



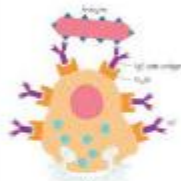
واکنش های دارویی

واکنش های دارویی به دو شکل بروز پیدا می کنند:

- ۱- قابل پیش گوئی: که وابسته به دوز هستند ، با عملکرد دارویی در ارتباط می باشد و بدون حساسیت قبلی اتفاق می افتد.
- ۲-تغیر قابل پیش گوئی: به دوز وابسته نیستند، اغلب با عملکرد دارویی ارتباطی ندارند و در افراد حساس شده اتفاق می افتند که شامل ایدوسنکرازی، آلرژی و آلرژی کاذب می باشند.

آلرژی کاذب

در این مورد علامت مشابه نوع آلرژیک است ولی مکانیسم ایمنی در ایجاد آن نقشی ندارد. شیوع واکنش های دارویی نامشخص است، اما در موارد بستری حدود ۶/۷٪ می باشد که ۳۲٪ درصد همراه با مرگ و میر نیز هست. علامت جلدی شایعترین علامت واکنش دارویی هستند. **آمپی سیلین، آموکسی سیلین، پنی سیلین و کوتریموکسازول** از شایعترین داروهای حساسیت را هستند. ۱۰- ۳۶ درصد واکنش های دارویی از نوع آلرژیک یا ایمونولوژیک می باشند.



عواملی که سبب افزایش خطر ایجاد واکنش های دارویی می شوند شامل: تلماس قبلی، واکنش قبلی، سن بین ۲۰-۴۹ سال، روشهای مصرف تزریق یا موضعی، دوز بالا، دوزهای متناوب، استمداد ژنتیک مثل استیلناسین آهسته.

تست

تنها تست استاندارد برای داروها برای پنی سیلین می باشد و داروهای دیگر تست استاندارد ندارند. اغلب واکنش های دارویی به علت متابولیک داروها است نه خود دارو و به جز متابولیت پنی سیلین بقیه داروها را نمی توان آشکار کرد. تست پوستی مثبت به معنای های تأیید و منبوع پنی سیلین دارای ۶۰ درصد ارزش پیش گوئی مثبت (**Positive predictive value**) دارد ولی اگر تست منفی باشد بیم ۹۷ تا ۹۹ درصد ارزش پیش گوئی منفی دارد یعنی می تواند دارو را تحمل کنند و واکنشی روی ندهند.

تست پوستی فرد را حساس مجدد نمی کنند. داروهای **cephalosporins, carbacephems, penicillins semisynthetic, cephalosporins, carbapenems, monobactams** دارای حلقه مشترک بتا-لاکتام هستند.



در مواردی که حساسیت به پنی سیلین باشد برای تجویز سفالوسپورین ابتدا تست پنی سیلین می شود اگر منفی بود دارو تجویز می شود و اگر مثبت بود باید اجتناب گردد و در صورت تجویز ضروری باید حساسیت زدایی و یا افزایش دوز تدریجی صورت بگیرد.



سندرم استیون-جانسون

درگیری پوستی کمتر از ۱۰ درصد می باشد. ضایعات ماکولر خارش دار بدن یا درگیری مخاطی بیش از دو محل همراه یا تب می باشد. خطر مرگ بالا است و درمان همانند بیمار سوختگی باید صورت گیرد استروئید ممنوع است ولی IVIG یا دوز بالا مفید می باشد. سولفاتامیدها به خصوص **کوتریموکسازول** بیشترین موارد این عارضه را دارند.

داروهای زمان جراحی

واکنش های آنفیلاکتوئید ممکن است در زمان بیهوشی عمومی یا داروهای مثل تیوپنتال و یا داروهای شل کننده عضلاتی مثل **سوکسینیل کولین** و **پاتکروتیوم** روی دهد. تست منفی لزوماً دلیل بر تحمل دارو نمی باشد. واکنش به لاکتاس را در تشخیص افتراقی واکنش های زمان جراحی باید در نظر داشت.

سندرم مرد قرمز (Red man)

به علت افزایش هیستامین تیر اختصاصی ناشی از تزریق **واتکوماپسین** می باشد و در اینگونه موارد بهتر است دارو به طور آهسته تزریق شود و همچنین می توان از آنتی هیستامین نیز استفاده کرد.

سندرم ازدیاد حساسیت ضد تشنج ها (لنقوم کاذب)

یک سندرم تهدید کننده زندگی است. ناشی از یک نقص ارثی اپوکساید هیدرولاز می باشد. این آنزیم سبب متابولیزه کردن داروهای از ضد تشنج ها می گردد و در اثر کمبود آنزیم فوق، تجمع متابولیت ناشی از ضد تشنج در بیماران روی می دهد که سبب علائم بالینی تب، راش ماکولوپاپولار، لنفادنوپاتی زانترالیزه و درگیری احشاء. مثلاً باعث کبد و یا طحال بزرگ می شود.

علاوه بر ضد تشنج ها داروهای دیگری مثل **مینوسیکلین**، **سولفاتامیدها** و **دایسون** نیز سبب این سندرم می گردند. درمان در این موارد قطع داروی ضد تشنج می باشد. در صورت نیاز آنتی هیستامین و حتی استروئید ممکن است مصرف گردند.

بی حس کننده های موضعی

قلب در دو گروه قرار می گیرند:

گروه اول (استری ها): تتراکائین، بنزوکائین و پروکائین

گروه دوم (آمیدی ها): لیدوکائین، بیپروکائین و مپیواکائین هستند. غالب واکنش های ناشی از بی حس کننده های موضعی به علل تزریق سریع وریدی، خصوصاً دوز بالا اتفاق می افتد.

جهت تشخیص این داروها از تست پوستی یا دوزهای افزایشی استفاده می گردد.

در صورت امکان و یا تست مثبت باید از داروهای آلترناتیو ترجیحاً از گروه دیگر استفاده کنند.



معاونت غذا و دارو

واحد ADR