



دیدگاهها

مقدمه:

ایشان داشته ایم که در شماره های آینده و در صفحه «رازی و خوانندگان» چاپ خواهد شد و همینجا از ایشان به دلیل تاخیر در چاپ نامه شان پوزش می خواهیم، از این که بگذریم، نامه ایشان را در اختیار برادرمان آقای دکتر مرتضی ثمینی عضو هیئت تحریریه مجله قرار

اخیراً نامه ای از همکارمان آقای دکتر علی رضوی متخصص اعصاب و روان بدستمان رسیده که در ابتدا گله کرده اند دو نامه برای «رازی» نوشته اند که تا کنون چاپ نشده است. تا آنجا که اطلاع دارم قبل از این، يك نامه از

دادیم و ایشان نیز جوابی تهیه کرده و در اختیارمان قرار دادند. از آنجا که صفحه «دیدگاهها» اختصاص به بازتاب نقطه نظرات همکارانمان دارد، هر دو نامه را درج می‌کنیم و منتظر نظرات مخاطبین خواهیم بود. بار دیگر امیدواریم که این نشریه بتواند تریبونی برای بازگو کردن نقطه نظرات تمامی دست‌اندرکاران حرف پزشکی بوده و از این رهگذر بتواند راهگشای معضلات دارو درمانی جامعه باشد.

سردبیر

جناب آقای دکتر سیامک نژاد سردبیر محترم ماهنامه رازی

با عرض سلام و احترام و ضمن تشکر از زحمات ارزشمند آن همکار ارجمند مجله علمی رازی، در دلی دیگر عنوان می‌کنم و انتظار دارم که مانند دو درد دل قبلی نباشد که در ماهنامه چاپ نشده بدور افکنده شود و با پوزش از ابراز این درد دلها چنین استنباط کرده‌ام که ماهنامه رازی بیش از آنکه مجله‌ای «علمی - اجتماعی» باشد اختصاصاً مجله‌ایست «علمی - صنفی» که نقاط ضعف دیگران را چندین بار بزرگ می‌کند و بر همکاران خود چشم‌پوشی و اغماض، اگر محبت فرموده هر سه این دردلها منعکس شود و چاپ گردد (البته در صورت صلاحدید) گواهی خواهد بود بر اینکه تبعیضی در کار نیست «ولا یجرّ منکم شئان قوم علی الا تعدلوا».

عناوین «مروری بر نسخ» (و نسخه‌ای

برای... دارو درمان) اشتباه یکنفر جنبه عام بخود می‌گیرد و خواننده هم آنرا به همه پزشکان منتسب می‌نماید چرا؟ اشتباهی نابخودنی که اگر چند سال زودتر رخ میداد یعنی در دوره امتحانات دانشگاهی، نتیجه‌اش محرومیت از عنوان پزشکی و حق طبابت می‌بود، چرا به خود طرف گوشزد و یادآوری نشود تا هم آگاه گردد و تکرار نشود و هم دیگران از تهمت مصون باشند.

در شماره ۱۰ صفحه ۶۸ تزریق عضلانی

دبازپام بی‌اثر و بیمورد دانسته شده و در کتب علمی هم چنین ذکر شده، با عرض معذرت آمبول دبازپام ساخت خود ما (کیمیدارو) با مصرف IM چه پاسخی دارد؟

با تقدیم احترام و پوزش - دکتر علی رضوی

متخصص اعصاب و روان

جناب آقای دکتر سیامک نژاد - سردبیر محترم مجله رازی

باتوجه به نامه همکار عزیز جناب آقای دکتر علی رضوی متخصص اعصاب و روان، بشرح زیر به سئوالات و نکته نظرهای ایشان پاسخ داده می‌شود.

۱- مطرح شده که در مروری بر نسخ، اشتباه یکنفر جنبه عام بخود می‌گیرد و خواننده هم آنرا به همه پزشکان منتسب می‌نماید. شاید واقعیت اینگونه نباشد. اولاً در مقالاتی که تحت عنوان مروری بر نسخ نوشته می‌شود اشاره می‌شود که «پزشکی» نسخه‌ای با این مشخصات نوشته و بعد درباره آن نسخه بحث می‌شود. مسلم

است که این به همه پزشکان بر نمی‌گردد و ما تعداد بیشماری پزشک داریم که در سطح بسیار عالی نسخه می‌نویسند و سعی می‌کنیم که در بعضی از شماره‌ها از این نسخ نیز چاپ کنیم. ثانیاً هدف از نوشته شدن این سری مقالات این است که مسئله بین همه همکاران مطرح شود نه اینکه موضوع فقط با نویسنده نسخه در میان گذاشته شود زیرا نظیر همین نسخه را عده زیادی از همکاران نیز می‌نویسند و هر روز صدها نسخه در قالب‌های مشابه نوشته می‌شوند که بحث کردن یا تماس گرفتن با تک تک آنها عملی نیست. ضمن اینکه در مورد نسخی که نکات قابل توجه دارند موضوع کتباً از طریق نظام پزشکی به پزشک معالج منعکس می‌شود و پاسخ لازم خواسته می‌شود، و در مواردی نیز از پزشکان دعوت بعمل می‌آید که با حضور در نظام پزشکی، درباره نسخ نوشته شده در کمیته بررسی نسخ توضیحات لازم را بدهند. باین ترتیب نظر همکار گرامی در این روش کار تامین است و ضمناً تهمتی به کسی زده نشده است چون موضوع در قالب کلی و بدون اسم و مشخصات مطرح می‌شود و خوانندگان ما نیز همگی عضو خانواده پزشکی هستند و عمدتاً از اوضاع و احوال تا حدودی آگاهی دارند.

۲- در مورد سؤال دوم مطرح شده باید اذعان کرد که امتحانات دانشگاهی نمی‌توانند ارتباطی به طبابت‌های سالهای بعدی داشته باشند. در هر حال پزشک باید پس از فارغ‌التحصیل شدن خود را up-to-date نگهدارد و در کوران دگرگونیهای علمی قرار گیرد.

در غیر این صورت نه اگر صرفاً بر این اساس که چون از امتحانات دانشگاه جواز عبور صادر شده دیگر نیازی به هیچگونه تذکر نیست و نباید ایرادات بازگو شوند، اولاً کار به همان روال ادامه می‌یابد و ثانیاً تقصیر بیماران مداوا شده در این میان چیست؟

۳- در مورد اشاره به تزریق عضلانی دیازپام، همانطوریکه خود همکارمان نیز اشاره نموده‌اند در خیلی از منابع اشاره شده که جذب دیازپام از راه داخل عضلانی چندان خوب نیست ولی در خیلی از منابع نیز برای تجویز آن راه عضلانی و داخل وریدی را نوشته‌اند. منظور ما در این اشاره این بوده که چه لزومی داشته که شخصی صبح و شب دیازپام را عضلانی تزریق کند زیرا برعکس بعضی دیگر از بنزودیازپین‌ها (مثل کلردیازپوکساید، اگرانپام و لورازپام) که از راه خوراکی آهسته جذب می‌شوند، دیازپام سرعت از راه خوراکی جذب می‌شود و در عرض ۱۵ الی ۶۰ دقیقه (بسته به سن بیمار) غلظت خونی حداکثر را در پلاسما ایجاد می‌کنند که شاید از راه عضلانی حتی به این غلظت نرسیم. برای روشن شدن موضوع پاراگرافی را از صفحه ۲۲۳ کتاب Basic Pharmacology in Medicine تالیف پروفیسور دی پالما و همکارانش - چاپ سوم ۱۹۹۰، درج می‌کنیم:

Three benzodiazepines are available for administration by injection: diazepam, chlordiazepoxide, and lorazepam. Absorption of diazepam and chlordiazepoxide is faster and more predictable after oral dosing than following

به يك ورید بزرگ تزریق شود و سرعت تزریق بیشتر از ۵ میلی گرم در دقیقه نباشد. در مواردی که بیمار دچار استاتوس اپی لپتیکوس باشد یا اضطراب یا تحریک حاد (agitation) داشته باشد راه داخل وریدی می تواند بکار گرفته شود. اما وقتی با تزریق داخل عضله ای که معمولاً در باتوک انجام می شود دارو آهسته تر از راه خوراکی عمل می کند و شاید غلظت خونی دارو نیز کمتر از راه خوراکی باشد و از طرف دیگر بیمار باید تحمل درد تزریق و هزینه تزریقات را بکند و با مصرف دو سرنگ در روز به کمبود سرنگ دامن بزند، راه چندان منطقی بنظر نمی رسد.

۴- در خاتمه در مورد اشاره همکاران باینکه بنظر ایشان مجله رازی بیشتر از آنکه علمی اجتماعی باشد اختصاصاً مجله علمی - صنفی است، باید بگوئیم که تا حدودی این حرف صحیح است ولی هدف ارتقاء سطح علمی صنف بطور اعم می باشد، و نه تنها نقاط ضعف همکاران پزشک را چند برابر بزرگ نمی کنیم بلکه به همان اندازه که هست درج کرده و درباره آن بحث می کنیم و بارها از طریق مروری بر نسخ از همکاران گرامی خواسته ایم که اگر خلاف آنچه که می گوئیم درست است ما را ارشاد فرمایند تا از نظریات آنها استفاده کنیم، همانطوریکه از نظریات آقای دکتر علی رضوی استفاده کرده و درباره آنها بحث کردیم.

با احترام - دکتر مرتضی نمینی
متخصص فارماکولوژی

intramuscular injection, which may produce low and inconsistent plasma levels if the site of administration is the gluteal muscle. Therefore, if diazepam is to be given by the intramuscular route, it should be injected into the deltoid muscle where absorption is complete and predictable. Lorazepam is well absorbed by both the oral and intramuscular routes and consistently develops peak plasma levels more rapidly after IM injection [60 to 90 min, compared to oral dosing (2 h)]. The remaining benzodiazepines-alprazolam, clorazepate, halazepam, oxazepam, and prazepam-are administered by the oral route. Clorazepate is the only benzodiazepine that is converted to an active product, N-desmethyldiazepam, by the acid in the stomach. The rate of conversion of chlorazepate is inversely proportional to gastric pH.

بطوریکه ملاحظه می شود در این پاراگراف آمده است که جذب دیازپام از راه خوراکی سریع تر و قابل پیش بینی تر از تزریق عضلانی است و در صورتیکه محل تزریق عضله سرینی gluteal یا buttock باشد ممکن است غلظت پلاسمایی پایین تر و ناپایدار ایجاد کند. بنابراین اگر برای دیازپام راه تزریق عضلانی انتخاب می شود باید داخل عضله دلتوئید تزریق گردد که از آنجا کامل و بطور قابل پیش بینی جذب می شود. بنابراین پاسخ اینکه چرا کیمیدارو مصرف im را توصیه کرده مشخص می شود با توجه باینکه دیازپام در آب نامحلول است و لذا یک محلول لزوج ایجاد می کند که وقتی از راه داخل وریدی تزریق شود ممکن است ایجاد درد و ترومبوز وریدی کند و بهمین جهت نیز باید برای به حداقل رساندن ترومبوز