

منبع

مطالعاتی

کارآموزی 1

گروه داروسازی بالینی

دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
	ادامه آنتی بیوتیک ها	3	داروهای گوارشی
228	ضد ویروس ها	10	کنترل کننده های اسید معده
236	ضد قارچ ها	18	محافظ مخاط
246	داروهای روان	19	ضد نفخ
246	ضد افسردگی ها	21	ضد اسهال
298	ضد اضطراب ها	24	ضد اسپاسم های گوارشی
319	داروهای موثر بر اختلالات خواب	27	ضد تهوع و استفراغ
325	آنتی سایکوتیک ها	34	5-ASA
354	داروهای هورمونی	36	فرآورده های آنورکتال
354	هورمون های جنسی	38	داروهای تنفسی
368	کنتراسپتیو ها	38	آنتی هیستامین ها
376	محرك های تخمک گذاری	47	ضد احتقان ها
386	آندروژن ها و مهار کننده های آنها	51	ضد سرفه، موکولیتیک، خلط آور
396	داروهای موثر بر قند خون	56	ضد آسم و COPD
415	استروئیدهای آدرنوکورتیکال	71	داروهای اعصاب
430	اختلالات تیروئیدی	71	داروهای صرع
443	داروهای قلبی - عروقی	82	داروهای میگرن
443	گلیکوزید های قلبی	88	داروهای آلزایمر
448	داروهای ضد هایپر لیپیدمی	93	داروهای پارکینسون
		101	محرك CNS
		105	شل کننده های عضلانی
		111	ضد درد و NSAID's
		124	ضد درد های اپیوئیدی
		136	استامینوفن
		141	ضد درد مرکزی
		142	داروهای نقرس
		144	آنتی بیوتیک ها
		144	کلیات آنتی بیوتیک ها
		151	پنی سیلین ها
		173	سفالوسپورین ها
		185	کارباپنم ها
		188	کلرآمفنیکل
		190	فلوروکینولون ها
		195	تتراسیکلین ها
		200	ماکرولید ها
		206	آمینوگلیکوزید ها
		213	آنتی بیوتیک های ضد سل
		215	سایر آنتی بیوتیک ها

# داروهای گوارشی

## معرفی بیماری های شایع گوارشی

### زخم های گوارشی (PUD= Peptic ulcer disease):

PUD واژه ای است کلی که به زخمهای دستگاه گوارشی فوقانی اطلاق می شود. تقریباً 5 تا 10 درصد افراد در طی زندگی خود PUD را تجربه می کنند.

- زخم های گوارشی شامل سه فرم رایج می باشند: - زخم های ناشی از هلیکوباکتریپلوری
- زخم های القاء شده توسط دارو (NSAID'S)
- زخم های استرسی (Stress Ulcer)

- هلیکوباکتریپلوری مهمترین کوفاکتور ابتلا به PUD است.

- NSAID ها از دو طریق باعث صدمه به مخاط گوارشی می شوند:

- 1- تحریک مستقیم اپی تلیوم دستگاه گوارشی
- 2- مهار آنزیم سیکلو اکسیژناز (COXI) که مسئول تولید پروستاگلاندینهای حفاظتی معده است.

علائم زخمهای گوارشی	نفخ، سوزش سر دل، درد شکم، ترش کردن، آروغ زدن، احساس سنگینی بعد از غذا خوردن
تشخیص	آزمونهای فیزیکی، اندوسکوپی، UBT (تست تنفسی اوره جهت تشخیص هلیکوباکتر)
درمان	- قطع مصرف، کاهش دوز یا تغییر دارو در مورد مصرف کنندگان NSAID - کاهش ترشح اسید توسط مهار کننده های پمپ یا بلاکرها H2 - ریشه کنی هلیکوباکتریپلوری توسط رژیم های درمانی حاوی آنتی بیوتیک

### D رژیم های دارویی جهت ریشه کن کردن هلیکوباکتریپلوری:

رژیم های دارویی جهت ریشه کنی هلیکوباکتریپلوری			
داروی اول	داروی دوم	داروی سوم	داروی چهارم
رژیم های سه دارویی بر پایه مهار کننده پمپ پروتون (PPI)			
Omeprazole 20mg BD Pantoprazole 40mg BD Esomeprazole	Clarithromycin 500 mg BD	Amoxicillin 1g BD Metronidazole 500mg BD	

40mg BD Lansoprazole 30mg BD			
<b>رژیم های چهار دارویی بر پایه بیسموت</b>			
PPI های ذکر شده در رژیم سه دارویی یا H2 بلاکرها با دوزهای استاندارد به مدت چهار تا شش هفته	Bismuth subcitrate 240mg QID	Metronidazole 250-500 mg QID	Tetracycline 500mg QID Amoxicillin 500mg QID Clarithromycin 250-500mg QID

\* در رژیم های دارویی فوق از هر ستون یک دارو در رژیم دارویی قرار می گیرد.  
\* مدت درمان رژیم های دارویی فوق 14 روز است. برخی منابع 7 روز و برخی منابع 21 روز را نیز پیشنهاد کرده اند.

### رفلاکس مری – معدی (کاستروازوفازیال) :

GERD (GastroEsophageal Reflux Disease) بیماری است که در آن محتویات اسیدی معده با حرکت رو به بالا وارد مری می شوند. هنگامی که مری مکررا در تماس با محتویات رفلاکس شده قرار می گیرد دچار صدمه و التهاب می شود.

- در بسیاری از موارد GERD با کاهش فشار و عملکرد اسفنکتر تحتانی مری همراه است. این کاهش فشار و عملکرد می تواند مربوط به سستی گذرای اسفنکتر تحتانی ، افزایش فشار گذرای درون شکمی و یا آتونی اسفنکتر تحتانی مری باشد. در ضمن برخی از غذاها و داروها میتوانند باعث کاهش فشار اسفنکتر تحتانی مری شوند.

- به دلیل سوزش زیر جناغ سینه در این بیماران، احتمال اشتباه در تشخیص این بیماری با دردهای آنژینی زیاد است.

<b>GERD</b>	
علائم	سوزش سر دل، سوزش مسیر مری، احساس طعم ترش و تلخ در انتهای حلق و دهان، ترشح زیاد بزاق، آروغ زدن، استفراغ خون علائم آتپیک : آسم غیر آلرژیک، سرفه مزمن، گرفتگی صدا، فرسایش دندان، درد قفسه سینه شبیه دردهای آنژین
روشهای تشخیص	سابقه بالینی بیمار، اندوسکوپی، Pill cam Eso (روشی با تهاجم کمتر از اندوسکوپی)، رادیوگرافی
درمان های دارویی	H2بلاکرها , PPI ها، آنتاسیدها، متوکلوپرامید(پروکینتیک ها)، سیزاپراید

-از متوکلوپرامید و سیزاپراید جهت افزایش تون اسفنکتر تحتانی مری و افزایش سرعت تخلیه معده استفاده می شود.

- دوز مصرفی داروهای کاهنده اسید در GERD بیشتر از PU است.

### سندرم روده تحریک پذیر (IBS) :

IBS (Irritable bowel syndrome) نوعی اختلال عملکردی گوارشی است که با درد و تغییر عادات روده همراه است. درد عموماً بعد از دفع تسکین یافته و با کاهش یا افزایش دفعات دفع همراه است. این سندروم بیماری نبوده بلکه مجموعه ای از علائم نظیر درد شکم، نفخ، یبوست، اسهال و احساس ناراحتی درد شکم همراه است. میزان ابتلا به این سندروم در زنان بیشتر از مردان است و طی چند روز اول سیکل قاعدگی علائم شدید می شوند. اغلب بیماران در جایی از افسردگی را نیز دارند. استرس از مهمترین عوامل در شروع علائم این بیماری است.

- این سندروم قابل درمان نیست و تنها بر حسب علائم بیماری، از داروهایی جهت تسکین علائم استفاده می شود.

درمان علامتی IBS	
تظاهر بالینی بیماری	داروهای مورد استفاده
درد شکم و نفخ	<i>Clidinium-C , Dicyclomine, Hyoscine, Mebeverine, Peperment oil (Colpermine)®, Dimethicone</i>
اسهال	<i>Loperamide, Cholestyramine, Alosetron</i> (فقط در زنان)
یبوست	<i>Laxatives</i> (غیر محرک ها) , <i>Tegaserod</i> (فقط در زنان)
علائم سایکوتیک	<i>TCA's</i> (همراه با اسهال) , <i>SSRI's</i> (IBS همراه با یبوست)

- مصرف فیبر در بیماران با تظاهر بالینی یبوست و اسهال توصیه می شود. مصرف فیبر باید تدریجی افزایش یابد تا از ایجاد نفخ جلوگیری شود.

- در بسیاری از موارد IBS به صورت همزمان با بیماریهای دیگر گوارشی نظیر PU ، GERD و کولیت همراه است. بنابر این در نسخ شاهد داروهای هستیم که در کنترل IBS و بیماری دیگر بکار می روند.

### بیماری التهابی روده (IBD):

IBD (Inflammatory Bowel Disease) به مجموعه ای از مشکلات التهابی دستگاه گوارشی اطلاق می شود. IBD شامل دو بیماری مهم دستگاه گوارش می شود. کولیت اولسراتیو (Ulcerative Colitis) و بیماری کرون (Crohn's disease)

- کولیت اولسراتیو (UC) بیشتر مخاط نواحی رکتوم و کولون را درگیر می کند ولی بیماری کرون (CD) میتواند باعث التهاب ترانس مورال (کل دیواره یک عضو) مخاط GI در هر ناحیه ای (از دهان تا مقعد) شود.  
- IBD می تواند علائم خارج روده ای نیز داشته باشد همچون درگیری مفاصل، چشم، پوست و کبد.

#### \* نکاتی در مورد UC :

- 1- در صورت عدم درمان و تشدید می تواند باعث توکسیک مگاکولون شود.
- 2- در حدود یازده درصد افراد مبتلا به UC دارای مشکلات کبدی - صفراوی نیز هستند.

#### \* نکاتی در مورد CD :

- 1- ایلئوم ترمینال شایع ترین محل درگیری در CD است.

2- در حدود 2/3 بیماران درگیری های کولون را نیز دارند.

3- سوء تغذیه و کاهش وزن در CD شایع است.

4- بیماری CD دارای دوره های فروکش و سرکشی بیماری است که هر کدام کنترل و درمانهای مخصوص دارد.

## D درمان های IBD :

درمانهای IBD	
درمان های غیر دارویی	حمایت های تغذیه ای، تغذیه وریدی ، جراحی (عدم پاسخ به دارو درمانی)
درمان های دارویی	آمینو سالیسیلات ها : سولفاسالازین، مزالامین
	گلوکوکورتیکوئید ها
	ایمونوساپرسورها: آزاتیوپرین، سیکلوسپورین، متوترکسات، مرکاپتوپورین
	آنتی مایکروبیال ها: مترونیدازول، سیپروفلوکساسین
	سایر : آنتاگونیست های TNF $\alpha$ ، آنتی بادی های ضد TNF $\alpha$ ، اینترفرون ها، هپارین، روغن ماهی، منوکلونال آنتی بادی ها (ناتالیزوماب)

## یبوست :

یبوست از علل شایع مراجعه افراد به پزشک است. یبوست شامل مشکلاتی نظیر کاهش دفعات دفع ، دفع مدفوع سفت، دفع با زور زدن زیاد و یا احساس عدم تخلیه کامل محتویات کولون می باشد. الگوی دفع در افراد مختلف متفاوت بوده (بین 3 تا 20 بار در هفته) بنابر این تعریف یبوست مشخص و دقیق نیست. بعضی تعاریف دفع کمتر از سه بار در هفته را یبوست می دانند.

یبوست بیماری نیست اما می تواند نشانه ای از بیماریهای دیگر باشد. اختلالات گوارشی (نظیر IBS ، دایورتیکولیتیس)، اختلالات متابولیک (نظیر دیابت) و یا اختلالات اندوکرینی (نظیر هایپوتیروئیدیسم) می توانند باعث ایجاد یبوست شوند.

بیماری ها یا شرایطی که باعث ایجاد یبوست می شوند	
بیماری یا شرایط	مثال ها
مشکلات گوارشی	IBS ، دایورتیکولیتیس، هموروئید، فیشر، تومورها، هرنیا، پیچ خوردن روده، لنفوگرانولوما، سیفیلیس، توبرکلوزیس
بیماریهای متابولیک و اندوکرین	دیابت ملیتوس همراه با نفروپاتی، هایپوتیروئیدیسم، فنوکروموسیتوما، هایپرکالسمی، ترشح اندوژن زیاد گلوکاگون
بیماری های مغز و اعصاب	ضربه به سر، تومورهای CNS ، صدمات طناب نخاعی، صدمات مغزی نخاعی، بیماری پارکینسون
بارداری	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- اپیوئیدها</li> <li>- آنتی کولینرژیک ها</li> <li>- آنتی هیستامینها</li> <li>- TCA's</li> <li>- فنوتیازین ها</li> <li>- آنتاسیدهای حاوی کلسیم و آلومینیوم</li> <li>- CCB's</li> <li>- بلاکرهای گانگلیونیک</li> <li>- کلونیدین</li> <li>- باریم سولفات</li> <li>- فرآورده های حاوی آهن</li> <li>- دیورتیک های غیر دافع پتاسیم</li> <li>- کلونیدین</li> <li>- NSAID's</li> </ul>	داروها
---	--------

## D درمان یبوست:

اصل درمان یبوست دریافت مایعات، فیبر به مقادیر کافی و افزایش حرکات و فعالیت های جسمی است. مصرف حداقل 10 گرم فیبر از منابعی نظیر میوه جات، سبزیجات و غلات میتواند نقش بسیار موثری در رفع یبوست داشته باشد.

- انواع ملین ها در درمان یبوست بکار می روند. در زیر توضیح مختصری از هر نوع آورده شده است :

ملین ها و مکانیسم اثر		
نوع ملین	مکانیسم عمل	مثالها
بالک	افزایش حجم مدفوع و نگه داشتن آب در مدفوع	پسیلیوم، متیل سلولز
اسموتیک	نگه داشتن آب در کولون بواسطه اثر هایپراسموتیک	لاکتولوز، سوربیتول، شیاف گلیسرین
محرک	افزایش حرکات روده	بیزاکودیل، سنا (سی-لاکس)، روغن کرچک
نرم کننده	نرم کردن و جلوگیری از سفت شدن مدفوع	روغنهای مینرال (پارافین)
سالین	جذب و نگه داشتن آب در لومن	منیزیم هیدروکساید

- مصرف ملین های بالک، اسموتیک و شیاف گلیسرین به دلیل داشتن عوارض کمتر نسبت به مصرف محرک ها ارجح است .

- مصرف طولانی مدت محرک ها به دلیل ایجاد عادت تحریک در روده باعث وابستگی به مصرف آنها می شود.

- ملین های اسموتیک غیر قندی نظیر ملح های منیزیم هیدروکساید، ملین های سالین نیز نامیده می شوند. این ملین ها جزء ملین های خط اول در درمان یبوست هستند.

اسهال :