الوصفة الدوائيّة المرافقة للعمل الجراحي

(الجزء الثاني مضادات الالتهاب الستيروئيدية و غير الستيروئيدية)

الأستاذ الدكتور

مازن زيناتي

قسم جراحة الفم و الوجه و الفكّين

مضادات الإلتهاب

١- مضادات الإلتهاب الستيروئيديّة

٢ – مضادات الإلتهاب غير الستيروئيديّة .

٣ – مضادات الوذمة الخمائريّة .

مضادات الإلتهاب الستيروئيديّة

- هي أدوية لا يفضّل استعمالها إلاّ في حالات الضرورة القصوى عندما نكون متوقّعين بناء على معطيات العمل الجراحي أنّ المريض سيعاني من و ذمة شديدة جدّا و أنّه من المعروف أنّه ذو استعداد شخصي للتوذّم .
  فهذه الأدوية لها الكثير من المحاذير و تتطلّب الكثير من المعرفة العلميّة لتاريخ المريض الصحّي و الأدوية المتناولة و النظام الغذائي و لها العديد من مضادات الإستطبابات و التأثيرات الجانبيّة .
- تقسم الستيروئيدات القشريّة السكريّة بشكل مبسط حسب مدّة تأثيرها إلى ثلاثة أقسام :
  ١ – قصيرة الأمد (أقل من ١٢ ساعة) : هيدروكورتيزون .
  ٢ – متوسّطة الأمد (من ١٢ إلى ٣٦ ساعة) : بريدنيزولون.
  ٣ – طويلة الأمد (أكثر من ٣٦ ساعة) : ترياميسينولون .

مضادات إستعمال الستيروئيدات القشريّة السكريّة

١– فرط التحسّس للدواء .

٢ – جميع الآفات الجرثوميّة و الفطريّة غير المعالجة بعلاج نوعي.

٣ – الآفات الفيروسيّة .

٤ – القرحة المعديّة العفجيّة المتطوّرة .

٥ – التشمّع الكبدي الكحولي المترافق بحبن ،إلتهاب الكبد الإنتاني.

٦ – التلقيح بلقاح حي .

٧ – الحمل .

التأثيرات الجانبيّة للإستعمال المديد للستيروئيدات القشريّة السكريّة

١ – إضطراب شاردي مائي : حيث يحدث إنحباس صوديوم ممّا يمكن أن يؤدّي إلى ارتفاع التوتّر الشرياني و وذمة و قصور قلب احتقاني .

٢ – تخلخل عظمي و ضعف عضلي و ضعف في الالتئام و الترمّم .

٣ – إضطرابات غدّيّة : تناذر كوشينغ ، قصور إفراز الACTH

ضمور قشر الكظر ، تثبيط في فعاليّة المحور النخامي الكظري .

٤ – إضطرابات معديّة معويّة : عسر هضم ، تقرّح ، نزف ، إنثقاب هضمي.

٥- إضطرابات كلويّة : حصيّات كلويّة بترسيب شوا رد الكالسيوم أو الفوسفات .

٦ – إضطراب في التخثّر .

٧ – إضطرابات دمويّة : زيادة عدد الكريات البيض كثيرات النوى مع نقص في اللمفاويّات .

٨ – إضطرابات نفسيّة عصبيّة .

٩ – إضطرابات عينيّة : فقد يصاب المريض بالساد أو الزرق .

١٠ – إضطرابات جلديّة :ضمور جلدي ، تأخّر في الاندمال ، كدمات ، نمش فرط تعرّق ، ...إلخ .

١١ – إختلال توازن النيتروجين : بسبب عدم التوازن بين اصطناع البروتين و تخرّبه و هذا يؤثّر على عمليّات البناء في الأنسجة العظميّة و الجلديّة و العضليّة .

١٢ – إضطرابات التهابيّة :فقد يحصل تأهّب لالتهابات جرثوميّة أو فيروسيّة أو فطريّة أو طفيليّة .

١٣ – تغيّر في توزّع شحوم الجسم :السحنة البدريّة أو حدبة الثور أو زيادة توضّع شحوم البطن .

و عموما يمكن أن نصف :

١- هيدروكورتيزون بجرعة يوميّة مقدارها ٣٠٠ - ٥٠٠ ملغ لبالغ وزنه ٧٠كغ تقريبا .(Solu-cortef) حقنا عضليّا أو وريديّا .

٢ – ديكساميتازون بجرعة يوميّة مقدارها ٨ ملغ لبالغ وزنه ٧٠ كغ تقريبا تعطى عضليّا بجرعة واحدة أو يفضّل التدرّج بها فمويّا بمقدار ١ ملغ كل ٣ ساعات .

٣ – تريامسينولون بجرعة يوميّة مقدارها ٦٠ملغ لبالغ وزنه ٧٠ كغ تقريبا تعطى حقنا عضليّا .

<u>مع ملاحظة</u> : أنّنا لا نفضّل في جراحة الفكّين أن يكون الستيروئيد ذو تأثير مديد لأنّ الوذمة لدينا تبدأ بالتراجع بعد اليوم الثالث و بالتالي لا داعي لتراكم الستيروئيد في الدوران لفترات طويلة .

بصورة عامّة عند وصف الستيروئيدات لمدّة تزيد عن الأسبوع يجب تذكّر ما يلي :

١ – إنّ الجرعة الطويلة تعني إمكانيّة أكبر للسميّة .

٢ – عندما تكون ا لمعالجة مديدة فإنّ الجرعة القصوى يجب أن تكون الجرعة الأقل التي تظهر التأثير العلاجي المقبول .

٣– قد يعجّل الإيقاف المفاجئ للجرعات العلاجيّة الستيروئيديّة بحدوث أزمة الكظر ، لذلك عند الاستعمال المديد يجب أن يكون الإيقاف تدريجيّا و لفترة تستمر

١٠ – ١٤ يوم على الأقل .

٤ – عند متناولي الستيروئيدات يجب مراقبة الضغط الشرياني كما يجب مراقبة سكّر و بوتاسيوم الدم .

٥ – يجب تطبيق نظام غذائي غني بالبروتينات و الكالسيوم و البوتاسيوم و فقير بالصوديوم و السكريّات و الدسم .

مضادات الإلتهاب غير الستيروئيديّة

و تنقسم إلى الفئات التالية :

١ – الساليسيلات : كالأسبرين (Aspirin) .

٢ – المشتقّات البروبيونيكيّة : كإيبوبروفن (Brufen) وكيتوبروفن (Profenide) الفلوربيبروفن (Dologesic) و النابروكسين (Naprox) و حمض التيابروفينيك (Surgam) .

٣ – مشتقّات البيرازولون : كالفينيل بوتازون (Tanderil) و قد تراجع استخدامه كثيرا بسبب كثرة التأثيرات الجانبيّة له.

٤– مشتقّات الإندول : كالإندوميتاسين (Indomethacin) .

٥ – مشتقّات حمض الفينيل أسيتيل :كالديكلوفيناك (Voltaren) و هو ديكلوفيناك الصوديوم ، وحاليّا يوجد ديكلوفيناك البوتاسيوم (Cataflam) .

٦ – المشتقّات الإنترانيليكيّة :كحمض مه فه ناميك (Ponstan)

٧ – الأوكسيكامات :كالبيروكسيكام (Feedem) .

٨ – أجيال أحدث من مضادات الإلتهاب غيرالستيروئيديّة :

و هي تعتمد على ميّزة الاصطفاء الانتقائي لنموذج أنزيم السايكلوأكسيجيناز الذي سوف تقوم بتثبيطه لمنع اصطناع البروستاغلاندين و بحيث يكون تأثيرها على الجهاز الهضمي عن طريق هذه الآليّة في حدوده الدنيا كالنيمسولايد (New aid) و كذلك هناك أجيال تتميّز بقوّة تأثيرها المسكّن مثل كيتورولاك ترومیتامین (Rolac).

الأدوية الخمائريّة

- و هي تختلف تماما عن مضادات الإلتهاب غير الستيروئيديّة أو الستيروئيديّة في آليّة عملها حيث أنّها لا تثبّط اصطناع البروستاغلاندين المؤدّي نتيجة لاصطناعه إلى التوسّع الوعائي و النتحة و الوذمة السريريّة و الألم ، و إنّما تقوم في آليّة عملها على تحطيم البراديكينين و تحطيم الجزيئات الضخمة المتشكّلة في ساحة العمل الجراحي من نواتج تخرّب الفبرين والنواتج الإفرازيّة و النواتج السادّة للأوعية اللمفاويّة الصغيرة و بذلك تحسّن الدوران الوعائي الموضعي للمنطقة المصابة و بالتالي تساعد البالعات لتقوم بعملها في البلعمة و تخليص الساحة من البقايا النسيجيّة المتخرّبة و بالتالي يسهل وصول الصاد إلى موقع الإنتان ليقوم بعمله .
- من الأمثلة على هذه الأدوية

١ - السيراتيوببتيداز (Danzen)

٢ - البروميلين (Ananas)

و لا تملك هذه الأدوية فعل مسكّن مباشر كما أنّ هناك كثير من الباحثين الذين يشكّكون بحقيقة جديّة تأثيرها .

مضادات إستطباب إستعمال مضادات الإلتهاب غير الستيروئيديّة بصورة عامّة

١ – المرضى ذوي القصّة المرضيّة لنزف هضمي علوي أو عسر هضم أو جراحة معديّة مؤهّبة للنزف أو المرضى ذوي القرحات الهضميّة .

٢ – المرضى المتناولين لمانعات التخثّر أو المرضى المؤهّبين للنزف عموما .

٣ – الحمل و خاصّة في الأشهر الأولى .

٤ – مرضى قصور الكلية .

٥ – مرضى عوز أنزيم G6PD .

و بما أنّ هناك إذا العديد من مضادات إستطباب إستعمال مضادات الإلتهاب غير الستيروئيديّة و الستيروئيديّة لذلك:

- يجب أن لا ننسى أنّه ليس هناك داع لأن يكون وصف مضاد الإلتهاب جزءا روتينيّا من و صفتنا الدوائيّة و أنّه حين وجود مضاد إستطباب صريح لذلك يمكن السيطرة على الوذمة المتوقّعة باستخدام الطرق الفيزيائيّة أو طرق أخرى لا مجال للحديث عنها الآن كما يمكن السيطرة على اللألم باستعمال المسكّنات الصرفة التي لا تتمتّع بخواص مضادّة للالتهاب .
- كما يجب أن لا ننسى أنّه و بصورة عامّة كلّما كان مضاد الإلتهاب ذو تأثير أقوى سريريّا فإنّه أيضا ذو تأثيرات جانبيّة أقوى أيضا .

المسكّنات

طرق التسكين

١ - التسكين بمعالجة السبب (تفجير خرّاج حاد – فتح حجرة لبّيّة لسن عفنة - ..... إلخ) .

٢ – التسكين بآليّة غير مباشرة (مضادات التشنّج في تسكين الآلام الحشويّة – مضادات الحموضة في تهدئة آلام المعدة – الكورتيزونات بقدرتها المضادة للالتهاب – المرخيات العضليّة في حالات التشنّج المؤلم - ...إلخ) .

٣ - التسكين الخاص بكل نوع من الآلام المختلفة (المسكّنات المضادة للشقيقة – المسكّنات المضادة للنقرس – مادّة الCarbamazepine ذات التأثير في الآلام الواخزة و لا سيما في آلام عصاب مثلّث التوائم .....إلخ) .

٤– التسكين العرضي بالمسكّنات المحيطيّة أو المركزيّة .

تصنيف المسكّنات

١– مورفينيّة مركزيّة قويّة (المسكّنات المنوّمة)

٢ – غير مورفينيّة محيطيّة (غير منوّمة) :

أ – مسكّنات خافضة للحرارة مضادة للالتهاب .

ب – مسكّنات خافضة للحرارة

ج – مسكنات صرفة .

مقارنة بين المسكّنات المركزيّة و المسكّنات المحيطيّة

١– تتمتّع المسكّنات المركزيّة بقوّة التأثير الدوائي المزيل للألم مهما كان مصدره (من الجلد و المخاطيّات أو من المفاصل و العضلات و الأحشاء) ، بينما المسكّنات المحيطيّة أضعف و أقل تأثير على الآلام العميقة القويّة كآلام الأحشاء أو الإحتشاء .

٢ – لبعض المسكّنات المركزيّة قدرة منوّمة ممّا دفع بالعلماء لإعطائها اسم المسكّنات المنوّمة بينما لا تتمتّع المسكّنات المحيطيّة بقدرة على التنويم .

٣ – مكان تأثير المسكّنات المركزيّة هو في المراكز العليا داخل الجملة العصبيّة و تؤثّر بالتثبيط العصبي المركزي ، أمّا المسكّنات المحيطيّة فتعمل على النهايات العصبيّة المحيطيّة (علما بأنّ بعضها يؤثّر مركزيّا) و هي تؤثّر بتثبيط إصطناع

البروستاغلاندينات و بالتالي فإنّ بعضا منها له تأثيرات مضادة للالتهاب و خافضة للحرارة .

٤ – معظم المسكّنات المركزيّة تؤدّي إلى الاعتياد الدوائي الذي يوقع في الإدمان ، بينما لا يحصل الإدمان نتيجة لاستخدام المسّكنات المحيطيّة إذ أنّها لا تؤثّر في الكيان النفسي قليلا أو كثيرا .

٥ – تشترك المسكّنات المركزيّة بهيكل كيميائي أساسي واحد يدخل في بنائها و هو ضروري كي تتثبّت هذه الأدوية على المستقبلات الأفيونيّة النوعيّة ممّا دفع بالعلماء إلى إطلاق اسم الأفيونيّات على المسكّنات المركزيّة .

بعض المسكّنات المركزيّة

١– المورفين :

المقدار الدوائي الوسطي عند البالغين ١٠-٤٠ ملغ\ ٢٤ ساعة

عند الأطفال ١ ملغ لعمر السنتين .

٢ ملغ لعمر ٢ – ٥ سنوات

٥ – ١٠ ملغ لعمر ١٠ – ١٥ سنة .

و هو يعطى حقنا عضليّا أو وريديّا أو تحت الجلد أو بطريق الفم أو بشكل تحاميل ومن الأسماء التجاريّة للمورفين مستحضرSedol .

٢ – الكودئين :

و يتميّز بأنّه لا يسبّب الشعور بالسعادة و الانشراح و إمكانيّة الإدمان عليه قليلة نسبيّا و هو أقل تأثيرا بكثير من المورفين و يمتاز بتثبيطه الواضح لمركز السعال .الجرعة اليوميّة ٦٠ ملغ كحد أعظمي .

يوجد تجاريّا في معظم أدوية السعال و يحضّر أيضا بالمشاركة مع الباراسيتامول لتقوية فعل الباراسيتامول حيث يوجد حينئذ غالبا بمقدار ٨ ملغ كودائين مع ٥٠٠ ملغ باراسيتامول

CODAL – CETACODAEIN – CODALGIN – PARACOD

٣– مبريدين :

له معظم خصائص المورفين و لكنّه يمتاز ـأيضا بقدرة مضادة للتشنّج فهو إذا مسكّن و مضاد للتشنّج إلاّ أنّ قدرته التسكينيّة أقل من المورفين

ب ٥ ــ ١٠ مرات و لكن سمّيته أقل أيضا بثلاث مرّات من سمّية المورفين و هو يؤدّي حين استعماله إلى الشعور بالنشوة غالبا و يفضي استمرار استعماله إلى الإدمان .

الجرعة اليوميّة للبالغ ٥٠ ــ ١٥٠ ملغ \ ٢٤ ساعة

و هو يوجد بشكل مضغوطات ٢٥ ملغ و ٥٠ ملغ و كذلك بشكل حبابات ٥٠ ملغ و ١٠٠ ملغ و بشكل تحاميل ١٠٠ ملغ . و من الأسماء التجاريّة:

Pethedin – Dolosal – Demerol

٤ ــ ديكستروبروبوكسيفيين :

و هو كالمبريدين مسكّن مركزي و مضاد للتشنّج و لكنّه أقل ميلا لإحداث الإعتياد رغم أنّه قد يحدث عند الاستخدام بجرعات عالية و لفترة طويلة و هو يصنع غالبا بالمشاركة مع الباراسيتامول حيث تحتوي الكبسولة عادة على ٤٠٠ ملغ باراسيتامول و ٣٠ ــ ٦٠ ملغ ديكستروبروبوكسيفيين .

الجرعة اليوميّة يجب أن لا تتجاوز ٣٦٠ ملغ كحد أعظمي و لا يفضّل الوصول إليها خاصّة عند الاستخدام لأكثر من أسبوع .

من الأسماء التجاريّة : – PROXYMOL DI-ANTALVIC – DEXTROMOL
ADREGESIC - PARADEX

و هذا المستحضر الأخير هو عبارة عن ديكستروبروبوكسيفيين فقط يأتي بشكل أمبولات من عيار ٧٥ ملغ تعطى حقنا عضليّا في حالات الآلام الحادّة بعد العمليّات الجراحيّة أوالقولنجات الشديدة أو الآلام العضليّة الشديدة .

٥ - ترامادول :

و هو مسكّن ألم مركزي تركيبي و ليس مشتق من المصادر الطبيعيّة او الكيماويّة للأفيونات .

وهذا الدواء يمكن أن يسبّب الاعتياد كما ينصح عدم إيقاف الدواء بشكل مفاجئ .

الجرعة اليوميّة ٤٠٠ ملغ \ يوم حيث يعطى بجرعة ٥٠ – ١٠٠ ملغ تكرّر كل ٤ – ٦ ساعات حسب الحاجة .

من الأسماء التجاريّة : TRAMALGIN

٦ – نيفوبام :

وهو مسكّن سريع للألم ذو تأثير مركزي كامل و من ميّزاته أنّه لا يسبّب تثبيطا في الجهاز التنفسي كما أنّه لا يحدث الاعتياد أو الإدمان .

الجرعة اليوميّة يجب أن لا تتجاوز ٢٧٠ ملغ \ يوم حيث يتم الإعطاء بمقدار ٣٠ – ٩٠ ملغ ثلاث مرّات يوميّا و ذلك حسب شدّة الألم .

من الأسماء التجاريّة :DOLOFORTE

نأتي الآن إلى المسكّنات المحيطيّة

وهي تصنّف إلى :

أ – مسكّنات خافضة للحرارة مضادة للالتهاب .

ب – مسكّنات خافضة للحرارة .

ج – مسكنات صرفة .

أهم المسكّنات الخافضة للحرارة و المضادة للالتهاب

١ – الأسبيرين .

٢ – الإندوميتاسين .

٣ – النابروكسين .

٤ –حمض تيابروفينيك .

٥ – ديكلوفيناك الصوديوم و ديكلوفيناك البوتاسيوم .

٦ – الإيبوبروفن .

٧ – البيروكسيام .

٨ – نيميسولايد .

٩ – كيتورولاك ترومیتامين .

١٠ – روفيكوكسيب .

أهم المسكّنات الخافضة للحرارة

- **الباراسيتامول .**

أهم المسكّنات الصرفة

- فلوكتافينين :

من الأمثلة التجاريّة عليه : IDARAC

.....