

لواش و سنگک و بربری از هر کدام یک عدد میل کند. مسلماً بیمار عوارض داروهای آنتی‌کولینرژیک را نشان خواهد داد. اگر بیمار بچه باشد ممکن است دچار هیپرترمی یا Atropine fever شود. این داروها تعریق تنظیم کننده درجه حرارت بدن را مهار می‌کنند. اگر بیمار مسن باشد اهداف مهم این داروها می‌تواند چشم‌ها (گلوکوم) و مثانه (احتباس ادرار) او باشد. از عوارضی که در همه سنین ایجاد می‌کنند شامل دهان خشک، پوست خشک، یبوست و تاری دید می‌باشند. دوز بزرگ این داروها می‌تواند اثرات مرکزی به صورت تسکین روانی، فراموشی و هذیان و توهمات را بکند که ممکن است به تشنجات پیشرفت نمایند. ضمناً با دوز بالا، به علت گشاد کردن عروق پوست سر و گردن و تنه ایجاد Atropine flush می‌کنند. هدایت در گره AV با دوز زیاد این داروها، بلوکه می‌شود. ایراد دیگر وارد بر این نسخه این است که اولاً غیر از پروپانتلین (که در نسخه پروپانتلین نوشته شده)، برای بقیه داروها دستور مصرفی ندارد و ثانیاً دو قلم از داروها به اسم تجارتمی و چهار قلم دیگر به اسم ژنریک نوشته شده است.

■ - آقای محمد فتحی دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری از سقز طی نامه‌ای، خواسته‌اند که درباره اهمیت تست پنی‌سیلین، روش انجام آن و درصد افراد حساس به پنی‌سیلین مطلبی داشته باشیم. در پاسخ این دانشجو گرامی باید گفت که حداکثر ۱۰٪ افراد ممکن است نسبت به پنی‌سیلین آلرژی داشته باشند که شامل طیفی از تظاهرات آلرژیک مثل بشور ماکولوپاپولار، بشور کهیری، تب، برونکواسپاسم، واسکولیت، بیماری سرم، درماتیت اکسفولیاتیو، سیندرم استیونس - جانسون و بالاخره آنافیلاکسی می‌باشند. ناچار باید برای روشن شدن مطلب، به مکانیسم ایجاد آلرژی با

پنی‌سیلین اشاره کنیم.

پنی‌سیلین و محصولات حاصله از شکستن ملکول آنها به عنوان هاپتن عمل می‌کنند و پس از اتصال به پروتئین‌ها، آنتی‌بادی برعلیه آنها تولید می‌شود. مهم‌ترین حدواسط آنتی‌ژنیک پنی‌سیلین ظاهراً پنی‌سیلوئیل است که از باز شدن حلقه بتالاکتام پنی‌سیلین تولید می‌شود و determinant اصلی آلرژی پنی‌سیلین است. دترمیننت‌های فرعی آلرژی به پنی‌سیلین شامل خود ملکول بنزیدیل پنی‌سیلین و پنی‌سیلوئیت (Penicilloate) است که وجه تسمیه آنها به دترمیننت اصلی و فرعی مربوط فرکانس تولید آنتی‌بادی به این هاپتن‌ها است نه شدت واکنش آلرژیک، که ایجاد می‌کنند. لازم به تذکر است که آنافیلاکسی که بیشتر مربوط به دترمیننت‌های فرعی است با کمترین فرکانس (حداکثر در ۰/۲ درصد بیمارانی که با پنی‌سیلین درمان می‌شوند) اتفاق می‌افتد. محصولات یاد شده هم در بدن تولید می‌شوند و هم در محلول‌های پنی‌سیلین که برای تزریق آماده شده‌اند پیدا می‌شوند.

تقریباً همه بیمارانی که پنی‌سیلین گرفته‌اند دارای آنتی‌بادی‌های آنتی‌پنی‌سیلین هستند و درمان مجدد با پنی‌سیلین باعث افزایش آنتی‌بادی‌های ویژه دترمیننت اصلی می‌شود که skin Sensitizing است. واکنش‌های آلرژیک فوری توسط آنتی‌بادی‌های Skin-Sensitizing یا IgE می‌باشند که معمولاً ویژه دترمیننت‌های فرعی هستند. شدیدترین واکنش‌های آلرژیک توسط پنی‌سیلین، آنژیوادم و آنافیلاکسی است. آنافیلاکسی غالباً پس از تزریق پنی‌سیلین ایجاد می‌شود ولی پس از خوردن دارو و حتی با تزریق مقادیر خیلی کم دارو به طور داخل درمی جهت تست وجود آلرژی نیز اتفاق افتاده است. شدت اشکال بالینی متفاوت است. گاهی خیلی ناگهانی و شدید بوده

و همراه با افت شدید فشار خون و مرگ سریع است. در مواردی، انقباض راه‌های هوایی، درد شکم و استفراغ و ضعف شدید و افت فشار خون و یا همراه با اسهال و بشورات خارش‌دار پوستی است.

انجام تست تا حدودی حائز اهمیت است. گرچه ممکن است گاهی تست منفی باشد ولی با تزریق پنی‌سیلین ایجاد آلرژی شود یا برعکس ممکن است تست مثبت باشد ولی با تزریق پنی‌سیلین اتفاقی نیافتد. پرس وجود درباره سابقه بیمار عملی‌ترین راه اجتناب از مصرف پنی‌سیلین در بیمارانی است که در معرض بیشترین خطر می‌باشند. اکثریت بیمارانی که سابقه آلرژی داشته باشند باید با آنتی‌بیوتیک‌های دیگر درمان شوند. فقط در مواردی که درمان با پنی‌سیلین ضروری باشد تست‌های پوستی می‌توانند تا حدودی کمک کنند.

اگر تست با بنزیل پنی‌سیلوئیل پلی‌لازین منفی باشد بعد نظر می‌رسد که بیمار نسبت پنی‌سیلین واکنش نشان دهد. این فرآورده ایمونوژنیک نیست. بیمارانی که پاسخ مثبت به بنزیل پنی‌سیلوئیل پلی‌لازین نشان می‌دهند در معرض خطر قابل توجهی از واکنش‌های شدید هستند و در $\frac{1}{3}$ این بیماران نوعی از واکنش‌های آلرژیک ظاهر می‌شود. برای کم کردن احتمال بروز واکنش شدید فوری، احتمالاً بهتر است که حساسیت به دترمینت‌های آنتی‌ژنیک فرعی نیز تست شود. متأسفانه مخلوطی از این دترمینت‌های آنتی‌ژنیک فرعی وجود ندارد. یک تست خراش (Scratch test) ابتدا با محلول خیلی رقیق پنی‌سیلین (۵ واحد در میلی‌لیتر) و سپس با محلول غلیظ‌تر (۱۰۰۰۰ واحد در میلی‌لیتر) می‌تواند انجام شود. اگر تست منفی باشد (عدم وجود تورم و قرمزی در مدت ۳۰ دقیقه) یک تست داخل‌درمی (intradermal test) (نه زیر جلدی) با $\frac{0.2}{100}$ میلی‌لیتر از محلول ۱۰۰ واحد

در میلی‌لیتر نیز باید انجام شود. اگر همه اینها منفی بودند پنی‌سیلین می‌تواند با احتیاط تزریق شود. اپی‌نفرین درمان انتخابی برای واکنش فوری پنی‌سیلین است. اگر تست‌ها مثبت بوده ولی نیاز به مصرف پنی‌سیلین باشد باید بیمار ابتدا نسبت به پنی‌سیلین غیرحساس گردد. تزریق پروکائین پنی‌سیلین G می‌تواند منجر به بروز یک واکنش فوری شود که با سرگیجه، صدا کردن گوش، سردرد، توهمات و گاهی حملات تشنجی مشخص می‌شود که این مربوط به آزاد شدن سریع غلظت‌های سمی پروکائین است. به موجب گزارشات، این عوارض در یک نفر از ۲۰۰ نفری که $\frac{4}{8}$ میلیون واحد پروکائین پنی‌سیلین G دریافت می‌کنند اتفاق می‌افتد. ۳۰۰۰۰۰ واحد حاوی تقریباً ۱۲۰ میلی‌گرم پروکائین است و لذا وقتی دوزهای بالا مثل $\frac{4}{8}$ میلیون واحد تزریق شود پروکائین می‌تواند در پلاسما به غلظت بالا برسد.

اگر شخصی به بیحس‌کننده‌های موضعی استری آلرژی داشته باشد باید با تزریق داخل درمی $\frac{0.1}{1}$ میلی‌لیتر از محلول ۱٪ پروکائین تست شود. لازم به تذکر است که اگر بیماری مثلاً به بنزیل پنی‌سیلین آلرژی داشته باشد مسلماً به بقیه پنی‌سیلین‌ها (مثلاً آمپی‌سیلین، آزلوسیلین و ...) نیز آلرژی خواهد داشت و حتی B-لاکتام‌های دیگر مثل سفالوسپورین‌ها نیز در این افراد احتمال ایجاد آلرژی را دارند.

■ از کارخانه داروسازی جابربن حیان با دفتر مجله تماس گرفته و یادآوری کرده‌اند که پروکائین پنی‌سیلین G ۴۰۰۰۰۰ و ۸۰۰۰۰۰ ساخت آن کارخانه حاوی به ترتیب ۳۰۰۰۰۰ واحد پروکائین پنی‌سیلین G + ۱۰۰۰۰۰ واحد پنی‌سیلین G و ۶۰۰۰۰۰ واحد پروکائین پنی‌سیلین G + ۲۰۰۰۰۰ واحد پنی‌سیلین G

است در حالی که در بخش پرسش و پاسخ، در پاسخ سؤال دانشجویی نوشته بودیم که این فرآورده‌ها حاوی ۴۰۰۰۰۰ و ۸۰۰۰۰۰ واحد پروکائین پنی‌سیلین G هستند. ضمن تشکر به اطلاع می‌رسانیم که ویال‌های پروکائین پنی‌سیلین G ۴۰۰۰۰۰ واحدی و ۸۰۰۰۰۰ واحدی نیز توسط کارخانه‌های دیگری تولید می‌شوند که فقط حاوی پروکائین پنی‌سیلین G هستند و در مواردی که پروکائین پنی‌سیلین G و پنی‌سیلین G با هم مخلوط هستند فرآورده را پروکائین پنی‌سیلین تقویت شده یا Fortified می‌گویند. اما ما یادی از اسم کارخانه سازنده نکرده بودیم و بنابراین بنظر نمی‌رسد که مشکلی بوجود آمده باشد. بهرحال تفاوت این دو نوع فرآورده در این است که در انواع تقویت شده، پس از تزریق عضلانی فرآورده، پنی‌سیلین G سریع جذب شده و غلظت خونی ایجاد می‌کند و پروکائین پنی‌سیلین G به دنبال آن، غلظت را ابقاء می‌کند ولی در انواعی که فقط پروکائین پنی‌سیلین G وجود دارد با یک مقدار تأخیر غلظت خونی موثر پنی‌سیلین ایجاد می‌شود. هر دو نوع فرآورده حاوی مقادیر مساوی پنی‌سیلین G هستند زیرا که پروکائین پنی‌سیلین G پس از هیدرولیز ایجاد مقدار معادلی پنی‌سیلین G خواهد کرد که ماده مؤثره این ترکیب است.

■ آقای کریم رجبی‌نیا از تهران، از ما خواسته‌اند که درباره تاکسول و موارد مصرف آن مطلبی داشته باشیم. تاکسول (Taxol) از پوست درخت Yew (*Taxus brevifolia*) تهیه می‌شود و گزارشات متعدد حاکی از فعالیت ضدتوموری آن در انسان بوده‌اند. این دارو، مخصوصاً در سرطان تخمدان مقاوم به داروهای دیگر و نیز در کارسینومای پستان و ملانومای بدخیم موثر بوده است. البته تولید تاکسول از منبع فوق‌الذکر خیلی کم است و تهیه آن منجر به از بین

رفتن نسل این درخت شده است و لذا برای دسترسی به مقدار کافی از این دارو، نیاز به سنتز ملکول این دارو می‌باشد. البته در زمینه تهیه تاکسول نیمه مصنوعی و آنالوگ‌های تاکسول (Taxotere) پیشرفت‌هایی حاصل شده است. Taxotere از یک ماده پیش‌ساز (۱۰ - داستیل باکاتین III) تاکسول ساخته شده که این ماده از برگ‌های سوزنی شکل *Taxus baccata* جدا شده که برعکس پوست، می‌تواند مجدداً تولید شده و لذا منبع مداومی برای ماده پیش‌ساز Taxotere باشد. تاکسول علاوه بر اینکه کمیاب است ملکول آن خیلی آب‌زدا است و لذا فرمولاسیون آن با مشکلات زیاد مواجه بوده است. تاکسول یک مهارکننده قوی تکثیر سلول‌های یوکاریوتیک است و سلول‌ها را در آخر مرحله G₂-Mitotic سیکل سلولی بلوکه می‌کند. این دارو به میکروتوبول‌ها متصل می‌شود و ایجاد پلی‌مر پایدار میکروتوبول‌ها را می‌کند و تعادل بین آنها را بادی مرهای توبولین به هم می‌زند. میکروتوبول‌هایی که در حضور تاکسول گردهم آیی (assembly) پیدا می‌کنند به سرما و کلرید کلسیم مقاومند در حالیکه اینها پلی‌مرهای طبیعی را متلاشی می‌کنند. سلول‌هایی که تحت تاثیر کولشی‌سین یا وینبلاستین بوده باشند (داروهایی که میکروتوبول‌ها را دپلی‌مریزه می‌کنند) به تاکسول متصل نمی‌شوند و این نشان می‌دهد که میکروتوبول‌ها هدف برای اتصال تاکسول هستند.

میکروتوبول‌ها علاوه بر اینکه اجزاء اصلی دوک میتوتیک بوده و برای ابقاء شکل سلول لازم هستند در فعالیت‌های مختلف سلول مثل تحرک سلول و انتقال بین اورگانل‌های درون سلول دخالت دارند و لذا هرگونه اختلال در سیستم میکروتوبول، تقسیم سلول و فعالیت‌های طبیعی سلول را که مستلزم وجود میکروتوبول‌ها هستند مختل خواهد کرد. با اینکه تعداد مطالعات انجام شده با تاکسول در

تومورهای انسانی محدود بوده ولی تحقیقات نشان می‌دهند که تاکسول پتانسیل یک داروی مهم برای درمان بدخیم‌ها را دارد. تاکنون تاکسول به صورت تنها مصرف شده است ولی ممکن است کارایی آن به عنوان یک داروی ضدتومور در صورت توأم کردن با سایر داروها یا رادیاسیون افزایش یابد. حداکثر دوز تاکسول ۳۰ میلی‌گرم برای هر مترمربع سطح بدن در روز است که ۵ روز مصرف می‌شود و یا ۲۱۰ میلی‌گرم برای هر مترمربع سطح بدن هر سه هفته یک بار مصرف می‌شود. سمیت اصلی آن تضعیف مغز استخوان و نوروپاتی اعصاب حسی است.

■ آقای احمد خیری کارشناس پرستاری از بستان‌آباد آذربایجان شرقی، نوشته‌اند که دسترسی به کتاب و مجله در محل خدمتشان به آسانی مقدور نیست و با رسیدن ماهنامه رازی ارتباط آنها با دنیای علم برقرار می‌شود و در ضمن سئوالاتی را داشته‌اند که ذیلاً مطرح می‌کنیم:

۱- درباره موارد مصرف آمپول دی‌پیرون سئوال کرده‌اند که در همین قسمت پرسش و پاسخ در شماره قبلی مجله موضوع مطرح و مطالبی نوشته شده است.

۲- برای بیماران با مسمومیت غذایی که دچار دل‌پیچه و استفراغ هستند و درباره تجویز همزمان آمپول هیوسین و متوکلوپرامید در این بیماران سئوال کرده‌اند.

متوکلوپرامید آنتاگونیست دوپامین است که عضله صاف روده را به اثرات استیل‌کولین حساس می‌کند. داشتن اثر توأم آنتاگونیستی دوپامین (که در CNS آستانه استفراغ را بالا می‌برد) و تسریع تخلیه معده باعث شده که یک داروی ضد استفراغ با خواص ویژه باشد. به عنوان یک محرک عضله صاف فشار LES

(Lower esophageal sphincter) را افزایش و زمان عبور معده را کاهش می‌دهد. به خاطر این اثرات، متوکلوپرامید با موفقیت در درمان التهاب مری ناشی از برگشت محتویات معده (reflux esophagitis) و سیندرم‌های استاز معده بکار می‌برند.

آنتی‌کولینرژیک‌ها آنتاگونیست‌های رقابتی استیل‌کولین هستند. در نتیجه مصرف توأم متوکلوپرامید و آنتی‌کولینرژیک به هر دلیلی که باشد باعث می‌شود که اثر متوکلوپرامید روی حرکات دستگاه گوارشی آسیب ببیند (به صفحه ۷۸۲، Annual, Drug Evaluation, 1991 مراجعه شود) به عبارت دیگر افزایش motility قسمت فوقانی دستگاه گوارش توسط متوکلوپرامید توسط آنتی‌کولینرژیک‌ها خنثی می‌شود (به صفحه ۵۱۳ فارماکولوژی گات، ۱۹۹۲ مراجعه شود) ولی بنظر می‌رسد که اثر ضد استفراغی مرکزی متوکلوپرامید و اثر آنتی‌اسپاسمودیک، آنتی‌کولینرژیک‌ها روی عضلات صاف دیگر همچنان اعمال شود.

■ سرکار خانم دکتر فرشته جهانی‌گهر از تهران - درمانگاه جلالی طی نامه‌ای سئوالی مطرح کرده‌اند و خلاصه سئوال ایشان این است که در درمان آنژین استرپتوکوکی در اغلب مراجع درمان انتخابی، دوز واحد پنی‌سیلین ۳-۶ برای اطفال زیر ۲۷ کیلوگرم و دوز واحد بنزاتین پنی‌سیلین ۱۲۰۰۰۰۰ واحد برای وزن بالای ۲۷ کیلوگرم معرفی شده است ولی با تجربه ایشان این دوزها در بیماران ایرانی پس از ایجاد بهبودی اولیه چند روزه، منجر به عود می‌شوند و پرسیده‌اند که آیا عدم کارایی پنی‌سیلین در این مورد، به علت مقاومت میکروبی یا بی‌کفایتی پنی‌سیلین‌های فعلی است و اگر عیب از کیفیت پنی‌سیلین‌ها باشد مسئول کیست؟ ضمناً اشاره فرموده‌اند که وقتی

پنی سیلین را همراه اریترومایسین به مدت ۱۰ روز استفاده می‌کنند درمان قطعی ایجاد می‌شود.

به نظر نمی‌رسد که ایراد از فرآورده‌های پنی سیلین باشد زیرا این پنی سیلین‌ها از مراکز معتبر تولید خریداری شده و کنترل کیفی و کمی می‌شوند و بعداً با مقداری که در روی بسته‌بندی نوشته می‌شود، وارد ویال می‌گردند. احتمالاً مقاومت زیاد هم در کار نیست زیرا با شروع درمان پاسخ گرفته شده ولی پس از چند روز مجدداً علائم آغاز شده است و این می‌رساند که دوز درمانی کافی نبوده است چرا که با ادامه درمان با اریترومایسین به مدت ۱۰ روز بهبودی کامل ایجاد شده است. اینک به درج درمان فارنژیت حاد با کتریال که علت معمولی آن استرپتوکوک بتا - همولیتیک گروه A (استرپتوکوک پیوژن) است به نقل از صفحه ۱۰۷۸ (Annual 1991, Drug Evaluation) می‌پردازیم:

درمان‌های ارجح پنی سیلین V پتاسیم (خوراکی به مدت ۱۰ روز) یا بنزاتین پنی سیلین G داخل عضلانی، دوز واحد بوده و درمان علی‌البدل اریترومایسین خوراکی به مدت ۱۰ روز است. در مورد پنی سیلین V پتاسیم باید گفت که به پنی سیلین G (خوراکی به مدت ۱۰ روز) ترجیح دارد زیرا در برابر اسید پایدار است، بهره‌دهی بدنی بیشتری دارد و می‌تواند همراه غذا مصرف شود. پنی سیلین V خوراکی به تزریق عضلانی بنزاتین پنی سیلین G نیز ارجح است زیرا با اثرات سوء و واکنش‌های آلرژیک به مراتب کمتری همراه است، ولی تک‌دوز داخل عضلانی در بیمارانی که احتمالاً تبعیت از رژیم درمانی ده روزه خوراکی نداشته باشند و نیز در بیمارانی روماتیسمی یا در خانواده‌هایی که در آنها تب روماتیسمی اتفاق افتاده و غیره ترجیح دارد. اکنون حدود ۵٪ سوش‌های استرپتوکوک بتا -

همولیتیک گروه A در امریکا به اریترومایسین مقاوم شده‌اند. سفالوسپورین‌های خوراکی نسل اول (سفالکسین، سفرادین، سفادروکسیل) و کلیندامایسین علی‌البدل‌های دیگر برای فارنژیت استرپتوکوکی در بیمارانی هستند که به پنی سیلین حساسیت داشته و یا اریترومایسین را تحمل نمی‌کنند. اما سفالوسپورین‌های تزریقی نباید در بیمارانی که واکنش آلرژیک از نوع فوری (شوک آنافیلاکتیک) نسبت به پنی سیلین‌ها داشته‌اند مصرف شوند. تتراسایکلین و سولفونامیدها برای درمان فارنژیت استرپتوکوکی توصیه نمی‌شوند. استرپتوکوک‌های بتا - همولیتیک گروه A که مقاوم به تتراسایکلین‌ها باشند فراوان هستند و سولفونامیدها قادر به ریشه کن کردن استرپتوکوک‌ها نمی‌باشند.

بنابراین در پایان از خانم دکتر جهانی‌گر تقاضا داریم که مدتی آئزین را با پنی سیلین V درمان بفرمایند و یا اگر به علت وخامت آئزین ناچار از شروع با تزریق پنی سیلین هستند تزریق را با پروکائین پنی سیلین G (۴۰۰۰۰۰ و ۸۰۰۰۰۰ واحدی) به مدت سه روز شروع و سپس به مدت یک هفته دیگر درمان را با پنی سیلین V ادامه دهند و نتایج مشاهدات خود را مجدداً برای مجله ارسال دارند تا منعکس شود و شاید راهنمایی برای درمان موفق آئزین استرپتوکوکی باشد.

■ نامه‌ای پر از لطف و محبت و بسیار شیوا از یک همکار عزیز آقای دکتر سید مجتبی روحانی متخصص بیماری‌های پوست از بیمارستان دکتر شریعتی دریافت کردیم که ضمن مورد عنایت قرار دادن دست‌اندرکاران مجله رازی، نقطه‌نظرهایی را داشتند که صلاح دانستیم در بخش پرسش و پاسخ آنها را مطرح و پاسخ گفته باشیم.

۱- درباره سرمقاله مجله شماره ۴۶ تحت عنوان ابتدا و انتها، نظر همکار گرامی این بوده که از دید الهی

این عنوان نارسا است و لازم بوده که سن نیز در اینجا بیان می‌کردیم تا منظور از تولد تا مرگ («بیولوژیک») را روشن می‌ساخت.

ما هم نظر ایشان را قبول داریم که ابتدا و انتهای زندگی انسان همین تشکیل نطفه و تولد و مرگ ظاهری یا به قول دکتر روحانی سفر از خلق به خلق (من‌الخلق الی‌الخلق) نیست ولی ضمناً عقیده داریم که محتوی سرمقاله گویای این است که هدف و مورد نظر ما همین قسمت از زندگی انسان است و نمی‌تواند سفرهای دیگر یعنی از حق به خلق و از خلق به حق را دربرگیرد.

۲- نکته مورد اشاره دیگر آقای دکتر روحانی، استفاده از لغاتی مثل مالفورمیشن و سیندرم است که معادل گذاری پارسی را بهتر دانسته‌اند و به عقیده ایشان استفاده از این لغات به این صورت به فرهنگ پارسی آسیب خواهد رساند و معتقدند که مالفورماسیون یا سیندرم چون سال‌ها است که در نوشتجات فارسی آمده‌اند به گوش‌ها آشنا ترند یا همان لغت انگلیسی در متن فارسی بیاید بهتر است.

باز هم تا حدودی با آقای دکتر روحانی هم عقیده هستیم و نظر ایشان صائب است. اگر در فارسی معادل این لغات وجود داشته باشند که واقعاً به درستی معنی همان لغت را برسانند باید از آنها استفاده شود ولی از طرف دیگر تقریباً در اکثر زبان‌های مهم دنیا، لغاتی از یک ریشه با تلفظ‌های مختلف ولی با معنی برابر مورد استفاده قرار می‌گیرد و کسی هم آنرا برای زبان اصلی خودش به عنوان آسیب و آفت جدی تلقی نمی‌کند. به ویژه این امر در دنیای علم کاملاً رایج است. نظر دکتر روحانی بیشتر در مورد استفاده از لغات بیگانه در متون ادبی و ادبیات فارسی، مورد قبول ما است. خیلی از این لغات سال‌ها است که جاافتاده و معادل گذاری آنها سردرگمی بیشتری را باعث می‌شود مثلاً اگر برای

سرنگ (Syringe) معادل فارسی بگذاریم مثل آبدزدک یا توضیح دهیم که یک وسیله پلاستیکی یا شیشه‌ای که یک استوانه و یک پیستون دارد و برای تزریق داروها از آن استفاده می‌شود، مشکل را زیادتیر نیز کرده‌ایم. در ادبیات بیگانه، malformation به معنی غیرطبیعی ساخته شدن و معادل فارسی آن نقص خلقتی یا بدشکلی می‌باشند. اگر ما به جای این لغت، غیرطبیعی ساخته شدن را بکار ببریم، چرا خود انگلیسی‌ها و آمریکایی‌ها به جای آن abnormal formation را بکار نمی‌گیرند. جواب این است که اگر قرار باشد همه لغات یا اصطلاحات علمی را توسط چند کلمه یا یک جمله بخواهیم تفسیر و توضیح دهیم زیبایی متون علمی را از بین برده‌ایم و معادل‌های فارسی آن نیز دقیقاً معنی مالفورمیشن را که از دو کلمه mal (به معنی بیماری، بد و غیرعادی) و formation (به معنای ساخته شدن یا تشکیل شدن) می‌باشد، نمی‌رسانند. استفاده از مالفورماسیون و سیندرم نیز صرفاً به این منظور که گوش‌ها از قدیم به آنها عادت کرده‌اند، این معنی را می‌دهد که از یک متن انگلیسی لغتی را با تلفظ فرانسوی بنویسیم. در گذشته به این جهت از این تلفظ‌ها استفاده می‌شد که اکثر دانشجویان و همکاران، زبان خارجی فرانسه را داشتند ولی امروزه که تقریباً زبان فرانسه در کشور ما عمومیت ندارد و استفاده از تلفظ‌های انگلیسی به تلفظ‌های فرانسوی ارجح می‌باشد.

درباره استفاده از انگلیسی این کلمات شاید بهترین پیشنهاد است که ما نیز در اکثر موارد این کار را انجام می‌دهیم ولی در وسط یک جمله فارسی آمدن یک لغت خارجی و آن هم در سرمقاله شاید از زیبایی کلام و صفحه می‌کاهد و در ثانی تقریباً اکثریت افراد ذریبط در حرف پزشکی با دیدن مالفورمیشن و سیندرم به معنی مورد نظر پی‌می‌برند.