

	<b>بسمه تعالی</b> <b>مرکز آموزشی درمانی جامع زنان کوثر</b>	
<b>تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۰۳/۲۶</b>	<b>عنوان: راهنمای تجویز داروی متفورمین</b>	<b>کد دستورالعمل:</b> <b>KWMC.WI. PHM.۰۵</b>
<b>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۳/۲۶</b>		
<b>شماره ویرایش: ۰</b>		
<b>امکانات مورد نیاز: کامپیوتر/ سیستم HIS</b>		
<b>کارکنان مرتبط: پزشک، پرستار، داروساز و تکنسین دارویی</b>		
<b>تعاریف:</b>		
<b>ARB: مهارکننده رسپتور آنژیوتانسین ۲</b>		
<b>هدف:</b>		
<b>کلیات تجویز داروی لوزارتان</b>		
<b>روش اجرا:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اشکال دارویی: قرص های ۵۰۰، ۸۵۰ و ۱۰۰۰ میلی گرم، قرص های ۵۰۰، ۷۵۰ و ۱۰۰۰ میلی گرم پیوسته رهش</li> <li>۲. دسته دارویی: بی گوانیدها</li> <li>۳. اندیکاسیون های تجویز در بخش های زنان: <ul style="list-style-type: none"> <li>- دیابت ملیتوس تیپ ۲: بزرگسالان: فرم های با رهش فوری، شروع با ۵۰۰ میلی گرم یک یا دو بار در روز یا ۸۵۰ میلی گرم یکبار در روز. دوز بایستی به تدریج افزایش پیدا کند تا عوارض گوارشی دارو به حداقل برسد. اما معمولاً افزایش ۵۰۰ یا ۸۵۰ میلی گرم هر ۷ روز (با دامنه ۵ روز تا ۱ ماه) صورت می پذیرد. دوز نگهدارنده معمول بین ۸۵۰ میلی گرم دو بار در روز یا ۱ گرم دو بار در روز (حداکثر دوز ۲۵۵۰ میلی گرم). جهت کاهش عوارض گوارشی در دوزهای بالاتر از ۲ گرم بهتر است دارو به صورت منقسم در ۳ دوز داده</li> <li>- دیابت بارداری: بزرگسالان شروع با ۵۰۰ میلی گرم یک تا دو بار در روز. دوز به طور معمول تا ۱ الی ۲ هفته تا حداکثر ۲ تا ۲٫۵ گرم در روز در ۲ تا ۳ دوز منقسم افزایش داده شود.</li> <li>- درمان الیگومنوره در بیماران با سندرم نخمدان پلی کیستیک (PCOS): ۱٫۵ الی ۲ گرم در روز در ۲ تا ۳ دوز منقسم. برای به حداقل رساندن عوارض گوارشی، شروع با ۵۰۰ میلی گرم یک تا دو بار در روز. به تدریج هر ۷ روز ۵۰۰ میلی گرم افزایش یابد.</li> <li>- پیشگیری از سندرم تحریک بیش از حد تخمدان در بیماران مبتلا به PCO تحت لقاح آزمایشگاهی/ تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی: دوز مصرفی ۱ الی ۲٫۵۵ گرم در روز در ۲ تا ۳ دوز منقسم.</li> </ul> </li> <li>۴. اگر کنترل بیماری با متفورمین به دست نیاید، انسولین انتخاب ارجح در طی بارداری است. زیرا تا حد زیادی از جفت عبور نمی کند.</li> <li>۵. در بیماران با الیگومنوره به دنبال PCO، ممکن است در ۶ ماه اول درمان، به صورت دوره ای پروژسترون افزوده شود تا زمانیکه قاعدگی منظم برقرار شود.</li> <li>۶. در اندیکاسیون پیشگیری از سندرم تحریک بیش از حد تخمدان در بیماران PCO تحت لقاح آزمایشگاهی یا تزریق اسپرم داخل سیتوپلاسمی، مت فورمین معمولاً به عنوان پیش درمانی یا همزمان با آگونیسست های گنادوتروپین تجویز می شود. در برخی مطالعات این دارو تا زمان تست بارداری تا هفته ۱۲ بارداری تجویز می شود.</li> <li>۷. اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو: بررسی گلوکز و کتون ادرار، گلوکز خون ناشتا، eGFR، هموگلوبین، هماتوکریت، RBC، بررسی غلظت سرمی ویتامین B12 هر ۲ تا ۳ سال (به ویژه در بیماران دچار کم خونی یا نوروپاتی)، چک غلظت فولت در بیماران با آنمی مگالوبلاستیک.</li> <li>۸. دارو در نارسایی کبدی و کلیه نیاز به تنظیم دوز دارد.</li> <li>۹. متفورمین می بایستی همراه غذا مصرف شود. در دستورالعمل تجویز یکبار در روز توصیه می شود فرد دارو را همراه با وعده غذایی عصرانه مصرف کند.</li> <li>۱۰. اسیدوز لاکتیک مرتبط با متفورمین می تواند منجر به هایپوترمی، هایپوتشن، برادی آریتمی های مقاوم و مرگ شود. شروع علائم با علائم غیراختصاصی شامل بی حالی، میالژی، دیسترس تنفسی، خواب آلودگی و درد شکم همراه است. افزایش سطح لاکتات خون، اسیدوز با آنیون gap و افزایش نسبت لاکتات به پیرووات در فرد دیده می شود. در این موارد معمولاً سطح پلاسمایی دارو بالاتر از ۵ میکروگرم در میلی لیتر است. ریسک فاکتورهای بروز این عارضه شامل اختلال کلیه، مصرف همزمان</li> </ol>		

- داروهایی همانند مهارکننده انهیدراز کرینیک مانند توپیرامات، سن بیشتر یا مساوی ۶۵ سال، رادیولوژی با کنتراست، جراحی، حالات هایپوکسیک همانند CHF، مصرف بیش از حد الکل و نارسایی کبدی است. در صورت مشکوک شدن به عارضه، دارو فوراً قطع و همودیالیز سریعاً آغاز شود.
۱۱. عوارض جانبی دارو: واکنشهای گوارشی گذرا و برگشت پذیر همانند اسهال، تهوع، نفخ، درد شکم، استفراغ، سوء هاضمه. عدم تحمل این واکنشها دلیلی بر قطع دارو به ویژه در شروع درمان است، ولی به تدریج فروکش می کند. برای جلوگیری از عوارض گوارشی، دارو هر روز در ساعت معینی مصرف شود.
  ۱۲. استفاده طولانی مدت از دارو با کمبود برگشت پذیر ویتامین B12 و کم خونی و نوروپاتی متعاقب همراه است. بروز این عارضه تاخیری می باشد. ریسک فاکتورهای بروز این عارضه شامل طول مدت درمان، ذخیره نامناسب ویتامین B12، وضعیت تغذیه ای نامناسب بیمار و جذب کلسیم ناکافی می باشد.
  ۱۳. در بیمارانی که به منظور کاهش وزن جراحی انجام داده اند، توصیه به استفاده از فرم های سریع رهش دارو می شود، زیرا قرص های پیوسته پس از جراحی بای پس یا گاسترکتومی اسلیو کمتری خواهد داشت. کاهش روتین دوز متفورمین در این بیماران تا زمانی که کلیه عملکرد طبیعی دارد، ضرورتی ندارد.
  ۱۴. مصرف متفورمین در بیماران با نارسایی قلبی پایدار اشکالی ایجاد نمی کند. ولی برای اجتناب از هایپوپرفیوژن توصیه می شود دارو با احتیاط مصرف شود.
  ۱۵. در بیماران با اختلال کبدی به دلیل ریسک اسیدوز لاکتیک، دارو با احتیاط مصرف شود.
  ۱۶. در بیماران تحت استرس شامل تب، تروما، عفونت و جراحی توصیه بر جایگزینی انسولین می شود.
  ۱۷. مصرف دارو در شیردهی مشکلی ندارد.
  ۱۸. این دارو در بیماران دیابت تیپ ۱ یا کتواسیدوز کاربردی ندارد.
  ۱۹. توصیه می شود متفورمین به صورت موقت در زمان یا قبل از انجام روشهای تصویربرداری حاجب یددار در بیماران با GFR بین ۳۰~۶۰ یا در بیماران با سابقه بیماری کبدی، اعتیاد به الکل یا نارسایی قلبی، یا در بیمارانی که ماده حاجب یددار داخل شریانی دریافت می کنند، قطع کنید. eGFR را ۴۸ ساعت پس از تصویربرداری مجدداً ارزیابی کنید. اگر عملکرد کلیه پایدار است، دوباره مصرف دارو را شروع کنید. روش دیگر توصیه شده این است که از متفورمین می توان قبل یا بعد از تجویز ماده حاجب یددار در بیمارانی که هیچ گونه شواهدی از آسیب حاد کلیه ندارند و eGFR آنها بیشتر مساوی ۳۰ است، استفاده کرد. قطع متفورمین در بیماران مبتلا به آسیب حاد کلیه شناخته شده یا stage 5 نارسایی کلیه یا افرادی که تحت مطالعات کاتتر شریانی هستند، توصیه می شود.
  ۲۰. از مصرف متفورمین در روز جراحی خودداری نمایید. دارو پس از بررسی پایدار بودن عملکرد کلیه مجدداً آغاز شود.

**هدایت کننده:** رئیس بخش مراقبت های دارویی

**منابع:** دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تهیه کننده:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مسئول فنی داروخانه دکتر فائزه شادفر	رئیس بخش مراقبت های دارویی دکتر پریسا حسینی کیا	ریاست بیمارستان جناب آقای دکتر یوسف نوری