ترجمه: دکتر هوشمند ویژه *

ملاحظاتی پیرامون تجویز دارو

مقدمه:

در روند درمانی بسیاری از بیماران، دارو نقش عمده‌ای دارد. اثر درمانی دارو با مصرف صحیح و بجای آن به‌دست می‌آید. دکتر لیندا بیلی (Linda Beeley) فارماکولوژیست بالینی مشاور در بیمارستان ملکه الیزابت در بیرمنگام انگلستان دربارهٔ اصول مهم نسخه‌نویسی صحیح به چندین پرسش مهم در این مورد پاسخ می‌دهد. در این بحث تأکید خاصی روی نسخه‌نویسی برای خردسالان، سالخوردگان، بیماران کلیوی و کبدی دارد.

*** اصول مهم نسخه‌نویسی چیست؟**

اصل اول: تا حد امکان مطمئن شویم بیمار حتماً به دارو نیاز دارد.

اصل دوم: سود و زیان تجویز دارو را بخوبی بسنجیم، بعد تصمیم بگیریم.

اصل سوم: باید دارو فراخور بیمار باشد، این بدان معنی نیست که کدام فاکتور فردی با فلان دارو «منع مصرف» آنرا توجیه می‌نماید بلکه باید مطمئن باشیم که داروی انتخابی ما مناسب این فرد بخصوص هست یا نیست.

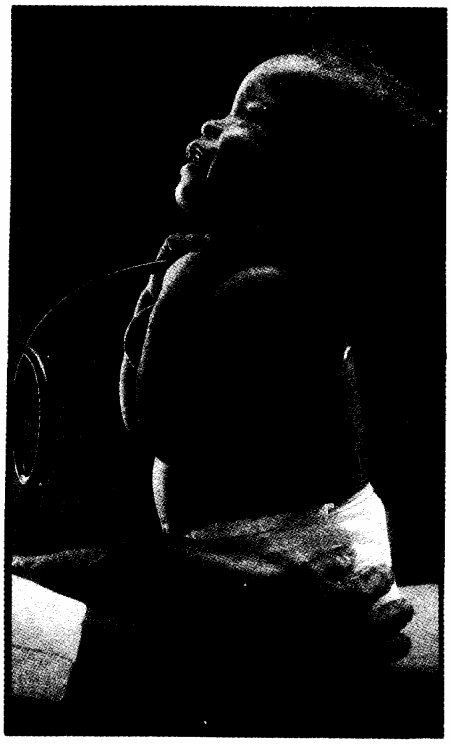
* عضو کمیته علمی شرکت لابراتوارهای سینا دارو

همچنین توجه دقیق به دو مطلب، مهم است یکی مقدار مصرف و دیگری طول دورهٔ درمان. روش ایده‌آل آن است که دارو را با کمترین مقدار مؤثر و در کوتاهترین زمان ممکن تجویز نمائیم. داوری در این مورد همیشه آسان نخواهد بود زیرا تفاوت فردی انسان در متابولیسم دارو، ارزیابی مقدار درست مصرف را دشوار می‌کند. در مورد طول دورهٔ درمان، بیشتر درمانها به مدتی طولانی‌تر از حد لازم انجام می‌شود زیرا پزشکان این مسئله را فراموش می‌کنند یا نمی‌دانند که درمان را در چه زمانی باید متوقف کرد. شاید این یکی از شایعترین کم توجهی‌ها در تجویز دارو باشد ـ وقتی به بیمار دارو داده می‌شود معنایش این است که مدتی معین از آن استفاده کند و تا چند سال از دارو ـ درمانی معاف باشد.

پولی که بابت دارو خرج می‌شود مهم است، ولی اهمیتش کمتر از فاکتورهای دیگر است. روشن است که اگر قرار باشد از دو داروی هم‌اثر یکی را انتخاب کنید، آنکه ارزانتر است انتخاب خواهید کرد ولی کار معمولاً به همین سادگی نیست. باید مزایای داروی گرانتر را در برابر فایده اقتصادی داروی ارزانتر سبك و سنگین کرد.

*** مفاهیم «فارماکودینامیك» و «فارماکوکینتیك» برای بعضی از پزشکان مبهم است. ممکن است درمورد این مفاهیم توضیح دهید؟**

ساده‌ترین پاسخ این است که «فارماکودینامیك» یعنی دارو چه اثراتی را بر بدن اعمال می‌کند، و «فارماکوکینتیك» یعنی بدن چگونه با دارو رفتار می‌نماید. دقیق‌تر بگوئیم فارماکودینامیك اثرات بیوشیمیائی و فیزیولوژیك یك دارو و نحوهٔ اثر آن را بیان می‌دارد. مثلاً می‌گوید این دارو روی کدام گیرنده می‌نشیند یا امثال آن. ولی «فارماکوکینتیك» بیان می‌کند بدن ما با این



دارو چگونه بر خورد می‌کند، چگونه آن را جذب می‌کند، آن را به چه ترتیب در سرتاسر بدن انتشار «می‌دهد» و چگونه دفع می‌نماید. بیایید نگاهی به یك داروی ضدافسردگی سه حلقه‌ای مثلاً ایمیپرامین بیندازیم. «فارماکودینامیك» آن، طریقی است که بر مغز اثر می‌گذارد، میدانیم که این دارو برداشت (up

take) کاتکولامین‌ها را به پایانه‌های عصبی آدرنرژیك مهار می‌کند. آثار جانبی آنتی کلینرژیکی آن نیز جزء مباحث فارماکودینامیك است. ولی فارماکوکینتیك این

○ باید دارو فراخور بیمار باشد. این بدان معنی نیست که دنبال این مسأله باشیم که کدام فاکتور فردی با فلان دارو، منع مصرف آنرا توجیه می‌کند، بلکه باید مطمئن باشیم که داروی انتخابی ما مناسب این فرد بخصوص هست یا نیست.

دارو چیست؟ می‌گوئیم خیلی خوب این دارو جذب می‌شود ولی در کبد وسیعاً متابولیزه می‌گردد به گونه‌ای که میزان bioavailability آن خیلی کاهش می‌یابد. این دارو به‌طور گسترده‌ای در تمام قسمتهای بدن انتشار پیدا می‌کند و متابولیت‌های نهائی آن از راه کلیه دفع می‌شود.

*** بسیاری از پزشکان نگران تداخل داروهای تجویز شده و الکل در بدن بیمار هستند آیا پیش از تجویز بعضی داروها دانستن اینکه بیمار معتاد به الکل هست، اهمیت دارد؟**

بلی، هنگامی که پزشك می‌خواهد داروهای مضعف دستگاه عصبی مرکزی مثلاً سداتیو، خواب‌آور، یا آرامبخش و امثال آن را تجویز کند مهم است که بداند بیمار معتاد به‌الکل هست یا نه. اثرات افزایشی یا تشدید کننده الکل برای هر بیماری می‌تواند خطرناك باشد.

ممکن است الکل در علت‌شناسی (اتیولوژی) افزایش فشارخون نقش داشته باشد، ولی به هر حال الکل موجب گشاد شدن رگها می‌شود (یعنی یك وازودیلاتور است) و اثرات داروهای ضد فشارخونی را تقویت خواهد کرد. لازم است بیمار را از این خطرات آگاه کنیم و همچنین واکنش دی‌سولفیرام یا واکنش Antabuse را که ممکن است پیامد تداخل الکل با دی‌سولفیرام [و نه تنها با دی‌سولفیرام بلکه با مترونیدازول metronidazole یا کلرپروپامید (chlorpropamide)] باشد باید به بیمار یادآوری نمود و بالاخره مصرف کم یا زیاد الکل هنگامی که شخص وارفارین (Warfarin) استفاده می‌نماید، کنترل انعقاد خون را جداً به خطر خواهد انداخت.

*** مصرف کدام داروها برای افرادی که رانندگی می‌کنند، خطرناك است؟**

دقیقاً نمی‌توان پیشگوئی کرد که دارو چه اثری بر توانائی رانندگی خواهد گذاشت، این مسئله کاملاً نامشخص می‌باشد. هر دارویی که

○ فارماکودینامیک یعنی دارو چه اثراتی را بر بدن اعمال می‌کند و فارماکوکینتیک یعنی بدن چگونه با دارو رفتار می‌نماید.

اثر سداتیو داشته باشد، چه نورولپتیك باشد، چه داروی ضدافسردگی، آرامبخش باشد یا خواب‌آور، توان ایجاد اختلال در رانندگی فرد را دارد و باید در این مورد به بیمار هشدارهای

لازم داده شود. برخی از داروهائی هم که مصرفشان اصولاً به خاطر تأثیر بر دستگاه عصبی مرکزی نیست، دارای آثار جانبی مثل گیجی و خواب‌آلودگی هستند (مثل کلونیدین، متیل‌دوپا و همچنین آنتی‌هیستامین‌ها). به اعتقاد من این جزء وظایف پزشکان است که بیمار را از این خطرات آگاه کنند و برای حفظ موقعیت اجتماعی خود باید این اخطارها را روی کاغذ بنویسند و به دست بیمار بدهند.

*** به نظر می‌رسد بسیاری از پزشکان در باره اثرات غذا روی جذب دارو قدری مشکوکند آیا لازم است پزشک به بیمار در این مورد آگاهی دهد؟**

غذا از دو راه می‌تواند بر جذب دارو اثر گذارد. نخست اینکه تخلیه معدی را به تأخیر می‌اندازد، و بنابراین جذب دارو به تأخیر خواهد افتاد زیرا بیشتر داروها از بخش بالایی روده کوچك جذب می‌شوند. البته این مسئله درمورد بسیاری از داروهای معمول اهمیتی ندارد بخصوص هنگامی که جذب «توتال» مهمتر از میزان (rate) جذب باشد. ولی

○ هر داروئی همراه با غذا خورده شود جذب آن به تأخیر می‌افتد، زیرا بیشتر داروها از بخش بالائی روده کوچک جذب می‌شوند.

درمورد داروهای ضددرد یا خواب‌آور که می‌خواهیم اثر فوری داشته باشند، اهمیت دارد.

دوم اینکه جذب تمام پاره‌ای داروها عملاً با غذا کاهش می‌یابد، و مانند این است که «مقدار» کمتری دارو داده باشیم و البته این مسئله مهم است. داروهائی مثل ریفامپسین، کاپتوپریل، و بعضی آنتی‌بیوتیك‌ها بویژه اریترومایسین و تتراسیکلین‌ها از این نوعند که اگر همراه با غذاهای حاوی کلسیم یا منیزیم

خورده شوند اثر داروئیشان کاهش می‌یابد.

*** تجویز دارو برای افرادی که نارسایی کلیوی دارند اغلب به توجه خاص نیاز دارد. در این موارد پزشك باید چه عاملی را در نظر داشته باشد؟**

چنانچه دارویی بدون «متابولیزه» شدن از راه کلیه دفع شود، ممکن است در بدن افرادی که دچار نارسایی کلیوی هستند تجمع پیدا کند. به‌طور کلی این مسئله به معنای آن است که مقدار مصرف دارو را باید کم کرد، ولی دامنهٔ کاهش مقدار مصرف بستگی دارد به مقدار داروئی که بدون تغییر از کلیه دفع می‌شود، سمیت آن، و اینکه این سمیت تا چه حد به غلظت پلاسمائی آن دارو مربوط است. مثلاً بنزیل پنی‌سیلین ضریب درمانی

بزرگی دارد لذا نیازی نیست مقدار مصرف آن را کاهش دهیم مگر اینکه نارسائی کلیه شدید باشد.

بعضی داروها به هنگام وجود نارسائی کلیوی سمیت بیشتری خواهند داشت. در نارسائی کلیوی مزمن، دستگاه عصبی مرکزی نسبت به اثرات داروها حساس‌تر است. تغییرات متابولیکی دیگری نیز هست که ممکن است بوسیله داروها تشدید شوند، لذا در پاره‌ای از داروها ناچاریم حتی در نارسائی کلیوی خفیف هم از مقدار مصرف دارو بکاهیم، ولی در بارهٔ داروهای دیگر فقط هنگامی که نارسائی کلیوی شدید باشد این کار را می‌کنیم.

*** ممکن است چند مثال بزنید؟**

داروهائی که حتی هنگام نارسائی خفیف کلیوی باید از مقدار مصرفشان کاست، آنهایی هستند که تماماً از راه کلیه دفع می‌شوند و همچنین آنهائی که ضریب درمانی اندکی دارند. دو نمونه می‌آوریم، جنتامایسین که هم اتوتوکسیك (ototoxic) وهم‌نفروتوکسیك (nephrotoxic) است و لیتیم که در روانپزشکی مصرف می‌شود.

در نارسائی کلیوی متوسط، داروهای زیادی هستند که از کلیه دفع می‌شوند و باید مقدار مصرف آنها را کم کرد مانند: سایمتیدین، بعضی از بتابلوکرها، برخی سفالوسپورین‌ها و پنی‌سیلین‌ها.

داروهای دیگری هستند که نیازی به کم کردن مقدار مصرف آنها نیست مگر آنکه نارسائی کلیوی شدید باشد. داروهای ضد فشارخون جزء این گروه است: بعضی از داروهای ضد فشارخون مانند هیدرالازین، متیل‌دوپا، پرازوسین، بتابلوکرها از راه کلیه دفع می‌شوند و هنگام نارسائی شدید کلیوی اثراتشان افزایش می‌یابد. نظیر همین ملاحظات

○ اگر امکان داشته باشد، داروهائی که مسمومیت کبدی ناشی از آنها به مقدار مصرفشان مربوط است باید کنار گذاشته شوند.

درمورد بعضی آنتی‌بیوتیك‌ها مثل آموکسی‌سیلین، آمپی‌سیلین، بنزیل پنی‌سیلین، و برخی سفالوسپورین‌ها نیز صادق است.

*** مصرف کدام دارو بهنگام نارسایی کلیوی کاملاً ممنوع می‌باشد؟**

بلی، بعضی داروها را به دو دلیل به هنگام نارسائی کلیوی نباید به کار برد ـ یکی به خاطر آثار جانبی و دیگر به خاطر بی‌اثری آنها. از هر دارویی که تعادل الکترولیت رابهم بزند در این موارد باید دوری کرد. مثلاً آنتی‌اسیدهای منیزیم‌دار به علت ناتوانی کلیه در دفع یونها ممکن است موجب مسمومیت با منیزیم بشوند و همچنین داروهای پتاسیم‌دار باعث افزایش پتاسیم خون (هیپرکالمی) خواهد شد.

ازداروهای نفروتوکسیك، مانند آمینوگلیکوزیدها و آمفوتریسین باید پرهیز کرد، همچنین داروهایی که آثار جانبی مثل تهوع و استفراغ دارند به هنگام نارسائی کلیوی این آثار جانبی تشدید می‌گردند ـ مثل مرفین،

یا شاید نالیدیکسیك اسید.

داروهائی که باعث احتباس مایعات می‌شوند نیز دشواری ایجاد می کنند، این مسئله اغلب خود سیمائی از نارسائی کلیوی است، لذا در این موارد باید از کاربرد داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی، استروژن‌ها و کاربنوکسولون خودداری کرد. داروهائی که تجمع متابولیت‌های آنها موجب مسمومیت دستگاه عصبی مرکزی می‌شود (مثل پتیدین که می‌تواند موجب توهم در بیمار شود) باید به‌هنگام نارسائی کلیوی به کار نرود.

*** کدام داروها اثرشان در نارسائی کلیه کم می‌شود؟**

از همه روشن‌تر دیورتیك‌های تیازیدی هستند که اگر میزان پالایش گلومرولی کمتر از ۲۰ میلی‌لیتر دردقیقه‌باشد، بی‌اثر خواهند بود. از سوی دیگر دیورتیك‌های مؤثر بر قوس هنله مانند فورسماید در سطوح پائین‌تر فونکسیون کلیوی هم مؤثرند. داروهائی که برای درمان عفونتهای مجرای کلیوی به کار می‌روند برای اینکه مؤثر باشند باید از راه ادرار دفع شوند، لذا نیتروفورانتوئین، نالیدیکسیك‌اسید، سولفونامیدها، و تریمتوپریم ممکن است در نارسائی کلیوی با غلظت کافی وارد ادرارنشوند. اخیراً خطرات داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی در مبتلایان به نارسائی خفیف کلیه مورد توجه بیشتری واقع شده است.

هنگامی که بیمار به نارسائی خفیف کلیه دچار باشد بایستی به آن توجه نمود و این امر بویژه در مورد سالخوردگان صدق می کند، زیرا ممکن است نارسائی کلیوی آنها در تست

اوره خون یا آزمایش کراتینی سرم خوب مشخص نشده باشد. من فکر می کنم بهتر است فرض را بر این قرار دهیم که هر کس بیش از ۷۰ سال داشته باشد کلیه‌اش خوب کار نمی کند و احتمالاً اگر به او داروی ضدالتهابی غیر استروئیدی دهیم، نارسائی کلیه‌اش بیشتر خواهد شد. این مسئله به خاطر آن است که این داروها در بیمارانی که نارسائی کلیوی دارند میزان پالایش گلومرولی را کاهش می‌دهند.

نکته دیگر اینکه تصور می‌شود نزد سالخوردگان خطر خونریزی معدی بیشتر است هر چند این مسئله هنوز جای بحث دارد. کلاً اگر بتوان در مورد سالخوردگان بایستی از تجویز داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی پرهیز کرد در غیر اینصورت نخست، بویژه در اوستئو آرتریت بهتر است با یك داروی ضد درد ساده آغاز کنیم و در سالخوردگانی که آرتریت روماتوئید دارند کاربرد دارو باید با دقت خیلی بیشتری (نسبت به افراد جوان) همراه باشد.

○ در اثر سالخوردگی، دستگاه عصبی مرکزی نسبت به اثرات داروها حساستر می‌شود و تقریبا تمام داروهای مؤثر بر مراکز عصبی ممکن است نزد سالخوردگان توهم‌زا باشند.

*** برویم سراغ بیماری کبدی، چه اصول مهمی را باید رعایت کرد؟**

بر خلاف نارسائی کلیوی، در اینجا اثر بیماری کبدی روی متابولیسم دارو خیلی نامشخص‌تر است، کبد توان و استعداد اندوخته و فراوانی دارد، با وجود بیماری متوسط هم می‌تواند داروها را «متابولیزه» کند ولی اگر بیماری کبد شدید باشد باید فرض را بر آن قرار دهیم که داروها را با توان کمتری متابولیزه خواهد کرد.

لذا اگر امکان داشته باشد داروهایی که مسمومیت کبدی ناشی از آنها به مقدار مصرفشان مربوط است (یعنی غیر از داروهایی که اثر آلرژیك یا ایدوسنکرازی دارند) باید کنار گذاشته شوند. مثل آندروژن‌ها، استروئیدهای آنابولیك ومتوترکسات. داروهای دیگر که اصولاً «هپاتوتوکسیك» شناخته شده‌اند نیز بهتر است کنار گذاشته شوند.

معلوم شده است حساسیت مغزی مبتلایان به بیماری شدید کبدی نسبت به داروهای سداتیوها، خواب آورها، ضدافسردگیها، فنوتیازین‌ها، وضددردهای مخدر (opioid) افزایش می‌یابد وممکن است به آنسفالوپاتی کبدی بیانجامد. این گونه بیماران همچنین به کمبود پتاسیم خون، که می‌تواند به‌شکلی دیگر موجب آنسفالوپاتی کبدی شود، حساسند. لذا تجویز هرداروی مدری که پتاسیم بدن را خارج کند، باید با دقت تمام صورت بگیرد. نکته آخر اینکه در بیماریهای سخت کبدی باید از مصرف هر گونه داروئی که موجب احتباس مایع در بدن می‌شود دوری گزید، باز هم داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی نمونهٔ نخست آن است. این داروها خطر دیگری هم دارند یعنی ممکن است باعث

خونریزی معده شوند، زیرا مخاط معده به اثرات داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و آسپیرین حساس است.

بهترین راه برای تصمیم گیری به تجویز دارو جهت افراد مبتلا به بیماری کبدی مراجعه به کتب حاوی اطلاعات داروئی است. لیست داروهای هپاتوتوکسیك طولانی است که از قاعده‌ای خاص نیز پیروی نمی کند.

*** با افزایش شمار افراد هفتاد ساله به بالا تجویز دارو برای سالخوردگان اهمیتی روزافزون یافته است. در این مورد چه اصولی را باید رعایت کرد؟**

سالخوردگان بیشتر در خطر آثار ناخواستهٔ داروئی هستند. آنها معمولاً بیش از دیگران دارو مصرف می کنند و ممکن است مدتی طولانی داروهائی را که آثار جانبی زیادی دارند به کار برند. خطر تداخل داروئی برای آنان زیادتر است.

اگر دچار نقص کار کلیه باشند داروهائی که از کلیه دفع می‌شوند ممکن است در بدن آنها تجمع پیدا کند و زیان آور باشند (جنتامایسین و دیگوکسین رابرای سالخوردگان باید به مقادیر درمانی کمتر به کار برد). بعضی داروها نیز در کبد افراد سالخورده درست متابولیزه نمی‌شوند و لذا باید مقدار مصرف آنها را کم کرد. ضدافسردگیهای سه حلقه‌ای مثل ایمیپرامین و نورتریپتیلین، ضد دردهای مخدر و بعضی بتابلوکرها از این دسته‌اند.

مهمتر از اینها، در اثر سالخوردگی دستگاه عصبی مرکزی نسبت به اثر داروها حساستر می‌شود؛ تقریباً تمام داروهای مؤثر بر مراکز عصبی ممکن است برای سالخوردگان توهم‌زا باشند ـ من جمله داروهای ضدافسردگی، داروهای ضد پارکینسون، بعضی از داروهای ضدفشارخون و بنزودیازپین‌ها را می‌توان نام برد. دستگاه قلبی ـ عروقی نیز به همین گونه مقداری از انعطاف‌پذیری هموستاتیك خود را از دست می‌دهد، لذا خطر کاهش فشار خون وضعیتی نزد سالخوردگان بیشتر است.

*** بازگردیم به جوانان، در واقع از زمانی شروع کنیم که بچه هنوز به دنیا نیامده است. در هنگام بارداری و در زمان شیردهی از کدام داروها باید پرهیز کرد؟**

از هفته سوم تا آخر بارداری مصرف دارو

می‌تواند برای جنین مضر باشد. عموماً بر این باورند که در هفته‌های نخست بارداری اثر دارو به صورت همه یا هیچ است: یا جنین در حال رشد را می‌کشد یا همهٔ یاخته‌های آسیب دیده ترمیم می‌شوند.

در خلال سه ماههٔ نخست بارداری امکان دارد داروها «تراتوژنیك» باشند و در جنین ناهنجاریهایی را پدید آورند. پس از این دوره احتمال نمی‌رود بدشکلی پدید آید ولی باز هم دارو می‌تواند بر دستگاه عصبی مرکزی، دستگاه غدد درون‌ریز واعضای تناسلی جنین اثر گذارد. داروهائی که در هفته‌های پایانی بارداری یا هنگام زایمان به کار می‌روند ممکن است پس از تولد در بدن نوزاد پایدار مانده و

آثار جانبی به بار آورند.

*** تراتوژن‌های اصلی کدامند؟**

از همه شناخته شده‌تر تالیدومید است. داروهای سیتوتوکسیك (یاخته کش) تراتوژن هستند. بعضی کمتر و بعضی بیشتر. مشتقات رتینوئید، اترتینات (etretinate) و ایزوترتینوئین (isotretinoin) که برای درمان آکنه به کار می‌روند نیز بسیار تراتوژن هستند.

○ از هفته سوم تا آخر بارداری مصرف دارو می‌تواند برای جنین مضر باشد. عموما بر این باورند که در هفته‌های نخست بارداری اثر دارو به صورت همه یا هیچ است.

داروهایی که خطرشان از این جهت مقداری کمتر است عبارتند از داروهای ضدتشنج، وارفارین، لیتیم و الکل (البته اگر دارو به حساب آید). داروهائی که احتمال دارد «تراتوژن» باشند آنهایی هستند که با متابولیسم فولات تداخل می‌کنند، مانند پریمتامین، تریمتوپریم. استروژن‌ها و پروژسترون‌ها بسته به مقدار مصرف، که برای جلوگیری از سقط جنین داده می‌شوند، «تراتوژن» هستند ولی مدرکی که نشان دهد قرصهای ضدحاملگی چنین اثراتی دارند، دیده نشده است.

در سه ماههٔ دوم و سوم بارداری داروهای ضدانعقادی خوراکی علاوه براینکه «تراتوژن» هستند می‌توانند موجب «میکروسفالی» و «کندذهنی» شوند. همچنین خطر خونریزی را بویژه به‌هنگام زایمان افزایش دهند و بهتر است در سه هفته پایانی بارداری برای احتراز از این خطر، هپارین را جانشین آن کنند.

داروهای خواب‌آور (هیپنوتیك‌ها)،

داروهای سداتیو، ضدافسردگیهای سه‌حلقه‌ای و تئوفیلین از جمله داروهای معدودی می‌باشند که اگر در خلال سه ماههٔ آخر بارداری به مادر داده شوند، می‌توانند مدتی نسبتاً طولانی در بدن نوزاد باقی بمانند. مثلاً بنزودیازپین‌ها ممکن است نوزاد را چنان لَخت کند که حال شیر خوردن نداشته باشد و حتی دچار ضعف تنفسی هم شود.

*** کدام داروها می‌توانند در نوزاد شیرخوار اثرات سؤ گذارند؟**

بیشتر داروها تا حدی وارد شیر مادر می‌شوند، ولی معدودی از آنها هستند که به مقدار قابل توجهی در شیر ظاهر می‌شوند. در هر حال بهتر است به یاد داشته باشیم که عملکرد کلیه و کبد نوزادان هنوز کامل نیست، تا حدی که مقدار نسبتاً کم دارو هم می‌تواند خطرناک باشد.

در دوران شیردهی باید از کاربرد داروهای سیتوتوکسیك پرهیز کرد. داروهائی که اثر سداتیو دارند می‌توانند در کودك موجب خواب آلودگی شوند، ولی این مسئله اهمیت ویژه‌ای ندارد و به آسانی برطرف می‌شود.

ضد دردهای مخدر در حد مقادیر درمانی اثر بدی روی کودك ندارند، ولی مصرف مقدار زیاد و مداوم آنها ممکن است منجر به وابستگی داروئی نوزاد و یا آثار ناشی از ترك دارو شود. لیتیم به مقداری وارد شیر مادر می‌شود که می‌تواند روی کودك اثر بگذارد، لذا مادرانی که تحت درمان با لیتیم هستند نباید به کودك خود شیر بدهند. بیشتر آنتی‌بیوتیك‌ها بی‌ضرر هستند. آمینوگلیکوزیدها، هرچند بالقوه سمی هستند ولی محتملاً از رودهٔ کودکان جذب نمی‌شوند، اگر خطری متوجه آنها باشد احتمالاً مربوط به تغییر فلور روده و تولید اسهال است. مصرف کلرامفنیکل و تتراسیکلین‌ها در مادر شیرده کار درستی نیست، هرچند به احتمال قوی تتراسیکلین با شیر به صورت یك شلات درمی‌آید و جذب نمی‌شود. معلوم شده است که داپسون می‌تواند موجب آنمی همولیتیك شود، بویژه نزد کودکانی که به نارسائی آنزیم گلوکز ـ ۶ـ فسفات دهیدروژناز (G6PD) مبتلایند، مسئله‌ای که در بسیاری از نقاط جهان دیده می‌شود.

در پایان بحث بد نیست مسئله الکل و دخانیات را هم یادآوری کنیم. الکل در کودك شیرخوار ایجاد خواب آلودگی و حتی وابستگی می‌کند. نیکوتین سیگار نیز وارد شیر مادر می‌شود و گاه می‌تواند موجب بیقراری و ناآرامی طفل شود. هنگام تجویز دارو به مادر شیرده (همانگونه که در مورد مبتلایان به بیماری کبدی دیدیم) اگر شك و گمانی پیش آمد، بهتر است به مراجع معتبر پزشکی نگاهی بیاندازیم.

مأخذ:

این مطلب متن ترجمه شده مصاحبه خانم دکتر لیندا بیلی با یکی از نشریات علمی سوئیس است.