



ملاحظات پیرامون دوره‌های بازآموزی داروسازان

ورزیدند، ولی واقعیت این است که هیچگاه این امر جدیت لازم را در راه تشکیل و سیستماتیک شدن جنبه‌های علمی و اجرایی آن بحد کافی جلب ننمود تا اینکه تصویب طرح بازآموزی و نوآموزی گروه پزشکی توسط مجلس محترم شورای اسلامی، لزوم و پیوستگی امر مزبور را جنبه قانونی بخشید و متعاقباً وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف به تهیه آئین نامه اجرائی آن و تعمیم این امر در سراسر کشور گردید.

دوره‌های بازآموزی داروسازان دارای روال نسبتاً مشخصی بود، ولی مشکل عمده آن برگزاری در يك نقطه و در يك مقطع زمانی بود که طبعاً امکان شرکت همه داروسازان و یا حداقل عمده داروسازان را فراهم نمی‌آورد. با

در دنیای امروز، سیل عظیم و رو به رشد اطلاعات موجب تغییرات عمده در ساختارهای علمی و روشهای آموزشی گردیده و لذا بازنگری در آموخته‌ها و فراگیری یافته‌های جدید را ضرورتی غیر قابل انکار نموده است.

از حدود ده سال پیش به همت والای معاونت محترم دارویی و غذایی وقت، دوره‌های بازآموزی داروسازان کشور در تهران آغاز شد و بمرور تکوین یافت. شاید برای داروسازان کشور موجب مباحثات باشد که جزو اولین گروه در رده‌های پزشکی می‌باشند که در قالب دوره‌های فوق، به امر بازآموزی مبادرت

* دبیر اجرائی دهمین دوره بازآموزی داروسازان کشور -

مشهد

تصویب طرح بازآموزی و نوآموزی و ضرورت گسترش و شمول آن در سطح کل داروسازان کشور، پس از برگزاری نهمین دوره، تصمیم برای تعمیم آن گرفته شد که بر همین مبنا قرار به برگزاری دهمین دوره در سه مقطع و در سه نقطه ایران گردید که طبقاً امکان شرکت و بازآموزی فراهم تر خواهد بود. بدین لحاظ شهر مقدس مشهد به عنوان اولین نقطه انتخاب گردید. ضمناً واگذاری امور اجرایی به دانشگاه‌های علوم پزشکی در برگزاری دوره‌های مذکور از دیگر نکات مثبت این تصمیم بود.

با توجه به شرح موصوف، نخستین مقطع در ۲۱ اردیبهشت ۱۳۷۰ با تمهیدات و همکاریهای صمیمانه شرکت محترم بخش هجرت در دانشگاه علوم پزشکی مشهد آغاز گردید.

قبل از پرداختن به مسائل علمی و اجرایی این دوره لازم می‌دانم در مورد انتخاب عنوان دوره «دارو درمانی بیماریهای رماتیسمی» توضیحی بدهم.

گسترده‌گی بیماریهای رماتیسمی در سطح جامعه (قریب به ۳۳٪ افراد) و با در نظر گرفتن این واقعیت که بخش عمده‌ای از مردم خصوصاً در سنین بالای ۳۰ سال بگونه‌ای دچار دردهای مبهم استخوانی-عضلانی (دائمی یا گهگیر) می‌باشند و در این رابطه وسعت و مقدار قابل توجه داروهایی که جهت درمان یا رفع درد در کشور مصرف می‌شود (طبق آمار، داروهای فوق بالاترین رقم مصرف را از نظر

عددی تشکیل می‌دهند)، تعمیق بررسی و آموزش همه جانبه دست‌اندرکاران گروه پزشکی و مردم در جهت برخورد صحیح با این مشکل نسبتاً فراگیر را ضروری می‌نماید. از نظر مراجعه نیز طبق برآورد، بیماریهای فوق

● از حدودده سال پیش باهمت والای معاونت محترم داروئی و غذایی وقت، دوره‌های بازآموزی داروسازان کشور در تهران آغاز شد و بمرور تکوین یافت.

جزء بالاترین مراجعات به مراکز درمانی و دارویی می‌باشند که در این خصوص داروخانه‌ها با مشکل دوگانه‌ای مواجه می‌باشند. از طرفی تهیه و تأمین داروهایی که در ارتباط با بیماریهای فوق نسخه می‌شوند از قبیل انواع ضد التهاب‌های غیر استروئیدی، شل‌کننده‌ها، آنابولیزانها، ویتامین‌ها و کورتیکواستروئیدهای تزریقی و... همواره با محدودیت سهمیه‌ای مواجه می‌باشند و از طرف دیگر کثرت مراجعین بدون نسخه که با ابراز دردهای مبهم یا به صرف نسخه‌های قبلی یا به استناد تجویز دیگران انتظار دریافت دارو بدون در نظر داشتن عوارض نسبتاً خطیر داروهای فوق را دارند، داروساز را تحت فشاری مضاعف قرار می‌دهد. بنابراین، شناخت لازم از بیماریهای فوق و اطلاع کافی از عوارض، مسمومیتها، کینتیک و خصوصاً تداخل‌های دارویی مربوطه برای داروسازان ضرورت دارد تا ضمن راهنمایی

بیماران در مراجعه صحیح به مراکز درمانی در زمینه مصرف و احیاناً خود درمانی بیماران که عمدتاً عواقب خطرناکی را بدنبال دارد نیز، اطلاعات لازم را داشته باشند.

مطالب ارائه شده در این دوره عمدتاً در دو بخش عنوان گردید:

۱- فیزیوپاتولوژی - علائم کلینیکی و درمان بیماریها که توسط پزشکان محترم روماتولوژیست ارائه گردید.

۲- فارماکولوژی - عوارض و تداخلهای دارویی مربوط به هر یک از این بیماریها که توسط همکاران محترم فارماکولوژیست بحث گردید.

از نظر نتایج علمی و نکات بارز مطرح شده، البته کلیه مطالب مطرحه بحث انگیز و درخور توجه بود، لیکن بعضی از نکات و مطالب بلحاظ شمول فراوانتر آن از نظر ابتلا، مراجعه یا مصرف دارو، قابل توجه بیشتری می باشند که ذیلاً به آنها اشاره می شود:

● **داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی، اثرات منفی بر متابولیسم غضروف مفصلی (کندروسیتها) دارد که نهایتاً موجب تسریع در روند دژنراسانس غضروف خواهند شد.**

۱- آرتروز: تعریف و برخورد صحیح با این بیماری از نظر روشهای درمانی بسیار حائز اهمیت است، چون این بیماری یک عارضه مکانیکال مفصلی و غیرالتهابی است و تقریباً دارو به مفهومی که معتبر است ندارد. ولی

متأسفانه تشخیص های غلط، تجویزهای ناصحیح و خود درمانی ناآگاهانه بیماران و در اختیار گذاردن غیرمسئولانه داروهای مسکن از جانب داروخانه ها، اگرچه ظاهراً موجب پوشاندن درد می شود ولی عملاً بدلیل رفتار غلط بیمار با عارضه خود (بدنبال فراموشی درد) موجب بدتر شدن وضعیت مفصل و نهایتاً وخامت در سیر بیماری می گردد. ضمناً داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی، اثرات منفی بر متابولیسم غضروف مفصلی (کندروسیتها) دارد که نهایتاً موجب تسریع در روند دژنراسانس غضروف خواهند شد.

۲- آرتريت روماتوئيد (A.R.): چون در يك يا دوسال اول بیماری، بیشترین تخریب مفصلی ایجاد می گردد، امروزه قویترین درمانها را باید در ابتدای قطعی شدن تشخیص آغاز کرد، که در این مورد علاوه بر ترکیبات طلا، کلروکین، سولفادیاژین و دی پنی سیلامین باید گفت داروهای ایمونوساپرسیو نقش عمده ای در درمان این بیماریها دارند و متوترکسات به عنوان يك درمان متداول در فرمهای شدید آرتريت روماتوئيد توصیه می گردد. در زمینه کاربرد داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی در A.R.، مسئله مهم دوز کافی دارو می باشد و باید بخاطر داشت که دوزهای پائین فقط آثار تسکینی و تببری خواهند داشت و نه درمانی، و نکته مهم تر اینکه در يك زمان نباید از بیش از يك داروی ضدالتهاب غیر استروئیدی استفاده نمود. در مورد مصرف کورتیکواستروئیدها در A.R. اخیراً مشخص شده که دوزهای پائین

(کمتر از ۱۰ میلیگرم روزانه پردنیزولون) ایجاد استئوپروز ننموده و در فرمهای مقاوم حتی در مراحل اولیه می‌توان از آن استفاده نمود.

۳- اسپوندیلیت آنکیلوزان: بیماری نسبتاً سمینار روی آن تاکید داشت ممنوعیت تجویز

۴- نقرس و هیپراوریسمی: نکته‌ای که این جهانی از فارما کوبه بسیاری از کشورها حذف گردیده (طبق گزارش، داروی فوق شایعترین علت آنمی آپلاستیک در انگلستان بوده است).

● **داروهای کاهنده اسید اوریک را در بیماری نقرس پس از رفع حمله حاد و حداقل یک هفته بعد از مصرف کلشی‌سین می‌توان شروع کرد و تقریباً سالها باید مریض از داروهای فوق استفاده نماید تا سطح اسید اوریک سرم در حد کمتر از ۶ میلی‌گرم در صد باقی بماند.**

شایعی بعد از A.R. است. بهترین درمان دارویی آن ایندومتاسین بوده که نتیجه عملی تجویز آن بسیار خوب می‌باشد، و فقط در فرمهای مقاوم به ایندومتاسین استثناً برای یک مدت کوتاه (حداکثر ۲ هفته) استفاده از اکسی‌فن‌بوتازون توصیه می‌شود (آنهم با کنترل آزمایشگاهی). در اینجا ذکر یک نکته ضروری می‌نماید: در خلال یکی از جلسات علمی عنوان گردید که داروی انتخابی بیماری فوق اکسی‌فن‌بوتازون می‌باشد که لازم است توضیحاً بیان شود اگر چه بعضی‌ها اکسی‌فن‌بوتازون را قوی‌ترین دازو می‌دانند ولی باید بخاطر داشت عنوان داروی انتخابی مرادف با قوی‌ترین دارو نیست، و لذا با توجه به عوارض خونی شدید داروی فوق (آنمی آپلاستیک) طبعاً نمی‌تواند در قبال داروی مطمئن‌تر و با عوارض کمتر و ... داروی انتخابی باشد. ضمناً یادآوری می‌شود داروی اخیر مدتهاست با توصیه سازمان بهداشت

داروهای پائین آورنده اسید اوریک سرم در حمله حاد آرتریت نقرسی بود که متأسفانه این امر مورد توجه غالب پزشکان قرار نمی‌گیرد و با تجویز داروهای فوق در موارد حاد موجب تشدید یا طولانی شدن زمان حمله می‌گردند. درمان صحیح، داروی کلشی‌سین بوده و چنانچه عوارضی ظاهر شد یا به درمان مقاومت دیده شد، ایندومتاسین جایگزین خوب و مناسبی است و تقریباً معادل کلشی‌سین (چنانچه با دوز کافی مصرف شود) عمل خواهد نمود. داروهای کاهنده اسید اوریک را در بیماری نقرس پس از رفع حمله حاد و حداقل یک هفته بعد از مصرف کلشی‌سین می‌توان شروع کرد و تقریباً سالها باید مریض از داروهای فوق استفاده نماید تا سطح اسید اوریک سرم در حد کمتر از ۶ میلیگرم در صد باقی بماند.

در مورد بیماری که اسید اوریک سرمشان بالاست ولی معیارهای تشخیصی نقرس را ندارند (آرتریت کلاسیک) و به عنوان مثال فقط از

درد مفصل شاکی هستند، مصرف داروهای کاهنده اسیداوریک ضرورت ندارد مگر در مواردی که اسیداوریک سرم در مردها بیش از ۱۲ میلیگرم درصد و در خانمها بیش از ۹ میلیگرم درصد باشد.

۵- استئومالاسی: بیماری ناشی از کمبود ویتامین D که متأسفانه اکنون در کشور شایع می‌باشد. اساس درمان در این بیماری تجویز ویتامین D با دوز کافی، و بهترین راه درمان روش خوراکی می‌باشد (مگر مواردی که مریض سوء جذب داشته باشد) ولی متأسفانه به علت در دسترس نبودن فرم خالص خوراکی در ایران، فعلاً از فرم تزریقی استفاده می‌شود که در جریان درمان، کنترل مکرر کلسیم و فسفر خون و ادرار ضروری می‌باشد.

بر اساس تجربه دیده شده که دوز مورد نیاز ویتامین D در بیماران ایرانی بیشتر از دوز ذکر شده در کتابها بوده و در بعضی از بیماران ممکن است هفته‌ای یک تزریق ۶۰۰ هزار واحدی مورد نیاز باشد.

لازم به ذکر است که مسمومیت ناشی از ویتامین D بصورت بالا رفتن کلسیم خون تظاهر نموده و اگر کلسیم خون مرتب کنترل گردد، نگرانی در این مورد مرتفع خواهد شد.

۶- استئوپروز: یکی از شایعترین بیماریهای استخوانی است و با افزایش سن در اکثر افراد، درجاتی از این بیماری خصوصاً در خانمها پس از منوپوز مشاهده می‌شود، و لذا یکی از عمده‌ترین علل شکستگی‌های مهره‌های ستون فقرات، گردن و فمور، همین بیماری

می‌باشد. در مورد پیشگیری، مهمترین مسئله هورمون درمانی (استروژن) در خانمها باشروع یائسگی یا حدود ۴۵ سال به بعد می‌باشد و ۱۵-۱۰ سال بعد از یائسگی نیز باید ادامه داشته باشد. چنانچه بیشتر از ۵ سال از

● مسمومیت ناشی از ویتامین D بصورت بالا رفتن کلسیم خون تظاهر نموده و اگر کلسیم خون مرتب کنترل گردد، نگرانی در این مورد مرتفع خواهد شد.

منوپوز گذشته باشد، مصرف استروژن نتیجه مطلوبی نخواهد داشت. ضمناً در رژیم افراد فوق باید کلسیم و ویتامین D با مقدار کافی در نظر گرفته شود.

ضمناً فعالیتهای ورزشی مرتب (حداقل هفته‌ای سه بار و هر بار نیمساعت بصورت پیاده‌روی) در پیشگیری از استئوپروز مؤثر می‌باشد.

از نظر درمانی داروهای مورد استفاده بترتیب اهمیت عبارتند از: کلسی‌تونین که با مهار استئو کلاستها باعث افزایش توده استخوانی می‌گردد و بعد فلوئور سدیم که از طریق افزایش استئو بلاستها استخوان‌سازی را افزایش می‌دهد.

از مطالب مهم دیگری که در این سمینار روی آن بحث شد مسئله استفاده سیستمیک از کورتیکواستروئیدها است. به‌عنوان مثال مصرف خوراکی و تزریقی این داروها در آرتروز و استئوپروز که شایعترین علت درد مفاصل و استخوان می‌باشند هیچ اندیکاسیونی

نداشته و تحقیقاً موجب وخیمتر شدن وضعیت بیمار و تشدید بیماری می گردند، که متأسفانه این امر در تجویزهای مکرر پزشکان و حتی متخصصین ارتوپد زیاد دیده می شود. در مورد تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئیدهای طولانی اثر باید گفت ممکن است در موارد بسیار محدود از A.R. و یا سندرومهای موضعی عضلانی - استخوانی اندیکاسیون داشته که آنهم باید با پیش بینی صحیح و پس از قطعی شدن تشخیص انجام گیرد و در صورتی که علت التهاب یا درد مفصل معلوم نیست و نیز مواردی که تردید در مورد یک بیماری عفونی وجود داشته باشد، قویاً از تزریق داخل مفصلی این داروها خودداری گردد، و فاصله تزریقات در موارد لازم نیز کمتر از شش ماه نباشد.

از نکات مهم دیگر همانطور که قبلاً گفته شد ممنوعیت استفاده همزمان دو داروی ضدالتهاب غیراستروئیدی است که متأسفانه در نسخ همکاران پزشک بسیار مشاهده می شود. ثابت شده است که مصرف توأم داروهای مزبور در حالیکه دارای آثار سوءگوارشی جمع شونده می باشند، غلظت سرمی و در نتیجه آثار درمانی آنها در حضور یکدیگر کاهش می یابد.

مطالب علمی ارائه شده در هرروز در ابتدای شروع جلسات روز بعد بطور داوطلبانه امتحان گرفته شد (بجز روز آخر) که هدف از برگزاری این امتحانات دلایل زیر بود:

۱- ترغیب شرکت کنندگان به دقت در امر فراگیری و حضور کامل در جلسات و رفع ابهامات در پایان جلسه.

۲- ارزیابی میزان فراگیری مطالب از جانب شرکت کنندگان.

۳- ارزیابی نحوه کار هیئت علمی در تفهیم و تبیین مطالب ارائه شده. بطور متوسط ۳۸٪ شرکت کنندگان در امتحانات مربوطه حضور یافتند و در ازای هر کنفرانس علمی حداقل ۵ سؤال طرح گردید. در مجموع پاسخ های مثبت داده شده علیرغم آنکه بعضی از سئوالها فنی و یا در حد تخصص بودند قابل توجه بود، و در نهایت، کیفیت برگزاری و نحوه ارائه مطالب و میزان فراگیری در حدی بهتر از انتظار ارزیابی گردید.

امید است با بهره گیری از تجربیات بدست آمده و با تاکید بر ضرورت امر بازآموزی و نوآموزی که یقیناً در حصول نتایج بهتر جهت دستیابی و حفظ سلامت جامعه تأثیری تعیین کننده خواهد داشت، از امکانات موجود با برنامه ریزی و هماهنگی استفاده لازم رانموده تا کیفیت ارائه خدمات پزشکی به حد مطلوب نزدیک گردد.

در خاتمه لازم می دانم ضمن قدردانی از حمایت ارزنده معاونت محترم دارویی و غذایی وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی، از ریاست و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، انجمن روماتولوژی ایران، همکاران فارماکولوژیست و شرکت محترم پخش هجرت که در برگزاری نیکوی دهمین دوره بازآموزی داروسازان کشور همکاری شایسته ای با هیئت اجرایی داشتند، کمال تشکر را بنمایم.