

همگام با پیشرفت‌های داروپزشکی

به منظور آگاهی همکاران عزیز از آخرین دستاوردهای علمی و تحقیقاتی مطلبی تحت عنوان همگام با پیشرفت‌های داروپزشکی در نظر گرفته شده که بطور مدام در هر شماره درج میگردد. این مطلب دارای عناوین فرعی دیگری است که به مقتضای موضوع مورد استفاده قرار میگیرد. بخشی از این عناوین فرعی عبارتند از: تازه‌های دارویی، اعمال و واکنش‌های دارویی، تداخل دارویی، داروهای انتخابی، داروهای بدون نسخه، داروهای در دست تحقیق و... امید است این سلسله مقالات بتواند تا حدی پاسخگوی نیاز فوق باشد.

اطلاعات برای بیماران

آسایکلوویر و تبخال:

در بین تقریباً ۵۰ نوع ویروس تبخال، فقط ۵ نوع آن انسان را آلوده می‌سازد (ویروس تبخال ساده I و II، واریسل‌زوستر (زونا) اِپشتین - بار و سایتومگالو ویروس). تبخال تناسلی در وهله اول توسط ویروس تبخال ساده (نوع I و II) ایجاد می‌شود، ولی تقریباً ۸۵٪ موارد ناشی از ویروس تبخال نوع II می‌باشد. عفونت‌های تبخال تناسلی بر این اساس که

فرد قبلاً "سابقه عفونت داشته یا خیر، طبقه‌بندی می‌شوند. این نوع طبقه‌بندی، درمان با آسایکلوویر را تعیین میکند. عفونت‌های ویروس تبخال را به طریق زیر دسته‌بندی میکنند.

- ۱ - شروع اولیه: فرد هیچگونه سابقه تماس با عفونت تبخال را نداشته است.
- ۲ - شروع غیر اولیه: فرد قبلاً "با عفونت تبخال تماس داشته است.
- ۳ - عفونت تبخال عودکننده یا دوباره فعال شده: گسترش ناگهانی ویروس تبخال وقتی است که فرد سابقه قبلی ابتلا را داشته باشد.

فارماکولوژی :

روش اصلی دارو درمانی در ضایعات تناسلی معلول ویروس تبخال نوع ۱ و ۱۱، استفاده از آسایکلوویر است.

واقعیاتی راجع به عفونت تبخال تناسلی

* تقریباً ۲۰ میلیون نفر در ایالات متحده ناقل ویروس تبخال نوع ۱ و نوع ۱۱ میباشند و سالانه ۳۰۰/۰۰۰ تا ۵۰۰/۰۰۰ مورد جدید بیماری نیز بروز می کند.

* تبخال تناسلی غیر قابل علاج است اما داروها باعث کاهش یا بحد اقل رساندن تکرار و شدت حملات می شوند.

* تقریباً ۳۰٪ از کسانی که دچار گسترش ضایعات تبخال تناسلی می شوند هرگز به حملات دیگری از ضایعات مبتلا نمی شوند.

* فقط ۵-۱۰٪ افراد با تبخال تناسلی دچار حملات مکرر می شوند (بیشتر از ۶ بار ابتلا در سال)

* تبخال تناسلی بغیر از موارد ابتلاء جنین در حال رشد، نوزادان و افراد با نقص شدید سیستم ایمنی، عفونت خطرناک و تهدیدکننده حیات شخص نمیباشد.

آسایکلوویر در عمل DNA پلی مرز ویروس تبخال دخالت کرده و مانع از کپی برداری DNA ویروس شده بدون اینکه در تشکیل DNA سلولهای طبیعی انسان دخالت داشته باشد. سرعت شروع درمان با آسایکلوویر بر درجه اثر مفید بخش دارو در هر دو شکل تجویز خوراکی

و موضعی آن تأثیر میگذارد.

ملاحظات بالینی :

۱ - اهداف درمان با آسایکلوویر عبارتند از:
الف. کاهش درد و تسریع بهبودی
ب. کاهش زمان انتشار و پراکندگی ویروس و بنابراین، کوتاه کردن دوره‌ای که در آن زخمها مسری هستند.

ج. کاهش عود ضایعه

۲ - آسایکلوویر به اشکال، خوراکی، تزریقی داخل وریدی و پماد در دسترس می باشد. شکل داخل وریدی آن از نظر مصرف عادی روزمره عملی نیست و فقط برای عفونتهای بسیار شدید، بیماران دارای اختلال شدید سیستم ایمنی و کودکان مصرف می شود.

۳ - پماد ۵٪ این دارو باعث کاهش مدت و شدت عفونت تبخال اولیه تناسلی می شود. استفاده از پماد در طول حملات عودکننده سود زیادی ندارد. پماد آسایکلوویر را نباید برای جلوگیری از عود ضایعات بکار برد.

۴ - پماد آسایکلوویر را بایستی برای تمام زخمهایی که بطور اولیه شروع شوند هر ۳ ساعت ۶ نوبت در روز و بمدت ۷ روز متوالی بدون

● روش اصلی دارو درمانی در

ضایعات تناسلی معلول ویروس

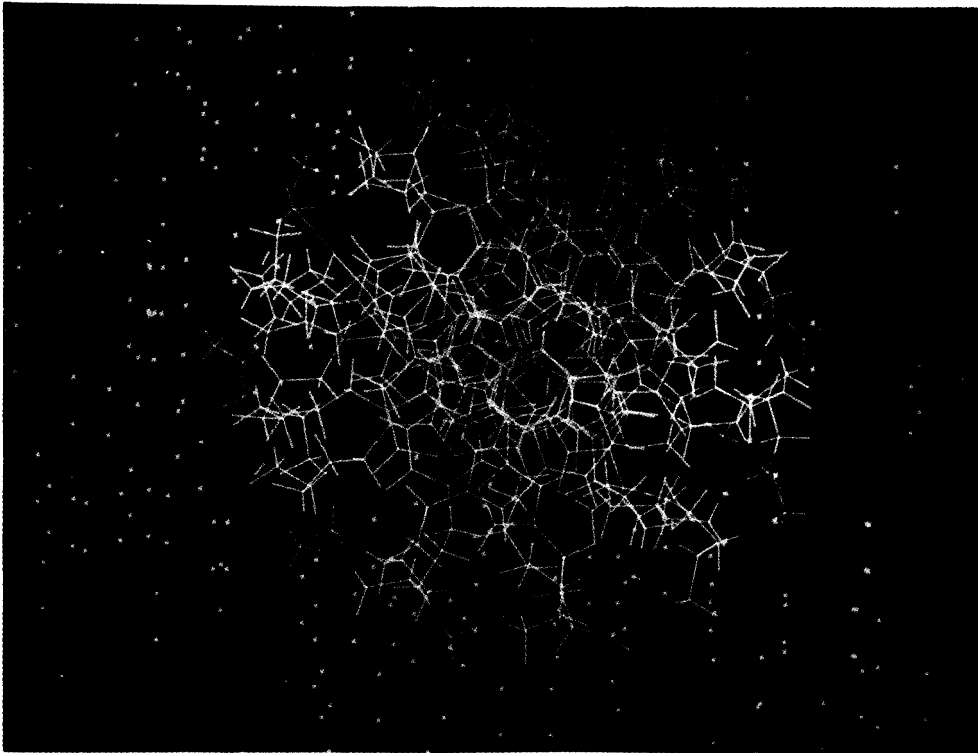
تبخال نوع ۱ و ۱۱، استفاده از

آسایکلوویر است.

در نظر گرفتن چگونگی بهبود زخم بکار برد. در صورت فراموش کردن یک نوبت مصرف دارو، بایستی هرچه سریعتر دارو را بکار برد، البته در صورتیکه نوبت مصرف بعدی نرسیده باشد.

روز (و تا ۲۰۰ میلی‌گرم ۵ بار در روز) برای حداکثر ۶ ماه می‌باشد.
۵ - اگر کلیرانس کراتینین کمتر یا مساوی ۱۰ میلی‌لیتر/دقیقه/۱/۷۳ مترمربع باشد، مقدار مصرف دارو نباید از ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت تجاوز نماید.

پماد را نه فقط روی محل ضایعه، بلکه بایستی روی تمام ناحیه آلوده بکار برد. نواری از پماد بطول ۱/۲۵ سانتیمتر، تقریباً "سطحی" حدود ۱۰ سانتیمترمربع را می‌پوشاند.
۵ - مقدار خوراکی دارو برای شروع ضایعات تبخال تناسلی، ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت



۷ - آسیکلوویر خوراکی در پیشگیری از عود بیماری در افرادی که میزان عود در آنها کم است، تاثیر چندانی ندارد.

نکات کلی:

۱ - شایعترین اثرات زیانبار دارو همراه با مصرف موضعی آن، شامل درد خفیف، احساس سوزش و نیش زدن ملایم و موقتی در محل مالش پماد (تقریباً "یک در ۴ نفر)، خارش ملایم

است، بطوریکه مقدار مصرف روزانه از ۵ کپسول تجاوز نکند.

مدت درمان هم ۱۰ روز می‌باشد. مقدار خوراکی متناوب دارو برای موارد عود بیماری ۲۰۰ میلی‌گرم هر ۴ ساعت است، بشرطیکه مقدار مصرف از ۵ کپسول در روز بیشتر نشده و مدت درمان هم ۵ روز در نظر گرفته شده باشد. مقدار مصرف خوراکی برای درمان طولانی متوقف کننده بیماری ۲۰۰ میلی‌گرم ۳ بار در

(یک در ۲۵ نفر) و بثورات جلدی (یک در ۳۰۰ نفر) میباشد. این علائم بیشتر ناشی از ضایعات حساس، ملتهب و حساسیت غیر - طبیعی نسبت به درد و لمس می‌باشند و واکنشهای افزایش حساسیت کمتر در بروز این علائم مؤثرند.

۲ - مصرف خوراکی طولانی مدت دارو، اثرات زیانبار آنرا افزایش می‌دهد.

آن باشد.

۴ - رسوب بلورهای آسایکلوویر در لوله‌های کلیوی در صورتی ممکن است اتفاق افتد که حلالیت شکل آزاد آن از حداکثر تجاوز کند و بیشترین احتمال وقوع این عارضه در موارد تزریق وریدی یکبارہ ایندارو است. مصرف همزمان آسایکلوویر با سایر داروهای با سمیت کلیوی، بیماری کلیوی قبلی و از دست رفتن

اثرات زیانبار با آسایکلوویر خوراکی		
طولانی مدت	کوتاه مدت	
تهوع - استفراغ (۸٪)، اسهال (۸/۸٪)	تهوع - استفراغ (۲/۷٪)، اسهال (۵/۳٪)	دستگاه گوارش
سردرد (۱۳/۱٪)، سرگیجه (۳/۶٪) بیخوابی، خستگی، تحریک پذیری، افسردگی (کمتر از ۳٪)	سردرد (۵/۶٪)، گیجی، خستگی (۵/۳٪)	سیستم اعصاب
بثورات جلدی، آکنه، تسریع در ریزش مو (کمتر از ۳٪)	بثورات جلدی (۵/۳٪)	پوست
درد مفاصل (۳/۶٪)، تب، طیش قلب، گلودرد، ترومبوفلبیت سطحی، گرفتگی عضلانی، اختلالات قاعدگی، لنفادنوپاتی (کمتر از ۳٪)	بی‌اشتهایی، خیز، آدنوپاتی مغبنی، درد ساق پا، احساس مزه دارو، گلودرد (۵/۳٪)	سایر موارد

مایعات بدن، احتمال بروز اختلال کلیوی را افزایش می‌دهد.

۵ - تماس با آسایکلوویر ممکن است منجر به ظهور گونه‌های ویروسی با حساسیت کمتر بدارو

۳ - سلامت و بی‌خطری مصرف ایندارو در حاملگی و شیردهی هنوز مشخص نشده است. مصرف در چنین مواردی فقط در مواقعی صورت می‌گیرد که فواید بالقوه دارو بیشتر از خطرات احتمالی

شود. از درمانهای مکرر و یا طولانی غیر ضروری با آسایکلوویر بایستی خودداری شود.

۶- در موشهای صحرایی که بمدت طولانی آسایکلوویر دریافت کرده‌اند، آتروفی بیضه مشاهده شده، ولی احتمال بروز این عارضه

• گزارشات حاکی از آن است که مصرف توأم متوترکسات و پروکاربازین موجب اختلال عمل کلیوی میشود.

در انسان هنوز مشخص نگردیده است.

۷- در مواقعی که ضایعات ویروس تناسلی قابل مشاهده هستند، بایستی از تماس جنسی اجتناب شود.

۸- حضور غذا در جذب خوراکی آسایکلوویر تأثیری نمی‌گذارد.

نتیجه: آسایکلوویر داروی انتخابی جهت کنترل تبخال تناسلی میباشد. تعیین برنامه کلی جهت انتخاب شکل دارویی و مقدار مصرف آن وابسته به نوع ضایعات بوده و بایستی شدیداً مورد توجه قرار گیرد.

گزارشات جدید

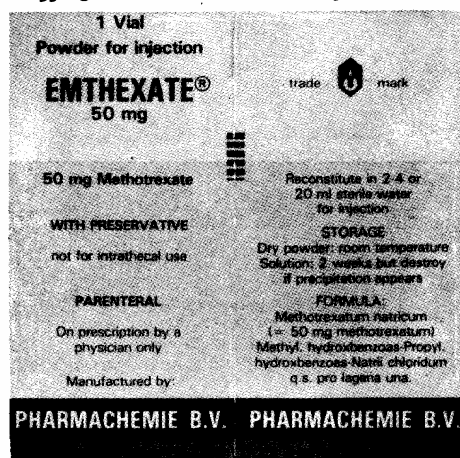
هیدروکلروتیازید و انالاپریل برای بیماران دیابتیک مبتلی به افزایش فشارخون:

در بیماران دیابتیک عوارض متابولیک همراه با درمان افزایش فشارخون، شایع می‌باشد. در این مطالعه مقایسه‌ای بین اثرات ضد فشارخونی و متابولیک دو داروی انالاپریل (مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین) و هیدروکلروتیازید بمقدار کم، در درمان بیماران

مبتلی به دیابت نوع II همراه با افزایش فشارخون بعمل آمده است.

عده‌ای بیمار مبتلا به دیابت نوع II تحت درمان با دارونما، هیدروکلروتیازید بکلروپتاسیم و انالاپریل قرار گرفتند. با مصرف جداگانه هر دو داروی هیدروکلروتیازید و انالاپریل فشارخون در حال نشسته بطور مشخص پائین آمده و با یکدیگر قابل مقایسه بود. درمان با انالاپریل با بهبودی جزئی در هموستازی گلوکز همراه بود و هیدروکلروتیازید هموستازی گلوکز را تشدید نکرد. کاهش میزان سرمی کلسترول بتوسط انالاپریل بطور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از هیدروکلروتیازید یا دارونما بود. میزان کلسترول و تری‌گلیسرید و لیپوپروتئین - های با دانسیته بالا بتوسط هر دو نوع درمان تغییر محسوسی نکرد.

نتیجه: کنترل مؤثر فشارخون و اثرات متابولیک مفید انالاپریل، پیشنهادکننده نقش ارزنده



این دارو برای درمان افزایش فشارخون اولیه در بیماران دیابتی نوع II می‌باشد. همچنین هیدروکلروتیازید بمقدار کم نیز مؤثر بوده، و بخوبی توسط بیماران تحمل می‌گردد و بنظر می‌رسد، ماده مناسبی برای جایگزینی یا اضافه

بیمار گسترش یافت. مقادیر افزایشنده پارا -
لدهید از راه مقعد و لورازپام داخل وریدی
(تا ۰/۲۵ میلی گرم / کیلوگرم در هر نوبت)
برای کنترل حملات بیمار لازم گردید . بدین
ترتیب این بیمار در طول ۲۴ ساعت مقدار

- بیمارانی که وراپامیل مصرف
میکنند، چنانچه فنوباربیتال نیز
دریافت دارند، متابولیسم
وراپامیل در آنها افزایش می یابد.

۱۸۶ میلی گرم لورازپام را بصورت تجمعی تا
قبل از حصول کنترل حملات دریافت داشته
بود .

نتیجه: برای کنترل حملات پشت سرهم صرع
پسر ۱۴ ساله ای که قبلا " با مصرف طولانی
بنزودیازپین ها درمان میشد ، بمقدار زیاد
لورازپام داخل وریدی (۱۸۶ میلی گرم در ۲۴
ساعت) احتیاج پیدا شد . بیمارانی که بطور
مزم با بنزودیازپین ها درمان میشوند ، ممکن
است برای کنترل موارد حملات تشنجی مداوم
صرعی آنها ، بمقادیر بالای بنزودیازپین ها
نیاز پیدا شود .

تداخل های دارویی

تداخل اثر متوترکسات و پروکاربازین : اختلال

عمل کلیوی

سه مورد ضایعه کلیوی پس از تجویز همزمان مقادیر
زیاد متوترکسات (۲ گرم / مترمربع) و پروکار -
بازین رخ داده است .

پروکاربازین از روز اول تا چهاردهم به بیمار
تجویز گردید و اولین مقدار متوترکسات ۴۸

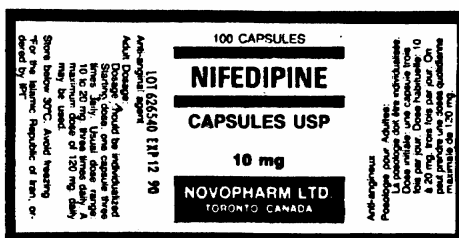
شدن به انالپرل باشد . در هر صورت در این
مورد بمطالعات بیشتری نیاز است زیرا عده
بیماران این تحقیق کم بوده است .

مقدار زیاد لورازپام جهت درمان حملات پشت
سرهم صرعی (Status Epilepticus):

لورازپام بمقدار ۰/۵ تا ۰/۱ میلی گرم بازا
هر کیلوگرم وزن بدن از راه داخل وریدی ،
در درمان حملات پشت سرهم صرعی مؤثر است
گرچه مصرف آن در کودک بیماری که قبلا " بمدت
طولانی با بنزودیازپین ها درمان شده بود
گزارش نشده است ، ولی در ذیل یک مورد از
آن بحث میشود .

یک پسر ۱۴ ساله با حالت خواب آلودگی و
رخوت پیشرونده در بیمارستان پذیرفته شد .
بیمار سابقه ۷ سال حملات صرعی را داشت
که به تک درمانی یا با تجویز چند دارو جواب
خوبی نمی داد .

داروهای مورد استفاده ، فنی توئین ، والپروئیک
اسید و کاربامازپین بودند . بعد از پذیرش



وی در بیمارستان ، به او کلونازپام (۶ میلی -
گرم در روز) ، اتوسوکسیمید (۳۵ میلی گرم /
کیلوگرم / روز) و فنوباربیتال (۳۵ میلی گرم
/ کیلوگرم / روز) تجویز گردید . در این
موقع فعالیت حملات حرکتی موضعی مداوم
و حملات تونیک - کلونیک عمومی مکرر در

ساعت پس از اتمام درمان با پروکاربازین با هستگی از راه دیفوزیون وریدی تزریق شد . تمام بیماران دارای عمل کلیوی طبیعی بودند و هیچگونه سابقه بیماری کلیوی نداشتند . احتیاط های متداول در تجویز مقادیر زیاد

● اخیراً ژل جلدی مترونیدازول بطور موضعی جهت درمان التهاب پاپولها، پوستولها و اریتم روزاسه توصیه شده است.

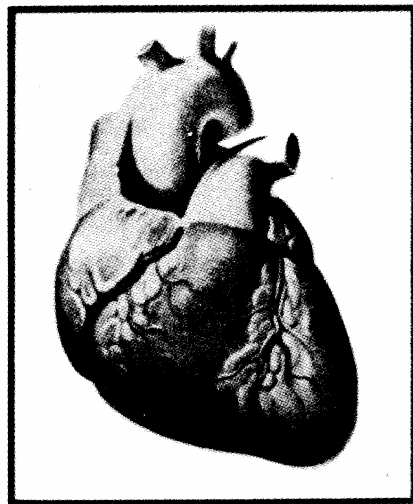
متوترکسات که شامل آبرساندن به بدن بیمار قبل و بعد از تجویز دارو، قلیایی کردن ادرار و تامین مقدار کافی لوکوپورین بود صورت گرفت . خرابی عمل کلیهها ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از تجویز متوترکسات مشاهده شد . با شروع اختلال اعمال کلیوی ، تجویز دومین مقدار متوترکسات در دو نفر از بیماران به تعویق افتاد و در سومین نفر، شیمی درمانی متوقف شد. در تمام بیماران ، کراتینین سرم تا ۳ ماه پس از مطالعه در حدود طبیعی بود .

نتیجه: سه مورد اختلال عمل کلیوی پس از تجویز توام متوترکسات و پروکاربازین گزارش شده است . گرچه خرابی عمل کلیوی با مقدار زیاد متوترکسات به تنهایی نیز می تواند اتفاق افتد ، اما تجویز موقتی توام متوترکسات و پروکاربازین همراه با تغییرات مشاهده شده در عمل کلیه ، حاکی از بروز این واکنش احتمالی در اثر تداخل عمل بین این دو دارو است . تا زمان دستیابی به اطلاعات بالینی بیشتر ، لازم است اجازه داده شود که حداقل ۲۲ ساعت بین تجویز آخرین مقدار پروکاربازین و شروع

انفوزیون مقادیر زیاد متوترکسات فاصله باشد .

تداخل اثر وراپامیل و فنوباریتال : افزایش متابولیسم وراپامیل :

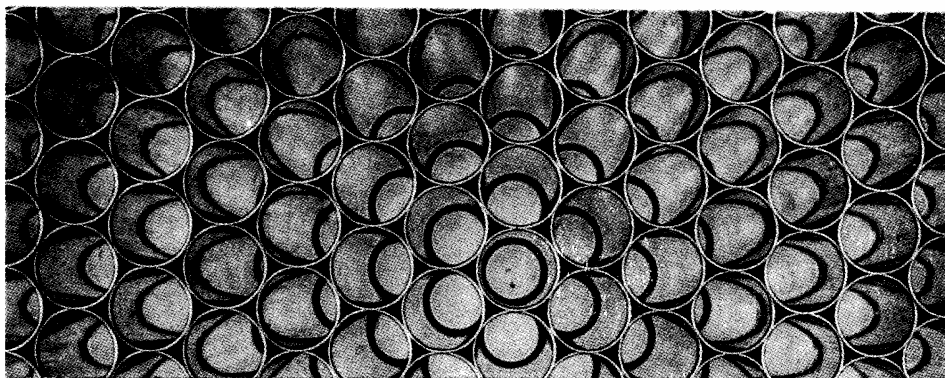
اثرات فنوباریتال بر روی جذب و توزیع وراپامیل در هفت داوطلب مرد سالم بررسی شد . در مرحله اول مطالعه ، برای القاء آنزیمهای کبدی ، به بیماران روزانه ۱۰۰ میلی گرم فنوباریتال در ساعت ۸ بعد از ظهر و بمدت ۳ هفته تجویز گردید . برای تعیین و تثبیت القاء آنزیمهای کبدی به بیماران روزانه ۱۰۰ میلی گرم فنوباریتال در ساعت ۸ بعد از ظهر و بمدت ۳ هفته تجویز گردید . برای تعیین و تثبیت القاء آنزیمی ناشی از فنوباریتال به بیماران آنتی پیرین داده شد . سپس افراد با روش تصادفی و طرح مقاطع جهت دریافت



سه نوع رژیم درمانی وراپامیل که قبل و بعد از درمان با فنوباریتال داده میشد تقسیم شدند : ۱- تجویز یک مقدار واحد ۸۰ میلی گرمی وراپامیل از راه خوراکی ۲- تزریق وریدی ۵/۱۵ میلی گرم / کیلوگرم دارو در یک نوبت

منحنی غلظت - زمان وراپامیل کل کاهش یافت . سایر پارامترها برای وراپامیل به طور مشخص تغییر نکردند . پس از مصرف وراپامیل خوراکی در چند نوبت ، میانگین کلیرانس کل خوراکی به چهار برابر افزایش یافت و کلیرانس آزاد خوراکی نیز بطور مشخص بالا رفت . نتیجه : در یک مطالعه تصادفی متقاطع بر روی ۷ داوطلب مرد سالم ، فنوباربیتال باعث القاء متابولیسم کبدی وراپامیل خوراکی گردید .

در طول ۳ دقیقه ۳ - مصرف خوراکی مقدار ۸۰ میلی گرم دارو در چند نوبت (هر ۶ ساعت به مدت ۵ روز) . بین هر رژیم دارویی ۵ روز فاصله در نظر گرفته شد . یک افزایش ۴۶% در کلیرانس آنتی پیرین و کاهش ۶۸% در سطح زیر منحنی غلظت طبیعی مربوط به آنتی پیرین مشاهده گردید که نشانگر القاء آنزیمهای میکروزومال کبد توسط فنوباربیتال میباشد . اگر چه غلظتهای فنوباربیتال در



تغییرات مشخصی در ارزشهای کلیرانس وراپامیل نام و آزاد مشاهده شد . با تجویز یک مقدار واحد داخل وریدی وراپامیل تغییرات مختصری نیز اتفاق افتاد .

مقایسه اسمولول با پروپرانولول در درمان آنژین ناپایدار :

اسمولول هیدروکلراید یک داروی مسد دانتخابی گیرنده های بتای قلبی است که نیمه عمر آن ۹/۵ دقیقه می باشد . در این مطالعه مقایسه - ای بین کارآئی و سلامت داروی اسمولول (از راه انفوزیون مداوم وریدی) با پروپرانولول خوراکی صورت گرفته است . تمام بیماران مورد آزمایش مبتلی به آنژین ناپایدار بوده و سابقه بیماری عروق کرونر

بین افراد متغییر بود ولی میزان دارو برای هر نفر در طول مطالعه بدون تغییر یافی ماند . بدنبال درمان با فنوباربیتال ، متوسط کل کلیرانس خوراکی مصرف یک مقدار واحد از وراپامیل بطور قابل ملاحظه ایی افزایش پیدا کرد ، و حجم توزیع برلی هر دو داروی کل و آزاد به طور مشخصی افزایش یافت . کلیرانس خوراکی آزاد وراپامیل نیز بطور مشخص بالا رفت و در نتیجه یک کاهش ۴ برابر و ۳ برابر در سطح زیر منحنی غلظت زمان به ترتیب برای وراپامیل کل و آزاد بعد از درمان با فنوباربیتال بوجود آمد .

پس از تجویز وراپامیل داخل وریدی ، میانگین کلیرانس کل سیستمیک آن توسط فنوباربیتال بطور معنی دار افزایش پیدا کرد و سطح زیر

را داشتند .

از ۲۳ بیماری که تحت مطالعه قرار داشتند ، به ۱۲ نفر به طور تصادفی اسمولول تجویز شد و ۱۱ نفر دیگر تحت درمان با پروپرانولول قرار گرفتند . مقدار میانگین اسمولول در پایان

عنوان یک داروی مسدود کننده بتای جانشین شونده در مواردی که پس از قطع دارو ، به تیتراسیون و حذف سریع آن نیاز باشد ، ممکن است سودمند واقع گردد .

مقایسه مقادیر زیاد دیلتیازم نسبت به درمان توام آنتاگونیست کلسیم و مسدود کننده بتا در درمان آنژین پایدار:

تک درمانی با مقادیر زیاد دیلتیازم یکی از رژیم های درمانی مؤثر برای بیماران مبتلی به آنژین صدری مزمن پایدار می باشد . چندین بررسی نشان داده است که تجویز توام یک داروی آنتاگونیست کلسیم با یک مسدود بتای آدرنرژیک نیز در این مورد مؤثرند . طی این مطالعه مقایسه ای بین کارآئی و بیخطری درمان با نیفدیپین - پروپرانولول ، دیلتیازم - پروپرانولول و دیلتیازم تنها بعمل آمده است هر یک از ۲۰ بیمار مبتلی به آنژین مزمن پایدار به طور تصادفی ، ۴ مرحله درمان با روش طرح متقاطع را تحمل کردند . تنها یک بیمار تمام سه مرحله را به پایان نرساند . مقدار مناسب پروپرانولول در طول ۲ هفته مرحله شروع درمان تعیین شد ، و سپس هر بیمار آن مقدار را به همراه نیفدیپین یا دیلتیازم برای دو دوره ۴ هفته ای مصرف نمودند . در سومین دوره ۴ هفته ای ، دیلتیازم به تنهایی تجویز شد .

نتایج بدست آمده نشان داد که نسبت به تعداد حملات آنژین یا مصرف نیتروگلیسیرین ، از نظر آماری بین دسته های متفاوت درمان هیچ تفاوت مشخصی وجود نداشت . هر دو رژیم توام درمانی در مقایسه با تک درمانی بتوسط دیلتیازم بمقدار زیاد در بهبود وقایع انجام تست تمرینات بدنی (exercise stress)



تیتراسیون ، حدود ۱۴۵ میکروگرم / کیلوگرم / دقیقه بود . هر دو گروه کاهش مشابهی در تعداد ضربان قلب ، فشارخون سیستولیک ، فشار شریانی و فشارخون دیاستولیک نشان دادند . در گروه اسمولول موارد حملات درد قفسه سینه در طول ۲۴ ساعت از ۴/۶ بار به ۱/۴ بار رسید ، و در گروه پروپرانولول در همین مدت ، این نقصان حملات درد از ۲/۶ به ۱ بار رسید که هر دو گروه از نظر آماری با ارزش بودند .

بعلت بروز واکنشهای زیانبار در سه بیمار تحت درمان با اسمولول و دو بیمار از گروه پروپرانولول ، دارو درمانی قطع گردید . تمام واکنشهای مربوط به تجویز اسمولول ، بدون درمان خاصی مرتفع شدند اما هر دو نفر از بیماران گروه پروپرانولول احتیاج به درمان پیدا کردند . نتیجه : اسمولول در کنترل آنژین ناپایدار ، با پروپرانولول قابل مقایسه است اسمولول به

بوده و در حله اول شامل علائمی شبیه آنفلوا -
نزا میباشد .

پنبوتولول سولفات :

پنبوتولول سولفات که یک مسدود گیرنده بتا
می باشد، جهت درمان افزایش فشارخون شریانی
خفیف تا متوسط ارائه شده است . این دارو
را می توان به تنهایی یا همراه با سایر مواد
ضد فشارخون بالا مخصوصاً "مدرهای تیازیدی
بکار برد .

تحمل نسبت به این دارو خوب بوده و اکثر
عوارض زیانبار آن خفیف و قابل برگشت
می باشند .

میزان مصرف آن در شروع درمان ۲۰ میلی گرم
یکبار در روز است . مقادیر ۴۰ و ۸۰ میلی گرم
آن نیز بخوبی تحمل می شوند، ولی اثر
بیشتری روی فشارخون بالا ندارند .

مترونیدازول :

اخیراً " ژل جلدی مترونیدازول بطور موضعی
جهت درمان التهاب پاپولها ، پوستولها و اریتم
روزاسه توصیه شده است . ابتدا محل ضایعه
را تمیز کرده و سپس یک ورقه نازک از ژل
مترونیدازول را روی سطح تمام ناحیه آزرده
دوبار در روز (صبح و عصر) می مالند .

نتایج مشخص بایستی در عرض ۳ هفته ظاهر
شود و برای بهبودی سریعتر، درمان بایستی
بمدت ۹ هفته ادامه یابد .

مأخذ :

Facts and Comparisons drug newslet-
ter by Facts and Comparisons Divisi-
on, J. B. Lippincott Company, St. Louis.
Vol. 8, No. 1. 1989

برتر بودند . این موضوع با افزایش زمان کل
فعالیت بدنی، و زمان شروع آنژین و زمان
رسیدن به حداکثر تضعیف قطعه ST نشان
داده شد . موارد بروز اثرات زیانبار در تمامی
سه رژیم درمانی مشابه بودند، با استثنای ورم
محیطی، که در مورد درمان با نیفدیپین -
پروپرانولول بیشتر از تک درمانی با دیلتیازم
بمقدار زیاد بود .

نتیجه: در درمان آنژین صدری مزمن پایدار،
تجویز توأم یک آنتاگونیست کلسیم و پروپرا-
نولول نسبت به تک درمانی با دیلتیازم با
مقادیر زیاد، دارای کارآئی بیشتر بوده ولی
بین دو آنتاگونیست کلسیم از نظر کارآئی
اختلافی موجود نبود .

داروهای جدید

موارد مصرف جدید اینترفرون نو ترکیب آلفا -
۲a و آلفا - ۲b :

اینترفرون نو ترکیب آلفا - ۲a و آلفا - ۲b
هم اکنون جهت درمان سارکوم کاپوسی وابسته
به ایدز در بعضی از بیماران ۱۸ سال به بالا
مصرف می شوند . مقدار مصرف توصیه شده
جهت آلفا - ۲a، روزانه ۳۶ میلیون واحد
بین المللی برای ۱۰ تا ۱۲ هفته، و مقدار
نگاهدارنده ۳۶ میلیون واحد بین المللی، ۳
بار در هفته می باشد . مقدار توصیه شده برای
آلفا - ۲b، ۳۰ میلیون واحد بین المللی بازا^۱
هر مترمربع از سطح بدن، ۳ نوبت در هفته
از راه زیر جلدی یا داخل عضلانی می باشد .
مطالعات انجام شده حاکی از احتمال پاسخ
بهتر در بیماران بدون علائم سیستمیک،
لنفادنوپاتی محدود و سیستم ایمنی نسبتاً
دست نخورده می باشد .

شدت عوارض جانبی معمولاً "خفیف تا متوسط