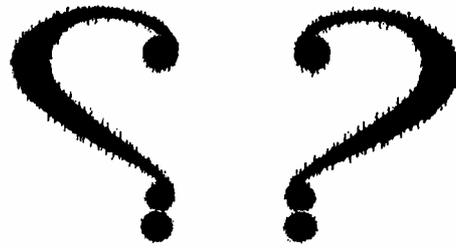


# پرستی و پاسخ



بطور واضح و با خط خوانا مشخص باشند:

- 1) Superscription
- 2) Inscription (Drug, Strength and Inert additives)
- 3) Subscription (Directions to Pharmacist)
- 4) Signature or Transcription (Directions to the patient)

ثالثاً سعی شود تا حد امکان از پلی فارماسی بپرهیزد و غیر ضروری اجتناب شود. رابعاً اقلام نوشته شده با همدیگر تداخل اثر مهم از لحاظ بالینی نداشته باشند و دوز دارو و دوره درمان صحیح انتخاب شده باشند.

نوشتن جملاتی مثل طبق دستور (take as directed) هرگز روش خوبی نیست و باید از نوشتن آنها اجتناب شود. نسخه باید حاوی اطلاعات کافی درباره نحوه قابل تکرار بودن یا نبودن (Refill information) باشد. مثل Do not refill (تکرار نشود) یا Refill four times (چهار بار تکرار شود). در پایان نسخه باید حاوی امضاء پزشک و مهر او باشد.

■ آقای غلامرضا کلانی دانشجوی پرستاری از مشهد پرسیده اند که فرق بین سرمهای نرمال سالین نوع تزریقی و غیر تزریقی در چیست؟

□ در پاسخ این دانشجوی گرامی باید گفت که هر وقت نام نرمال سالین بوسط می آید باید بدانیم که محلول کلرید سدیم ۰/۹ درصد یا ۹ در هزار منظور نظر است. غیر قابل تزریق بودن یک محلول ممکن است مربوط به استریل یا آپیروژن نبودن آن و یا

## مقدمه:

از این شماره صفحاتی از مجله را اختصاص به پاسخ سئوالات علمی خوانندگان داده ایم که گهگاه سئوالاتی را در نامه های خود مطرح می کنند. معمولاً رسم بر این بود که با نوشتن نامه ای، جواب سئوالات را خدمت خوانندگان می فرستادیم، ولی تصمیم گرفتیم از این پس سئوالات و پاسخ آنها را در مجله چاپ کنیم تا شاید برای خوانندگان دیگر نیز سودمند باشد. بدینوسیله از تمامی همکاران و مخاطبین خواهشمندیم که با این قسمت از مجله نیز همکاری لازم را داشته باشند.

■ آقای منصور محسنی دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرسیده اند که یک نسخه استاندارد چگونه نسخه ای است؟

□ در پاسخ این دانشجوی عزیز باید عرض کنیم که در یک نسخه استاندارد باید اولاً سرنسخه حاوی تاریخ ویزیت، نام و آدرس و سن بیمار و تشخیص بیماری توسط پزشک معالج و نیز مشخصات پزشک (مثل نام و تخصص، شماره تلفن و شماره نظام پزشکی) باشد. ثانیاً در خود نسخه قسمتهای مختلف

مربوط به اشکالات تکنیکی دیگری باشد که ممکن است در ساخت آن موجود بوده است.

■ آقای دکتر بردیا رضوی از زرنند کرمان همراه نامه خود، نسخه‌ای از یک پزشک متخصص داخلی برای ما فرستاده‌اند و متذکر شده‌اند که درباره این نوع نسخه قبلاً با این پزشک تلفنی صحبت کرده‌اند ولی متأسفانه روزانه این نسخه تکرار می‌شود و سؤال فرموده‌اند که آیا این نسخه سؤال‌انگیز نیست؟

□ نسخه ارسالی حاوی ۹ قلم دارو بشرح زیر می‌باشد:

- ۱- توفیلین SR کپسول
- ۲- اینتال (کرومولین سدیم) کپسول
- ۳- تربوتالین قرص
- ۴- ونتولین (سالبوتامول) اسپری
- ۵- بکلومتازون اسپری
- ۶- اریتروماپسین ۴۰۰ قرص
- ۷- آلومینیم ام.جی شربت
- ۸- سایمتیدین قرص
- ۹- تتراکوزاکترین L-A آمپول

در این نسخه غیر از یک کلمه عضلاتی برای قلم شماره (۹) و یکی صبح و یکی شب برای قلم شماره (۲) هیچ‌گونه دستوری نوشته نشده است.

ضمناً شاید هیچ‌گونه نیازی برای مصرف توام اسپری کورتیکواستروئید و اینتال وجود نداشته باشد، زیرا در شخصی که مبتلا به آسم مزمن است هر دوی این داروها اثر مشابهی دارند و نهایتاً Hyperresponsiveness برونشی را کاهش می‌دهند، مگر آنکه بیمار برای اولین بار برای درمان آسم تحت مداوا قرار گرفته باشد و هدف از مصرف اینتال جلوگیری از بروز برونکواسپاسم فوری و سریع باشد. البته در چنین بیماری هم که برای اولین بار برای درمان آسم مراجعه کرده باشد انواع مختلف داروهای

ضد آسم معمولاً نباید تجویز شود.

مصرف توام تربوتالین و ونتولین (سالبوتامول) نیز ضرورتی ندارد زیرا هر دو دارو برونکودیلاتور هستند و از یک گروه دارویی می‌باشند یعنی  $\beta_2$ - آگونیست هستند و هیچ‌گونه اثر تقویتی روی همدیگر ندارند. در ضمن باید توجه کرد که در نسخه برونکودیلاتور دیگر یعنی توفیلین هم وجود دارد و تازه امروزه مصرف زیاد  $\beta_2$ - آگونیستها در آسم زیر سؤال رفته و عقیده براینست که افزایش تعداد مرگ و میر بین بیماران مبتلا به آسم مربوط به مصرف بی‌رویه  $\beta_2$ - آگونیستها (خوراکی یا استنشاقی) است.

مصرف توام سایمتیدین و اریتروماپسین با توفیلین نیز باعث افزایش غلظت خونی توفیلین می‌شود زیرا که هر دو دارو متابولیسم توفیلین در کبد را مانع می‌شوند.

تجویز تتراکوزاکترین L-A در این بیمار نیز موردی ندارد زیرا بیمار کورتیکواستروئید را بصورت اسپری گرفته و اگر خیلی بدحال باشد و نیاز به گرفتن کورتیکواستروئید سیستمیک داشته باشد چرا با وجود اینهمه کورتیکواستروئید (خوراکی یا تزریقی) باید متوسل به دارویی شد که خودش داروی فعالی نیست و باید در بدن سنتز کورتیکواستروئید ضعیفی مثل هیدروکورتیزون را افزایش دهد، آنهم در صورتیکه قشر غده فوق کلیوی بیمار نارسا نبوده باشد. ضمناً باید توجه کرد که درمان با ACTH یا تتراکوزاکترین معادل درمان با کورتیکواستروئید نیست زیرا درمان با این هورمونهای پپتیدی، بافتهای بیمار را در معرض مخلوطی از گلوکوکورتیکوئیدها، مینرالوکورتیکوئیدها و آندروژنها قرار می‌دهد. از همه مهمتر اینکه، در بیماری که مبتلا به آسم است مصرف پپتیدهایی که احتمال آنتی‌ژنیک بودن آنها وجود دارد، می‌تواند برای بیمار خطرناک باشد.