



توصیه انجمن گوارش و کبد اصفهان در خصوص تجویز داروهای کاهنده ترشح اسید معده (Acid suppressive therapy) در بیماران بستری بیمارستانی

نویسندگان: دکتر سید محمد حسن امامی، دکتر پیمان ادیبی، دکتر حمید توکلی، دکتر احمد شواش، دکتر وحید سبقت الهی، دکتر الهام تاجی، دکتر بابک تمیزی فر

نویسنده مسئول: دکتر بابک تمیزی فر، بخش گوارش و کبد، بیمارستان خورشید، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اهمیت:

در بسیاری از بیمارستان های ایران، استفاده نامناسب از داروها به منظور پیشگیری از زخم استرس (AST: acid suppressive therapy) در بستری های بیمارستانی و یا درمان دردهای مهم شکمی بصورت سرپائی و حتی بعد از زمان ترخیص بیماران از بیمارستانها، به خصوص بعد از ترخیص از ICU رایج شده است. این افزایش بی رویه تجویز فرم های مختلف داروهای AST، عوارض گزارش شده معمول و غیر معمول آنها را افزایش داده است. همچنین موارد بدون اندیکاسیون تجویز داروهای کنترل کننده اسید معده، به خصوص داروهای مهار کننده پمپ هیدروژن (PPI) و تجویز بیشتر از معمول اینگونه داروها، به خصوص فرم وریدی پنتوپرازول، بار مالی زیادی بر نظام سلامت کشور وارد می آورد. لذا انجمن متخصصین گوارش و کبد شاخه اصفهان و کمیته تدوین گایدلاین دانشکده پزشکی توصیه های زیر را در مورد ضرورت های تجویز AST، نوع دارو، نحوه مصرف و طول مدت استفاده از این داروها اعلام کرده و این متن از سوی ستاد تحول سلامت، سازمان نظام پزشکی، اداره پزشکی قانونی و سازمانهای بیمه گر استان اصفهان مورد تایید و تاکید قرار گرفته است.

اندیکاسیون های تجویز:

الف) تجویز داروهای H2B, PPI بعنوان پیشگیری از بروز زخم استرس (stress ulcer) در موارد زیر توصیه می شود:

- عوامل خطر مستقل در بیماران بدحال بستری بخشهای مراقبتهای ویژه (وجود هر کدام به تنهایی) عبارتند از:
 - (۱) اختلالات انعقادی ناشی از بیماریهای جسمی: منظور تعداد پلاکت کمتر از ۵۰ هزار، INR بیش از ۱.۵ و PTT بیشتر از ۲ برابر طبیعی است. البته مندلور اختلالات آزمایشگاهی ثانوی به تجویز دارو نیست.
 - (۲) نیاز به تهویه مکانیکی برای بیش از دو روز: البته طول مدت نیاز به تهویه مکانیکی ممکن است از ابتدا قابل پیش بینی باشد.
 - (۳) سابقه وجود اولسر یا خونریزی گوارشی متعاقب آن در طی یکسال اخیر
- وجود عوامل خطر وابسته - رده دوم: (حداقل دو مورد از آن بایستی در بیماران بد حال بستری وجود داشته باشد)
 - (۱) سیسیس شدید و هیپوتانسیون مداوم یا
 - (۲) الزام به مصرف مناموم ترکیبی از داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی، آسپرین و/ یا کلوپیدوگرل و ضد انعقادها یا
 - (۳) نیاز به اقامت در ICU یا بخش مراقبت ویژه به مدت بیش از یک هفته یا
 - (۴) نارسایی حاد کبدی یا کلیوی یا
 - (۵) سوختگی بیش از ۲۵ درصد سطح بدن یا
 - (۶) جراحی بزرگ که بیش از ۴ ساعت طول بکشد مانند کراتیوتومی، لاپاروتومی، توراگوتومی یا
 - (۷) تروما به ستر و نخاع و $GCS \leq 10$ یا
 - (۸) نیاز به مصرف مداوم کورتیکواستروئید (دوز معادل ۲۵۰ میلی گرم یا بیشتر هیدروکورتیزون) یا
 - (۹) مولتیبل تروما (حداقل آسیب ۲ ارگان یا بیشتر)

در بیماران بستری غیر بدحال در بخشها، پروفیلاکسی زخم استرس توصیه نمی شود.

ب) تجویز داروهای H2B, PPI بعنوان درمان زخمهای پپتیک (PUD) و عوارض آن:

- ✓ در این بیماران مصرف PPI تا حدودی در جلوگیری از بروز خونریزی مجدد بستری طولانی و کاهش مصرف فرآورده های خونی تاثیر داشته ولی بر کاهش مرگ و میر و جراحی بیماران اثر ندارد.
- ✓ تا زمان انجام آندوسکوپی اورژانسی در بیماران با خونریزی گوارشی فوقانی، فرم وریدی PPI توصیه میشود. بین تجویز وریدی به فرم High dose PPI (infusion) و تجویز intermittent آن (به صورت دو بار در روز) تفاوت محسوسی وجود نداشته و یا توجه به هزینه درمان و سهولت تجویز، توصیه ما به تجویز ۸۰ میلی گرم پنتوپرازول وریدی دو بار در روز می باشد.
- ✓ پس از آندوسکوپی اورژانسی و تشخیص نوع ضایعه خونریزی دهنده در صورت وجود نمای ضایعه پرخطر، توصیه به مصرف PPI وریدی تا سه روز میشود و در غیر اینصورت و یا به محض امکان تجویز خوراکی، توصیه به تجویز فرم های خوراکی PPI میشود. در این موارد، مصرف دوز خوراکی حداکثری

H2B/ PPI توصیه میشود (حداقل امپرازول ۲۰ میلی گرم دو بار در روز و پنتوپرازول ۴۰ میلی گرم دو بار در روز؛ و ترجیحا در ۲ تا ۵ روز اول خونریزی دو برابر این مقدار توصیه میشود. سایر داروهای PPI با دوز متناسب هر کدام، در مقایسه با امپرازول محاسبه شود).

❖ ضمنا بر اساس مطالعات مختلف، مابین اثربخشی انواع مختلف داروهای خوراکی PPI (برندهای تجاری) تفاوت زیادی مشهود نبوده و با توجه به تفاوت زیاد قیمتی داروهای خوراکی PPI با برند تجاری در مقایسه با فرمهای ژنریک، توصیه به تجویز داروهای ژنریک می شود.

ج) تجویز داروهای H2B و PPI در بیماران با خونریزی حاد واریسی صری:

✓ معمولا توصیه نمیشود مگر آنکه علائمی از خونریزی زخم پپتیک همراه وجود داشته یا بعد از تعبیه باند مری نیاز شده باشد. مصرف PPI در این بیماران ممکن است احتمال پریتونیت باکتریال خودبخودی (SBP) را افزایش دهد.

د) تجویز داروهای H2B و PPI قبل از انجام اعمال جراحی غیر اورژانسی:

- ❖ تا صبح روز عمل جراحی، فرم خوراکی داروهای H2B و PPI میتواند با مقدار کمی آب تجویز گردد.
- ❖ در بیماران با کاهش سطح هوشیاری در صورتی که امکان تجویز فرم خوراکی از طریق لوله NG ممکن نباشد، تجویز وریدی اینگونه داروها میتواند مد نظر قرار گیرد. بعد از تحمل رژیم غذایی با یا بدون لوله NG، فرم خوراکی اینگونه داروها بایستی در اسرع وقت جایگزین شود.
- ❖ جهت تجویز فرم کیسولی داروهای PPI در بیماران دارای لوله NG، بویکه این داروها بایستی در محیط اسیدی (ضعیف) مانند ماست، دوغ، نوشابه یا شربت ایلیمو شکسته و مخلوط شده گاوآز گردد اما از خوردن دانه های گرتولپایشان خودداری کنید.

ه) تجویز داروهای H2B و PPI جهت درمان اروزو ازوفازیت تسدید:

❖ در اکثر موارد، فرمهای خوراکی PPI میتوانند تجویز شوند ولی در صورت عدم تحمل خوراکی، فرم بولوس وریدی تا زمان تحمل خوراکی میتواند کاربرد داشته باشد.

و) تجویز داروهای H2B و PPI جهت درمان انسداد راه خروجی معده:

✓ در صورتی که این انسداد در اثر زخم پپتیک ایجاد شده و مانع تغذیه خوراکی بیمار گردد، مصرف وریدی H2B و یا PPI توصیه میشود.

نوع دارو:

- ✓ داروهای H2B و PPI نسبت به داروهای خنثی کننده اسید مثل آنتی اسیدها و سوکرالفیت اثربخشی بالاتری دارند.
- ✓ استفاده همزمان H2B و PPI باعث کاهش اثر PPI میشود. در صورت نیاز PPI قبل از صبحانه و شام و H2B حداقل دو ساعت بعد از شام استفاده شود.
- ✓ در بیمارانی که تحت تغذیه روده ای (Enteral) هستند، اثر بخشی داروهای ضد H2B اندک است و عوارض جانبی بیشتری را متوجه بیمار می کند.
- ✓ داروهای مهار کننده ترشح اسید H2B و PPI در مصرف طولانی مدت ممکن است شانس ابتلا به پنومونی در بیماران تحت تهویه مکانیکی و احتمال بروز عفونت کلوستریدیوم دیفیسیل را افزایش دهند. هرچند در بیماران نیازمند مصرف دارو، در شرایط مراقبت ویژه، احتمال آن اندک است.
- ✓ داروهای پیشگیری کننده از زخم استرس می توانند منشاء تناخلات دارویی باشند، به خصوص در بیماران بستری در شرایط مراقبت ویژه یا دریافت داروهای متعدد.
- ✓ ممکن است در صورت مصرف همزمان سوکرالفیت و آنتی اسیدها با داروهای خوراکی دیگر مثل آهن، کینولون ها و تتراسیکلین جذب و اثربخشی آنها کاهش یابد.
- ✓ مهار کننده گیرنده ۲ هیستامین می تواند در متابولیسم و اثر بخشی برخی داروها تداخل ایجاد کند. سایمتیدین و به مقدار کمتر رانیتیدین میتوانند در دفع و متابولیسم داروهائی مانند فنی توفین، وارفارین و توفیلین تاثیر بگذارند. ضمنا برخی از این داروها میتوانند در مقدار کراتینین سرم افزایش مختصری ایجاد نمایند.
- ✓ برخی از مهار کننده های پمپ پروتون مانند امپرازول ممکن است باعث افزایش نیمه عمر وارفارین و فنی توفین شوند. ضمنا جذب برخی داروها مانند آهن، دیگوکسین و آمپی سیلین با مصرف این داروها کاهش می یابد. مواردی از نفرت بینایی کلیه و کمبود ویتامین B12 ناشی از PPI ها گزارش شده است.
- ❖ لذا در هنگام تجویز؛ به اینگونه عوارض داروها نیز دقت شود.

طول زمان مصرف این داروها:

در بیماران نیازمند به مصرف اینگونه داروها، دوره درمان پیشگیرانه AST تا پایان شرایط حاد بیماری و حداقل به مدت یک هفته می باشد. بیمارانی که در فاصله زمانی شش هفته قبل از نیاز به مراقبت ویژه، زخم پپتیک تایید شده داشته اند، چه درمان شروع شده باشد و چه هنوز درمان آغاز نشده باشد و با بیمارانیکه در همین مدت زمانی سابقه خونریزی گوارشی فوقانی داشته اند، چه بررسی در آنها انجام شده باشد و چه نشده باشد، باید تحت تجویز PPI قرار گیرند.