



گزارشهای داروئی

مقدمه

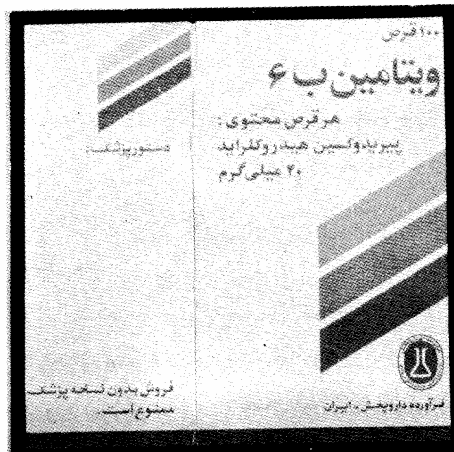
در مورد هر يك از مقالات مطرح شده می توانند به مآخذ ذکر شده مراجعه فرمایند.

استفاده از سیکلو سپرین در کنترل پسوریازیس: سیکلو سپرین دارویی است که موجب تضعیف سیستم ایمنی می شود (ایمونوسوپراسیو) و لذا از آن در مواقع لزوم مثل پیوند اعضا (جهت جلوگیری از رد عضو توسط سیستم ایمنی) استفاده می کنند. در سال ۱۹۸۶ اولین گزارش مربوط به استفاده از سیکلو سپرین در درمان پسوریازیس منتشر گردید، و نتایج منتشره در طی سالهای بعد نشان می دهند که این

گزارشهای دارویی مجموعه ای از برگزیده مقالات منتشر شده در مجلات معتبر بین المللی در زمینه دارو و درمان است. از آنجایی که ترجمه و چاپ مشروح این مقالات غیر ضروری و بعضاً غیر ممکن می باشد، لذا سعی بر آن می باشد که مهمترین این مقالات انتخاب و چکیده ای از نتایج بدست آمده منتشر گردد. بدیهی است علاقمندان به کسب اطلاعات بیشتر

* گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دارو در درمان انواع پسوریازیس مؤثر می‌باشد. دارو این اثر را نیز احتمالاً از طریق مهار عکس‌العمل لنفوسیت‌های T نسبت به آنتی‌ژنها اعمال می‌نماید. در بعضی از بیماران دوز پائین



دارو در عین مؤثر بودن فاقد عوارض جانبی است، اما مصرف دارو با دوز بالا یا برای مدت طولانی ممکن است موجب بروز عوارضی چون مسمومیت کلیوی، افزایش فشار خون و افزایش ابتلاء به سرطان گردد. معمولاً ۲ هفته تا ۲ ماه بعد از قطع دارو بیماری مجدداً عود می‌نماید (۱).

درمان جدید برای آندومتریوز:

درمان آندومتریوز امروزه به یکی از سه طریق استفاده از قرصهای خوراکی ضدبارداری، دانازول و یا جراحی صورت می‌گیرد که هر کدام از روشهای یاد شده دارای عوارض جانبی خاص خود می‌باشند.

آگونیستهای هورمون آزادکننده گونادوتروپینها مثل نفارلین (Nafarelin)

طی چند سال گذشته با موفقیت جهت استفاده در بعضی اختلالات خصوصاً سرطان پروستات بکار گرفته شده‌اند و اخیراً نیز جهت درمان آندومتریوز توصیه شده‌اند. مصرف این دارو در ابتداء درمان موجب تحریک آزادسازی FSH و LH و در نتیجه افزایش بیوسنتز استروئیدهای جنسی می‌شود، اما از حوالی هفته چهارم موجب کاهش فعالیت هیپوفیز و تخمدانها گردیده و در خانمها سنتز استروژن در بدن را به حد دوران یائسگی می‌رساند. از نظر اثربخشی، کارآیی آن قابل قیاس با دانازول می‌باشد. فرآورده دارویی آن به صورت استنشاقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهمترین عوارض جانبی دارو ایجاد گرگرفتگی، خشکی واژن، کاهش میل جنسی، آمنوره و کاهش اندکی در تراکم استخوانها می‌باشد (۲).

سندرم نوروپاتی ناشی از مصرف دوز بالای ویتامین B6:

ویتامین‌های محلول در آب معمولاً به نظر خیلی امن و بی‌ضرر میرسند و لذا این داروها در بسیاری از موارد با مقادیر زیاد به صورت نابجا و عمدتاً خودسرانه مورد مصرف قرار می‌گیرند. گزارشات منتشره حاکی از آن است که مصرف بی‌رویه یکی از ویتامینهای این گروه یعنی پیریدوکسین (Vitamin B6) می‌تواند موجب بروز نوروتوکسیسته با علائمی چون ضعف عضلانی، درد استخوانی، مور مور (Paresthesia) و بی‌حسی شود. در مطالعات انجام شده مشخص گردیده که این

عوارض مربوط به مصرف دوز بالای این دارو یا مصرف درازمدت آن می‌باشد (۳).

فرآورده خوراکی انسولین:

یکی از مشکلات بیماران دیابتی نوع اول، لزوم مصرف روزانه انسولین به صورت تزریق زیرجلدی می‌باشد. در سالهای گذشته سعی فراوان جهت تهیه فرآورده خوراکی انسولین بعمل آمده و اخیراً طی مطالعه‌ای بالینی، گروهی از پزشکان استرالیایی یکی از فرمولاسیونهای ابداع شده را مورد آزمایش قرار داده‌اند. در این فرآورده خوراکی، انسولین به صورت میکروامولسیون در کپسولهای ژلاتینی مخصوص قرار گرفته و جهت حفاظت انسولین در مقابل آنزیمهای گوارشی، مقداری هم آپروتینین (مهارکننده آنزیم پروتئاز) به آن اضافه گردیده است. مطالعه انجام شده نشان می‌دهد که این نوع فرآورده خوراکی انسولین از نظر جذب و دستیابی به غلظتهای مناسب درمانی، رضایت‌بخش می‌باشد (۴).

مقایسه اثربخشی داروهای مختلف در جلوگیری از تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی:

تهوع و استفراغ یکی از مهمترین و آزاردهنده‌ترین عوارض شیمی‌درمانی در بیماران سرطانی می‌باشد. آنتاگونیستهای دوپامینی معمولترین داروهای مصرفی جهت جلوگیری از این عارضه می‌باشند. از طرف دیگر به نظر می‌رسد که دگزامتازون نیز در این زمینه مؤثر باشد. در این مطالعه مقایسه‌ای بین

میزان اثربخشی متوکلوپرامید (20mg)، دومپریدون (20mg) و دگزامتازون (4mg) در جلوگیری از این عارضه بعمل آمد. هر دارو در یک گروه ۲۰ نفری مورد آزمایش قرار گرفت. هر بیمار دارو را سه بار در روز با دوزهای ذکر شده، از روز قبل از شیمی‌درمانی شروع و تا سه روز بعد از شیمی‌درمانی استفاده نمود. در روزهای چهارم و پنجم مصرف این داروها به ترتیب به دو بار و سپس یک بار در روز تقلیل یافت.

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که با دوزهای مصرفی در این مطالعه متوکلوپرامید داروی مؤثری جهت جلوگیری از تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی نمی‌باشد، درحالیکه دومپریدون و دگزامتازون در این زمینه مؤثر می‌باشند و در این میان مصرف دگزامتازون در بیمارانی که با دومپریدون کنترل نشده بودند مؤثر واقع گردید (۵).

جذب جزئی نیفدیپین از طریق مصرف زیرزبانی:

نیفدیپین به صورت زیرزبانی اغلب جهت رفع اورژانسه‌های ازدیاد فشار خون بکار گرفته می‌شود. مطالعه انجام شده نشان می‌دهد که اگر این دارو به صورت زیرزبانی مصرف شود غلظت پلاسمایی در حدود 10ng/ml ایجاد خواهد نمود، درحالیکه اگر دارو ابتدا جویده و سپس بلعیده شود علاوه بر افزایش سرعت جذب، غلظت پلاسمایی آن نیز به حدود ۸۲ng/ml می‌رسد. محققین انجام‌دهنده این مطالعه معتقدند که عکس‌العمل درمانی که از مصرف زیرزبانی

کاپتوپریل در درمان نقره پاتی ناشی از دیابت:

نقره پاتی یکی از دلایل عمده مرگ در بین بیماران دیابتی بوده و لذا جلوگیری از آن امری مهم می باشد. نقره پاتی دیابتیک با نشانه های دفع مداوم پروتئین در ادرار و ازدیاد فشار خون ظاهر و سپس منجر به End stage renal disease می شود. پروتئینوری معمولاً ۱۵-۱۰ سال بعد از تشخیص دیابت نوع اول ظاهر می شود. در حال حاضر این بیماران را با استفاده از داروهای ضد زیادی فشار خون مثل بتا- بلو کرها و دیورتیک ها کنترل می نمایند. از طرف دیگر داروهای مهار کننده تبدیل آنژیوتانسین (ACEI -tors, converting enzyme inhibi- Angiotensin طی چند سال گذشته کاربرد وسیعی در درمان فشار خون پیدا نموده اند. در حال حاضر سه دارو از این گروه به نامهای کاپتوپریل (Captopril)، انالاپریل (Enalapril) و لیزیناپریل (Lisinopril) جهت استفاده در آمریکا مورد تأیید قرار گرفته اند. این داروها از طریق کاهش آنژیوتانسین II (منقبض کننده عروق) و افزایش برادی کینین (گشاد کننده عروق) اعمال اثر می نمایند. طی چند سال گذشته مطالعات متعددی در مورد اثر کاپتوپریل در کاهش فشار خون و همینطور جلوگیری از نقره پاتی در بیماران دیابتی بعمل آمده است. نتایج بدست آمده حاکی از آن است

که در مقایسه با بتا - بلو کرها و دیورتیک ها، کاپتوپریل داروی مناسبتری بوده و علاوه بر این، فاقد اثر کاهش تحمل نسبت به گلوکز نیز می باشد. مزیت دیگر کاپتوپریل بر بتا - بلو کرها اینست که موجب پوشیده شدن نشانه های هیپوگلیسمی نمی شوند. بطور کلی به نظر میرسد که کاپتوپریل داروی مناسبتری جهت کنترل فشار خون در بیماران دیابتی و همینطور در جلوگیری از بروز نقره پاتی در این بیماران می باشد. (۸)

مآخذ:

1. Bos, J.D. et al.: Use of cyclosporins in psoriasis. The Lancet. No. 8678: 1500-1502, 1989.
2. New drugs: New treatment for endometriosis. Am. Druggist: 26-28, APRIL 1990.
3. Dalton, K. and Dalton, M. J.: Characteristics of pyridoxine overdose neuropathy syndrome. Acta. Neurol. Scand. 76: 8-11, 1987.
4. Cho, Y. W. and Flynn, M.: Oral delivery of insulin. The Lancet, No. 8678/8679, 1518-1519, 1989.
5. Cunningham, D. et al.: Comparison of antiemetic efficacy of domperidone, metoclopramide, and dexamethasone in patients receiving outpatient chemotherapy regimens. Br. Med. J. 295: 250, 1987.
6. Van Harten, J. et al.: Negligible sublingual absorption of nifedipine. The Lancet, 1363-1365, 1987.
7. Vessey, M. et al.: Ovarian neoplasms, functional ovarian cysts and oral contraceptives. Br. Med. J. 294: 1518-1520, 1987.
8. Fong, M. and Hart, L. L.: Captopril in diabetic nephropathy, DICP. Annals of Pharmacotherapy. 24: 260-261, 1990.