



جامعة المنارة

كلية: الصيدلة

اسم المقرر: الصيدلة السريرية وصيدلة المشافي (عملي) - د. نسرین قدار

رقم الجلسة (2)

عنوان الجلسة

التداخلات الدوائية والتفاعلات الدوائية الضائرة (العكسية)



العام الدراسي

الفصل الدراسي

<https://manara.edu.sy/>

جدول المحتويات

Contents

رقم الصفحة	العنوان
3	الحالة السريرية الأولى
4	الحالة السريرية الثانية
4	الحالة السريرية الثالثة
5	الحالة السريرية الرابعة
5	الحالة السريرية الخامسة
6	الحالة السريرية السادسة
6	التفاعلات الضائرة

الغاية من الجلسة:

تدريب الطالب على التعامل مع حالات سريرية تخص التداخلات الدوائية

حالات سريرية:

الحالة السريرية الأولى:

السيدة س.ع. عمرها 62 سنة، عندها مشاكل ارتفاع ضغط، ورجفان أذيني، والداء السكري من النمط الأول، غير مدخنة ولكنها
بدينة. حالياً تأخذ الأدوية الآتية:

- Flecainid: 100 مغ مرتين يومياً
- Aspirin: 75 مغ يومياً
- Simvastatin: 40 مغ
- Diltiazem: 80 مغ

هذه السيدة تعاني من مشاكل إنتانية تنفسية وطبيها وصف له Clarithromycin لمدة 5 أيام.

الأسئلة:

➤ هل هناك تداخلات سريرية هامة في هذه الحالة؟

➤ ما هي النصائح التي يجب تقديمها؟

الحالة السريرية الثانية:

سيدة بعمر 21 سنة وتأخذ دواء Minocycline بجرعة 100 مغ يومياً من أجل علاج حب الشباب. ترغب باستخدام مانعات حمل فموية وطبيها وصف لها حبوب بقوة ضعيفة (Ethinylloestradiol 20 µg, Norethisterone 1 mg). استشار طبيبها الصيدلاني لمعرفة إذا كان التتراسكلين يتداخل مع فعالية مانعات الحمل الفموية.

المطلوب: هل هناك تداخلات سريرية هامة في هذه الحالة؟

الحالة السريرية الثالثة:

رجل عمره 48 سنة لديه قصة صرع، تم قبوله في المشفى في حالة رعاش، صداع، أفكار غريبة وازدياد فعالية الصرع الجزئي. الأدوية التي توصف له:

- Phenytoin: 300 مغ
- Clonazepam: 6 مغ يومياً
- Fluoxetine: 20 مغ يومياً

بدأ العلاج بدواء Fluoxetine منذ أسبوعين، تم معايرة مستويات Phenytoin وكانت 35 مغ/ل في حين أنها كانت 18 مغ/ل في زيارته الأخيرة منذ أربعة أشهر.

المطلوب: ما هي الآلية المقترحة للتداخل بين Phenytoin و Fluoxetine. وكيف يمكن تدبير ذلك؟

الحالة السريرية الرابعة:

مريضة عمرها 75 سنة تتناول الأدوية التالية:

125 Digoxine مكغ يومياً، 20 Furosemide مغ يومياً، 80 Gliclazide مغ مرتين يومياً و Cetacodeine قرصين عند اللزوم

بشكل عام وضعها مستقر، ولكن خلال شهر رمضان بدأت تعاني من الأعراض التالية:

اضطرابات نظم، رؤية معتمة، تخطيط واضطرابات

المطلوب: ما دلالة هذه الأعراض؟ وكيف يمكن تفسير ما حصل؟

الحالة السريرية الخامسة:

رجل 62 سنة يتناول وارفارين 3 مغ لمعالجة خثرة في الوريد، عند الفحص الروتيني وجد أن $INR=10$ ، يتناول هذا الرجل Lisinopril 10 مغ وباراسيتامول كمسكن ألم ومنذ 6 أيام وصف له طبيب الاسنان جل فموي تركيبه ميكونازول

المطلوب: بماذا تشك في هذه الحالة؟

الحالة السريرية السادسة:

يريد أخصائي جلدية وصف Erythromycin فموي لشاب عمره 19 سنة يعاني من حب الشباب ولم يستجب للمعالجة الموضعية.

يتناول هذا الشاب Omeprazole بجرعة 20 مغ يومياً و Carbamazepine 800 مغ يومياً

المطلوب: هل هناك تداخلات دوائية هامة سريرياً؟ وبماذا تنصح؟

التفاعلات الضائرة

الحالة السريرية الأولى:

اليوم الأول: قبلت السيدة م. ر. والتي تبلغ من العمر 74 عاماً في المستشفى بعد إحالتها ببيلة دموية صريحة من قبل الطبيب العام. حضرت السيدة إلى طبيبها العام قبل ثلاثة أيام شاكية من تخليط متزايد وسلس بولي، والذي اشتبهه بخمج سبيل بولي ووصف لها ciprofloxacin بجرعة 250 ملغ مرتين يومياً.

قصتها الطبية السابقة تتضمن رجفان أذيني والداء السكري النمط 2 وتخلخل العظام.

القصة الدوائية (الموثقة برسالة الإحالة من طبيبها العام مكتوبة بخط اليد) تتضمن: Digoxin 0,625 مغ يومياً و Warfarin و furosemide 20 مغ يومياً و Gliclazide 80 مغ مرتين يومياً. Cetacodeine قرصين عند اللزوم و adcal-D3 (كربونات الكالسيوم مع فيتامين D) و Alendronate و Ciprofloxacin 250 ملغ مرتين يومياً. تمت الإشارة إلى الحساسية للبنسلين من قبل الطبيب العام.

بالفحص بدت السيدة م. ر. متجففة، ضغطها الدموي كان 70/110 ملم زئبقي. ونبضها كان طبيعياً 80 نبضة/الدقيقة. درجة حرارتها كانت مرتفعة 38,5 درجة. لوحظ أنها مصابة بالتخليط و غير قادرة على الاجابة على أسئلة كانت قد وُضعت لها من قبل الطبيب المقيم، الكيمياء الحيوية لمصلها كانت كالآتي:

المعلم المخبري	النتيجة	المجال المرجعي
الصوديوم	141 ممول/ل	150-135
البوتاسيوم	3,6 ممول/ل	5 -3,5
كرياتينين	1,4 مغ/دل	1,2 -0,6
غلوكوز دم عشوائي	297,3 مغ/دل	180,2-63,1
كريات الدم الحمراء	$10^9 \times 5$ /ل	$10^9 \times 6,5 - 4,5$ /ل
كريات الدم البيضاء	$10^9 \times 15$ /ل	$10^9 \times 11 - 4$ /ل
هيموغلوبين	11,8 غ/دل	18-13
النسبة المئوية المساواة (INR)	7	

تم البدء بنظام الانسولين الوريدي لإنقاص مستوى غلوكوز الدم لديها و أوقف لديها Furosemide وكتبت السوائل الوريدية كالآتي: تسريب 40 ممول بوتاسيوم في 1000 مل كلور الصوديوم 0,9 % . يُتبع تسريب 1000 مل كلور الصوديوم 0,9 % .
اليوم الثاني تعرّف الصيدلاني إلى السيدة م. ر. كمریضة مقبولة حديثاً في جناح طبي. وُصفت الأدوية الآتية على بطاقتها لوصف الأدوية للمرضى الداخليين.

أدوية منتظمة:

➤ Digoxine: 625 مكغ عند الساعة الثامنة

➤ Gliclazide: 80 مغ عند الساعة 8 و 18 مع توجيهات بالإيقاف عندما تكون على الانسولين

➤ Alendronate: 70 مغ عند الساعة 8

➤ Adcal D3: عند الساعة 18

➤ Ciprofloxacin: 250 مغ عند الساعة 8 و 22

➤ Warfarin: مع توجيهات الإيقاف

أدوية عند اللزوم:

➤ Cetacodeine: أقراص فوّارة ، قرصين كل 8 ساعات لتسكين الألم

➤ Paracetamol: قرصين كل 6 ساعات لتسكين الألم.

جرعات لمرة واحدة فقط

فيتامين K: 1 مغ وريدياً فوراً.

الحساسية على البنسلين تم توثيقها على البطاقة.

س1: كيف يمكن تأكيد القصة الدوائية؟

س2: أي من الأدوية في قصة السيدة م. ر. الدوائية يمكن أن تجعلها عرضة لمشكلات صيدلانية؟

س3: أوجز خطة رعاية صيدلانية للسيدة م. ر.

س4: أي من الأدوية الموصوفة على بطاقة المرضى الداخليين تشير إلى أن المريضة لديها INR مرتفع؟

س5: ماذا كان السبب الأرجح لارتفاع INR عند السيدة م. ر.؟

تم تعديل وصفة المريضة حسب التوصيات. أضيف Trimethoprim بجرعة 200 مغ مرتين يومياً لعلاج إنتان الجهاز البولي.

س6: علّق على جرعة Digoxine

س7: ما التغيرات الأخرى التي ينبغي أن تجريها على وصفة السيدة م. ر.؟

عند مراجعة المعالجة الوريدية لاحظ الصيدلاني أن تسريب البوتاسيوم قد أُعدّ في الجناح بإضافة 40 ممول من كلور البوتاسيوم إلى لتر تسريب من كلور الصوديوم 0,9%.

س8: ما الاختطارات المترتبة على المعالجة التعويضية للبوتاسيوم وريدياً؟

لاحظ الصيدلاني أن وصفة Alendronate وُقعت بأنها أُعطيت ليومين متتالين قبل أن يتم تغيير الوصفة. كانت المريضة قد أُعطيت جرعتين من 70 مغ من مخزونها الشخصي من الأدوية.

س9: ما الأسباب المحتملة لهذا الخطأ؟

الحالة السريرية الثانية:

السيدة ت عمرها 78 سنة، لديها مشاكل قلبية وعائية وقد خضعت حديثاً لعملية تقويم وعائي وشيكات.

تأخذ حالياً clopidogrel 75 مغ، Aspirin 75 مغ، Nicorandil 30 مغ، Atorvastatin 80 مغ، Atenolol 50 مغ.

لقد أوقفت التدخين منذ سنة. جاءت السيدة ت إلى الصيدلية بشكاية براز أسود مدمى والمشكلة قد ساءت بشكل تدريجي عبر اليومين الماضيين. علماً أنها لا تملك أي سوابق هضمية معوية.

(1) ما هو عامل الخطر الذي لدى السيدة ت حتى يتظاهر لديها تأثيرات جانبية هضمية بسبب الدواء؟

(2) ماذا يمكن أن تعطي كمنصحة للسيدة؟

حالات للمناقشة:

الحالة الأولى:

ما رأيك بالوصفة الآتية:

السيد ي. س. العمر 35

200 Carbamazepine مغ (حبة يومياً تزداد بالتدرج حتى 4 حبات)

250 Clarithromycin مغ (حبة كل 12 ساعة لمدة 7 ايام)

500 Paracetamol مغ (حبة 3 مرات يومياً)

الحالة الثانية:

ما رأيك بالوصفة الآتية:

السيدة ل. م. العمر 31

100 Phenytoin مغ (حبة مرتين يومياً)

500 Metronidazole مغ (حبة 3 مرات يومياً)

الحالة الثالثة:

ما رأيك بالوصفة الآتية:

السيدة ن. م. العمر 45

50 Diclofenac مغ (حبة مرتين يومياً)

3 Warfarin مغ (حبة واحدة يومياً)

الحالة الرابعة:

ما رأيك بالوصفة التالية:

السيدة ب. س. العمر 51

Celecoxib 100 مغ (حبة مرتين يومياً)

Fluconazole 3 مغ (حبة واحدة يومياً لمدة 6 اسابيع)

الحالة الخامسة:

مريض يأتي إلى الصيدلية بشكاية وذمات في الأطراف وزيادة الوزن.

من خلال الأسئلة تبين أنه يعاني من آلام مفصلية ويكرر الوصفة الآتية منذ شهرين:

Prednisolone 40 مغ يومياً

Ibuprofen جيل (دهن موضعي مع التدليك)

Paracetamol 1 غ (4 مرات عند الحاجة)

ما هو السبب برأيك وبماذا تنصح المريض؟

الحالة السادسة:

طفل عمره 3 سنوات كان يعاني من التهاب بلعوم وقد وُصف له الأدوية الآتية:

Augmentin susp 457 : 7,5 سم كل 12 ساعة

Cetamol supp 250: تحميله 3 مرات يومياً

Ibuprofen syr : ملعقة صغيرة 3 مرات يومياً بالتناوب مع السيتامول

Disophrol syr : ملعقة صغيرة 3 مرات يومياً

بعد يومين تأتي الأم إلى الصيدلية بشكاية إسهال وغثيان، ماذا تتوقع أن يكون السبب؟ ما هي الأسئلة التي ستطرحها على الأم؟ وكيف سيتم تدبير الحالة؟