



الفبای ایدز

« قسمت هفتم »

درمان عفونت‌ها و مواد ضد ویروسی

آنها را نمی‌دهد.

درمان
۱- معالجه عفونت‌های پیچیده
۲- درمان خود ویروس

عفونت‌های پروتوزوایی

ذات‌الریه با عامل پنوموسیستیس کارینتی: تزریق وریدی مقدار زیاد کوتریموکسازول بمدت ۳ هفته، اولین درمان انتخابی استاندارد عفونت پنوموسیستیس کارینتی می‌باشد. زمانی که تب و علائم بیماری کاهش پیدا کرد و میزان گازهای خون بحد طبیعی رسید، دارو از هفته دوم بایستی از راه خوراکی داده شود. اثرات جانبی دارو اغلب بطور مشخص بعد از ۷-۱۰ روز ظاهر می‌شوند. برای جلوگیری از کاهش

درمان عفونت ناشی از HIV بطور وسیعی به درمان عوارض آن یعنی عفونت‌ها و تومورهای فرصت طلب محدود شده است. بسیاری از عفونت‌ها در نتیجه فعال شدن مجدد ارگانسم‌های مخفی موجود در بدن میزبان و با در بعضی موارد مربوط به ارگانسم‌هایی است که در همه جا منتشر بوده و شخص در معرض تماس مداوم با آنها قرار می‌گیرد. عموماً درمان این عفونت‌ها بیشتر موجب توقف رشد ارگانسم‌ها می‌شود تا اینکه آنها را ریشه کن کند، بهمین جهت با توقف درمان، بیماری مجدداً نمود می‌کند. اثرات جانبی بسیاری از داروها علیرغم نیاز بیمار بدارو بسادگی اجازه مصرف طولانی

* گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

سلولهای خونی (سیتوپنی) ممکن است از اسید فولینیک (بمقدار ۱۵ میلی گرم یک روز در میان) استفاده کرد. اگر اثرات جانبی کوتریموکسازول شدید باشند بایستی پنتامیدین را جانشین آن کرد، و اگر ممکن باشد بایستی ایندارورا از راه انفوزیون آهسته وریدی تجویز کرد تا از کاهش فشارخون و آبه‌های استریل دردناک ناشی از تزریق عضلانی آن

است مسأله حساسیت به سولفونامیدها مطرح شود. تزریق عضلانی پنتامیدین ماهی یکبار نیز بکار رفته است. همچنین فرآورده استنشاقی پنتامیدین نیز وجود دارد (جدول ۱).

توکسوپلاسموز (Toxoplasmosis)
توکسوپلاسموز مغزی شایعترین تظاهر عفونت توکسوپلاسمائی است که اگر درمان

جدول (۱) درمان عفونتهای فرصت طلب پرتوزوآئی

عوارض جانبی	طول درمان	راه درمان	مقدار مصرف	دارو	عفونت
تهوع، خوراک حلندی، تب، ضعف مغز استخوان	۱۴-۲۱ روز	۱۴ روز اول از راه وریدی سپس خوراکی	۲۰ میلی گرم / کلوگرم / روز	کوتریموکسازول (تری متوبریم)	ذات‌الریه پنوموسیتس کاریشی (درمان مرحله حاد)
کاهش فشارخون کاهش مندر خون نارسایی کلیه - هآتت	۱۴-۲۱ روز	انفوزیون وریدی	۲ میلی گرم / کلوگرم / روز	پناتامدین ایزونیوات	
ضعف مغز استخوان	۱۴-۲۱ روز	انفوزیون وریدی	۲/۵ میلی گرم / کلوگرم / روز	پناتامدین بریلات	
برنوکواسیسم - احساس طعم فلزی	۱۴-۲۱ روز	استنشاقی	۸ میلی گرم / کلوگرم / روز	پناتامدین ایزونیوات اسبری	
معمولاً کم است	نامشخص	خوراکی	۷۵ میلی گرم / مترمربع بدن + ۳۷۵ میلی گرم / مترمربع بدن هر ۱۲ ساعت	تری متوبریم + سولفادیازین	درمان نگهدارنده ذات‌الریه پنوموسیتس کاریشی
	نامشخص	استنشاقی	۸ میلی گرم / کلوگرم هر ۲-۴ هفته	پناتامدین (اسبری)	
تهوع - خوراک ضعف مغز استخوان	نامشخص	خوراکی	۲۵ میلی گرم / روز ۲-۴ گرم / روز	پیریمتامین + سولفادیازین	توکسوپلاسموز
تهوع - خوراک ضعف مغز استخوان	نامشخص	خوراکی	۵۰۰ میلی گرم چهاربار روز	کلیندامایسین	
	۱۴ روز ۱۴ روز	خوراکی خوراکی	یک گرم چهار بار در روز ۵۰۰ میلی گرم چهار بار در روز	اسپیرامایسین ارترومایسین	کریبتوسپوریذیوم
	۱۴ روز	خوراکی	۳۰۰ میلی گرم چهاربار در روز ۲۵۰ میلی گرم چهار بار در روز	کلیندامایسین کسین	
تهوع - خوراک ضعف مغز استخوان	نامشخص	خوراکی	۹۶۰ میلی گرم چهار بار در روز	کوتریموکسازول	ایزوسپوربازیس

اجتناب شود. عده‌ای از پزشکان مقادیر کم کوتریموکسازول (۲-۴ قرص در روز) یا پیریمتامین - سولفادو کسین (هفته‌ای یک قرص) را تجویز می‌کنند، اما با هر دو دارو ممکن

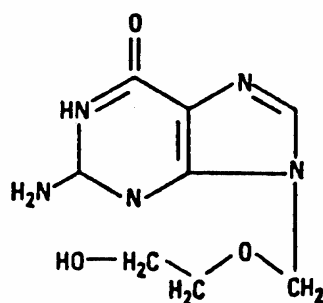
آن زود آغاز شود بهتر جواب می‌دهد. درمان انتخابی توکسوپلاسموز، تجویز توام سولفادیازین و پیریمتامین می‌باشد (جدول ۱). اثرات جانبی سولفادیازین ممکن است منجر به

عفونتهای ویروسی

بهترین درمان عفونتهای شدید مخاطی جلدی و سیستمیک ناشی از ویروس تبخال ساده، داروی آسایکلوویر (Acyclovir)

ذات‌الریه باکتریائی و عفونتهای جلدی به آنستی‌بیوتیکهای مناسب بخوبی جواب می‌دهند.

است. بعلاوه آسایکلوویر را برای جلوگیری از ابتلا به عفونت شدید تبخال و همچنین در بیماران دچار عفونت مزمن HIV و یا عودهای مکرر و شدید این عفونت بکار می‌برند. این عود بیماری می‌تواند زمینه‌ای برای ایجاد زخمهای مخاطی-جلدی مقاوم و مزمن بیماران مبتلا به ایدز گردد. تجویز آسایکلوویر بمقدار کمتر از



Acyclovir

حد درمانی ممکن است باندازه کافی موجب توقف دوباره فعال شدن ویروس تبخال ساده در بعضی بیماران گردد. در عفونتهای ناشی از ویروس زونا، در

قطع مصرف آن گردد اما در چند مطالعه کنترل نشده، کلیندامایسین نیز بطور موفقیت آمیز بجای سولفادیازین بکار برده شده است. گاهی در موارد شدید بیماری، برای کاهش خیز مغزی در يك دوره کوتاه مدت از دگزامتازون استفاده می‌شود. عود بیماری بعد از قطع درمان متداول بوده و بهمین جهت درمان بایستی بمدت نامعینی ادامه یابد.

کریپتوسپوریدیوزیس

موفقیت‌های گزارش شده با انواع درمانها هنوز قابل اعتماد نیستند. بروز علائم و دفع کیستها ممکن است متناوب باشد. درمان با اسپیرامایسن خوراکی بمقدار يك گرم چهار بار در روز و لمفو کین انترلو کین ۲- منجر به گزارش پاسخهائی در این رابطه شده است. بعلاوه درمان علامتی با فسفات کودئین، اریترومایسین، کلیندامایسین، کینین، لوپرامید و سایر داروها ممکن است تنها وسیله مؤثر باشند. ایزوسپوریاژیس به کوتریموکسازول خوب

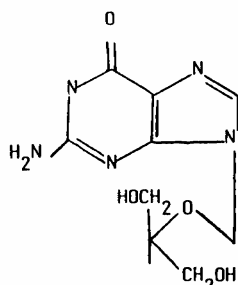
اثرات جانبی سولفادیازین ممکن است منجر به قطع مصرف آن گردد. اما در مطالعه کنترل نشده، کلیندامایسین نیز بطور موفقیت آمیز بجای سولفادیازین بکار برده شده است.

جواب می‌دهد، اما در نیمی از موارد بیماری عود می‌کند، اسهال اغلب بدون وجود عوامل پاتوژن در مدفوع بروز می‌کند که در بعضی موارد، مترونیدازول باعث بهبود علائم می‌شود.

بیماران مبتلا به عفونت HIV و سایر بیماران با ضعف سیستم ایمنی، تجویز آسایکلوویر از راه وریدی و خوراکی بسیار مفید است. تقریباً موفقیت آمیز بوده است. این دارو آنالوگ پیروفسفات بوده و آنزیمهای پولیمراز را مهار می کند، اما بایستی بصورت انفوزیون

عوارض جانبی	راه درمان	طول درمان (روز)	مقدار	دارو	عفونت
حداقل	وریدی	۱۰ - ۱۴	۵-۱۰ میلی گرم / کیلوگرم هر ۸ ساعت یا ۲۰۰ میلی گرم ۵ بار در روز	آسایکلوویر (Acyclovir)	تب خال ساده
حداقل	خوراکی	۱۰ - ۱۴	۲۰۰ میلی گرم چهار بار در روز	پیشگیری	
حداقل	خوراکی	نامشخص	۲۰۰ میلی گرم چهار بار در روز	آسایکلوویر	زونا
حداقل	وریدی	۱۰	۱۰ میلی گرم / کیلوگرم هر ۸ ساعت		
حداقل	خوراکی	۱۰	۸۰۰ میلی گرم ۵ بار در روز		
توقف مغز استخوان	وریدی	۱۴ - ۲۱	۵ - ۲/۵ میلی گرم / کیلوگرم هر ۸ ساعت	گانسیکلوویر (Ganciclovir)	سیتومگالوویروس
توقف مغز استخوان	وریدی	نامشخص	۵ - ۲/۵ میلی گرم / کیلوگرم احتمالاً روزانه	درمان نگهدارنده	
آسیب کلیوی تجمع در مغز استخوان	انفوزیون ثابت وریدی	۱۴ - ۲۱	۵/۱۶ - ۵/۵ میلی گرم / کیلوگرم / دقیقه	فسفونفورمات (Phosphonoformate)	

وریدی مداوم بکار برده شود. لزوم کاربرد وریدی هر دو داروی فوق در درمان



Ganciclovir

نگهدارنده ضد ویروسی یکی از مشکلات عمده آنها می باشد.

عفونتهای قارچی

عفونتهای قارچی در ماتوفیتیک نسبت به

گانسیکلوویر (Ganciclovir)

مانند آسایکلوویر یک آنالوگ با حلقه باز دزاکسی گوانوزین است. مطالعات کنترل نشده ای، اثرات رضایت بخشی از این دارو را در درمان رتینیت ناشی از سیتومگالو ویروس ها و بطور خفیف در درمان کولیت نشان داده است ولی بیماران مبتلا به پنومونی و آنسفالیت با این ویروس به دارو جواب نمی دهند. به نظر می رسد در بیماران مبتلا به رتینوپاتی، پیشرفت بیماری را به تأخیر می اندازد، اما درمان نگهدارنده لازم است و حتی با این روش احتمال عود و پیشرفت بیماری هنوز وجود دارد. کاربرد فسفونفورمات (phosphonoformate) در عفونتهای ناشی از سیتومگالو ویروس ها

کرم‌های ایمیدازول خوب جواب می‌دهند. برفک دهانی اغلب در مراحل اولیه فاقد علائم بوده و ممکن است به درمان احتیاج نداشته باشد. ولی در عفونت‌های شدیدتر، درمان موضعی با

عفونت‌های قارچی
عفونت‌های درماتوفیتی: کرم‌های ایمیدازول
برفک دهانی: نیستاتین یا آمفوتریسین
برفک مری: کتوکانازول
عفونت‌های سیستمیک: آمفوتریسین

سوپانسیون یا پاستیل نیستاتین بطور مکرر و یا قرص‌های مکیدنی آمفوتریسین می‌تواند موثر باشد. درمان سیستمیک را می‌توان با داروی انتخابی کاندیدازیس مری یعنی کتوکانازول بمقدار ۲۰۰-۴۰۰ میلی‌گرم / روز از راه خوراکی انجام داد. برای جلوگیری از عود بیماری ممکن است بدرمان طولانی مدت احتیاج باشد که در اینصورت باید مراقب کار کبد بود. در عفونت‌های کریپتوکوکال و سایر عفونت‌های قارچی سیستمیک از آمفوتریسین بمقدار ۱۵/۰ میلی‌گرم / کیلوگرم وزن در روز استفاده می‌شود که تا ۵/۰ میلی‌گرم / کیلوگرم وزن در روز می‌تواند افزایش یابد و این درمان بمدت حداقل ۶ هفته همراه با فلوسیتوزین یا بدون آن بطول خواهد انجامید.

عفونت‌های باکتریایی

ذات‌الریه باکتریایی و عفونت‌های جلدی به آنتی‌بیوتیک‌های مناسب بخوبی جواب می‌دهند.

عفونت‌های لثه و نسوج اطراف دندانها با دهان شویه‌های ضدباکتری یا مترونیدازول خوراکی درمان می‌شوند. عفونت‌های ناشی از باسیل سل با روش و داروهای مناسب تحت معالجه قرار می‌گیرد. ارگان‌سپهای داخل سلولی میکوبا کتریوم آویوم بدرمان‌های معمولی مقاومت نشان می‌دهند.

گزارش شده است که این میکروارگانسیم‌ها بطور *in vitro* به آنسامایسین (Ansamycin) که از مشتقات ریفامایسین است و کلوفازیمین (یک ماده ضد جذام) حساسند. ولی در بیماران با عفونت‌های منتشر، این درمان تا حد زیادی ناموفق بوده است. تازمانی که یک درمان اختصاصی پیدا شود، تعیین نقش بیماریزایی واقعی این میکروارگانسیم‌ها در بسیاری از

عفونت‌های باکتریایی
ذات‌الریه باکتریایی
عفونت‌های جلدی
عفونت‌های سالمونلائی
میکوبا کتریوم سل
بیماری لثه و نسوج اطراف دندان: مترونیدازول
میکوبا کتریوم آویوم داخل سلولی: آنسامایسین و کلوفازیمین

سندرم‌های بالینی ایدز مشکل خواهد بود. عفونت‌های سالمونلائی به درمان با آنتی‌بیوتیک‌ها جواب مناسب می‌دهند ولی عود آنتریت و باکتری می‌شایع است.