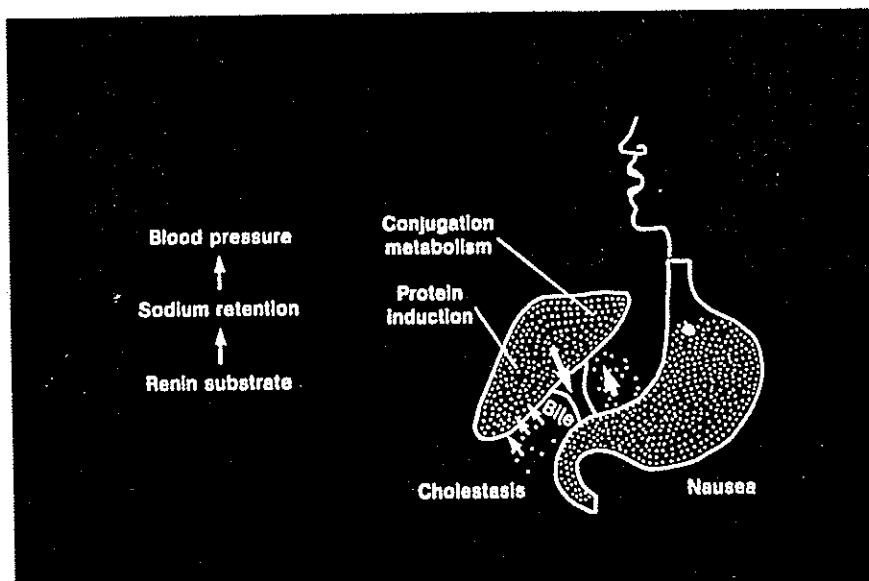


استفاده از برچسب‌های^(۱) پوستی در درمان جاننشینی هورمونی^(۲)

ترجمه: فاطمه بابالو کارشناس پرستاری

REF:

Ellerington. M.C; "The use of skin Patches in Hormone Replacement Therapy"; Maternal and child Heath, Feb. 1991; P:34-38



مصرف روزانه استروژن خوراکی، سطح استروژن رانسبت به استرادیول سرم به بالاترین میزان خود می‌رساند و سپس بتدریج تا مصرف قرص بعدی میزان دارو در خون افت می‌یابد، که این روش برخلاف روشهای غیر خوراکی، باعث ایجاد اختلالاتی در عمل کبد می‌گردد. سیستم درمانی از طریق درم (T.T.S)^(۳) یا برچسب پوستی^(۴) روش نسبتاً جدیدی است که از جنبه‌های مختلف نتیجه قابل اطمینانی را به دست می‌دهد.

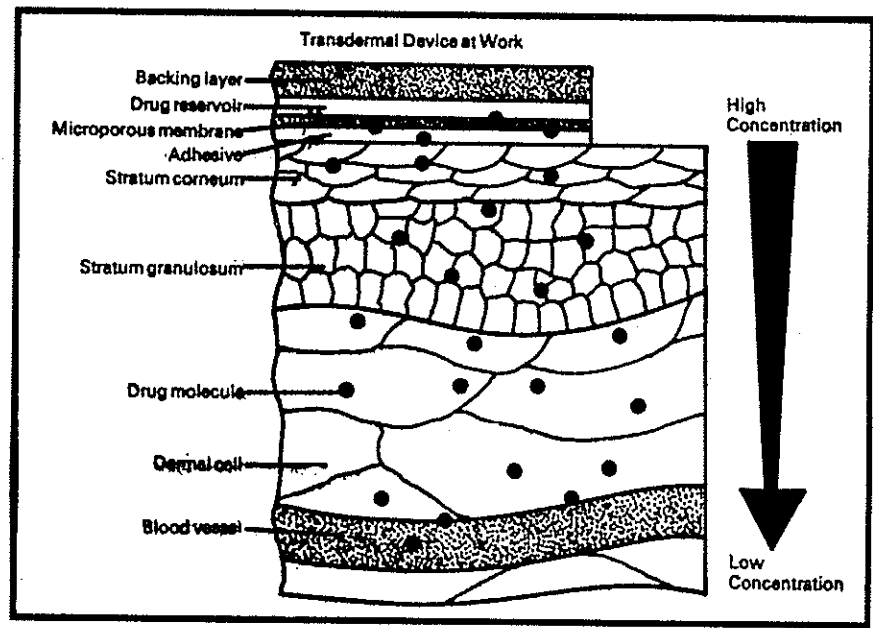
قبل از بحث در مورد جزئیات روش تماس پوستی^(۵)، بهتر است در این جا به نظریاتی در مورد روش استفاده خوراکی پردازیم.

اگرچه تاکنون فواید کوتاه مدت و دراز مدت استفاده از درمان جاننشینی هورمونی در بهبود علائم و جلوگیری از شکستگیهای ناشی از پوکی استخوان و عوارض قلبی-عروقی به اثبات رسیده است؛ با این وجود، اکثر زنانی که قبلاً از این درمان استفاده می‌کردند به دلیل ترس ناشی از اثرات جانبی احتمالی و خطرات این نوع درمان، دیگر از این روش استفاده نمی‌کنند. در هر درمانی کمال مطلوب، کسب نتایج عالی با کمترین اثرات جانبی ناخواسته است. با اینکه سالهاست مصرف استروژنهای خوراکی به طور فیزیولوژیک اطمینان زیادی را در درمان جاننشینی هورمونی ایجاد کرده است، با این حال،

نشان داده شده، استروژن خوراکی طبیعی، تجزیه انواع کلسترول (بخصوص لیپوپروتئینهای با وزن مخصوص پایین^(۱۳)) را کاهش داد و باعث افزایش

است. (جدول شماره ۱). بنابراین، اضافه کردن پروژسترون در هر سیکل به مدت ۱۲ روز برای جلوگیری از هایپرپلازی آندومتر^(۱۰) ضروری است.

استروژن تجویز شده خوراکی، در دستگاه گوارش بخصوص در دیواره روده متابولیزه شده و استرادیول را به استرون تبدیل می‌کند و به این ترتیب منجر به افزایش غیر طبیعی سطح استروژن پلاسما می‌گردد. سپس استروژن جذب شده از طریق ورید کبدی^(۶)، به کبد رسیده و حداقل ۳۵ درصد آن به عنوان «اثر عبور اولیه» قبل از اینکه به سیستم گردش خون وارد شود، به متابولیت‌های بی اثر (عمدتاً استرون ۳- گلوکوکروئید) تبدیل می‌گردد. (شکل ۱) گرچه مقادیر روزانه استروژن خوراکی که عامل ایجاد یا تشدید هایپرتانسیون^(۷) در افراد مستعد (احتمالاً از طریق سیستم رنین- آنژیوتانسین- آلدوسترون) و همچنین افزایش تولید پروتئینهای مخصوص کبدی مانند فیبرینولیتیک و فاکتورهای انعقادی^(۸)



است، ولی این اثرات در مقایسه استروژنهای خوراکی طبیعی نسبت به استروژنهای صناعی قابل ملاحظه نمی‌باشد^(۹).

برتری درمان با استروژنهای قابل عبور از درم نسبت به درمانهای خوراکی این است که این ترکیبات به راحتی قابل دسترس می‌باشند. (شکل ۲)

همچنین دارای مقدار کمی «۱۷-ب استرادیول» حل شدنی در ژل الکلی بوده و توسط لایه انتهایی چسبنده خود در محل محکم می‌شود سپس هورمون به مقدار ثابتی از میان یک غشاء میزان کننده در مدت ۳/۵-۴ روز آزاد می‌گردد. (وقتی تمام الکل استفاده شد). میزان تجویز شده روزانه این هورمون به وسعت ناحیه بستگی داشته و به تعویض مکرر چسبها بستگی ندارد. جذب در امتداد شیب غلظت رخ می‌دهد. با اینکه مجموع مقدار استرادیول تجویز شده روزانه از طریق برچسب از مقدار خوراکی کمتر می‌باشد، اما سطح استرادیول پلاسما با سه برچسب تقریباً با مقدار خوراکی برابر

بعد از هر دوره زمانی، برچسبها سطح نسبتاً ثابتی از استرادیول را در پلاسما تولید می‌کنند، ولی سطح استروژن پلاسما به این حد افزایش نمی‌یابد. تحقیقات متعددی ثابت کرده مادامیکه برچسبهای پوستی و درمان خوراکی به مقدار مناسبی مصرف شوند، در کنترل علائم شناخته شده مربوط به کمبود استروژن، دارای اثرات یکسانی هستند.

«پدیوک»^(۱۱) و همکارانش برای مقایسه علائم یائسگی^(۱۲) از یک نمودار مقایسه‌ای قبل و بعد از درمان علائم یائسگی استفاده کرده‌اند که پیشرفت بهبودی را در بیش از یک دوره سه ماهه نشان داده است. همچنین روشن می‌کند برای اینکه بتوانیم تصمیمی در مورد مقدار قابل اطمینان دارو بگیریم باید درمان را حداقل در محدوده زمانی ذکر شده ادامه دهیم.

بطوریکه ثابت شده است، سوخت و ساز چربی تحت تأثیر درمان با استروژن قرار می‌گیرد و بطوریکه در اکثر تحقیقات

بقیه در صفحه ۶۹