



التدبير الدوائي

للحالات السريرية

MEDICATION MANAGEMENT OF CLINICAL CASES



ترجمة وإعداد

د. وهاب حمود
د. محمود دياب
د. فادي رضوان
فادي سكتيني
سعد شبيب

الترجمة العلمية

د. وهاب حمود
استاذة الصحة العامة
كلية الصيدلة - جامعة دمشق

مراجعة التحرير

د. محمود طقوزي
رئيس القسم الطبي
د. زياد الخطيب
رئيس قسم الصيدلة

التدبير الدوائي للحالات السريرية

ترجمة وإعداد

أ.د. وفاء حمّود د. فادي رضوان

د. محمود دياب فادي سخيني

د. سعد شبير

المراجعة العلمية

أ.د. وفاء حمّود

أستاذة الصيدلة السريرية

كلية الصيدلة - جامعة دمشق

هيئة التحرير

د. محمود طلوزي رئيس القسم الطبي

د. زياد الخطيب رئيس قسم الترجمة

بنفوق الطبع متفوظة
دار القدس للعلوم
للطباعة والنشر والتوزيع

دمشق - يرموك - هاتف: 6345391

فاكس: 6346230 - ص.ب: 29130

www.dar-alquds.com

e-mail: info@dar-alquds.com

مقدمة الناشر

بسم الله الرحمن الرحيم

بناءً على الاعتقاد الراسخ بأن تعزيز مأمونية وفاعلية المعالجة الدوائية يعتمد قبل شيء على تناسق وتكامل أدوار الصيادلة والممارسين السريريين برزت الحاجة الملحة لإصدار كتاب يوضح بشكل دقيق وسهل وشامل مدى تأثير فهم الصيدلي والممارس السريري العميق للأسس المنطقية للتدبير الدوائي للحالات السريرية في تحقيق نتيجة إيجابية عند معالجة المريض. لقد ارتأت دار القدس للعلوم أن كتاب:

«التدبير الدوائي للحالات السريرية»

يحقق أسمى الأهداف في تزويد الصيدلي والممارس السريري بالمعرفة والمهارات الضرورية لتحقيق تكامل فعال ومثمر بينهما عند مقارنة مرضى مصابين بحالات مرضية مختلفة. وأخيراً لا يسعنا إلا أن نقدم الشكر الجزيل لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل ونخص بالشكر أستاذة الصيدلة السريرية الدكتورة وفاء حمود التي لم تأل جهداً من أجل الوصول بهذا العمل إلى الشكل الأكمل والأمتثل.

د. محمود موسى طلوزي
رئيس القسم الطبي
والمدير العام لدار القدس للعلوم

تقديم

بسم الله الرحمن الرحيم

تتنوع مصادر العلوم الطبية من كتب ومقالات ونشرات وغيرها، ويحرص كثيرٌ من الصيادلة على تحديث معلوماتهم شغفاً منهم بالبقاء على اطلاع على أحدث التوجيهات والتحذيرات نظراً لمدى تطور دور الصيدلاني من التعامل مع الدواء إلى التعامل مع مستخدمي الدواء أنفسهم، وهذا كان الدافع والملهم الأكبر للعمل على ترجمة هذا الكتاب وإضافة بعض المخططات المهمة له، إذ إن المتابعة والقراءة فقط تبقى خبرات الصيدلاني المعرفية حبيسة ذهنه بعيدة عن حيز التنفيذ ما لم يطبقها على أرض الواقع، فتأتي هنا أهمية الحالات السريرية المكتوبة مقدمةً للممارسة السريرية الفعلية وريفاً لها كي تذكي قدرات الصيدلاني في التعامل مع المريض وتدفعه إلى معالجة مخزونه العلمي لتقديم أفضل مقاربات علاجية تناسب حالة المريض السريرية ليدرك الصيدلاني أن المريض هو محصلة لتقاطع عدة أمراض مع عدة أدوية مستخدمة وليس عبارة عن أعراض معزولة واضحة تأتي مطابقة لما نقرأ في وصف الأمراض أو تصانيف الأدوية.

لابد لي أن أشكر كل من ساهم في إنجاز هذا العمل، وأن أخص بالشكر والامتنان أفراد أسرتي الذين يقدرّون عملي ويحترمون أولويتي في قضاء الساعات الطوال في المراجعة والتدقيق ويدعمونني في الإنجاز، فهم مساهمون في هذا العمل الذي آمل أن يكون مساهمة جديدة للارتقاء بالمستوى التعليمي والمهاري للصيادلة خاصة وللممارسين السريريين عامة، كي يعود بالمحصلة على فائدة المريض الذي هو دائماً محور اهتمام البحوث والعلوم الطبية.

والله أبدأ من وراء القصد.

أ.د. وفاء حمّود

أستاذة الصيدلة السريرية

كلية الصيدلة - جامعة دمشق

المحتويات

- 17..... Hypertension **الفصل 1: فرط ضغط الدم**
- 39..... Ischaemic Heart Disease **الفصل 2: الداء القلبي الإقفاري**
- 71..... Myocardial Infarction **الفصل 3: احتشاء العضلة القلبية**
- 97..... Cardiac Failure **الفصل 4: قصور القلب**
- 133..... Stroke **الفصل 5: السكتة الدماغية**
- الفصل 6: الداء السكري من النمط الأول في الطفولة**
- 151..... Type 1 Diabetes in Childhood
- 171..... Type 2 Diabetes Mellitus **الفصل 7: الداء السكري النمط الثاني**
- 191..... Acute Renal Failure **الفصل 8: الفشل الكلوي الحاد**
- الفصل 9: القصور الكلوي المزمن المُدبَّر بالديال الصفاقي الألي**
- 223..... Chronic Renal Failure Managed by Automated Peritoneal Dialysis
- 249..... Renal Transplantation **الفصل 10: زرع الكلية**
- 279..... Asthma **الفصل 11: الربو**
- الفصل 12: الداء الرئوي الانسدادي المزمن**
- 303..... Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- 341..... Peptic Ulcer **الفصل 13: القرحة الهضمية**
- 363..... Crohn's Disease **الفصل 14: داء كرون**
- 381..... Alcoholic Liver Disease **الفصل 15: داء الكبد الكحولي**
- 407..... Rheumatoid Arthritis (RA) **الفصل 16: التهاب المفاصل الرثياني**
- 429..... Osteoporosis **الفصل 17: ترقق العظام**

461	الفصل 18: الصرع Epilepsy
479	الفصل 19: داء باركنسون Parkinson's Disease
505	الفصل 20: الاكتئاب Depression
523	الفصل 21: الفصام Schizophrenia
545	الفصل 22: الخرف Dementia
577	الفصل 23: سوء استعمال المخدرات Drug Misuse
	الفصل 24: مرض فيروس العوز المناعيّ البشريّ المكتسب (HIV): الأخماج الانتهازية والمعالجة بمضادّات الفيروسات القهقرية Human Immunodeficiency Virus (HIV) Disease: Opportunistic Infections and Antiretroviral Therapy
611	الفصل 25: علم الأورام Oncology
	الفصل 26: السيطرة على الأعراض في الرعاية الملطفة Symptom Control in Palliative Care
667	الفصل 27: الإكزيمة Eczema
687	الفصل 28: الصدفية Psoriasis
705	الفصل 29: المعالجة المضادة للتخثر Anticoagulant Therapy
727	الفصل 30: جراحة الكولون والمستقيم Colorectal Surgery
749	الفصل 31: استئصال المرارة Cholecystectomy
765	الفصل 32: التدبير الدوائي Medicines Management
793	الفصل 33: تدبير الاختطارات الدوائية Managing Medicine Risk

المراجع

1. Linda J Dodds

Drugs in Use

Clinical case studies for pharmacists, Fourth Edition

Pharmaceutical Press, 2010

2. Barbara G. Wells, Joseph T. DiPiro, Terry L.

Schwinghammer, Cecily V. DiPiro,

Pharmacotherapy Handbook, Seventh Edition

The McGraw-Hill Medical, 2009

3. Roger Walker, Cate Whittlesea

Clinical Pharmacy and Therapeutics, Fourth Edition

Churchill Livingstone, 2007

1

فرط ضغط الدم

Hypertension

دراسة حالة مع أسئلة

case study and questions

اليوم الأول: السيد ف.م، 48 سنة وزنه 95 كغ وطوله 170 سم، يعمل سائق شاحنة، تبين بفحصه من قبل طبيبه العام أن ضغط الدم لديه أثناء الراحة 92/162 ملم زئبق وكان نبضه أثناء الراحة 82 نبضة في الدقيقة. كان بصحة جيدة نسبياً ويتناول ibuprofen 400 ملغ بدون وصفة طبية ثلاث مرات في اليوم من أجل ألم التهاب المفاصل عند الضرورة. يدخن السيد ف.م 15 سيجارة في اليوم ويشرب 6 وحدات على الأقل من الكحول في أربع ليالي كل أسبوع. الكوليسترول الكلي (TC) لديه 228 مغ/دل والليپوبروتين مرتفع الوزن الجزيئي (HDL) 58 مغ/دل (نسبة HDL:TC هي 3.9).

س1: ما أهمية ضبط ضغط الدم؟

س2: كيف يتم تقييم اختطار إصابة السيد ف.م بداء قلبي وعائي؟

س3: هل يجب معالجة فرط ضغط الدم عند السيد ف.م وفقاً للدلائل الإرشادية الحالية؟

س4: ما هي المقاربات غير الدوائية التي يمكن للسيد ف.م أن يقوم بها لخفض ضغط الدم

لديه وخفض اختطار إصابته بداء قلبي وعائي وما أهمية ذلك؟

س5: ما هو خط العلاج الأول المناسب لعلاج فرط ضغط الدم عند السيد ف.م؟

الشهر الثالث: تم تسجيل ضغط الدم لدى السيد ف.م مرتين أخريين وكانت القيم 91/160 ملم زئبق و92/164 ملم زئبق، فقرر طبيبه العام البدء بالمعالجة بال ramipril.

س6: ما هي الجرعة البدئية المناسبة وما هو نظام معايرة الجرعة وما هي المراقبة المطلوبة، وما هي النصائح المهمة للسيد ف.م؟

س7: ما هي الاستقصاءات الأخرى، إن وجدت، المناسبة للسيد ف.م كمريض فرط ضغط الدم مُشخص حديثاً؟

س8: ما هي قيمة ضغط الدم الهدف المناسبة عند السيد ف.م؟

س9: ما هو التواتر الذي يجب فيه مراقبة ترقى حالة السيد ف.م فيما يخص قيم ضغط الدم والضحوص الكيميائية الحيوية والتأثيرات الجانبية المحتملة؟

س10: هل يجب أن يبدأ السيد ف.م بأخذ ال aspirin و ال statin أم لا؟

تابع السيد ف.م مراجعة المركز الطبي كل شهرين لكن استمر ضغط الدم لديه مرتفعاً رغم وصف ال ramipril له. بعد تسعة أشهر تم قبول السيد ف.م في وحدة الإسعاف في المستشفى بسبب سقوطه في العمل مع ألم صدري زال سريعاً باستخدام glyceryl trinitrate تحت اللسان. أقرّ بأنه كان يعاني من آلام صدرية على الجهد منذ شهرين وتم قياس ضغط الدم لديه والذي كان 99/165 ملم زئبق.

نتائج التحاليل الدموية والكيميائية الحيوية كانت كالآتي:

المجال المرجحى	النتيجة	العلم المخبرى
150-135	140 ممول/ل	الصوديوم:
5-3.5	4.9 ممول/ل	البوتاسيوم:
1.2 -0.6	1.5 مغ/دل	الكرياتينين:
18-12	11.2 غ/دل	الخصاب:
200 >	275 مغ/دل	الكولسترول الكلي:
100 >	74 مغ/دل	سكر الدم:
%7 >	%6.7	الخصاب الغلوكوزى (HbA _{1c}):

وهو موضوع حالياً على العلاج التالي:

- ramipril 5 ملغ يومياً.
- simvastatin 10 ملغ باليوم.
- paracetamol 1 غ أربع مرات باليوم عند الضرورة.
- aspirin 75 ملغ يومياً.

اعترف باستمراره بشراء ال ibuprofen دون وصفة طبية وعدم التزامه بتناول دواء ال statin.

- س11: كيف يمكن تعزيز الالتزام بالمعالجة وتطوير علاقة منسجمة مع السيد ف.م؟
- س12: ما هي الأدوية التي يمكن إضافتها لضبط ضغط الدم بشكل أفضل عند السيد ف.م؟
- س13: ما هي توصياتك للسيد ف.م الذي يرغب بمراقبة ضغطه الدموي في المنزل؟
- س14: أوجز خطة الرعاية الصيدلانية للسيد ف.م؟
- س15: ما هي الاعتبارات الخاصة التي يتم تطبيقها لعلاج فرط ضغط الدم عند المسنين؟

ANSWERS

الأجوبة

السؤال 1: ما أهمية ضبط ضغط الدم؟

الجواب 1: هناك ارتباط إحصائي بين فرط ضغط الدم وتطور المرض القلبي الوعائي CVD وأذية أعضاء أخرى وبشكل خاص العينين والكليتين.

بينت عديدٌ من الدراسات الوبائية واسعة النطاق أن المراضة والوفيات من مرض القلب الإقفاري IHD وقصور القلب الاحتقاني وضخامة القلب واحتشاء العضلة القلبية MI والسكتات الدماغية تزداد كلما كانت قيم ضغط الدم أعلى.

يعتبر فرط ضغط الدم أحد عوامل الخطر لتطور الـ CVD، وتتضمن عوامل الخطر الأخرى تلك القابلة للتعديل مثل ارتفاع مستويات الكوليسترول والتدخين واضطراب استقلاب السكر والسمنة، وتلك غير القابلة للتعديل مثل العمر والجنس وقصة حوادث قلبية إكليلية. على كل حال لا يوجد ضغط دم "طبيعي" ولا يمكن كذلك التوقع بدقة المرضى ذوي الخطر لتطور الـ CVD. فرط ضغط الدم هو عامل خطر للـ CVD قابل للتعديل ويشير تحليل بعدي (Meta-analysis) من Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration إلى أن إنقاص ضغط الدم باستخدام خافضات ضغط الدم يُنقص الخطر القلبي الوعائي عند كل من هم (> 65 سنة) وعند المسنين (≤ 65 سنة). تشير البيانات حتى الآن إلى انخفاض واضح في معدل الوفيات الناجمة عن السكتات الدماغية بنسبة 33% وانخفاض 26% في معدل الوفيات الإكليلية وانخفاض 22% في معدل الوفيات القلبية الوعائية CV بين المجموعة المعالجة والمجموعة الشاهد.

يحتاج المرضى المصابون مسبقاً بأمراض القلب الوعائية أو ذوي الاخطار العالي لتطور أمراض القلب الوعائية (< 20% خلال 10 سنوات) تدبيراً أكثر صرامة وأبكر لضغطهم الدموي. ولكن يجب عدم النظر لتدبير ارتفاع التوتر الشرياني بشكل معزول وإنما يجب الأخذ بعين الاعتبار التدخلات الأخرى مثل وصف الـ statins والـ aspirin اعتماداً على تقييم اخطار إصابة المرضى بأمراض القلب الوعائية أو قصة إصابات سابقة بأمراض القلب الوعائية.

السؤال 2: كيف يتم تقييم اخطار إصابة السيد ف.م بداء قلبي وعائي؟

الجواب 2: عند مريض مثل السيد ف.م ليس لديه مرض قلبي وعائي يجب إجراء تقييم شامل للاخطار باستخدام أداة تقييم اخطار موثوقة، على سبيل المثال جداول تقييم الاخطار القلبي الوعائي للجمعيات البريطانية المشتركة التي نشرت في كتاب الوصفات الطبية الوطنية البريطانية (BNF). يجب استخدام هذا التقييم لتوجيه المناقشات والقرارات بخصوص خيارات العناية الممكنة مثل كم يجب أن يكون التدخل مكثفاً، وما إذا كان استخدام تدخلات دوائية لتدبير ضغط الدم واخطار الأمراض القلبية الوعائية المرافقة واجباً.

التقدير الرسمي لاخطار الإصابة بأمراض القلب الوعائية يجب أن يتضمن العمر والجنس وضغط الدم الانقباضي ومستوى الكوليسترول الكلي TC ومستوى HDL والتدخين وكذلك وجود ضخامة بطين أيسر. هناك عوامل أخرى يجب أن تؤخذ بالحسبان عند تقييم الاخطار الكلي للإصابة بأمراض القلب الوعائية وهي البدانة في منطقة البطن واضطراب تنظيم السكر وارتفاع مستوى الشحوم الثلاثية الصيامية ووجود قصة عائلية لأمراض قلبية وعائية بسن مبكرة. ومن الضروري الانتباه إلى أن أدوات تقييم الاخطار قد تبخس تقدير أو تعالي في تقدير اخطار الإصابة بأمراض القلب الوعائية عند بعض المجموعات العرقية. على سبيل المثال اخطار الإصابة بأمراض القلب الوعائية عند الأشخاص من شبه القارة الهندية أعلى مرة ونصف من المتوقع باستخدام أدوات التقييم.

يمكن حساب اختطار إصابة السيد ف.م بأمراض القلب الوعائية باستخدام أداة تقييم الاختطار للجمعيات البريطانية المشتركة ويقدر بـ 18% خلال السنوات العشر القادمة. الطبيب الذي يقوم بالتقييم يأخذ بعين الاعتبار وزن السيد ف.م والقصة العائلية والعرق وعوامل أخرى عند إجراء تخمين حول مدى مطابقة هذا التقدير الأولي للسيد ف.م. من المهم أن نبيّن للسيد ف.م كيف أن شخصاً مماثلاً غير مدخن يكون لديه الاختطار 10.9% فقط والذي قد يحفزه لمحاولة إيقاف التدخين.

يتم اختيار عتبة ضغط الدم التي يبدأ العلاج عندها للموازنة بين الفوائد السريرية الممكنة (من تجنب الحوادث القلبية الوعائية) والضرر الكامن (التأثيرات الجانبية) والإمكانات المادية للمريض. في بريطانيا، المريض "عالي الاختطار" هو المريض الذي اختطار إصابته بالأمراض القلبية الوعائية خلال عشر سنوات أكبر أو يساوي 20%. يحدد هذا المستوى من الاختطار العتبة التي يجب عندها البدء بعلاج فرط ضغط الدم واستخدام الـ aspirin و/ أو الـ statin.

تقييم اختطار الإصابة بـ CVD غير ضروري عند المرضى المصابين بـ CVD مسبقاً أو ذوي الاختطار العالي للإصابة بـ CVD بسبب مرض موجود مثل الداء السكري واضطراب الشحوم العائلي.

السؤال 3: هل يجب معالجة فرط ضغط الدم عند السيد ف.م وفقاً للدلائل الإرشادية الحالية؟

الجواب 3: ليس مباشرة، المريض بصحة جيدة نسبياً ولديه عديد من عوامل الاختطار القابلة للتعديل وكذلك قيم ضغط الدم أعلى بقليل فقط من القيمة التي تعتبر بشكل طبيعي كعتبة للعلاج الدوائي. يجب عدم اتخاذ القرار بالبدء بعلاج دوائي قد يستمر مدى الحياة عند مريض سليم من النواحي الأخرى بسهولة، أما بالنسبة للمرضى ذوي الاختطار المنخفض للإصابة بـ CVD فمن الممكن محاولة تغيير نمط الحياة قبل البدء بالعلاج الدوائي وحتى تأخير البدء بالعلاج.

يجب أن تأخذ العتبات لمعالجة ضغط الدم المرتفع بعين الاعتبار الاخطار الكلي للإصابة بـ CVD إضافة لقيم التوتر الشرياني وكلما كان اخطار الإصابة بـ CVD أكبر كلما كانت الفائدة من العلاج أكبر. اتفقت الدلائل الإرشادية لـ NICE لتدبير فرط ضغط الدم في الرعاية الأولية الصادرة في عام 2006 والدلائل الإرشادية للجمعية البريطانية لفرط ضغط الدم على أن عتبة معالجة البالغين بدون اختلاطات CVD والذين ليسوا ذوي اخطار عالٍ للإصابة بـ CVD (الاخطار أقل من 20% خلال 10 سنوات) يجب أن تكون عند ثبات ضغط دم $\leq 100/160$ ملم زئبق. يجب أيضاً البدء بالعلاج سواء كان الضغط المرتفع هو الانبساطي فقط أو الانقباضي فقط. تطبق عتبة ضغط الدم 90/140 ملم زئبق إذا كان هناك CVD أو إصابة أعضاء أخرى أو إذا كانت هناك فرصة 20% أو أكثر لتطور CVD (أو في بعض الدلائل الإرشادية وجود داء السكري النمط الثاني).

يتغير ضغط الدم باستمرار وتتأثر أي قراءة فردية بعدد من العوامل مثل الوضعية والوقت من اليوم الذي يقاس فيه والانفعالات والجهد. بالإضافة لذلك هناك "متلازمة المعطف الأبيض" وفيه يعاني المريض من ارتفاع في ضغط الدم عندما يدخل من أجل الاستشارة الطبية أي عند زيارة الطبيب، ونتيجة لذلك تكون نسبة خطأ تشخيص فرط ضغط الدم مرتفعة. لتجنب ذلك يجب أن يكون المريض مرتاح قدر الإمكان ويجب قياس ضغط الدم عدة مرات خلال فترة معينة من الوقت قبل أن يتم وضع تشخيص فرط ضغط الدم. تختلف الفترة الزمنية الموصى بها وكذلك عدد مرات قياس ضغط الدم حسب شدة ارتفاع ضغط الدم. يجب استخدام متوسط قيم ضغط الدم المسجلة في تقييم الاخطار.

السؤال 4: ما هي المقاريات غير الدوائية التي يمكن للسيد ف.م أن يقوم بها لخفض ضغط الدم لديه وخفض اخطار إصابته بـ CVD. ولماذا يعتبر ذلك مهماً؟

الجواب 4: تتضمن الإجراءات غير الدوائية التي يمكن استخدامها لخفض ضغط الدم عند السيد ف.م إنقاص الوزن وإيقاف التدخين وتناول الكحول وزيادة التمرينات الرياضية وتقليل كميات الملح والكافئين المتناولة وتجنب بعض الأدوية التي تؤخذ بدون وصفة طبية.

قد يسمح اتباع المقاربات غير الدوائية بتجنب ضرورة استخدام العلاج الدوائي ويقلل كذلك عدد الأدوية وكمية الجرعات المطلوبة لضبط ضغط الدم لدى السيد ف.م. بالإضافة لذلك إن بعض المقاربات غير الدوائية لا تؤثر بحد ذاتها على ضغط الدم ولكنها قد تحسن الاختطار القلبي الوعائي والذي يعتبر ارتفاع ضغط الدم هو فقط أحد المساهمين به.

لتحسين قيم ضغط الدم واختطار الـ CVD الإجمالي عند مريض مثل السيد ف.م يجب القيام

بما يلي:

(a) تعديل وزن الجسم للوصول إلى وزن الجسم المثالي عن طريق خفض تناول الدهون والحريرات الكلية. إن مشعر كتلة الجسم BMI عند السيد ف.م هو 32.9 كغ/م² وهو على الأغلب بدين، لكن ينبغي ملاحظة ما إذا كانت هذه القيمة لمشعر كتلة الجسم ناجمة فقط عن كونه ذا بنية عضلية. هناك ارتباط بين زيادة الوزن وفرط الضغط عند المرضى من كل الأعمار رغم أن هذه العلاقة تقل في المرضى المسنين. إن إنقاص الوزن يؤدي عادة إلى نقص مرافق في ضغط الدم (رغم أنه ضئيل) ولكن اتباع نظام غذائي من أجل إنقاص الوزن مشكلة وليس من السهل الاستمرار به. عادة الهدف هو تغيير جوانب معينة من الوارد القوتي وبشكل خاص كمية الدهون المستهلكة. أي تغييرات في النظام الغذائي للشخص يجب أن تدمج باتباع نظام غذائي متوازن مع زيادة استهلاك الخضراوات والفواكه بأنواعها المختلفة.

(b) عدم تناول الكحول.

(c) تجنب تناول الأطعمة المالحة وتخفيف كمية الصوديوم المتناولة يومياً في النظام الغذائي لأقل من 2.4 غ/اليوم والتي تعادل 6 غ من الملح. وهذه الكمية من الملح هي الموصى بها لكل المرضى بغض النظر عما إذا كانوا يتناولون علاج دوائي لفرط ضغط الدم أم لا. هناك بعض البراهين على أن تحديد استهلاك الصوديوم يؤدي إلى إنقاص ضئيل لضغط الدم الانقباضي. رغم أنه من الصعب أن يحدث انخفاض ملموس في قيم ضغط الدم بتقييد الصوديوم إلا أن استهلاك كميات كبيرة من الصوديوم يلغي فعالية الأدوية الخافضة لضغط الدم والمدرات diuretics. يجب توجيه السيد ف.م إلى استخدام بدائل الملح (مثل Lo-salt الحاوي على كمية أقل من الصوديوم) وعدم استخدام الملح في الطبخ وتخفيف كمية الأطعمة الغنية بالصوديوم المتناولة.

زيادة كمية البوتاسيوم في النظام الغذائي (على سبيل المثال تناول الموز) يمكن أيضاً أن يعوض أي نقص بوتاسيوم ناجم عن التأثيرات الجانبية للأدوية بسبب الـ diuretics وهو بحد ذاته خافض للضغط.

(d) القيام بالتمارين البدنية بشكل منتظم: وخاصة الديناميكية أكثر من التمارين أسوية القياس. إن طبيعة مهنة السيد ف.م تجعله كثير الجلوس كسائق شاحنة. المشي والسباحة (لمدة 30-45 دقيقة ثلاث إلى أربع مرات في الأسبوع) يمكن أن تؤدي إلى خفض خفيف في ضغط الدم. من الضروري المحافظة على القيام بالتمارين البدنية بشكل منتظم لأن أي فائدة تفقد خلال 14 يوماً من إيقاف التمارين البدنية.

(e) إيقاف التدخين: إن السيد ف.م يدخن وإيقافه التدخين ذو فوائد بخصوص الاختطار الكلي للإصابة بـ CVD، رغم أن الدلائل الإرشادية لا تتفق حول ما إذا كان إيقاف التدخين سيؤدي إلى انخفاض مباشر في قيم ضغط الدم. يجب أن يُنصح السيد ف.م حول برامج الإقلاع عن التدخين ومجموعات الدعم. يجب التحقق من عدم وجود محاذير أو مضادات استطباب لاستخدام بعض المنتجات المستخدمة كعلاج دوائي لإيقاف التدخين.

(f) تجنب الاستهلاك الزائد للكافئين أكثر من 5 فناجين باليوم وغيرها من المنتجات الغنية بالكافئين باعتبار أنها قد تسبب فرط ضغط الدم.

(g) بعض مجموعات الأدوية التي تؤخذ بدون وصفة طبية OTC قد تسبب مشاكل عند مرضى فرط الضغط. يجب أن ينصح كل المرضى باستشارة الصيدلاني قبل شراء أي من هذه الأدوية. على سبيل المثال مضادات الحموضة antacids قد تقلل من امتصاص مثبطات الأنزيم المحول للأنجيوتنسين ACEIs ومضادات الاحتقان decongestants المحاكية للودي الفموية يمكن أن تسبب فرط ضغط. يجب أيضاً نصح السيد ف.م بأن يكون حذراً من الأدوية التي يتناولها سواء بوصفة طبية أو بدون وصفة والتي تكون ذات محتوى عالٍ من الصوديوم أو الأدوية الموجودة بتركيبه فوارة. يشتري السيد ف.م أحد أدوية مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs (ibuprofen) الذي قد يسبب احتباس سوائل وارتفاعاً لاحقاً في ضغط الدم وبالتالي يجب تجنب تناول هذه الأدوية.

السؤال 5: ما هو خط العلاج الأول المناسب لمعالجة فرط ضغط الدم عند السيد ف.م.؟
الجواب 5: يتأثر اختيار خط العلاج الأول عند السيد ف.م. بعمره وعرقه والأمراض الأخرى المرافقة. هناك بعض المرضى لديهم أسباب مُلزمة تعود إلى إصابتهم بأمراض أخرى تجعلهم يستخدمون أو لا يستطيعون استخدام بعض العلاجات، فيما عدا ذلك يمكن استخدام قاعدة "ACD" كما هي موجزة لاحقاً. يعرض دليل قائم على البيئية دور ثلاث مجموعات من خافضات الضغط وهي A (مثبطات الإنزيم المحوّل للأنجيوتنسين ACEIs) و C (حاصرات قنوات الكالسيوم CCBs) و D (المدرات Diuretics) ويُرشد اختيار الدواء بالاعتماد على العمر والعرق.

الأمراض المرافقة: من الضروري في البداية الأخذ بعين الاعتبار ما إذا كان لدى السيد ف.م. استتباب أو مضاد استتباب مطلق أو نسبي لأي من الصفوف الرئيسية للأدوية الموصى بها. على سبيل المثال وجود قصور قلب هو استتباب لاستخدام ACEIs حتى في مجموعات المرضى التي لا تكون لديها هي الخيار البدئي المفضل (إذا كان السعال مشكلة تستخدم حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين ARBs).

العمر: يوصي تحليل بعدي أجري بواسطة NICE بأنه يجب أن توصف ACEIs للسيد ف.م. (باعتبار عمره أقل من 55 سنة) ما لم يكن من العرق الأسود وعندما يبلغ الـ 55 أو أكبر تصبح CCBs أو الـ diuretics خياراً بدئياً مناسباً أكثر.

العرق: تتصح الدلائل الإرشادية بإعطاء مدرات الـ thiazide أو CCBs (ديهيدروبيريدين) إذا كان السيد ف.م. من العرق الأسود (من أفريقيا أو من أصل كاريبي caribbean descent ولكن ليس من عرق مختلط أو آسيوي أو صيني) بغض النظر عن عمره. في حال كان لدى الطبيب الذي يصف الأدوية خيار بين أدوية الخط الأول فإنه يجب أن يوضع الخيار الفعلي بالمشاركة مع المريض مع الأخذ بعين الاعتبار المحاكمة السريرية واختطار التأثيرات الجانبية وتفضيلات المريض. لم تعد حاصرات بيتا β -blockers ملائمة للاستخدام كعلاج بدئي لفرط الضغط إلا في حال وجود أسباب مُلزمة على سبيل المثال IHD. لقد تبين أن β -blockers أقل فعالية من أدوية الصفوف الأخرى في الإقلال من الحوادث CV الكبيرة، خاصة السكتات كما أنها أقل فعالية من ACEIs أو CCBs في خفض اختطار الداء السكري وخاصة عند وصفها بالمشاركة مع مدرات الـ thiazide.

السؤال 6: ما هي الجرعة البدئية الملائمة وما هو نظام معايرة الجرعة وما هي المراقبة المطلوبة وما هي النصائح التي يحتاجها السيد ف.م.؟

الجواب 6: الجرعة البدئية المرخصة من الـ ramipril في علاج فرط ضغط الدم هي 1.25 ملغ تزداد كل أسبوع إلى أسبوعين لتصل إلى الجرعة القصوى وهي 10 ملغ. يجب مراقبة وظائف الكلية والبوتاسيوم عند السيد ف.م. ويجب كذلك مراقبة ضغط الدم. يجب أن يشمل النصح الأسباب التي من أجلها يجب ضبط ضغط الدم لديه وقضايا نمط الحياة التي ينبغي التطرق إليها وكذلك معلومات حول الـ ramipril.

يلعب جهاز الرينين- أنجيوتنسين - ألدوسترون دور رئيسي في ارتفاع ضغط الدم حيث يُنتج الأنجيوتنسين II المقبض الوعائي الفعال ويحرر الألدوستيرون. تحصر ACEIs الأنزيم المسؤول عن تحويل الأنجيوتنسين I إلى الأنجيوتنسين II الفعال بشكل تنافسي وهي تزيد من إطراح الصوديوم عن طريق كل من خفض مستويات الألدوستيرون وتوسيع الأوعية الكلوية وهي تُنقص تحطم البراديكينينات الموسعة للأوعية وتثبط التشكل الموضعي للأنجيوتنسين II في الأنسجة. تكون مستويات الرينين منخفضة عند المرضى المسنين بشكل شائع لكن تبقى ACEIs فعالة في خفض ضغط الدم لديهم، كما أنها مفيدة عند مرضى العرج (Claudication) بسبب تأثيراتها الموسعة للأوعية.

يجب قياس مستويات الشوارد والكرياتينين القاعدية في المصل عند السيد ف.م. كما يجب مراقبة ضغط الدم لديه بعد البدء بالـ ramipril، ويجب أيضاً إعادة تحري بوتاسيوم المصل (لأن فرط بوتاسيوم الدم محتمل) والكرياتينين في المصل بشكل مثالي بعد أسبوع من البدء بالـ ramipril. يمكن أن تسبب ACEIs سوء وظيفة كلوية مفاجئ وخاصة في حال وجود تضيق في الشريان الكلوي. يؤدي تضيق الشريان الكلوي إلى انخفاض ضغط الترشيح الكبيبي. يقبض الأنجيوتنسين II الشريينات الكبيبية الصادرة ويساعد على زيادة مدرج الضغط عبر الكبيبات. يُعكس هذا التأثير الضروري بواسطة ACEIs وهذا يؤدي بالنتيجة إلى انخفاض التروية الكلوية.

بالرغم من أنه لا يوجد دليل على إصابة السيد ف.م بتضيق الشريان الكلوي ولكن اختطار وجود تضيق في الشريان الكلوي صامت تزداد في حال وجود أمراض في الأوعية المحيطية. يجب إعطاء السيد ف.م نصائح شفهية ومعلومات حول لماذا عليه أن يتناول هذا الدواء وما يحدث إذا لم يتناوله وإن أي نصيحة يجب أن تدعم بمنشورات مع اختيار مواقع الإنترنت المناسبة ويجب توجيه السيد ف.م إلى منشورات المعلومات الخاصة بالمريض حول الأدوية الخافضة للضغط الموصوفة له كمصدر إضافي للمعلومات. يجب إخبار السيد ف.م أن الجرعات الأولى من ال ramipril من الأفضل أن تؤخذ قبل النوم في حال أدى انخفاض ضغط الدم لحدوث دوخة، كما يجب إخباره أنه إذا حدث لديه سعال جاف أو شعر بأي من التأثيرات الجانبية يجب عليه إخبار الطبيب أو الصيدلاني. بالإضافة لذلك كما هي الحال عند البدء باستخدام أي من الأدوية الخافضة للضغط عليه أن يدرك إدراكاً كاملاً ما يلي:

- (a) يجب عليه الالتزام بالجرعة الموصوفة للحصول على انخفاض أعظمي في قيم ضغط الدم باستخدام المستويات الأقل من العلاج الدوائي.
- (b) قد يحتاج لتغيير الجرعة أو تغيير الدواء عدة مرات قبل الحصول على ضغط الدم المثالي لديه.
- (c) يجب عليه أن يخبر أو يتحدث مع الصيدلاني أو الطبيب الذي وصف له الأدوية عن أي تأثيرات جانبية ممكنة.
- (d) يجب أن يتم القيام بتعديلات نمط الحياة الموصوفة سابقاً باعتبارها مساعدة على خفض ضغط الدم.
- (e) إن فرط ضغط الدم لاعرضي وسوف لن يشعر المريض أنه أفضل بل قد يشعر بأنه أسوأ بعد المعالجة بسبب التأثيرات الجانبية للأدوية وعدم استيعاب ذلك قد يسبب عدم التزام المريض بالعلاج.
- (f) NSAIDs التي تؤخذ بدون وصفة طبية (مثل ال ibuprofen وال naproxen) قد ترفع ضغط الدم لديه ويجب عليه التوقف عن شرائها.

السؤال 7: ما هي الاستقصاءات الأخرى، إن وجدت، المناسبة للسيد ف.م كمرضى فرط ضغط دم مُشخص حديثاً؟

الجواب 7: هناك عدد من الفحوصات الكيميائية الحيوية الروتينية الإضافية الملائمة للمرضى المكتشف لديهم حديثاً فرط ضغط الدم والتي تساعد على وضع بروفيل دقيق لاختطار الإصابة بـ CVD وتساعد على استقصاء وجود الداء السكري أو وجود أي أذية في القلب أو الكليتين ناتجة عن فرط ضغط الدم، وللبحث عن أسباب أخرى لفرط الضغط الثانوي مثل أذية الكلية.

شريط البول لفحص البروتين والدم؛ وجود البروتين في البول (بيلة بروتينية) أو الدم في البول يساعد على معرفة المرضى المصابين بأذية كلوية لكن لا نستطيع تمييز هؤلاء المصابين بأمراض كلوية ولديهم فرط ضغط ثانوي عن أولئك المرضى الذين لديهم أذية كلوية ناجمة عن فرط الضغط.

شوارد الدم والكرياتينين: يجب التحقق من مستويات الصوديوم والبوتاسيوم لنفي فرط الضغط الناتج عن أمراض الغدة الكظرية. وكذلك مستويات البولة الدموية والكرياتينين تعكس وظيفة الكلية ويجب استخدامها لنفي وجود مرض كلوي كسبب لفرط الضغط الثانوي.

سكر الدم والخضاب الغلوكوزي HbA1c: وهي ضرورية لتحديد إذا كان المريض لديه داء سكري أم لا.

الكولسترول الكلي وال HDL في المصل: وهي ضرورية لتحديد بروفيل الكولسترول للمريض. حالياً هناك دليل ضعيف لدعم استخدام تخطيط القلب الكهربائي (ECG) كاستقصاء روتيني لتحديد سرعة القلب عند المريض والنظم واضطرابات التوصيل وحجم البطين الأيسر وأذية العضلة القلبية، لكن قد يستخدم ECG لتأكيد أو نفي وجود ضخامة البطين الأيسر التي هي أحد متغيرات تقييم اختطار CVD.

السؤال 8: ما هي قيمة ضغط الدم الهدف المناسبة للسيد ف.م؟

الجواب 8: تنصح NICE بقيمة ضغط دم هدف > 90/140 ملم زئبق.

هذا الهدف مدعوم من قبل الجمعية البريطانية لفرط ضغط الدم BHS من أجل المرضى بدون اختلاطات، لكن الدلائل الإرشادية لـ BHS و BNF تنصح بهدف أكثر صرامة (80/130 ملم زئبقي) عند المرضى ذوي الاختطار العالي (المرضى المعروفين بإصابتهم بـ CVD).

أو اختطار الإصابة به أكثر من 20% خلال عشر سنوات، أو أذية للأعضاء أو داء سكري نمط (ثاني) ولذلك هناك بعض الخلط في الممارسة العملية. وقد يكون الهدف لدى مرضى الكلية أو المرضى الذين لديهم بيلة بروتينية أقل من ذلك. بالطبع بعض المرضى لا يحققون هذه الأرقام الهدف أبداً رغم حماسهم وبوجود الدعم المهني الجيد لأن التأثيرات الجانبية تحدد ما هو قابل للتطبيق. يُعد أي انخفاض في ضغط الدم مفيداً بالنسبة لمرضى فرط الضغط. يجب التوصل للقرارات بخصوص تكثيف المعالجة وأهدافها بالمناقشة مع المريض.

السؤال 9: ما هو تواتر مراقبة تطور حالة السيد ف.م فيما يخص قيم ضغط الدم والفحوصات الكيميائية الحيوية والتأثيرات الجانبية الممكنة؟

الجواب 9: يجب مراقبة ضغط الدم روتينياً حتى يستقر ويصبح عند المستوى المرغوب. يقترح موجز خصائص المُنْتَجِ SPC بالنسبة لـ ramipril زيادة الجرعة كل 1-2 أسبوع لكن يعتمد ذلك بشكل واضح على تأثيره وعلى ظهور تأثيراته الجانبية وعلى إلحاحية الحاجة لإنقاص ضغط الدم. يعتبر التزام المريض بالعلاج أمراً مهماً جداً. تقترح بعض الدلائل الإرشادية تقييم ضغط الدم بعد 4 أسابيع من العلاج الثابت قبل اعتبار التأثير لجرعة دوائية معينة. بعد انتهاء المعالجة تعتمد إعادة الفحص على حالة المريض. قد يرغب الطبيب بإعادة قياس ضغط الدم للسيد ف.م مرة كل شهر، ولكن يمكن في بعض الحالات أن يقلل عدد مرات القياس إلى مرة واحدة في السنة. يجب أن يُسأل السيد ف.م عن التأثيرات الجانبية في كل زيارة، ويجب مراقبة وظائف الكلية بعد أسبوع أو نحو ذلك من كل زيادة في جرعة ACEIs وبعد ذلك يجب مراقبتها سنوياً.

تترافق ACEIs مع تأثيرات جانبية مهمة. قد يحدث اختلال وظيفة الكلية لذلك تعد مراقبة وظائف الكلية ضرورية (بولة وكرياتينين). وقد يحدث التدهور في وظائف الكلية بشكل سريع كما ذكر سابقاً ولذلك يجب فحص مستويات البولة والكرياتينين في المصل قبل العلاج وبعد فترة قصيرة من البدء بتناول ACEIs. قد تزداد مستويات البوتاسيوم بسبب تثبيط الألدوستيرون ويجب مراقبتها أيضاً، ولهذا السبب يجب عدم وصف ACEIs بالمشاركة مع المدرات الحافظة للبوتاسيوم.

قد يحدث سعال جاف تخريشي في حوالي 15% من المرضى ويجب الاستفسار عنه بشكل مباشر. يُعتقد أنه متوسط بزيادة مستويات البراديكينين.

السؤال 10: هل يجب وصف الـ aspirin والـ statin للسيد ف.م.؟

الجواب 10: غالباً لا، إلا إذا كانت لديه عوامل اختطار أخرى معروفة.

تتفق معظم المصادر أن الـ aspirin يحتفظ به للمرضى فوق الخمسين سنة الذين لديهم إما داء سكري أو اختطار للإصابة بـ CVD خلال 10 سنوات 20% أو لديهم CVD أو أذية بالأعضاء الأخرى. بالإضافة لذلك يجب أن يكون ضغط الدم مضبوطاً قبل البدء بالـ aspirin. تقترح تجربة HOT أن إعطاء الـ aspirin 75 ملغ يومياً للمرضى فوق الخمسين سنة من العمر الذين لديهم ضغط الدم مضبوط بشكل جيد قد يخفف اختطار CVD بمقدار 15% واحتشاء العضلة القلبية بمقدار 36% لكن يزداد اختطار حدوث النزوف غير الدماغية ويجب موازنة ذلك مقابل فائدة إنقاص اختطار المرض القلبي الإكليلي عند كل مريض على حدة. بصورة مشابهة لا يُشجَع في بريطانيا إعطاء الـ statin للمرضى منخفضي الاختطار السليمين من النواحي الأخرى. ولكن من الضروري لمن يصف الأدوية الأخذ بعين الاعتبار القصة العائلية للسيد ف.م. وتوقع الاختطار القلبي الوعائي لديه ومستوى الكولسترول المصلي لديه وإذا كان هذا الأخير مرتفعاً يعتبر العلاج بالـ statins مستطباً لعلاج اضطراب شحوم الدم.

السؤال 11: كيف يمكن تعزيز الالتزام بالمعالجة وتطوير علاقة منسجمة مع السيد ف.م.؟

الجواب 11: هذا يدعو إلى مقارنة أكثر ارتباطاً وبناءاً وغير حكومية.

يجب أن يستوعب السيد ف.م. مخاطر فرط ضغط الدم الذي يبدو في الظاهر مرضاً حميداً. بالإضافة لذلك فقد تطورت لديه الآن علامات CVD لذلك يعتبر الضبط الصارم لضغط الدم لديه أكثر أهمية. إن اطلاع المريض على الجداول الملونة الموجودة خلف كتاب الوصفات الطبية الوطنية البريطانية BNF توضح أكثر الفوائد التي يحصل عليها من إيقاف التدخين. ربما يجرب الذي يقوم بوصف الأدوية مسكن ألم بديل لتجنب السيد ف.م. شراء NSAIDs. هل تسبب الـ statins آلاماً عضلية؟ السيد ف.م. بحاجة لأن يستوعب الحاجة والفوائد من ضبط ضغط الدم وتدابير عوامل الاختطار. تحتاج كصيدلاني لتمييز أي مشكلة قد يُحسنها التدخل الصيدلاني. من الضروري التحقق من أن السيد ف.م. قد استوعب كيف يتناول أدويته ويجب اختبار إن كان يعرف ذلك جيداً، على سبيل المثال فتح الأغذية المقاومة للأطفال Child-resistant tops وقراءة النشرة داخل العلبة.

مثل أي مريض لديه نظام دوائي معقد بشكل متزايد يجب القيام باستفسارات لبقية حول كيف سيتدبر تناول أدويته كما هي موصوفة. ويجب توجيهه أيضاً حول متى وكيف يتناول أدويته. ويجب أن يكون التوجيه حول العلاج الدوائي مستمراً لأنه من غير المحتمل أن يستمر تأثير جلسة واحدة بشكل دائم. بالرغم من فوائد الأدوية الخافضة لضغط الدم أظهرت دراسات سكانية أنه يبقى لدى مرضى فرط الضغط اختطار أعلى للإصابة بـ CVD و السكتات أكثر من الأشخاص غير المصابين بفرط ضغط الدم حتى بعد الاستمرار بالعلاج عدة سنوات.

السؤال 12: ما هي الأدوية الأخرى التي يمكن إضافتها لضبط ضغط الدم عند

السيد ف.م؟

الجواب 12: يوصى باتباع مقارنة متدرجة عند استخدام الأدوية الخافضة لضغط الدم

للوصول إلى الهدف مع إضافة أدوية أخرى حسب الضرورة. الخط الثاني

لعلاج السيد ف.م هو CCBs أو الـ diuretics (حسب قاعدة ACD)، لكن

بما أن السيد ف.م مشخص لديه الآن مرض قلبي إقفاري يجب إعادة

النظر في الخط الثاني للعلاج لديه.

تقترح دراسة HOT أن 70% من المرضى يحصلون على ضغط الدم الهدف باستخدام أكثر من دواء واحد من خافضات ضغط الدم و 24% من المرضى يحتاجون ثلاثة أدوية (قيمة ضغط الدم الهدف المعتبرة من قبل بعض الأطباء عند السيد ف.م هي أقل من 80/130 ملم زئبق لأنه مصاب بنقص تروية قلبية رغم أن NICE 2006 لم تحدد ذلك). عندما لا يكون الخط الأول من الأدوية الخافضة لضغط الدم كافياً لضبط ضغط الدم يجب إضافة أدوية أخرى بطريقة متتالية وبشكل مثالي كما هو في قاعدة A(B)/CD. وباعتبار أن β -blockers لم تعد مشمولة بهذه القاعدة على الأقل كخيار بدئي للعلاج وللأسباب المذكورة سابقاً أصبحت القاعدة ACD. هذا يعني أن مريضاً مثل السيد ف.م بدأ باستخدام ACEIs يجب أن تضاف CCBs أو الـ diuretics لنظامه العلاجي كخطوة 2 (مثال A+C أو A+D). الخطوة 3 هي A+C+D. في حال فشل ضبط ضغط الدم قد يكون من الضروري استخدام أدوية الخط الرابع. استخدام هذه المقاربة المتدرجة يساعد على تحقيق واحد من أهداف المعالجة والذي هو الحصول على ضبط أعظمي لضغط الدم باستخدام

الحد الأدنى من العلاج الدوائي وبالتالي التخفيف من التأثيرات الجانبية الممكنة وزيادة إمكانية التزام المريض بالعلاج. إذا كان من الممكن التحقق من أن السيد ف.م يتناول الـ ramipril بجرعة 5 ملغ عندها يمكن في البداية زيادة هذه الجرعة إلى الجرعة القصوى الموصى بها وهي 10 ملغ يومياً. إن تطبيق قاعدة ACD يقترح بدلاً من ذلك استخدام إما CCBs أو مدرات الـ thiazide كعلاج إضافي مناسب لضبط ضغط الدم. لكن بما أن السيد ف.م لديه نقص تروية قلبية يمكن مناقشة وجود سبب مُلزم للبدء إما بـ β -blockers أو CCBs المحددة للمعدل. في هذه الحالة أيضاً لا تطبق قاعدة الـ ACD ثانيةً إلا بعد البدء بهذه المعالجة ومعايرتها وضمن التزام المريض بتناول الدواء وإعادة تحري ضغط الدم وأي تأثيرات جانبية. إن للمجموعات الأخرى من خافضات ضغط الدم خارج قاعدة الـ ACD دليل ضعيف بالنسبة للمحصلة ومن الأفضل الاحتفاظ بها إما في حال فشل العلاج بالخط الأول والثاني أو عندما لا يتحملة المريض. بالإضافة لذلك توصي الجمعية البريطانية لفرط ضغط الدم بأن المشاركات تحت الأعظمية لأكثر من دواء قد تكون أكثر فعالية وأكثر تحملاً (تأثيرات جانبية أقل) من رفع جرعة الدواء للحد الأقصى. تصنف CCBs في الممارسة العملية إلى فئتين: محددة للمعدل (الـ verapamil والـ diltiazem)، وغير محددة للمعدل (مثل الـ nifedipine والـ amlodipine والـ nicardipine) والتي هي متشابهة تماماً في فعاليتها كخافضات لضغط الدم. تؤثر على أماكن مختلفة لإبطاء تدفق الكالسيوم إلى الخلايا العضلية الملساء في الأوعية الدموية وتسبب توسع وعائي وبالتالي تخفض ضغط الدم، وهي تملك درجات مختلفة من التأثيرات السلبية على قلوصلية العضلة القلبية حيث أن الـ verapamil يملك التأثير الأعظمي والـ nicardipine التأثير الأدنى. إن استخدام CCBs التي تؤثر سلبياً على القلوصلية يجب أن يكون بحذر أو مضاد استطباب في حال وجود قصور قلب.

تعمل حاصرات ألفا α -blockers مثل الـ Prazosin والـ doxazosin والـ terazosin كموسعات وعائية تؤثر على كل من الشريينات والأوردة. وتتميز بأنها لا تنقص الحصيل القلبي كما أنها تؤثر بشكل إيجابي على مستويات الكولسترول والشحوم الثلاثية TG، ولا تفاقم أمراض الأوعية المحيطية لكن هناك اختطار حدوث هبوط ضغط دم انتصابي عند تناول الجرعة الأولى وخاصة مع الـ Prazosin. يمكن أن توصف الأدوية الأحدث كجرعة وحيدة يومياً. إذا ثبت أن السيد ف.م غير قادر على تحمل CCBs أو أن العلاج بها أثبت عدم فعاليته سيكون واحد من هذه الأدوية

الخطوة المنطقية التالية. على كل حال تملك أدوية الخط الرابع تلك دليلاً ضعيفاً وتشير دراسة ALLHAT إلى أن معدل الوفيات أعلى عند استخدام الـ doxazosin. من الضروري توجيه ونصح السيد ف.م أكثر عن أدويته نظراً لزيادة تعقيد نظامه العلاجي، ويجب أخذ فرصة أيضاً للتحقق من أنه قادر على خفض عوامل الاخطار الأخرى. وعندما تتوحد الجرعة الصحيحة لكل دواء على حدة يمكن عندها استخدام مستحضرات مشتركة (في حال وجودها) لتبسيط نظامه العلاجي.

السؤال 13: ما هي توصياتك للسيد ف.م الذي يرغب بمراقبة ضغطه الدموي في المنزل؟

الجواب 13: المراقبة المنزلية أو القياس الذاتي لضغط الدم شائع لدى المرضى. يتوفر عدد من أجهزة مراقبة ضغط الدم الآلية والصغيرة وخفيفة الوزن. تعمل جميعها من خلال قياس الذبذبة Oscillometric وقياس ضغط الدم على العضد أو المعصم أو الإصبع. لكن، بسبب التضيق الوعائي المحيطي المحتمل والحساسية للوضعية والتوضع البعيد للأجهزة الإصبعية، قد تؤدي المراقبة المنزلية إلى قياسات غير دقيقة.

تسمح المراقبة المنزلية للمريض بتقييم استجابته للمعالجة وقد تزيد التزامه بالنظام العلاجي الموصوف. لكن يوجد عدد من المساوئ والتي يجب أن تؤخذ بالحسبان عند نصح المرضى. أولاً، أشارت بعض الأبحاث إلى أن المراقبة المنزلية قد تسبب القلق ووسواس الحرص على الذات Obsessive self-interest عند بعض المرضى. إن المساوئ الرئيسية المحتملة هي: الحاجة للتدريب المناسب من أجل استعمال الجهاز بفعالية؛ استعمال كُم غير مناسبة؛ قياس ضغط الدم خلال التمرين أو بعده. أشارت إحدى الدراسات إلى أن 30% فقط من المرضى الذين يستخدمون أجهزة مراقبة ضغط الدم المنزلية اليدوية يلتزمون بالبروتوكول الموصى به. من المصاعب الأخرى

أنه لا يوجد إجماع بالنسبة لتواتر وتوقيت وعدد مرات القياسات لتحديد قيمة متوسطة لضغط الدم. لهذه الأسباب فإن المراقبة المنزلية لضغط الدم غير موصى بها حالياً في بريطانيا باعتبار أن قيمتها لم تثبت بشكل كافٍ.

السؤال 14: أوجز خطة الرعاية الصيدلانية للسيد ف.م.؟

الجواب 14: خطة الرعاية الصيدلانية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المشاكل التي تم تمييزها عند قبوله بسبب الألم الصدري: فرط الضغط والداء القلبي الإقفاري IHD وفقر الدم وارتفاع مستويات الكرياتينين والكولسترول. يجب التطرق إلى استمراره بالتدخين أيضاً.

لدى السيد ف.م. الآن عدد من المشاكل التي تحتاج للتطرق إليها في خطة الرعاية الصيدلانية.

فرط ضغط الدم: تمت مناقشة التدبير المناسب له في السؤال 12.

الداء القلبي الإقفاري: يوجد الآن استطباب سريري للبدء بالعلاج بـ glyceryl trinitrate تحت اللسان حسب قاعدة عند اللزوم. ومتابعة علاجه بالـ aspirin 75 ملغ في اليوم. الـ statins أيضاً مستطبة لعلاج كل من اضطراب الشحوم واختطار الـ CV المرتفع لديه (الأسباب للبدء بالعلاج بكل من الـ aspirin والـ statins باكراً كانت ضعيفة ولكن الدلائل الإرشادية تدعم استخدامها الآن). يجب البحث عن السبب في عدم المطاوعة في استخدام الـ simvastatin ويجب زيادة الجرعة إلى جرعة الـ CVD المرخصة (40 ملغ يومياً). إذا لم ينخفض مستوى الكولسترول لديه إلى > 155 مغ/دل (كما في توصيات NICE في أيار 2008) يمكن زيادة الجرعة أكثر أو تجريب نوع آخر من الـ statins أكثر قوة. العلاج بـ β -blockers يجب أن يؤخذ بالحسبان أيضاً بما أنه سوف يحسن أعراضه الخناقية وكذلك ضغط الدم لديه. تحسّن β -blockers النتائج القلبية الوعائية في المرضى المصابين بـ IHD.

فقر الدم: مستوى الخضاب الأخفض المسجل عند قبوله سوف يؤدي إلى زيادة المتطلبات على نتاجه القلبي للتزويد بالأوكسجين وإنقاص الأوكسجين الذي يصل القلب وبذلك تصبح الأعراض الخناقية أكثر احتمالاً. من المهم استقصاء إذا كان السيد ف.م لديه نزف هضمي بسيط تالٍ لاستخدام NSAIDs وإن إيقاف الـ ibuprofen والبدء بمثبطات مضخة البروتون PPIs سيمكّن من متابعة العلاج بالـ aspirin. العلاج بـ ferrous sulphate قد يكون مطلوباً بشكل مؤقت.

التدخين: لأن التدخين يخفض مستوى الأوكسجين في الدم لذلك فإنه يملك نفس تأثير فقر الدم على زيادة سوء الأعراض الخناقية. بالإضافة لذلك فهو يلعب دور عامل رئيسي كبير في إمكانية تطور الخناق عند السيد ف.م إلى احتشاء عضلة قلبية ويحتاج المريض أن يستوعب ذلك جيداً.

ارتفاع الكرياتينين: يجب استقصاء مستويات الكرياتينين المرتفعة عند السيد ف.م إذا كانت ثابتة. فرط الضغط هو عامل اختطار لحدوث مرض كلوي وبما أن السيد ف.م ليس لديه داء سكري فقد تكون إنذاراً مبكراً لاعتلال كلية بفرط الضغط. إذا كان الارتفاع ثابتاً يجب تحويله إلى اختصاصي بأمراض الكلية لتأخير تطور الاعتلال الكلوي إلى قصور كلوي بالمرحلة النهائية وبذلك يجب أن تتضمن خطة الرعاية الصيدلانية ما يلي:

- (a) التيقن من تأمين التفريغ الكافي والمناسب للألم الصدري ولآلام المفاصل.
- (b) التيقن من العلاج المثالي لـ IHD (aspirin و statin و β -blocker).
- (c) التأكد من أنه يتناول خافضات ضغط الدم المناسبة ومساعدته على إنقاص عوامل الاختطار لديه لفرط الضغط وCVD (التدخين والسمنة وتناول الملح بكميات كبيرة).
- (d) التأكد من أنه استوعب جيداً وبشكل كافٍ نظام أدويته وذلك للحصول على التزام أعظمي بالأدوية.
- (e) النصح بالنسبة للأدوية التي تؤخذ بدون وصفة طبية في المستقبل (عدم شراء NSAIDs.. الخ).

(f) المراقبة: يجب متابعة كل أدويته من حيث الفعالية والتأثيرات الجانبية وبشكل خاص:

(1) الـ aspirin، فحص التأثيرات الجانبية؛ (2) تفريج الألم، التحقق من فعاليته؛

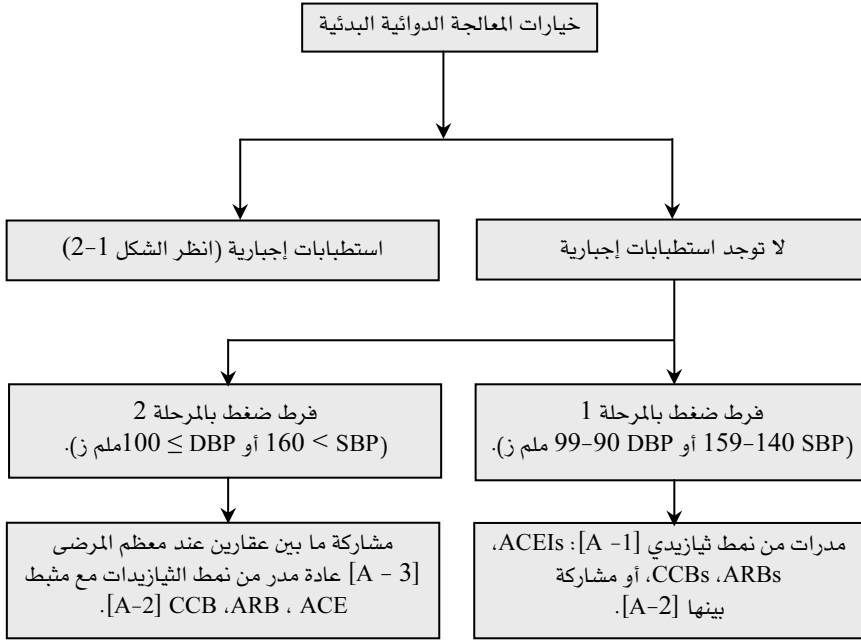
(3) خافضات ضغط الدم، مراقبة ضغط الدم ومستويات الصوديوم والبوتاسيوم والبولية والكرياتينين؛ (4) العلاج بالـ statin، مراقبة منتظمة للكوليسترول الكلي وHDL والشحوم الثلاثية TG ووظائف الكبد. السؤال عن آلام العضلات.

السؤال 15: ما هي الاعتبارات الخاصة التي تطبق في تدبير فرط ضغط الدم عند المسنين؟

الجواب 15: تبين أن علاج فرط ضغط الدم عند المسنين له فائدة لأن فرط ضغط الدم قد يؤدي إلى تطور الخرف الوعائي وقصور القلب. يمكن البدء بالعلاج حتى عمر الثمانين سنة والاستمرار بعد ذلك. تنصح الدلائل الإرشادية للجمعية البريطانية لفرط ضغط الدم (BHS) بأن العمر البيولوجي للمريض يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وليس التاريخ الموجود في شهادة ميلاده.

أشار تحليل بعدي لمعطيات عدد من الدراسات إلى أن علاج المرضى بسن الثمانين فما فوق أدى إلى الوقاية بنسبة 34% من السكتات وأنقص معدل حدوث CVD الكبيرة بنسبة 22% وقصور القلب بنسبة 39%. على كل حال لم يكن له تأثير على معدل الوفيات القلبية الوعائية.

يستفيد المسنون بشكل خاص من استخدام مدرات الـ thiazide وCCBs من مجموعة الديهيدروبيريدين. يجب ألا ننسى على كل حال أن المسنين لديهم تغيرات في الحرائك والديناميكا الدوائية والتي قد تعني أنهم أكثر عرضة للتأثيرات الجانبية وخاصة إذا لم تُخفَّض الجرعات البدئية. وبشكل خاص الأدوية الموسعة للأوعية التي تسبب قصوراً في الاستجابة المتعلقة بالوقوف والأدوية التي تقلل إنتاج القلب يمكن أن تسبب هبوط ضغط وضعي ودوخة وتخليط ذهني وسقوط وبشكل عام تجعل حياة المريض صعبة جداً.

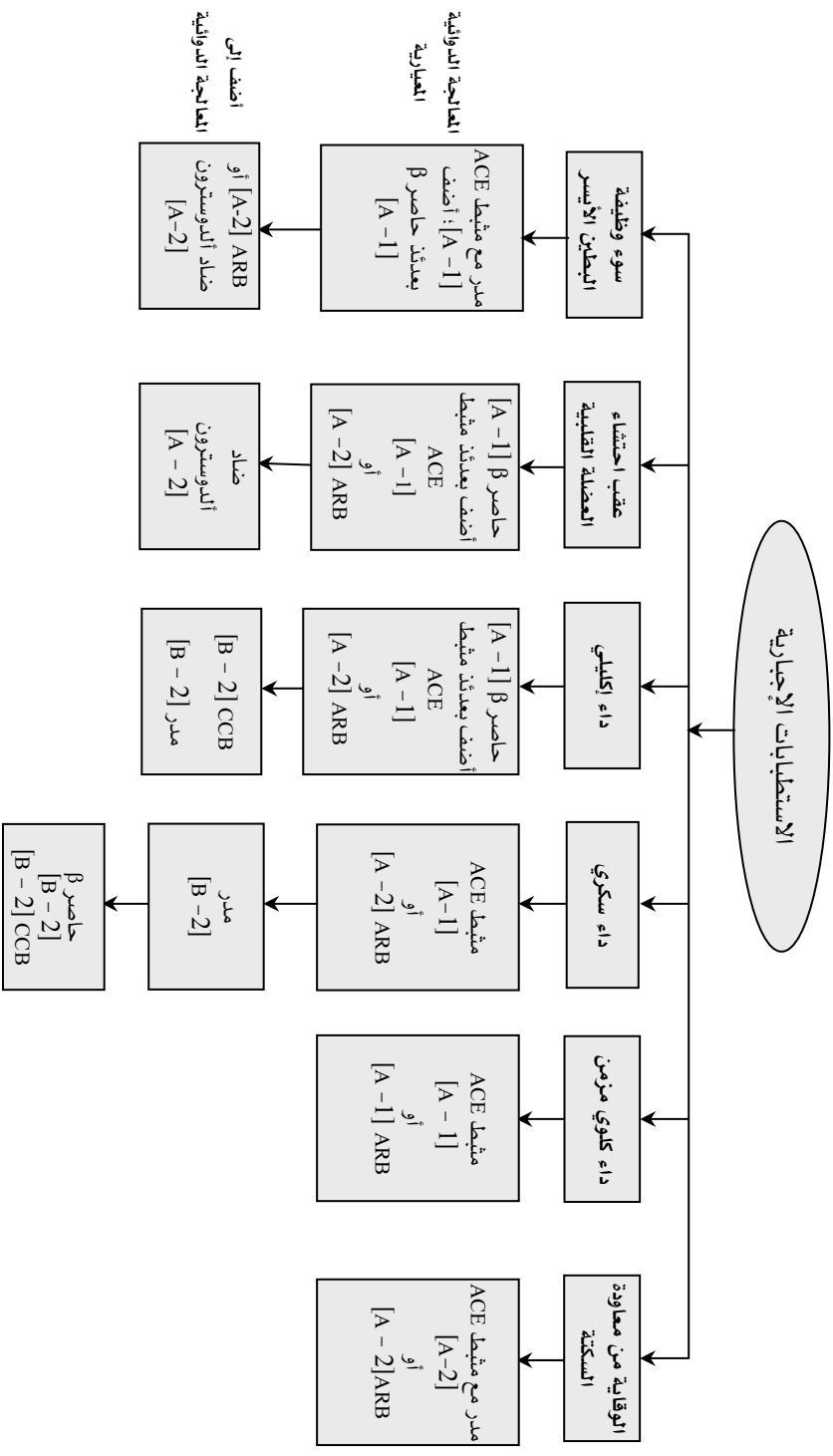


الشكل 1-1: خورازمية معالجة فرط الضغط. تم تدرج توصيات المعالجة الدوائية حسب قوة التوصية ونوعية الدليل ضمن قوسين.

قوة التوصيات: A و B و C = توافر دليل جيد، أو متوسط، أو ضعيف يدعم التوصية، على التوالي.

نوعية الدليل: 1 = دليل من أكثر من دراسة عشوائية مضبوطة جيداً. 2 = دليل من تجربة سريرية واحدة على الأقل، معشاة، وجيدة التصميم؛ أو من سلسلة أو دراسة تحليلية على حالات مضبوطة؛ أو من نتائج دراماتيكية لتجارب غير مضبوطة أو تحاليل تحت مجموعات. 3 = دليل من آراء مرجعيات طبية محترمة، اعتماداً على الخبرة السريرية، أو دراسات وصفية؛ أو تقارير جمعيات ذات خبرة.

ACE: الإنزيم القالب للأنجيوتنسين؛ ARB: حاصر مستقبل الأنجيوتنسين؛ CCB: مثبط قناة الكالسيوم؛ DBP: ضغط الدم الانبساطي؛ SBP: ضغط الدم الانقباضي.



الشكل 2-1: الاستطوانات الإجبارية لأصناف دوائية معينة. الاستطوانات الإجبارية بالنسبة لمعايير معينة هي توصيات مثبتة بالدليل تم استخلاصها من دراسات محصاة أو إرشادات سريرية موجودة.

ACE: الإنزيم قالب الألدوجيوتستين؛ ARB: حاصر مستقبل أنجيوتنسين؛ CCB: حاصر قناة كالسيوم.

صيدلة

السعر بالليرة السورية	إصدارات دار القدس للعلوم
6000	الشامل في الأدوية السريرية
6500	المرجع في العلاج الدوائي السريري
4800	التدبير الدوائي للحالات السريرية
5300	المرجع في علم الأدوية السريري (لبنكوت)
2200	المعين الدوائي في الممارسة السريرية (عربي - إنكليزي)
4000	مبادئ وأساسيات علم الصيدلة

طب أسنان

السعر بالليرة السورية	إصدارات دار القدس للعلوم
4000	المعين في طب الأسنان السريري
3000	المعجم الشارح لمصطلحات التعويضات السنية
3500	المرشد السريري في علم الرضوض السنية
3700	الجراحة الفموية الصغرى في العيادة السنية
3000	طب الأسنان المسند (عربي - إنكليزي)
4500	التقويم اللامرئي

طب بشري

السعر بالليرة السورية	إصدارات دار القدس للعلوم
5500	الأمراض والطب المخبري
650	تفسير النتائج المخبرية
3000	الطب الباطني (ميدستدي) جزء 1
3200	الطب الباطني (ميدستدي) جزء 2
2600	الطب الباطني (ميدستدي) جزء 3
2500	الاستدكار السريع في الأمراض العصبية (ريكول)
1800	الفحص العصبي الميسر
1800	الأخطاء الشائعة في الطب السريري
6000	المرجع الشامل في الطب الباطني - مدخل إلى الطب السريري (هاريسون)
2900	المرجع في اضطرابات جهاز المناعة والنسيج الضام والمفاصل (هاريسون)
5500	المرجع في اضطرابات الغدد الصم والاستقلاب (هاريسون)
5100	المرجع في اضطرابات الجهاز العصبي (هاريسون)
2200	المرجع في اضطرابات الجهاز التنفسي (هاريسون)
3700	المرجع في الاضطرابات الهضمية (هاريسون)
2000	المرجع في اضطرابات الكلية والسبيل البولي (هاريسون)
3600	المرجع في اضطرابات الجهاز القلبي الوعائي (هاريسون)
6000	تخطيط القلب في عشرة أيام
2700	التشخيص التفريقي
4000	المرجع العلاجي الأول في الطب الباطني
4000	الطب الإسعافي الباطني
3800	أسرار التشخيص السريري

3200	الأعراض والعلامات في الطب السريري
2000	أمراض القلب والأوعية (ديفيدسون)
1500	أمراض الكبد والسبيل الصفراوي (ديفيدسون)
1500	أمراض الكلية والجهاز التناسلي (ديفيدسون)
1800	الأمراض التنفسية (ديفيدسون)
2000	الداء السكري وأمراض الغدد الصم (ديفيدسون)
1700	أمراض جهاز الهضم والبنكرياس (ديفيدسون)
2000	الأمراض العصبية (ديفيدسون)
2400	الأمراض الخمجية (ديفيدسون)
1500	اضطرابات الدم (ديفيدسون)
1800	الأمراض المفصليّة (ديفيدسون)
650	ارتفاع ضغط الدم
1200	أمراض القلب
2400	أبحاث هامة في الأذن والأنف والحنجرة
4000	دليل واشنطن الجراحي
2000	الأشعة الإسعافية
1400	مبادئ الإسعاف الأولي
4600	العناية المشددة ICU
2800	الشامل في أسئلة التخدير
5500	الشامل في علم التخدير جزء 1
5500	الشامل في علم التخدير جزء 2
4000	التخدير العملي
3400	أسئلة البورد في التخدير والعناية المركزة
9000	المرجع في طب العناية المركزة

1800	الجهاز المناعي واضطراباته (نلسون)
1700	الأمراض الروماتيزمية عند الأطفال (نلسون)
5500	المرجع في الأمراض الإنتانية عند الأطفال (نلسون)
2000	المرجع في الأمراض الهضمية عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في الأمراض التنفسية عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في الأمراض القلبية عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في أمراض الدم والأورام عند الأطفال (نلسون)
1500	المرجع في أمراض الكلية والجهاز البولي التناسلي عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في الأمراض الغدية عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في أمراض الحديج والوليد (نلسون)
2000	المرجع في الأمراض العصبية والاضطرابات العصبية العضلية عند الأطفال (نلسون)
2000	المرجع في الأمراض العينية والأذنية عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في الأمراض الجلدية عند الأطفال (نلسون)
1700	المرجع في اضطرابات العظام والمفاصل عند الأطفال (نلسون)
2200	المرجع في أمراض الاستقلاب عند الأطفال (نلسون)
2000	المرجع في اضطرابات التغذية والسوائل عند الأطفال (نلسون)
3500	المرجع في النمو والتطور والاضطرابات النفسية عند الأطفال (نلسون)
1500	الاضطرابات الأرجية (نلسون)
2200	المرجع في تدبير الاضطرابات والأذيات الإسعافية عند الأطفال (نلسون)
700	البدانة عند الأطفال والمراهقين
3500	طب الأطفال الإسعافي
5000	الدليل العلاجي في طب الأطفال
3800	مبادئ طب الأطفال (بلويرنت)
2700	1000 سؤال وجواب في طب الأطفال

650	مبادئ وأساسيات التلقيح
2500	دعم الحياة المتقدم عند الأطفال
2600	مراجعات سريرية في التوليد وأمراض النساء
3600	نوفاك - تساؤلات وحالات سريرية مع المناقشة (نسائية وتوليد)
3000	الدليل في فحص الاختصاص للتوليد وأمراض النساء وجراحاتها
6600	الحمول والولادات عالية الخطورة
2900	أسئلة الوليامز - الجامع في التوليد
3200	المرجع الطبي في التوليد (مانيوال واشنطن)
2200	حالات سريرية في التوليد وأمراض النساء
1200	الجديد في علاج العقم عند الرجال
1000	المعالجة بتثبيت اليد والقدم (السادوجوك)
4000	المعين في طب الأسنان السريري
3000	المعجم الشارح لمصطلحات التعويضات السنية
3500	المرشد السريري في علم الرضوض السنية
3700	الجراحة الفموية الصغرى في العيادة السنية
3000	طب الأسنان المسند (عربي - إنكليزي)
4500	التقويم اللامرئي
2500	علم التشريح السريري - سنل (عربي + إنكليزي) - الطرف العلوي والسفلي
2000	علم التشريح السريري - سنل (عربي + إنكليزي) - الرأس والعنق
2000	علم التشريح السريري - سنل (عربي + إنكليزي) - الصدر والظهر
2500	علم التشريح السريري - سنل (عربي + إنكليزي) - البطن والحوض والعجان

دار القدس للعلوم الطبية والترجمة

مستعدون للقيام بكافة أعمال الترجمة الطبية (كتب طبية - مواقع إلكترونية - تقارير وملفات - مناهج دراسية).

مستعدون لتقديم عروض بيع نسخ إلكترونية من كتبنا بحيث يمكن أن تستفيد منها الجامعات والمؤسسات الطبية والتعليمية والشركات الطبية والدوائية والمكتبات الرقمية.... إلخ.

www.dar-alquds.com

www.facebook.com/daralquds.translate

info@dar-alquds.com

جوال + واتس : 00963944920684

الوكلاء المعتمدون لدار القدس للعلوم الطبية والترجمة

اللاذقية:	دمشق:
• دار الصاري: 0942215092 – 041215092	• مكتبة الأنوار: 2231199
• مكتبة الطب والعلوم الصحية: 2166625	• المركز الأكاديمي للكتاب: 6631432
• حلب:	• دار المنجد: 0932871976 – 0958720364
• الدار الجامعية: 0999493779 – 0212273899	• مكتبة الفارابي: 2226786
	• دار المنجد: 0932871976 – 0958720364
	• مكتبة الرازي: 0933223324
	• مكتبة الكمال (نفق الصيدلة): 2153220