبیعی است.

صرف همزمان قطره‌های چشمی

سؤال: بیمار خانم ۵۷ ساله‌ای است که سابقه بیماری آب مروارید داشته و بتازگی عمل جراحی چشم انجام داده پسر بیمار با مرکز اطلاع‌رسانی تماس گرفته‌اند و اظهار نموده‌اند که پزشک برای مادرشان قطره جنتامايسین و قطره بتاماتازون تجویز کرده سؤال ایشان این بود که با چه فاصله‌ای این دو قطره را مصرف کنند تا کمترین تداخل در جذب بوجود آید.

پاسخ: با توجه به فاکتورهای موجود در چشم، داروی استفاده شده در چشم معمولاً فقط ۵-۲ دقیقه در حفره ملتاحه چشم باقی می‌ماند و در طی این مدت ۱-۷ درصد دارو (وابسته به جنس ماده مورد استفاده) به داخل چشم نفوذ می‌کند. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که حداقل ۵ دقیقه فاصله بین مصرف دو قطره چشمی فاصله باشد.

از آنجا که اسکلارا دارای سرخرگهایی است که به سمت جسم مژگانی و شبکیه می‌رود و

منابع:

1. Martindale 1996 - page: 575
2. Physicians Desk Reference 1997 - page: 2498-2499
3. Micromedex 1998, Drugdex, Drug consult.
4. Golditch IM and Price VH. Treatment of hirsutism with cimetidine. Obstet Gynecol 1990; 75: 911 - 913.

تداخل برومومکریپتین با متوكلوپرامید

سؤال: یکی از همکاران پزشک با مرکز اطلاع رسانی دارویی تماس گرفته بودند و اطلاعاتی در مورد احتمال تداخل داروی برمومکریپتین با متوكلوپرامید خواسته بودند. این پزشک داروی برمومکریپتین را برای درمان هیپرپرولاكتینمی تجویز نموده و برای جلوگیری از حالت تهوع ناشی از آن تصمیم به تجویز متوكلوپرامید دارند.

پاسخ: متوكلوپرامید اگر قبل از برومومکریپتین مصرف شود زمان رسیدن به حداقل غلظت دارویی برمومکریپتین را طولانی تر کرده و از بروز تهوع و سرگیجه ناشی از برمومکریپتین بخوبی جلوگیری می‌کند. اما در اینجا باید به نکته مهم دیگری توجه کنیم که همان مکانیسم اثر دو داروی مذکور می‌باشد. برومومکریپتین یک آگونیست دوپامین می‌باشد و از طریق همین اثر مانع از ترشح پرولاکتین از هیپوفیز می‌شود. متوكلوپرامید یک داروی مقلد کولینرژیک و آنتاکوئینست دوپامین است که بخوبی از سد خونی- مغزی عبور می‌کند و از عوارض جانبی آن افزایش پرولاکتین سرم و در نهایت ژینکوماستی و گالاکتوره می‌باشد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که استفاده توأم این دو دارو اثرات

در طی دو سال گذشت بیمار اسپیرونولاکتون مصروف کرده است. اسپیرونولاکتون سبب اختلالات شدید قاعدگی شده است و بنابراین قطع شده و به جای آن پزشک داروی فلوتامید روزی ۲ عدد و سایمتیدین روزی ۲ عدد تجویز کرده است. بیمار از عوارض فلوتامید سؤال کرده و همچنین می‌خواستند بدانند آیا سایمتیدین واقعاً بر هیرسوتیسم مؤثر است؟

پاسخ: فلوتامید یک داروی آنتی آندروژن است که به طور وسیعی در درمان سرطان پروستات مورد استفاده قرار می‌گیرد. گفته می‌شود در درمان هیرسوتیسم هم مؤثر بوده است. در هنگام درمان با این دارو باید سطح پلاسمایی استرادیول و تستوسترون را نیز به طور مرتبت اندازه گرفت زیرا افزایش سطح این دو هورمون در بعضی موارد گزارش شده است. عوارض شایع آن شامل تهوع، اسهال، بزرگ شدن پستان و افزایش ترشح شیر می‌باشد، اختلالات کبدی نیز گزارش شده است. سایمتیدین یک H₂ بلاکر با خواص آنتی آندروژنیک می‌باشد اما مطالعات مختلف نشان داده که اثر زیادی در درمان هیرسوتیسم نداشته است. در یک مطالعه تنها دو نفر از ۹ نفر بعد از ۴۸-۷۲ هفتۀ درمان با 300mg چهار بار در روز مختصری بهبود پیدا کرده‌اند. در رفاقت‌ها به استفاده از فلوتامید برای درمان هیرسوتیسم اشاره شده است ولی کارایی آن هنوز به طور کامل مشخص نیست، با توجه به بالابودن میزان آندروژن خون بیمار مورد نظر احتمالاً جلوگیری از اثرات آندروژن در گیرنده‌های خود بخصوص در پوست و فولیکولهای مو مورد نظر بوده است.

- می شود. چون دارو باعث انقباضات تدریجی و قویتری می شود، نسبت به اکسی توسین ارجح است ولی در موقعی که پاسخ انقباضی سریع لازم است اکسی توسین داروی مناسبتری می باشد.
- این که مصرف متیل ارگونوین در انسان مشکلی را به دنبال داشته باشد ثابت نشده است. این دارو وارد شیر می شود ولی مقدار آن بسیار کم است. مقدار مصرف دارو در درمان خونریزی رحم ۰.۲ میلی گرم ۳-۴ بار در روز می باشد. دارو برای حداقل هفت تجویز می شود.
- گزارشی در مورد این که دارو باعث مهار شیر شود، وجود ندارد. ولی مطالعات نشان داده است که متیل ارگونوین با ترشح پرولاکتین (با درجه کمتری تا برومکربیتین) در زمان بعد از زایمان تداخل می کند. پس مصرف طولانی مدت آن می تواند باعث تاخیر یا کاهش در ترشح شیر شود.
- آلکالوئیدهای ارگو اگر طولانی مدت یا بیش از مقدار توصیه شده مصرف شوند می توانند باعث مسمومیت مزمن شوند و عوارض ناخواسته ای مثل استفراغ، کاهش جریان خون دستها، اسهال، نبض ضعیف، فشارخون ناپایدار و تشنیج در نوزادان مادرانی که مقدار زیاد دارو را مصرف کرده اند می توانند مشاهده شود. با توجه به این که شیردهی باید ادامه یابد و مصرف دارو مطلقاً ممنوع نمی باشد و از طرفی مقدار مصرف دارو پایین تر از مقدار مجاز برای مصرف می باشد بیمار می تواند دارو را مصرف کند. ضمناً در این مدت علایم احتمالی در نوزاد باید مدنظر باشد.
- درمانی برومکربیتین را تحت اثر قرار دهد و ممکن است پزشک معالج به اثر مطلوب برومکربیتین در درمان هیپرپرولاکتینی دست پیدا نکند. در منابع، طرز استفاده صحیح از برومکربیتین را به منظور به حداقل رساندن عوارض جانبی آن، شروع با 1.25mg در موقع خواب به مدت یک هفته توصیه کردند که پس از آن می تواند تا مقدار مورد لزوم افزایش یابد.
- منابع:**
1. Drugdex. Bromocriptine and Metoclopramide.
 2. Ascoli M. and Segaloff D.L. In Goodman and Gilman's the Pharmacological basis of therapeutics. by Hardman et. al. page: 1371-2.
 3. Brunton L.L. In Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics by Hardman et. al. page: 932-3.
 4. Williams D.B and Welage L. S. In pharmacotherapy by Dipro et. al. page: 689.
 5. Carson D.s and Buccik.k. In pharmacoterapy by Dipro et. al. page: 1596-7.
- مصرف متیل ارگونوین در شیردهی**
- سؤال:** خانم ۲۰ ساله ای طی تماس با مرکز اطلاعات دارویی و سموم ابراز داشتند که اکنون دو ماه از زایمان ایشان می گذرد و دارای نوزاد دو ماهه هستند و به نوزاد خود شیر می دهند. از طرفی چون هنوز دارای خونریزی بعد از زایمان هستند، برای کاهش آن، تعداد بیست عدد قرص متیل ارگونوین تجویز شده است. ایشان می خواهند بدانند که آیا مصرف این دارو در شیردهی مجاز است؟
- پاسخ:** متیل ارگونوین از آلکالوئیدهای ارگو می باشد. این دارو برای جلوگیری و درمان خونریزی بعد از زایمان یا بعد از سقط استفاده

منبع:

Micromedex 1998

موارد استفاده POTABA و PABA

سؤال: یکی از متخصصان پوست در تماس با این مرکز ذکر کرده‌اند که در بعضی موارد مشاهده شده است که ایشان برای بیماران خود داروی POTABA نوشته‌اند. لیکن در داروخانه PABA تحويل میریض شده است. سؤال ایشان این بود که آیا می‌توان این دو را به جای یکدیگر مصرف نمود.

پاسخ: بر اساس منابع در دسترس، POTABA، پتاسیم آمینوبنزوات است که بیشتر در بیماریهای که همراه با فیبروز هستند مثل اسکلرودرما و پیرونی به کار می‌رود و ادعای شده است که باعث افزایش جذب اکسیژن در بافت می‌شود. دوز معمول آن 3g چهار بار در روز است و از عوارض آن می‌توان به بی‌اشتهایی، تهوع و تب اشاره نمود. در حالی که PABA، پارآمینوبنزونیک اسید می‌باشد که بیشتر به صورت محلول ۵% در الکل تهیه می‌شود و به عنوان یک فراآورده موضوعی و محافظ پوست در مقابل آفتاب به کار می‌رود. همچنین کاهی اوقات به صورت خوراکی برای بررسی عملکرد پانکراس استفاده دارد. قابل ذکر است که مصرف این دو دارو به جای یکدیگر صحیح نیست و اشکال دارویی این دو قلم ترکیب باید با یکدیگر متفاوت باشند.

منبع:

PDR. P: 151, 1997

Martindale. P: 156, 1996

نکاتی پیرامون اشکال دارویی کوآموکسی کلاو

سؤال: پزشکی در مورد امکان جابجایی قرص‌های کوآموکسی کلاو ۳۷۵ و ۶۷۵ موجود در داروخانه‌ها سؤال نمود.

پاسخ: کوآموکسی کلاو یکی از آنتی بیوتیک‌هایی است که امروزه، در بسیاری از داروخانه‌های شهر ما وجود دارد. این دارو به صورت سوسپانسیون $(21 + 31) = 156$ و قرص‌های $125 + 250 = 375$ و $125 + 500 = 625$ موجود است.

با توجه به کمبود برخی از اقلام دارویی در داروخانه، مواردی پیش می‌آید که لازم است اشکال دارویی این دارو با یکدیگر تعویض گردد که رعایت نکات زیر ضروری است.

۱- اگر پزشکی قرص ۶۲۵ تجویز نموده است و در داروخانه نوع ۳۷۵ وجود دارد گاهی به جای هر قرص ۶۲۵ دو عدد ۳۷۵ داده می‌شود، که این کار موجب می‌شود بیمار به جای ۱۲۵ میلی‌گرم کلاولانیک اسید، ۲۵۰ میلی‌گرم دریافت نماید و چون یکی از عوارض شایع این ترکیب تهوع و استفراغ است بسیاری از بیماران از این عارضه شکایت می‌کنند. در این موارد می‌توان یک قرص ۳۷۵ به همراه یک کپسول ۲۵۰ میلی‌گرم آموکسی‌سیلین تجویز نمود.

۲- اگر پزشکی قرص ۳۷۵ تجویز نموده است و در داروخانه نوع ۶۷۵ موجود است گاهی اوقات به جای آن، قرص ۶۷۵ را نصف می‌کنند. در این حالت حتی اگر مواد مؤثره کاملاً یکنواخت در قرص‌های پخش شده باشد، مقدار کلاولانیک اسید در هر نصف قرص $625/2 = 312.5$ میلی‌گرم خواهد بود که مقدار آن نسبت به قرص $(250 + 125) / 2 = 187.5$ کمتر

است که مطابق رفرانس در افرادی که ادرار ۲۴ ساعته آنها بیشتر از ۵۰۰ میلی لیتر باشد مصرف اوروگرافین با احتیاط می‌تواند انجام شود، البته احتمال شیفت به نارسایی حاد کلیه وجود دارد. در مواقعي که ادرار ۲۴ ساعته کمتر از ۴۰۰ میلی لیتر است داروی اوروگرافین به هیچ وجه نباید مصرف شود.

منبع:

Micromedex 1998

سمیت کلیوی آمپولهای متوكاربامول
سوال: آقایی ۴۴ ساله با وزن تقریبی ۷۵Kg به علت اسپاسم عضلانی همراه با درد به پزشک مراجعه کرده برای ایشان سی عدد آمپول متوكاربامول همراه با قرص دیکلوفناک تجویز شده است. آمپولها هر هفتة یک عدد باید تزریق عضلانی شود و قرصها روزی ۲ عدد مصرف گردد. بیمار مورد نظر در تماس با مرکز خواستار اطلاعاتی در رابطه با سمیت کلیوی آمپول متوكاربامول شدند و می‌خواستند بدانند مصرف این همه آمپول می‌تواند برای کلیه‌های ایشان مشکل ساز باشد.

پاسخ: مصرف طولانی مدت داروهای ضد درد و ضد التهاب غیر استروئیدی می‌تواند زمینه ساز نارسایی حاد کلیوی، نفریت بینابینی و یا سندروم نفووتیک گردد.

شایان ذکر است که در فرمولاسیون آمپول متوكاربامول بسیاری از کارخانجات داروسازی پلی اتیلن گلایکول ۳۰۰ وجود دارد که مقادیر زیاد آن در افراد دچار نارسایی کلیوی می‌تواند باعث احتیاط اوره و اسیدوز گردد. لذا با توجه به مصرف همزمان دیکلوفناک و آمپول

است. به هر حال تحویل قرص کوآموکسی کلارو ۳۷۵ و ۶۷۵ به جای یکدیگر توصیه نمی‌شود.

مقایسه سمیت کلیوی omnipaque و urograffin

سوال: آقایی ۶۶ ساله با وزن حدود ۸۰ کیلو که سابقه نارسایی مزمن کلیوی دارند جهت آنژیوگرافی نیاز به استفاده از دارو omnipaque دارند. به علت کمیاب بودن این دارو از طرف یکی از همکاران داروساز استفاده از urograffin با صلاحیت پذشک مربوطه پیشنهاد می‌گردد. بیمار مشکل خود را با پذشک مطرح کرده و پذشک مربوطه جهت مشورت با مرکز اطلاع رسانی تماس گرفته و خواهان مقایسه این دو دارو از لحاظ سمیت کلیوی با یکدیگر است.

پاسخ: ترکیبات حاچب که به منظورهای مختلف تشخیصی مورد استفاده قرار می‌گیرند در یک تقسیم بندی کلی به دو دسته یونی (اسمولالیتی بالا) و غیر یونی (اسمولالیتی پایین) تقسیم می‌شوند.

omnipaque که ماده مؤثره آن lohexol است، جزء ترکیبات غیر یونی و urograffin که حاوی نمکهای Diatrizoate بوده یک ترکیب یونی است. مطالعات مختلف نشان داده است که ترکیبات غیر یونی نسبت به ترکیبات یونی، دارای سمیت کلیوی کمتری هستند و استفاده از آنها در افرادی که سابقه نارسایی کلیوی دارند یا مستعد نارسایی کلیوی هستند ترجیح داده می‌شود. بنابراین در بیمار مورد نظر بهتر است omnipaque استفاده شود. با توجه به این نکته که ممکن است داروی اول کمیاب باشد قابل ذکر

بهر حال تقاضا شد که وضعیت کودک هر نیم ساعت به ما گزارش شود. در نهایت بعد از ۲/۵ ساعت از اولین تماس تلفنی، حال کودک را به بیهود رفته و دیگر هیچ مشکلی نداشت و در حال بازی با همسالان خود بود.

متوکاربامول بهتر است بیمار تحت نظر پزشک مربوطه در طول مدت درمان از لحاظ عملکرد کلیوی مورد بررسی قرار گیرد.

منبع:

Micromedex 1998.

پیشگیری از بارداری

سوال: خانم ۳۲ ساله‌ای پس از آنکه دومین فرزند خود رادر جریان یک زایمان طبیعی به دنیا آورده است، طی تماسی با مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم پیرامون روش پیشگیری از بارداری درخواست مشاوره می‌نماید. ایشان خانمی با قد ۱۵۷ cm و وزن ۶۰ kg می‌باشد که با مصرف قرصهای Dian از بارداری پیشگیری می‌نماید. وی دارای نقص دیواره بین دهلیزی (Atrial Septal Defect (ASD)) بوده است، که پس از زایمان اول در ۲۵ سالگی شناسایی گردید و در ۲۷ سالگی اقدام به عمل جراحی ترمیم ASD می‌نماید بیمار مجدداً در ۳۲ سالگی باردار شده و وضع حمل طبیعی ایشان منجر به تولد فرزند دوم می‌گردد. در تمام این دوران وی هیچ‌گونه علایمی نداشته است و اینک مت دو ماه است برای پیشگیری از ترکیب سیپروترون استات همراه با اتینیل استرادیول (Dian) استفاده می‌نماید و نگران عوارض احتمالی آن می‌باشد.

پاسخ: ASD یا نقص دیواره بین دهلیزی در ده سال اول زندگی به راحتی تشخیص داده نمی‌شود و در سنین نوجوانی است که بیشترین موارد مشخص می‌گردد بیمار فوق نیز به همین ترتیب در حدود ۲۵ سالگی تشخیص داده شده و در ۲۷ سالگی ترمیم شده است. بیمارانی که عمل ترمیم در مورد آنها صورت گرفته است

گزارش یک مورد مسمومیت با آسپرین

سوال: مادر یک کودک ۵ ساله در تماس تلفنی با این مرکز، ذکر کردند که فرزند ایشان ۹ عدد آسپرین بچه را یک جا خورده است و جهت گرفتن اطلاعات و راهنمایی لازم با ماتصال گرفته‌اند. با سوالاتی که مطرح شد، مشخص گردید که کودک ۲۲ kg وزن داشته و حدود یک ساعت قبل قرصها را خورده است. در حال حاضر خواب آلود، بی‌حوصله و کلاهه است و در پاسخگویی به سوالات همکاری مطلوب را ندارد، لیکن قابلیت ارتباط وجود دارد. پوست به نظر کمی گرمتر از حالت عادی به نظر می‌رسید (دسترسی به حرارت سنج وجود نداشت) علایم دیگری مانند صدا در گوش، تهوع و استفراغ، تعریق و طیش قلب وجود نداشت یقین حاصل شد که چیز دیگری غیر از آسپرین نخورده است.

پاسخ: مصرف مقادیر کمتر از ۱۵۰ mg/kg مسمومیت ملایم در نظر گرفته می‌شود. با توجه به وزن این کودک و مقدار مصرفی (۹۰۰ mg/kg)، به مادر اطمینان داده شد که جای نگرانی وجود ندارد.

توصیه گردید که در صورت امکان، کودک به یک مرکز درمانی، انتقال داده شود و چند ساعتی تحت نظر باشند. در تماس تلفنی که ما با این خانم داشتیم، متوجه شدیم که به علت بعضی مشکلات کودک به مرکز درمانی انتقال داده نشده است.

صرف آن می‌باشد.

پاسخ: به نظر می‌رسد با گسترش کاربرد داروهای غیر مجاز در ورزش و بخصوص بر ورزش پرورش اندام، پس از صرف بی‌رویه استرئیدهای آنابولیزان، اینک کار به صرف گنادوتروپین‌ها رسیده است. کاربردی که به خاطر نبود کنترل‌های لازم به نحو چشمگیری گسترش یافته و روندی افسارگشیخته را تداعی می‌کند. تعداد زیادی از باشگاههای ورزشی، برای ایجاد حس رضایت در ورزشکاران، آنها را به استفاده از داروهای غیر مجاز ترغیب می‌نماید. ورزشکاران امروز و قربانیان فردای این مراکز ضد ورزشی پس از مدت کوتاهی شاهد رشد توده عضلانی و قابلیت‌های ورزشی خود می‌شوند. اما عوارض شناخته و ناشناخته استفاده از داروهای غیر مجاز در راهند و هیچکس را از آن گریزی نیست. اختلالات باروری، اختلالات و تومورهای کبدی و تغییرات روانی-رفتاری به زودی گریبان صرف کنندگان را خواهد گرفت و تنها برندۀ این داستان غم‌انگیز سودجویانی هستند که به نام باشگاه و مربی پرورش اندام، اثرات داروهای غیر مجاز در افزایش توده عضلانی را به حساب تخصص و فن‌آوری خود گذاشت و زمینه گمراهی قشر بزرگی از افراد جامعه و بخصوص جوانان را فراهم می‌آورند.

بی‌شک ظهور موارد درخواست hCG برای مقاصد بدن سازی هشداری به کلیه نهادهای دخیل در امور دارو و ورزش است. تدوین یک برنامه اساسی مبارزه با صرف داروهای غیر مجاز، با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان تربیت بدنی برای

می‌توانند زندگی طبیعی داشته و احتیاج به درمان خاصی نیز ندارند. اما نکته‌ای که در این میان وجود دارد به تشخیص تأخیری آن مربوط می‌گردد معمولاً افرادی که بیماری آنها در ده سوم زندگی تشخیص و درمان جراحی می‌گردند درجه‌ات از اختلال عروق ریوی را به صورت فشارخون ششی نشان می‌دهند و در صورت مواجه شدن با افزایش حجم داخل عروقی می‌توانند به سمت نارسایی قلبی حرکت نمایند. لذا ترکیباتی که حاوی اتینل استرالیول هستند به خاطر اثرات این ترکیب در احتباس مایعات می‌توانند در افراد حساس ایجاد مشکل نمایند. لذا به نظر می‌رسد استفاده از یک روش پیشگیری غیر دارویی دیگر می‌تواند میزان خطر را کاهش دهد.

منابع:

1. The Heart 1995 pp. 675 - 6
2. Harrisons Principles of Internal Medicine 1998 1300 - 9
3. Micromedex 1998

سوء استفاده از HCG

سؤال: خانمی ۲۸ ساله ضمّن تماس با مرکز اطلاعات دارویی و سوم پیرامون موارد کابرد آمپول hCG (گنادوتروپین جفتی انسان) سؤال می‌نماید. او مدعی است که پزشک متخصص زنان جهت پیشگیری از سقطهای مکرر اقدام به تجویز این دارو برای وی نموده است. (او اینک دو ماهه حامله است). او در حین مکالمه به شدت مردد بوده و به نظر می‌رسد خلقت را پنهان می‌کند. در ضمّن صحبت اعتراف می‌کند که همسرش این دارو را جهت استفاده در باشگاه بدنسازی تهیه نموده و اینک به دنبال طریقه

طول اثر کم به عرصه درمان ناتوانی جنسی است. امروزه استفاده از تزریق داخل جسم غاری پروستادیل (PGE1) مورد توجه قرار گرفته است این دارو ایجاد نعوظ مؤثری برای ۱-۲ ساعت نفوذ و عارضه نعوظ طولانی مدت با آن کمتر پدید می آید. همچنین استفاده از داروی Yohimbin به صورت ۱۸mg روزانه خوارکی اثربخشی متوسطی در این مورد داشته است.

در صورت پدید آمدن نعوظ طولانی روشهای درمانی گوناگونی وجود دارد که از آن جمله می توان به استفاده از کمپرس آب سرد و کاربرد سداتیو اشاره نمود. (اهمیت اتیولوژیک اختلالات اضطرابی در ایجاد بیماریهای روانی - جنسی)

در صورت عدم موفقیت روشهای بالا می توان به تزریق داخل جسم غاری مواد تنگ کننده عروقی اقدام نمود که از آن جمله به تزریق محلولهای رقیق شده اپی نفرین، Metaraminol و فنیل افرین اشاره شده است.

برای این موارد می توان ۵۰۰mg محلول تزریقی فنیل افرین را به صورت Intracavernosal تزریق نمود که این کار از طریق یک سر سوزن نمره ۱۹ انجام می پذیرد.

در صورت عدم کارایی هر کدام از روشهای بالا و ادامه Painful Prolonged Erection روشهای جراحی برای درناز خون اجسام غاری نیز مورد توجه قرار گرفته اند.

برخورد قاطع با آشفته بازار فعلی، امری ضروری است.

صرف پاپاورین و فنتولامین در ناتوانی نعوظ

سؤال: مرد ۲۸ ساله ای با مشکل اصلی عدم توانایی نعوظ (chief complaint) مؤثر (Impotence) به پزشک مراجعه نموده است. در بررسی انجام شده با توجه به وجود نعوظ شبانه (Nocturnal Penile Tumescence) مشکلات ارگانیک رد شده و از سوی پزشک اقدام به درمان علامتی با ترکیبات گشاد کننده عروقی شده است. بیمار تحت درمان با پاپاورین و فنتولامین تزریقی قرار گرفته و پس از بهبودی اولیه به تدریج و ظرف روزهای بعدی دچار مشکل (Prolonged Erection) شده است. در مراجعة مجدد به پزشک درمان علامتی با کمپرس آب سرد موفق نبوده و پزشک معالج جهت مشورت با مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم تماس گرفته است. پزشک در مورد نحوه حذف اثر پاپاورین تزریقی به موضع سؤال می نمود.

پاسخ: درباره این مورد معرفی شده ذکر دو نکته ضروری است. ابتدا باید متنظر شد که در درمان ناتوانی جنسی با منشاء غیر ارگانیک استفاده از تکنیکهای Psychotherapy، Socical Therapy، Behavioral و سبب شناسی داشته و حتماً باید قبل از درمانهای داروئی مورد استفاده قرار گیرند.

نکته دومی که لازم است بدان اشاره شود ورود تدریجی داروهای گشاد کننده عروقی با

منابع:

1. Micromedex 1998, Drugdex, Drug consult.
2. Harrison 1998, Impotence and male infertility.

قطع مصرف اینترفرون اثرات ضد ویروسی نیز از بین رفته و حالات شبیه سرماخوردگی ایجاد می‌گردد. لذا بررسی عوارض قطع مصرف داروی فوق در سایر بیماران مصرف کننده اینترفرون به همراه بررسی وضعیت سیستم ایمنی بدن و عناصر خونی ضروری به نظر می‌رسد.

منبع:

Micromedex 1998

مقایسه جایگاه درمانی clozapine و olanzapine در بیماران دچار اختلالات روانی

آثار بالینی اولانزایپین در بیماران شیزوفرنی شبیه کلوزاپین می‌باشد. هر دو دارو علایم منفی بیماری را بهبود بخشیده و بروز آثار خارج هرمی همراه با مصرف این داروها کمتر از هالوپریدول می‌باشد. اولانزایپین نسبت به کلوزاپین مزیتهایی دارد. این دارو ظاهراً نوتروپنی شدید یا آگرانولوسیتوز ایجاد نمی‌نماید. سایر مزایای احتمالی نسبت به کلوزاپین شامل تمایل کمتر برای ایجاد هیپوتابسیون ارتواستاتیک، تاکیکاردی، تشنج و هیپرترمی می‌باشد. هر چند تجربیات با اولانزایپین محدود بوده و تحقیقات خون‌شناختی و نیز بررسی عوارض جانبی دیگر در طولانی مدت لازم است.

کلوزاپین عمدها در بیماران دچار اختلالات شدید روانی که به داروهای تیبیک ضد جنون جوابدهی نداشته و یا علایم خارج هرمی (شامل دیسکینزی دیررس) سایر داروها را تحمل نمی‌نمایند، به کار می‌رود. اولانزایپین احتمالاً

عوارض ناشی از قطع اینترفرون بتا

بیمار مذکر ۳۴ ساله‌ای مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس، با اینترفرون بتا به میزان ۱ میلیون واحد در هفت‌هفته به مدت ۲ سال تحت درمان قرار گرفته است. قرص پردنیزولون ۵ میلی‌گرمی روزی ۳ عدد تجویز شده است. با مصرف اینترفرون بتا بیمار لاغر شده و کاهش وزن پیدا کرده است. هنگام تزریق احساس داغی شدید داشته و مصرف مداوم آن می‌اشتهاي به میزان زیادی ایجاد می‌نماید. همچنان ریزش مو تا حدودی متعاقب آن ایجاد شده است. بیمار اظهار می‌دارد با قطع مصرف اینترفرون دچار تب، لرز و احساس سردی یا سرماخوردگی می‌نماید، با تجویز مجدد، این عوارض ظاهرآ برطرف می‌گردند. متعاقب یک دوره ۳ هفت‌های قطع مصرف بیمار حالت فوق را تجربه نموده، که با مصرف مجدد برطرف می‌گردد. لیکن پس از ۶ ماه مصرف، قطع مجدد دارو نیز دوباره عوارض فوق را ایجاد نموده است. هر چند عوارض فوق بیشتر متعاقب مصرف اینترفرون ایجاد می‌گردد، تاکنون چنین عوارضی همراه با قطع مصرف اینترفرون گزارش نشده است. لیکن با توجه به تضعیف مغز استخوان با مصرف این دارو که منجر به کاهش کلbulهای سفید و قرمز می‌گردد و نیز مصرف طولانی مدت پردنیزولون بادوز بالا، سیستم ایمنی بدن سرکوب و تضعیف می‌گردد. در چنین حالاتی ممکن است زمینه برای بروز عفونتهای ویروسی یا میکروبی مساعد گردد. در حضور اینترفرون (صرف آن) اثرات ضد ویروسی این ماده و اثرات آن بر سیستم ایمنی احتمالاً از بروز عفونتهای فوق یا تظاهرات آن می‌تواند جلوگیری می‌نماید. لیکن احتمالاً با

دارو ظاهر گردد. لکن پس از ۶ ماه مصرف داروهای فوق هیچ‌گونه اثر درمانی یا پیشگیری کننده‌ای از داروهای فوق ظاهر نگشته است.

کورتیکواستروئیدها بسندرت در موارد آلوپسی ناحیه‌ای در اعضای بدن یا صورت که به متوكسالن جواب‌دهی ندارند و یا در مانع سبورهای ممکن است تجویز گردد.

اسپیرونولاکتون نیز در ریزش موی آقایان یا خانمها کاربردی ندارد. لکن ممکن است با توجه به اثر ضد آندروژنی و مفید بودن در هیرسوتیسم خانمها، در ریزش موی خانمها ناشی از افزایش آندروژن کارآیی ضعیفی داشته باشد. لکن در مردان میزان هورمون آندروژن بسیار بالاتر بوده و این دارو نیز کارآیی کافی برای مقابله با اثرات آندروژنیک را ندارد. با توجه به عدم کارآیی داروهای فوق در پیشگیری و درمان ریزش موی سر و نیز تجویز دوزهای زیاد از داروهای ذکر شده خصوصاً گلوكورتيکوئیدها و اثرات و عوارض وسیع آنها بر تقریباً تمامی اعضاء بدن، توصیه می‌شود در نسخه نویسی حداقل اطلاعات علمی فارماکولوژیکی را مد نظر داشته و به عواقب درمانهای نابجا و مسؤولیت خطیر خود در این راه واقف باشیم.

Micromedex 1998, Drugconsult.

نقش مشابهی در این موارد داشته، هر چند مطالعات بعدی به ویژه کارآیی آن در بیماران دچار عدم تحمل به داروهای دیگر ارزیابی نشده است. بدون در نظر گرفتن محدودیت مصرفی به دلیل خطر بروز آگرانولوستوز، موارد مصرفی اولانزاپین ممکن است وسعت بیشتری می‌یابد. (به عنوان مثال، داروی درجه اول در بعضی از

انواع بیماران)

از عوامل بزرگ تعیین کننده جایگاه درمانی، اولانزاپین کارآیی مستقیم و طولانی مدت و نیز اینمی این دارو در مقایسه با کلوzapین شامل مقایسه فرکانس بروز عوارض اکستراپیرامیدال، می‌باشد. رسپریدون دیگر داروی ضد خون با خصوصیات مشابه (ظاهرآ فاقد پتانسیل ایجاد اگرانولوستوز و نیز کارآیی در علائم منفی بیماری و خطر بروز کمتر عوارض خارج هرمی) می‌باشد. مقایسه مستقیم اولانزاپین با این دارو همچنین نیاز می‌باشد.

منبع:

Micromedex 1998

صرف نابه جای کورتیکواستروئیدها

آقای ۳۱ ساله مبتلا به ریزش موی سر از ناحیه قدامی و کف سر، جهت پیشگیری و درمان به پزشک مراجعه نموده است. قبل از هیچ‌گونه درمانی در این مورد انجام نشده و با مراجعه به پزشک برای نامبرده اسپیرونولاکتون روزی ۲ عدد و پرونیزولون قرص ۵ میلی‌گرمی روزی ۲ عدد، برای مدت ۱ سال و هر ماه ۱ تزریق عضلانی آمپول تریامسینولون تجویز گردیده است. به بیمار توصیه شده است که حداقل ۶ ماه داروهای فوق را باید مصرف کند تا اثرات مفید

