



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی خراسان شمالی
معاونت غذا و دارو

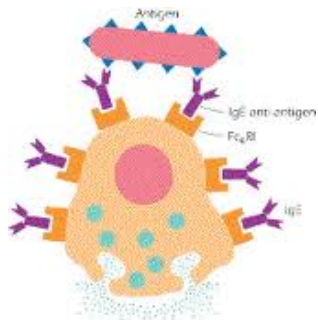


واکنش های دارویی

واکنش های دارویی به دو شکل بروز پیدا می کند:

- ۱- قابل پیش گویی: که وابسته به دوز هستند ، با عملکرد دارویی در ارتباط می باشد و بدون حساسیت قبلی اتفاق می افتد.
- ۲- غیر قابل پیش گویی: 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 علائم 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. علائم جلدی شایعترین علائم واکنش دارویی هستند. **آمی سیلین، آموکسی سیلین، پنی سیلین و کوتریموکسازول** از شایعترین داروهای حساسیت زا هستند. ۶ تا ۱۰ درصد واکنش های دارویی از نوع آلرژیک یا ایمونولوژیک می باشند.

عواملی که سبب افزایش خطر ایجاد واکنش های دارویی می شوند شامل : تماس قبلی، واکنش قبلی، سن بین ۴۹-۲۰ سال، روشهای مصرف تزریق یا موضعی، دوز بالا، دوزهای متناوب، استعداد ژنتیک مثل استیلایسیون 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 عصاره های ماژور و مینور 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 ندهد.

تست پوستی فرد را حساس مجدد نمی کند. داروهای cephalosporins, carbacephems, penicillins, semisynthetic, monobactams, carbapenems 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 با درگیری مخاطی بیش از دو محل همراه با تب می باشد. خطر مرگ بالا است و درمان همانند بیمار سوختگی باید صورت گیرد. استروئید ممنوع است ولی IVIG با دوز بالا مفید می باشد. سولفونامیدها به خصوص **کوتریموکسازول** بیشترین موارد این عارضه را دارند.

داروهای زمان جراحی

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

سندرم مرد قرمز (Red man)

به علت افزایش هیستامین غیر اختصاصی ناشی از تزریق **وانکومايسين** 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 (لنفوم کاذب)

یک سندروم 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 ژانرالیزه و درگیری احشاء مثلاً باعث کبد و یا طحال بزرگ می شود.

علاوه بر ضد تشنج ها داروهای دیگری مثل **مینوسیکلین، سولفانامیدها و داپسون** نیز سبب این سندروم 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

اغلب در دو گروه قرار می گیرند:

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

گروه دوم (آمیدی ها): لیدوکائین، بوپیوکائین و میپواکائین 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 با 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

