

دکتر مرتضی ثمینی
گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

پرسش و پاسخ علمی

ارسال داشته‌اند و نوشته‌اند که عین همین نسخه هر روز به چند نفر از بیماران برای درمان چاقی نوشته می‌شود. نسخه شامل فن‌فلورامین، آنتوم، Dineh Bran، فروزوماید و قرص تیروئید است و متذکر شده‌اند که هیچکدام از بیماران کم کاری تیروئید و بالا بودن چربی خون یا یبوست و هیپرتانسیون نداشته‌اند و ضمن صحبتی که با بیماران شده فقط برای کم کردن وزن آنها چنین نسخه‌ای نوشته می‌شود و در پایان نامه خود نوشته‌اند که براستی این درمان مجاز برای درمان لاغری بیمار است یا برای دکتر.

به هر حال ما نامه ایشان و عین نسخه را جهت اطلاع خوانندگان و مسئولین چاپ کردیم تا خود قضاوت و اقدام نمایند. بطوریکه ملاحظه می‌فرمائید بیش از دو قلم از داروهای تجویز شده که مناسب برای درمان لاغری بوده در اختیار بیمار گذاشته نشده است. در این رابطه به دو نکته اشاره می‌کنیم اول اینکه مدرها از طریق دفع مایع بطور زودگذر ایجاد کاهش وزن می‌کنند و مصرف آنها برای این منظور باعث تأسف است. تیروکسین برای افزایش میزان متابولیسم پایه و کم کردن وزن در بیماران چاق اوتیروئید مصرف شده است ولی این نوع درمان خطرناک و غیرمنطقی است.

□ خانم لادن کاظمی از مشهد پرسیده‌اند که آیا تجویز آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی‌گرمی بصورت زیر صحیح است: ابتدا دو عدد کپسول با هم و سپس هر ۸ ساعت یک عدد، و اضافه کرده‌اند که علت تجویز دوز یک گرمی اولیه، مقاومت میکروبی ذکر شده است.

دوز معمولی آموکسی سیلین ۲۵۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت است که در عفونت‌های شدید دوبرابر می‌شود. درباره مصرف دوز یک گرمی در ابتدا، مشکلی ایجاد نمی‌شود بلکه بعنوان یک دوز حمله، میتواند غلظت مؤثر و بالایی را در همان اوایل شروع به درمان ایجاد کرده و سودمند واقع شود.

□ آقای علیرضا پور اغنیائی از یزد پرسیده‌اند که چگونگی عملکرد محلول پروژسترون در الکل ایزوپروپیل که برای ریزش مو تجویز می‌شود چیست و چه عوارضی دارد؟

با توجه به بعضی منابع معتبر، در موارد مصرف پذیرفته شده و یا پذیرفته نشده برای پروژسترون، مورد مصرفی برای درمان ریزش مو وجود ندارد.

□ آقای دکتر سید محسن فعانی مدنی مسئول فنی داروخانه بوعلی سینا (کرج - ساوجبلاغ - نظرآباد) نسخه یکی از پزشکان را برای ما

۵-۲۴۲۴۲۴۲۴

۷۳, ۱۱, ۱۰

Fenflamine ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲/ Anethum ۱.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳/ Dinitro Benz. ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴/ Lasix ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۵/ Throic ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۶/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۷/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۸/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۹/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۰/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۱/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۲/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۳/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۴/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۵/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۶/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۷/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۸/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۱۹/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۰/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۱/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۲/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۳/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۴/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۵/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۶/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۷/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۸/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۲۹/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۰/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۱/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۲/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۳/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۴/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۵/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۶/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۷/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۸/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۳۹/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۰/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۱/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۲/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۳/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۴/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۵/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۶/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۷/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۸/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۴۹/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

۵۰/ ۰.۵ h. ۲

۳۵۱۳

زخم‌های گوارشی و هیپرتانسیون شریانی را نشان داده‌اند. بعلاوه هیپرتانسیون سیستم باب (portal hypertension) همراه با وقوع زیاد زخمهای گوارشی در انسان بوده است. اما، در موشهای صحرایی ذاتاً هیپرتانسیو،

□ آقای بابک عزیزی از ارومیه پرسیده‌اند که آیا ارتباطی بین هیپرتانسیون و زخم معده وجود دارد؟
با اطلاع آقای بابک عزیزی می‌رسانیم که مطالعات اپیدمیولوژیک وجود همزمان

وقوع زخمهای معدی ناشی از استرس بطور قابل توجهی کمتر از حیوانات نرمال بوده است. از طرف دیگر نتایج تحقیقات نشان داده که بین توانائی داروهای آنتی‌هیپرتانسیو مختلف در جلوگیری از ایجاد زخمهای ناشی از مواد شیمیایی یا استرس تفاوت زیادی وجود دارد. بطوریکه پروپرانولول و کلونیدین از راه خوراکی به طور قابل توجهی زخمهای گوارشی ناشی از ایندومتاسین و رزپین را کاهش می‌دهند. از طرف دیگر، پیش‌مداوا با پروپرانولول بطور قابل توجهی زخمهای ناشی از استرس سرما و اتانول را کاهش می‌دهد در حالیکه پیش‌مداوا با کلونیدین خوراکی ایجاد این نوع زخمها را افزایش می‌دهد. با مشاهده این تفاوت میتوان در انتخاب دو داروی پروپرانولول و کلونیدین در درمان هیپرتانسیون بیماران مبتلا به زخمهای گوارشی باید تأمل شود. بطور کلی بنظر میرسد که پروپرانولول در بیمارانی که زخمهای گوارشی ناشی از علل مختلف دارند با ارزش باشد در حالیکه که کلونیدین احتمالاً برای بیمارانی مناسب است که مبتلا به زخمهای گوارشی ناشی از دارو (ولی نه الکل) بوده و با کلونیدین خطر بدتر شدن زخمهای ناشی از استرس و الکل وجود دارد.

□ آقای احمد بنی‌زاده اصل تکنسین داروسازی از تهران پرسیده‌اند که چرا تحریک پاراسمپاتیک قلب و روده دو اثر متفاوت ایجاد می‌کنند یعنی کاهش تعداد ضربانات قلب و

افزایش حرکات روده، در حالیکه از انتهای هردو عصب ماده‌ای به نام استیل‌کولین آزاد می‌شود؟ در پاسخ ایشان باید بطور خلاصه گفت که درست است که از انتهای اعصاب پاراسمپاتیک استیل‌کولین آزاد می‌شود ولی این باعث نمی‌شود که همه اعضا هدف پاسخ یکسان به تحریک پاراسمپاتیک بدهند زیرا ممکن است گیرنده پاسخ دهنده به استیل‌کولین در اعضا مختلف از زیرگروههای مختلف یک نوع گیرنده بوده و دارای مکانیسم‌های پس از تحریک — گیرنده (Postreceptor Mechanisms) متفاوت باشند.

□ در شماره دی ماه ۱۳۷۳ مجله در بخش پرسش و پاسخ، نامه آقای دکتر حسینی اخوان راجع به مقاله مسمومیت با سرب، ترجمه آقای دکتر مهرداد ساغری خدایپرست را چاپ کرده و پاسخی نیز دادیم و نوشتیم که اگر مترجم مقاله خود مستقیماً جوابی دارند برای ما ارسال دارند که چاپ شود، خوشبختانه ایشان جوابی را در پاسخ سؤال دکتر حسینی نوشته‌اند که عیناً درج می‌شود:

با عرض سلام و تقدیم صمیمانه‌ترین تبریکات به مناسبت آغاز سال نو (با توجه به اینکه نامه در آغاز سال نو ارسال شده است) و آرزوی اینکه در سال جدید نیز همچون گذشته به همراه دیگر همکاران در ماهنامه دارویی رازی در راه افزایش سطح معلومات علمی دانش پژوهان این مرز و بوم مقدس موفق باشید. در شماره ۱۲ سال پنجم (دیماه ۱۳۷۳)

نخست اینکه برخلاف تصور ایشان اشتباه و «بی‌توجهی» در ترجمه مقاله پیش نیامده است و متن عیناً ترجمه شده است. بعلاوه بروز اشتباهی که متن را دستخوش چنین تغییر فاحشی نماید چندان منطقی به نظر نمی‌رسد (Peripheral blood smear چندان شباهتی به bone marrow smear ندارد تا در ترجمه اشتباه شود). ضمناً جهت اطمینان بیشتر تصویر صفحه مربوطه از اصل مقاله به پیوست ارسال می‌گردد (مراجعه به متن انگلیسی).

ماهانامه در بخش پرسش و پاسخ علمی، نامه‌ای از همکار محترم جناب آقای دکتر حسینی اخوان چاپ شده بود که ایشان در بخشی از نامه خود مطالبی را در مورد مقاله «مسمومیت با سرب» مندرج در شماره ۶ سال پنجم (تیرماه ۱۳۷۳) که توسط اینجانب ترجمه شده بود، مرقوم فرموده بودند که نیازمند توضیحات بیشتری از سوی اینجانب می‌باشد. لذا نخست از تأخیر پیش آمده جداً عذرخواهی می‌نمایم و سپس نکاتی را جهت اطلاع آقای دکتر حسینی اخوان به عرض می‌رسانم:

Additional laboratory tests or findings that may help diagnose lead poisoning are basophilic stippling during microscopic evaluation of a peripheral blood smear, the presence of radiopacities on X-ray of the abdomen (for acute poisoning), and "lead lines" on radiographs of the long bones (areas of increased radiodensity on X-ray that suggest chronic poisoning) Finally, specific end-organ damage caused by lead needs evaluation.^{1,2,6}

If the blood lead and EP levels are not available for rapid confirmation of the diagnosis of lead poisoning, nonspecific laboratory tests must be used. Examination of the blood smear for stippling can be done rapidly and is positive in most cases. The bone marrow has a larger percentage of stippled cells and should be examined when the peripheral smear leaves the examiner in doubt. Stippling suggests, but does not confirm, lead poisoning.

نکته دوم آن است که روش پیشنهادی آقای دکتر حسینی اخوان برای تشخیص مسمومیت با سرب یعنی: «استفاده از بیوپسی مغز استخوان و تعیین درصد بازوفیل‌های منقوط در آن» در مراجع معتبر پزشکی و سم‌شناسی یا ذکر نشده است و یا بعنوان آخرین راه و از جمله راه‌های نامطمئن ذکر شده است. چنانچه در کتاب اصول طب داخلی هاریسون (ویرایش دوازدهم چاپ سال ۱۹۹۱) و یا در سنامه پزشکی سیسیل (ویرایش هفدهم، چاپ سال ۱۹۸۵) که هر دو جزو کتب مرجع معتبر پزشکی می‌باشند، از چنین روشی نام برده نشده است. کتاب معتبر *Medical Toxicology* (نوشته M.J. Ellenhorn چاپ سال ۱۹۸۸) نیز استفاده از مغز استخوان را پیشنهاد نکرده است. در کتاب *Clinical management of poisoning and drug overdose*, (L.M. Haddad & T.F. Winchester, 2 ed., 1990). چنین آمده است: «مغز استخوان دارای درصد بالاتری از یافته‌های منقوط است و در صورتیکه نمونه محیطی آزمایشگر را به شک بیان‌دازد، می‌بایست مورد آزمایش قرار گیرد. منقوط بودن، تنها پیشنهاد کننده مسمومیت با سرب است، نه تأیید کننده آن.» (مراجعه به متن انگلیسی).

بنابراین استفاده از نمونه مغز استخوان بعنوان آخرین راه هم چندان معتبر و قاطع نیست، ولی با تمام اینها، چون متأسفانه در

ایران هیچیک از آزمایشگاه‌های بالینی کشور قادر به اندازه‌گیری مستقیم سرب خون افراد و یا اندازه‌گیری میزان FEP نیستند (دست کم در حد اطلاعات اینجانب)، همکاران پزشک به تنها راه ممکن و قابل دسترسی یعنی استفاده از نمونه مغز استخوان روی می‌آورند که هم تهیه آن چندان سهل نیست و هم انجام آزمایشات لازم بر روی این نمونه هم در تمامی آزمایشگاهها مقدور نمی‌باشد.

□ خانم فاطمه شقاقی آذر از سبزواری خواسته‌اند که درباره آپروتینین در مجله مطلبی را چاپ کنیم.

باطلاع ایشان می‌رسانیم که آپروتینین (Aprotinin) یک مهارکننده طبیعی آنزیم‌های پروتئولیتیک است. وزن مولکولی این پلی‌پپتید ۶۵۰۰ بوده و از ۵۸ آمینو اسید ساخته شده است. این پلی‌پپتید از ریه و غدد پانکراس و پاروتید گاو تهیه شده است. آپروتینین بعنوان مهارکننده تریپسین، پلاسمین، کالیکرئین پلاسمائی و کالیکرئین‌های بافتی انسان است که با همه اینها بطور برگشت پذیر ایجاد کمپلکس‌های آنزیم - مهارکننده می‌کند.

آپروتینین بعنوان یک عامل هموستاتیک، یک مهارکننده پروتئیناز در شوک و در پانکراتیت حاد (بعلت خواص آنتی‌تریپسینی) و در محدود کردن سایز ناحیه انفارکتوس زده میوکارد و در جلوگیری از ترومبوز ورید عمقی پس از عمل جراحی و نیز در درمان سیندرم کارسینوئید مورد مطالعه قرار گرفته است.

غلظت و فعالیت فرآورده‌های تجارتي آپروتینین معمولاً برحسب KIU (Kallilrein) بیان می‌شود که هر KIU ۱۰۰,۰۰۰ معادل ۱۴ میلی‌گرم پلی‌پپتید خالص است. در ابتدا به صورت یک دوز حمله ۱۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ KIU برای هرکیلوگرم وزن بدن بصورت یک اینفیوژن داخل وریدی کوتاه مدت و بدنبال آن ۲۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ واحد غیرفعال کننده کالیکرئین هر ۴ ساعت و ترجیحاً بصورت اینفیوژن مداوم تجویز می‌شود. دوز آپروتینین در بچه‌ها باید براساس وزن بچه‌ها از دوز بزرگسال تعیین شود.

□ نامه‌ای از آقای دکتر جلال حنائی در صفحه ۷۷، شماره تیرماه ۷۴ مجله رازی بچاپ رسیده که ایشان ضمن اشاره به آدرس نوشته شده در بخش پرسش و پاسخ دی ماه ۷۳ نوشته‌اند که آقای عنایت‌اله بیگلربیگی نه عضو گروه شیمی داروئی و نه عضو دانشکده داروسازی تبریز هستند. بااطلاع ایشان میرسانیم که آقای بیگلربیگی در نامه خود آدرس فوق را بعنوان آدرس مکاتبه اعلام کرده‌اند که عین نوشته ایشان بشرح زیر جهت اطلاع کلیشه می‌شود:

آدرس هیئت محابته در یافت جواب:
تبریز - در کده داروسازی ارومشی داروئی
کد پستی ۵۱۹۵۴ عنایت‌اله بیگلربیگی

□ آقای مسعود سلطانی اهری، از اهراطی

نامه‌ای ضمن اظهار لطف نسبت به مجله رازی در مورد علت بروز وسواس و روشهای درمانی آن اطلاعاتی را خواسته‌اند.

پاسخ: در زبان انگلیسی Obession به معنی وسواس و Compulsion به معنی اجبار است و اختلالات Obsessive-Compulsive به معنی اختلالاتی هستند که شخص مبتلا به آن دارای افکار مزاحمی است که در عملکرد طبیعی تأثیر گذاشته و او را وادار به انجام اعمال اجباری یا برخلاف اراده آگاه می‌کند که با منطق قابل کنترل نمی‌باشند. نوروهای وسواسی - اجباری، در صورتیکه همراه با رفتار Ritualistic یا تفکر دائم بر یک موضوع ثابت باشد مانع ارتباطات طبیعی اجتماعی شده و می‌توانند برای بیمار ناتوان کننده باشد. این نوع اختلالات بیشتر در بزرگسالان و بندرت در بچه‌ها دیده می‌شوند و داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای مثل کلومیپرامین و فلوکستین، که مهارکننده‌های برداشت مجدد سروتونین هستند، سودمند واقع می‌شوند. گاهی اگر بیمار شدیداً در معرض شرایطی قرار گیرد که منجر به بروز علائم و اضطراب شود می‌تواند در درمان مؤثر باشد. بنظر میرسد که علت بروز وسواس وجود اختلال در آمینها مغز بویژه سروتونین یا 5-HT باشد زیرا داروهای که اثر 5-HT را در مغز تشدید می‌کنند در این بیماران سودمند واقع می‌شوند.