



زمانی آنچنان در جهان علم غریب بود که وقتی زمل ویز (Semmel Weiss) اولین بار اصرار به شسته شدن دستها با محلول کلردار، قبل از رفتن به بخش زایمان را داشت، مورد تمسخر قرار میگرفت. نظری همین رفتار را با مندلیف در موقع مطرح کردن جدول تناوی عناصر و با گالیله در موقع اظهار «زمین به دور خورشید می چرخد» و دیگر دانشمندان نیز داشتند. حتی گالیله را در دادگاه پس از محکوم کردن وادر به توبه نمودند. اما با گذشت زمان، وقتی دانش بشر درباره یک مطلب علمی افزون تر میشود و اکثریت بر واقعیت آن صحه میگذارند، بعنوان یک واقعیت علمی جا افتاده و بایان آن مورد احترام و تقدیر قرار میگیرند. بطوریکه قرنها نام دانشمندانی چون پاستور، کخ، فلمنگ، گالیله، مندلیف، اینشتاین، ادیسون... با احترام و تمجید یاد میشود. این موضوع اختصاص بزمان خاصی ندارد. حتی تامدتی پیش، امکان پیوند اعضاء، وجود ترکیبات شبیه مرفین در بدنش، تولید ایترفرون، انسولین و هورمون نمو انسان و... توسط میکرواورگانیسمها، وجود کامپیوترهای معجزه گر، تلکس، فاکس وغیره بذهن بشر غریب بودند، ولی امروزه از واقعیتهای قابل قبول و غیر قابل انکار میباشند.

گاهی بعضی موارد در جهان علم بعنوان واقعیت شناخته میشوند، ولی جوامع مختلف در شناخت آنها بعنوان یک واقعیت، واکنشهای متفاوت نشان میدهند و

بیاید واقعیت‌ها را بپذیریم

انسانها در رهگذر زمان همیشه با پیشرفت علم روبرو بوده‌اند. واقعیتهای علمی که ما امروزه بعنوان اصول انکارناپذیر، آنها را پذیرفته و از آنها بهره میگیریم، زمانی نه تنها بعنوان یک اصل قابل قبول نبودند بلکه اشخاص مطرح کننده این واقعیتها، چه بسا توسط دانشمندان عصر خود مورد بی‌مهری و توهین قرار میگرفتند. این واقعیت که بیماریهای عفونی توسط اجرام خارجی مثل ویروسها و باکتریها ایجاد میشوند

تیروئید، باریتوراتها، سایمینیدین، کلوفیرات، مترونیدازول، ریفامپین، سالیسیلاتها، سولفونامیدها و هورمونهای تیروئید تجویز میشوند که تمام این داروها با وارفارین تداخل اثر درجه اول خطرناک از لحاظ بالینی دارند. چقدر زیاد داروهای ضد دیابت با بتا - بلاکرهای، تراسایکلینها، آنساسیدها، تروفیلین با سایمینیدین و کربنات لیتیوم مصرف میشوند که همگی تداخل اثر Major clinical significance چندانی ندارند و از آنها میتوان چشم پوشی نمود. شاید ترجیح چنین تفکری است که روزانه تعداد زیادی نسخه جامعه ما تداخل اثرهای داروئی هستند.

در بسیاری از نسخ، داروهایی با هم مصرف میشوند که آتاگونیسم فارماکولوژیکی یا فیزیولوژیکی بین آنها وجود دارد که مسلمًا اثر همیگر را در بدن خنثی خواهند کرد. از رایج ترین این نوع تجویزها، تجویز توام با - بلاکرهای سالبوتامول، بتا - بلاکرهای با تروفیلین، ۱ - دوپا با آتاگونیستهای گیرندهای دوپامین و مصرف نوستیگمین با داروهای آنتی کولینرژیک هستند.

بنظر میرسد که وقت آن رسیده باشد که تداخل اثرهای داروئی را بعنوان یک واقعیت علمی و یک چراغ قرمز پذیریم. عبور از چراغ قرمز همیشه بی خطر نیست و میتواند برای خود و دیگران خطرناک باشد. عبور غیرعمدی از چراغ قرمز، بسان بیماران مبتلا به دالتونیسم خواهد بود که میگویند برای آنها گیلاس هیچگاه نمیرسد!

اطباء در موقع نسخه نوشتن، نباید هدف را صرف آن کردن نسخه قرار دهنده، بلکه باید فرهنگ درمان با

در بعضی از جوامع، آنچنان مورد بی توجهی قرار میگیرند که گوئی نه تنها واقعیت علمی نیست بلکه یک ادعای عصبی باشند. موضوع تداخل اثرهای مضر بین داروها، در حال حاضر در اجتماع ما، از یک چنین موقعیتی برخوردار است و گویا اکثر پزشکان را عقیده بر اینست که تداخل اثرهای داروئی که در همه منابع علمی معتبر بر آنها اشاره و تأکید میشود، اهمیت چندانی ندارند و از آنها میتوان چشم پوشی نمود. شاید ترجیح چنین تفکری است که روزانه تعداد زیادی نسخه با تداخل اثرهای خلیلی مهم از لحاظ بالینی نوشته و پیچیده شده و بیماران آنها را بی خبر از نادیده گرفته شدن وجود بعضی واقعیتهای علمی مسجل، پذیرا شده و چه بسا آسیهای شدیدی رانیز از این رهگذر متعمل میشوند. اما از آنجاییکه موضوع از این دیدگاه دنبال نمیشود، هرگز آسیهای ایجاد شده بحساب تداخل اثرهای داروئی گذاشته نمیشود.

اگر خوانندگان عزیز، در یکسال گذشته مقالات تحت عنوان «مروری بر نسخ» را با دقت مطالعه کرده باشند مسلمًا به صحت این گفتار پی بردند. چه بسیار کینیدین و دیگوکسین بصورت همزمان، حتی در نسخ متخصصین قلب نوشته میشود، بدون اینکه دوز دیگوکسین کاهش داده شده باشد. کینیدین، دیگوکسین را از محلهای اتصال بافتی، جدا کرده و دفع کلبوی آنرا کاهش می‌هد ولذا خطر ایجاد اثرات سمی دیگوکسین (risk of digoxin toxicity) وجود دارد. چقدر زیاد هستند نسخی که در آنها همراه وارفارین داروهایی چون آمیودارون، استروئیدهای آنابولیک، داروهای ضد

وسیله تشخیصی جهت تعین نوع بیکفایتی غده فوق کلیوی بکار میروند. درست است که مورد مصرف درمانی اینها شامل بیکفایتی ثانویه قشر غده فوق کلیوی و اختلالات غیرآندوگرینی است ولی نتیجه درمان با آنها کمتر قابل پیش‌بینی بوده و در مقایسه با کورتیکواستروئید، کمتر مناسب میباشد. بین انتخاب ACTH یا تراکوزاکترین و کورتیکواستروئیدها باید مزايا و معایب آنها را با هم مقایسه کرد. رویه‌مرفتة معایب هورمونهای پیتیدی یادشده به مزایای آنها می‌چربد و باین جهت کورتیکو استروئیدها داروی انتخابی در مواردی هستند که درمان ضد التهابی، جانشینی و ایمیونوساپرسیوی با این گروه از داروها مورد نظر باشد.

لذا درمان بیماریهایی که به گلوكوكورتیکوئیدها پاسخ میدهند، مصرف ACTH و تراکوزاکترین توصیه نمیشود و در اغلب کشورها باین واقعیت عمل میشود. اما متأسفانه بعضی از پزشکان کشور ما، در کمتر نسخه‌ای، تراکوزاکترین نمی‌نویسند و این دارو جز درمانهای اصلی آنها در درمان آرتربیتها یا التهابهای مختلف میباشد که بعلت کمبود این آمپول در بازار مصرف، بیماران در تمام سطح شهر دنبال بدست آوردن آمپولهای تراکوزاکترین آواره شده و چه بسادر نهایت از بازار سیاه به قیمت گراف آنرا تهیه و تزریق مینمایند. غافل از اینکه، مسئله میتوانست بسادگی با مصرف یک گلوكوكورتیکوئید خاتمه پیدا کند.

یکی دیگر از واقعیتهای که توسط بعضی‌ها واقعیت بحسب نمی‌آید روش مصرف توصیه شده برای

اقلام داروئی محدود را در جامعه پیاده کنند و پلی-فارماسی را فقط برای مواردی نگهدارند که مصرف همزمان چند دارو در یک بیمار کاملاً منطقی باشد (Rational Polypharmacy). بعنوان مثال در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها، مصرف همزمان چند آنتی‌بیوتیک را موقعی بکار گیرند که دلیل محکم و منطقی برای آن مانند ایجاد سینرژیسم، وجود دارد. در یک مطالعه بیمارستانی، نشان داده شده که در بیمارانی که شش قلم یا بیشتر دارو دریافت میکنند اثرات ناخواسته داروئی، هفت مرتبه بیشتر از بیمارانی است که کمتر از شش قلم دارو دریافت میدارند. بیایند این واقعیت را پذیریم که در موقع تجویز داروهای مثل ضد انعقاد خوراکی، گلیکوزیدهای قلبی، داروهای ضد آریتمی، سمپاتومیتیک‌ها، آنتی‌هیرتانسیوها، داروهای ضد سرطان، داروهای ضد صرع و داروهای خوراکی پائین آورنده قند خون، باید تا حد امکان از مصرف داروهای دیگر امتناع شود، مگر اینکه یقین باشد که تداخل اثر مهمی با داروهای یاد شده ندارند.

یکی دیگر از واقعیتهای عالم پژوهشی که در کشور ما مشکل پذیرفته شدن دارد، مصرف شدن بیمورد کورتیکوتروپین (ACTH) و آنالوگ مصنوعی آن یعنی تراکوزاکترین یا کوزین تروپین است.

این هورمونهای پیتیدی در بدن با تحریک قشر غدد فوق کلیوی باعث افزایش ترشح هیدروکورتیزون خواهند شد. امروزه اغلب منابع علمی معتبر، تنها مورد مصرفی را که برای آنها در نظر میگیرند مصرف تشخیصی (diagnostic use) است. یعنی بعنوان

دوز را زیادتر می‌کنند. این روش میتواند نتایج خطرناکی داشته باشد. ارگوتامین همه شریانهای محیطی را منقبض میکند و این اثر با مصرف همزمان یک بتا-Overdose^۱ بلکه مثل پروپرانولول، تشدید میشود و میتواند موجب گانگرن اعضاء محیطی شود که احساس مورمور شدن در دستها و پاهای، اختاری برای این خطر است. دلیل دیگر برای توجه زیاد به دوز ارگوتامین اینست که گرچه نیمه عمر خونی آن ۲ ساعت است ولی به بافتها متصل شده و حدود ۲۴ ساعت اثرش روی شریانها باقی میماند و مصرف مکرر آن منجر به اثرات تجمعی میشود و نهایتاً بیمار بهمان آتشی میسوزد که حضرت آتنوز^۲ ساخت.

(St. Anthony's fire)

افرادی که دچار بیماریهای عروقی مثل عروق کرونر و عروق محیطی هستند، بطور ویژه‌ای در معرض خطر اثرات ارگوتامین هستند. امید میرود که با پذیرفته شدن همه واقعیت‌های علمی توسط جامعه پزشکی ما، شاهد درمانهای سالمتر و راحت‌تر برای بیماران دردمند کشور خود باشیم و امیدواریم که دست اندرکاران مسئول، در اعمال کنترل روی درمانهای نامعقول جدی تر باشند.

دکتر مرتضی ثمینی

ارگوتامین در درمان حملات شدید میگرن است. تمام منابع علمی درباره مصرف آن جهت تسکین سرد در میگرن تأکید بر این نکته دارند که در یک حمله میگرن نباید دوز مصرفی از راه خوراکی بیش از ۶ میلی‌گرم در روز بوده و در یک هفته نیز نباید بیشتر از ۱۰ میلی‌گرم مصرف شود. باین ترتیب از قرصهای یک میلی‌گرمی ارگوتامین C ابتدا دو قرص در آغاز درمان مصرف شده و سپس هر ۳۰ دقیقه در صورت لزوم یک قرص خورده میشود تا حداکثر به شش قرص برسد. در مورد مصرف شیافهای دو میلی‌گرمی نیز، در شروع درمان یک شیاف استعمال میشود و سپس هر ساعت یک شیاف و حداکثر تا سه شیاف استعمال میگردد. علت این توجه زیاد به دوز مصرفی ارگوتامین اینست که با دوزهای زیاد میتواند اثرات خطرناک و مصیبت بار ایجاد کند. این دارو آگونیست گیرنده‌های آلفا-آدرنوسپتور است و لذا ایجاد انقباض عروق خونی میکند و باید با احتیاط زیاد درباره آن عمل شود.

بعضی از پزشکان، دستور مصرف قرصهای ارگوتامین C را روزی ۲ یا ۳ قرص بطور مرتب می‌نویسنده، یعنی در واقع بعنوان داروی پیشگیری کننده از بروز حملات میگرن از آن استفاده می‌کنند، که با این روش بیمار هر هفته ۱۴ تا ۲۱ میلی‌گرم ارگوتامین دریافت میکند و اینکار بطور مداوم انجام میگیرد، در حالیکه مصرف این دارو برای پیشگیری ممنوع است. در اوایل Overdose^۳، بیمار دچار تهوع و استفراغ شده و سردرد او بدر میشود و همین باعث میشود که بیماران و پزشکان تصور کنند که میگرن کنترل نمیشود و لذا