

## داروی انتخابی ضدپرفشاری خون در بیماران دچار نشانگان متابولیک

Moloo J. Choice of antihypertensive agents for patients with metabolic syndrome: ALLHAT results. *Journal Watch General Medicine* March 11, 2008.

بر اساس نتایج حاصل از بزرگترین کارآزمایی درمان پرفشاری خون تا به امروز، ALLHAT<sup>(۱)</sup>، دیورتیک‌ها باید به عنوان داروی خط اول در درمان مبتلایان به پرفشاری خون به کار روند. البته در رابطه با تیازیدها، به علت عوارض سوء آنها بر حساسیت به انسولین و ایجاد دیابت به ویژه در افرادی که دارای عوامل خطرزا برای دیابت هستند، نگرانی‌هایی وجود دارد. در تحلیل‌های تکمیلی این مطالعه، پژوهشگران پیامدهای متابولیک و قلبی-عروقی را در بیماران غیردیابتی با یا بدون نشانگان متابولیک که دیورتیک (کلورتالیدون)، مسدودکننده کانال کلسیم (CCB، آملودیپین)، یا مهارکننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI، لیزینوپریل) دریافت کرده بودند، ارزیابی کردند.

بروز دیابت ظرف ۴ سال، در افراد دچار نشانگان متابولیک در گروه کلورتالیدون ۱۷٪، در گروه آملودیپین ۱۶٪ و در گروه لیزینوپریل ۱۳٪ بود. بروز دیابت در افراد بدون نشانگان متابولیک در گروه کلورتالیدون ۷٪، در گروه آملودیپین ۴٪ و در گروه لیزینوپریل ۷٪ بود. با این همه خطر بیماری کرونری قلب، مرگ و میر ناشی از تمام علل، سکنه مغزی و مرحله انتهایی بیماری کلیوی در ۳ گروه تفاوت معنی داری نداشت (صرف نظر از وضعیت نشانگان متابولیک). بروز نارسایی قلبی و مجموعه بیماری‌های قلبی-عروقی در بیماران دچار نشانگان متابولیک که کلورتالیدون دریافت می‌کردند نسبت به دسته‌ای از این بیماران که لیزینوپریل مصرف می‌کردند، به طور معنی داری کمتر بود<sup>(۲)</sup>.

**رهنمود.** در این کارآزمایی، درمان با دیورتیک در مقایسه با CCB یا مهارکننده ACE، بروز دیابت را در بیماران با یا بدون نشانگان متابولیک افزایش داد. با این وجود پیامدهای بالینی در گروه کلورتالیدون، صرف نظر از ابتلا یا عدم ابتلای بیماران به نشانگان متابولیک، مشابه با (و در بعضی موارد بهتر از) پیامدهای دیگر گروه‌ها بود. با توجه به زمان نسبتاً کوتاه پیگیری، بعید نیست که عوارض جانبی در آینده افزایش یابند. البته، همان‌طور که نویسندگان اشاره داشته‌اند، پیگیری طولانی مدت (۱۴ ساله) در کارآزمایی «برنامه پرفشاری خون سیستمی در سالمندان»<sup>(۳)</sup> افزایشی را در خطر مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی عروقی، در آن دسته از دریافت‌کنندگان تیازید که بعدها دچار دیابت شدند، نشان نداد<sup>(۴)</sup>. تیازیدها باید کماکان خط اول درمان در بیشتر بیماران، و یا حداقل یکی از اجزای هر رژیم چند دارویی باشند.

### مصرف فروکتوز و خطر نقرس

Mueller PS. Fructose consumption and risk for gout. *Journal Watch General Medicine* February 26, 2008.

در دهه‌های اخیر به موازات افزایش چشمگیر نوشابه‌های غیرالکلی شکرदार (که محتوی شربت ذرت و سرشار از فروکتوز است) در

ایالات متحده، شیوع و بروز نقرس نیز افزایش یافته است. با توجه به آنکه مصرف فروکتوز سریعاً سطح اسیداوریک خون را افزایش می‌دهد، آیا مصرف فروکتوز می‌تواند در ایجاد نقرس دارای نقش باشد؟

پژوهشگران به‌طور آینده‌نگر اطلاعات مربوط به رژیم غذایی ۴۶,۳۹۳ متخصص سلامت مرد را که سابقه‌ای از نقرس نداشتند، فراهم کردند. پس از ۱۲ سال پیگیری، ۷۵۵ نفر دچار نقرس شدند. در تحلیل تعدیل شده از نظر سن، شاخص توده بدنی، مصرف دیورتیک، کم‌کاری کلیه، مصرف الکل و گوشت و دیگر متغیرها، مصرف یک نوشابه غیرالکلی شکرदार در روز به طور معنی داری خطر ایجاد نقرس را در مقایسه با گروهی که کمتر از یک نوشابه غیرالکلی در ماه مصرف می‌کردند، افزایش داد (خطر نسبی، ۱/۴۵). مصرف ۲ نوشابه غیرالکلی یا بیشتر در روز خطر نسبی را تا ۱/۸۵ افزایش داد. به طور مشابه رابطه معنی دار دوز-پاسخ بین دریافت تام فروکتوز (شامل نوشابه‌های غیرالکلی، آبمیوه، میوه و دیگر منابع فروکتوز) و خطر ایجاد نقرس مشاهده گردید. مصرف نوشابه‌های غیرالکلی رژیمی با ایجاد نقرس همراهی قابل توجهی نداشت<sup>(۵)</sup>.

**رهنمود.** مصرف نوشابه‌های غیرالکلی شکرदार خطر چاقی<sup>(۶)</sup> و دیابت شیرین نوع ۲<sup>(۷)</sup> را افزایش می‌دهد. اکنون این داده‌ها نشان می‌دهند که مصرف نوشابه‌های غیرالکلی شکرदार و دیگر منابع فروکتوز (مثل آبمیوه) نیز خطر ایجاد نقرس را افزایش می‌دهد. شواهد روزافزون اعتبار این اندرز را تقویت می‌کنند که: «این قدر کالری ننوشید!»

### برنامه‌های درمانی نوشته شده برای کودکان دچار آسم

Bauchner H. Written action plans for children with asthma. *Journal Watch General Medicine* February 26, 2008.

برنامه‌های درمانی نوشته شده از مفاد مورد توصیه تمامی راهکارهای آسم تهیه شده توسط جوامع تخصصی و مراجع دولتی شامل NIH می‌باشند. البته در رابطه با بهتر بودن برنامه‌های مبتنی بر علائم نسبت به برنامه‌های مبتنی بر سطح حداکثر جریان<sup>(۱)</sup> اتفاق نظر وجود ندارد. پژوهشگران کانادایی یک فرابرسی از ۴ کارآزمایی بالینی تصادفی شده (شامل ۳۵۵ کودک در سنین مدرسه) ترتیب دادند و به مقایسه برنامه‌های درمانی مبتنی بر علائم با برنامه‌های مبتنی بر حداکثر جریان تنفس پرداختند. دیگر مداخلات آسم در هر دو گروه مشابه و پیگیری به مدت ۳ تا ۱۲ ماه انجام شده بود.

1. Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack.
2. calcium channel blocker
3. angiotensin converting enzyme
4. *Diabetes Care* February 2008; 31:353
5. Systolic Hypertension in the Elderly Program
6. *American Journal of Cardiology* 2005; 95: 29.
7. *BMJ* February 9, 2008; 336:309.
8. *Journal Watch Pediatrics and Adolescent Medicine* May 23, 2007.
9. *Journal Watch Women,s Health* October 19, 2004.
10. peak flow level