

گورتیگو تراپی

مقدمه

پس از کشف کورتیزون در سالهای ۱۹۳۰-۱۹۴۰ موارد استعمال آن محدود بنارسائی سورنال بود ولی در نتیجه مطالعات و تحقیقات بعدی و کشف انواع صنایعی آن، مورد استعمال آن بقدری توسعه یافت که سالهای ۱۹۵۰-۱۹۶۰ را سنوات کورتیکوتراپی باید نامید. تأثیر کورتیزون در کلاژنوز و نتایج موقتی آن بقدری درخشان و شگفت انگیز است که تأثیر آنرا در ماههای اولیه تشبیه بماه عسل کرده‌اند.

متأسفانه باید اقرار کرد که کورتیزون اگر بمورد مصرف شود ریشه بیماری را از بین میبرد و در صورتیکه ندانسته و بی‌مورد مصرف گردد ریشه بیمار را قطع خواهد کرد و آنرا تشبیه به شمشیر دو دم کرده‌اند بدین معنی که کورتیکوتراپی خارج از بیماریهای سورنال علاوه بر اینکه سیر تکامل بیماریها را تغییر نمیدهد با کم کردن و قطع دارو اولاعود بیماری امکان دارد ثانیاً تا قطع ناگهانی همواره خطر نارسائی سورنال حاد حیات بیمار بمخاطره می‌افتد. ثالثاً در اکثر بیماریها، درمانی طولانی و مقادیر بالنسبه زیاد لزوم پیدا میکنند که بهمین دو علت طولانی بودن درمان و مقادیر زیاد دارو منجر بعوارض خطرناکی میشود (اولسر معده- استئوپوروز و دردهای استخوانی- اتروفی و میبریانی عضلانی- دیابت- سندرم کوشینگ که از بیماری اصلی و اولیه مهمتر و سیر تکامل و خیم‌تری دارد.

در مقابل این نتایج درخشان و برای جلوگیری از این عوارض خطرناک و مضار آن پزشکان و وظائف خطیری دارند که باید دقیقاً بدان توجه شود.

تاریخ کورتیزون و کورتیزون درمانی

در سال ۱۹۴۳ بوسیله اوستاشی و ریولان سورنال نام گذاری شد و در سال ۱۸۸۵ ادیسون مجلاً بیماری برونزها را شرح داد و نارسائی فوق کلیه را بطور کلینیکی گوشزد کرد:

بیماران خسته- لاغر- بارنگ دانه‌های پوستی و مخاطی و عوارض جهازهاضمه از قبیل بی‌اشتهائی- حالت تهوع و استفراغ میباشند. در سال ۱۸۵۶ برون سکوار با تجارب فیزیولوژی و با

برداشتن سورنال در حیوانات اهمیت حیاتی آنرا شرح داد و ثابت کرد که غده‌های سورنال برای زندگی اجتناب‌ناپذیر است. در سال ۱۸۹۵ اولیویه اثر بالا برنده فشار خون سورنال را شرح داد و در سال ۱۹۰۱ تا کامین آدرنالین را جدا ساخت و آنرا هورمون مرکزی نام گذاشت و از آن تاریخ به بعد دو قسمت قشری و مغزی سورنال مشخص گردید. در سال ۱۹۱۱ واتر هوز شرح سندرم معروف خود را نوشت و در ۱۹۳۲ کوشینگ با زوفیلی هیپوفیز را شرح داد ولی امروزه ثابت شده است مبتلایان به سندرم کوشینگ ممکن است هیپرپلازی سورنال تا توپ‌های خوش‌خیم و یا بدخیم سورنال داشته باشند. در سال‌های ۱۹۴۷ تا ۱۹۴۹ کندال و هنج به کورتیزون و خواص ضد التهابی و ضد آلرژی آن پی بردند. قبلاً در کلینیک مشاهده کرده بودند که:

- ۱- زنان مبتلا به پلی‌آرتریت رماتیسمی مزمن وقتی آستن می‌شوند در زمان آستنی بهبودی پیدا میکنند ولی بعد از وضع حمل دومرتبه پولی‌آرتریت آنها عود میکند.
- ۲- مبتلایان به پلی‌آرتریت مزمن وقتی هپاتیت میگیرند از رماتیسم خود خلاص میشوند از آنجائیکه در طی حاملگی و هپاتیت غدد فوق‌کلیدی هیپرتروفی پیدا میکنند هنج و کندال نتیجه گرفتند که ازدیاد ترشح غدد فوق‌کلیدی است که موجب خاموش ساختن تورم پلی‌آرتریت میگردد.
- از لحاظ تشریحی = غدد فوق‌کلیدی در قطب فوقانی و کنار داخلی کلیه‌ها قرار دارند.
- وزن هر غده ۴-۶ گرم بطول سه سانتیمتر و ارتفاع دوسانتمتر و ضخامت یک سانتیمتر و از دو قسمت قشری و مغزی تشکیل شده است. قسمت قشری حجیم‌تر و ضخیم‌تر - تیره‌تر و از قسمت مغزی باریک خط قهوه‌جدا میشود و از نسج مزانشیم بومیله جوانه از غدد جنسی و کلیه جدا میشود - قسمت مغزی از اکتودرم و در واقع انشعابی از اعصاب سمپاتیك است.
- از لحاظ بافت‌شناسی کورتیکوسورنال بسه منطقه تقسیم میشود:
- اول - قسمت خارجی یا منطقه گلوبورولر که ترشح هورمون آلدوسترون را اداره میکند مینرالوکورتیکوئیدها (Aldosteron : Mineralocorticoïde).
- دوم - قسمت فاسیکوله که حجیم‌تر از دو قسمت دیگر و به تنهایی $\frac{2}{3}$ قشری را تشکیل میدهد که شامل لسیترین و کلسترول است و فوفور کلسترول بعقیده اکثر علما ذخیره ابتدائی و اولیه هورمون‌های گلیکوکورتیکوئیدها است.
- سوم - قسمت رتیکوله که قسمت اعظم آن ترشح اسید اسکوربیک و آندروژن‌ها را اداره میکند.
- از غده سورنال در حدود ۳ نوع کورتیکوئید پیدا کرده‌اند که به ترتیب به کمپوند آ- ۱ - اف - اس کندال معروف است.

آنچه مورد بحث ما است - قسمت هورمون‌های بافعالیت پروتئید و گلوکوسیدی است که به هورمون‌های گلیکوکورتیکوئید معروفند که از لحاظ تقسیم‌بندی به استروئیدهای گروه یازده اکسی استروئید یا هفده OH کورتیکوئید تقسیم میشوند و اهم آنها ترکیبات E کندانال یا کورتیزون و ترکیب اف کندانال یا هیدروکورتیزون میباشد.

از لحاظ صناعی - احتمالاً هیچ دارویی تا این حد مورد توجه و تحت مطالعه قرار نگرفته است. در سال ۱۹۵۳ فرید متوجه شد که الحاق یک اتم فلئور بر کربن ۹ هیدروکورتیزون خاصیت ضد تورسی آنرا ده برابر بالا میبرد و اثر ۹ آلفا فلئورو هیدروکورتیزون در روی جذب آب و نمک و دفع پتاسیم صد برابر بالا رفت (موارد تجویز خاص بیماری آدیسون) در سال ۱۹۵۶ آن علاوه بر فلئور بر کربن ۹ یک عامل الکلی به کاربن ۱۱ اضافه نمود و متوجه شد که خاصیت احتیاس نمک و آب آن ضعیف گردید و این هورمون را بنام تری آسینولون نامیدند و از اختصاصات آن تروپیسیم خاص آن نسبت به جلد است و از تجویز آن هولاندر نتایج فوق العاده عالی در پولی آرتریت پسونریازیک گرفت. بعلاوه این هورمون خاصیت دیورتیک هم دارد و ایجاد دیورز میکند و در موارد افزایش وزن و تورم از این نوع کورتیکوئید میتوان استفاده کرد و اثر اولسرای آن کمتر از پردنیزون میباشد.

در سال ۱۹۵۷ ارت و سارت مشتق متیله جدیدی عبارت از ۱۱ آلفا متیل ۹ آلفا فلئورو پردنیزولون بنام دگزامتازون پیدا کردند که خاصیت ضد تورسی آن ده برابر پردنیزولون و ۵ برابر هیدروکورتیزون است ولی خاصیت جذب آب و نمک و دفع پتاسیم آن فوق العاده کمتر یعنی یکدهم هیدروکورتیزون است و عملاً اثری روی فشار خون ندارد و تولید خیز نمیکند و ایجاد هیپرگلیسمی و اختلالات روحی نمی‌نماید.

برای جلوگیری از عوارض کاتابولیکی این تزریق توصیه میشود که با استروئیدهای آنابولیزان بکار برده شوند.

برای جلوگیری از عوارض کاتابولیک آنها توصیه میشود که با استروئیدهای آنابولیزان توأم شوند - لاندسبورگ تا چهل درصد عوارض را کمتر کرده است.

فرمول شیمیائی ترکیبات کورتیزون و موارد استعمال آن

۲۵ میلیگرم کورتیزون = ۲ میلیگرم هیدروکورتیزون = ۵ میلیگرم پردنیزولون =
 ۴ میلیگرم ۱۱ متیل پردنیزولون = ۴ میلیگرم تری آسینولون = ۲ میلیگرم پارامتازون = ۰/۷۵ میلیگرم دگزامتازون = ۰/۵ میلیگرم پرامتازون

فارماکولوژی

اثر فیزیولوژی و فارماکولوژی کورتیزون و سایر ترکیبات آن :

۱- متابولیسم مواد هیدروکربنه }
 الف - نئوگلیکوژنز را افزایش میدهد
 ب - مصرف گلوکید نسوجی را کم میکند وینا براین قند
 خونرا زیاد میکند.

۲- متابولیسم پروتئیدی }
 الف - ازدیاد کاتابولیسم پروتیدی
 ب - نقصان آنابولیسم پروتیدی و بیلان آرتز را منفی
 میکند.

۳- متابولیسم چربی - چربی جاری خونرا اضافه میکند و همچنین چربی های کبدی را
 زیاد میکند و بالنتیجه ایجاد نوعی چاقی تنه و گردن گاو میشی میکند.

۴- متابولیسم الکترولیت ها = الف - جذب مجدد پتاسیم را از کلیه وقفه میدهد و
 بالنتیجه فرار پتاسیم میدهد و مانع از رسوخ پتاسیم به سلول میشود.

ب - احتباس سدیم میدهد ولی کلررا از کلیه دفع میکند و آلکالوز میدهد.

ج - در شرایطی ممکن است سدیم را دفع کند و فیلتراسیون کلیوی را زیاد کند.

۵- سندرم آدایپتاسیون - پاسخ فیزیولوژی به استرس های مختلف.

۶- نسوج لنفوئید تیموس - لنفولیز است - اعضای لنفوئیدرا نقصان میدهد.

الف - ائوزینوفیلیا را کم میکند . ۴ تا ۸ درصد.

۷- خون }
 ب- لنفوسیت ها را کم میکند و بالنتیجه ازدیاد گرانولوسیت نرو فیل مینماید

ج - اریتروسیت ها را زیاد میکند.

الف - ضد التهاب - در درمان شناسی و در تراپوتیک از خاصیت ضد

التهابی آن حداکثر استفاده میشود.

۸- اثر بر روی }
 ب - ضد فیبروز - حذف دفاع یا جواب به تورم التهابی در نتیجه عفونت

یا یک عامل مکانیکی و شیمیائی .

الف - حفاظت در مقابل عوامل مضره و برخورد آنتی ژن و آنتی کور

ب - مانع از تشکیل آنتی کور نمیشود.

ج - مانع از اجتماع آنتی ژن و آنتی کور نمیشود.

۹- ضد حساسیت
 و ایمنیت ضد آلرژی

۱۰- رابطه آلبومین و گلوبولین را به طبیعی میرساند - بدین معنی که ترشحات اضافی

گاما گلوبولین را کاهش میدهد.

۱۱- وقفه در هیالورونیداز میدهد - و در اکثر دستگاه های آنزیماتیک وقفه میدهد و

روی همین وقفه آنزیماتیک است که ترومبوز وریدی میدهد - وقفه هگزو کیناز .

۱۲- اسید کلریدریک و پپسین ترشح معده را زیاد میکند و روی همین اصل است که اولسر میدهد

۱۳- وقفه در روی ACTH و MSH - وقفه بر TSH

- ۱۴- وقفه دگزامتازون و تست تحریکی = تست تورن
 ۱۵- مشتقات هیدروژنه آن اثری شبیه به ۱۷ - ستوستروئید دارد.

موارد استعمال کورتیزون درمانی

اول = اثر فیزیولوژیک

درمان اصولی و اصلی در نارسائی های سورنال = یادمان جانشین شونده.

سل سورنال . ۵ درصد موارد

- | | | |
|---|---|--|
| ۱- نارسائی مزمن
سورنال بیماری آدیسون | } | آتروفی سورنال - عفونت های قارچی میونیلیاز بعد از عمل سورنال |
| | | هیستوپلاسموز - آمیلوز
انفرا کلیتیک - هموکروماتوز - سل و سرطان |
- معدده } پانکراس

- | | | |
|-----------------------|---|--|
| ۲- نارسائی حاد سورنال | } | هیپوپلازی سورنال - اتروفی سورنال |
| | | هموراژی - هیپارین درمانی - تیروئیدیت هاشیمونو |
| | | نکروز - مسمومیت ها - سورنیل |
| | | عفونت های حاد - سندرم واثرهاوز فریدریکسن
هنگام جراحی - و.و.ایر استرس ها - پس از قطع درمان کورتیزون. |

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| ۳- نارسائی سورنال ثانوی به نارسائی هیپوفیز | } | سیموند-هیپوپیتوئیتاریسم |
| | | شبهان |
| | | نکروز هیپوفیز |
| | | تومرهای هیپوفیزی |

- ۴- نارسائی سورنال ثانوی به اختلالات متابولیک - بیماریهای کارانسیل - اسهال ها -
 انمی پیرمهموکروماتوز .

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ۵- نارسائی سورنال بعد از عملیات جراحی | } | بعد از عمل بیماریهای کوشینگ |
| | | بعد از برداشتن تومرهای کورتیکو سورنال |
| | | بعد از برداشتن سورنالها برای فشارخون اسانسیل |

نکات درمانی در :

اصل اول = ۱- مقایر کافی هورمونهای سورنال توأم با کلروردوسیدیم باید مصرف شود .

۲- لزوم ازدیاد هورمون در زمان : عفونت - مسمومیت

استرس

حمله حاد آدیسون

جراحی

ضربه

ضغظه

سروا

گرما

تعریق زیاد

۳- در درمان شک توأم نمودن کورتیزون بانورآدرنالین .

۴- باید به بیماران تذکر داد که در موارد عفونت - مسمومیت - ضربه - ضغظه - یا هموراژی فوراً به پزشک معالج مراجعه کنند برای اینکه سورنال آنها قادر بدفاع نیست و دراینمورد است که پزشک ناچی بیماراست.

موارد استعمال کورتیزون

اصل دوم : درمان اصولی واصلی وقفه دهنده ACTH دستگاه هیپوتالامو هیپوفیزی تخفیف فعالیت سورنال درپرکاری غیرطبیعی سورنال ثانوی بکم کاری کورتیزون .

ازدیاد کارسورنال

۱- هیپرپلازی مادرزادی ویریلیزان یا سندرم ویلکنزیا ازدیاد
 پرگناتریول } الف) سندرم سورنوژنییتال
 ۲- هیپرپلازی ثانوی ویریلیزان یا سندرم آپر - گاله } آدرنوژنییتال

ب) موارد محدود هیپرکورتیسم سورنال نزد زنان مبتلا به هیرسوتیسم آندروژنیک که با ازدیاد ۱۷ استروئید توأم است .

۱- هیپرپلازی سورنال پست ناتال } ج) سندرم دوبره فیبزییره
 ۲- تومر سورنال

د) تومرهای مؤثی سورنال - تومرهای فمینیزان سورنال .

ازدیادپر گناندیل

ه) سندرم اشتاین وسایر بیماریهای زنان که هیپرآندروژنی درکاراست .

نکات درمانی دراصل دوم:

در درمان هیپرپلازی مادرزادی سورنال مقادیر کم کورتیزون فعالیت آندروژنی را حذف میکند .

در درمان سندرم دبره که اختلالات الکترولیتی درکاراست تجویز سدیم و«دوکا» مورد

لزوم است .

و در نارسائی های حاد: توأم نمودن سرم نمکی و گلوکز به انضمام کورتیزون داخل وریدی. ازدیاد هورمون در استرس طبق فرمول زیر:

به بیماران باید تذکر داد که کارت هویت و تشخیص بیماری داشته باشند. تذکر به پزشکان عمومی بالاخص به روماتولوگ ها و متخصصین بیماریهای ریوی و آستم.

اصل سوم - کورتیزون درمانی بر پایه خواص فارماکولوژی بیماریهای عمومی خارج از سوزنال

اول - بیماریهای کلاژن - استفاده از خاصیت ضدالتهابی :

- ۱- رماتیسم حاد مفصلی یا تب رماتیسمال.
- ۲- آرتریت رماتوئید یا پلی آرتریت مزمن پیشرونده .
- ۳- لوپوس .
- ۴- درماتومیوزیت .
- ۵- اسکلو درمیت .

دوم - آلرژی و بیماریهای پوست و ازدیاد حساسیت :

- ۱- آستم - آمفیژم- فیبروز ریوی .
- ۲- بیماریهای سرورم .
- ۳- عکس العمل ترانسفوزیون و حساسیت دارویی و سرم .
- ۴- رینیت آلرژیک - زکام یونجه .
- ۵- درماتیت ها - اگزما - کهیر - اریتم گره ای .

سوم - بیماریهای چشم:

- ۱- ایرویدوسیکلیت حاد .
- ۲- کوروئیدیت .
- ۳- اوئیت .
- ۴- نوریت ها .
- ۵- کراتیت ها .
- ۶- کوریورتنیت .
- ۷- ایریتیس .
- ۸- مصرف موضعی در بیماریهای موضعی چشم .

چهارم - تقرس حاد .

پنجم - بورسیت - سینویت - تنوسینویت -
 ششم - بیماریهای خون:

۱- بیماریهای همولیتیک.

۲- هیپراسپانسم.

۳- لوسمی‌ها بالاخص لوسمی لنفوئید.

۴- لوکوزیلاستیک.

۵- کم‌خونی هیپوپلاستیک ابتدائی.

۶- پورپوراها

۷- اریتروبلاستوزها.

۸- جلوگیری از یرقان اریتروبلاستوز نوزادان تجویز کورتیزون در مادر

جلوگیری از تشکیل آنتی کورسیکند؟

هفتم - بیماریهای کلیوی نفروزلیوئیدیک خالص - گاماگلوبولین کاهش پیدا میکند

هشتم - هیپوگلیسمی - فاسیلی ایدیوپاتیک یا بیماری کاری.

نهم - بیماریهای عفونی:

۱- ازخواص ضداندوکسین.

۲- ضدآلرژی باکتریال.

۳- ضدآلرژی آنتی بیوتیک.

۴- اثرات ضدالتهابی.

۵- وقفه درعکس العمل مزانشیمی گانگلیونر.

۶- ضد تب

۷- وبالاخره ازعوارض ناشیه از برخورد آنتی ژن و آنتی کورجلوگیری میکند.

دهم - بیماریهای دستگاه گوارش:

۱- هپاتیت‌ها - سیروزها.

۲- کولیت اولسروز.

۳- کمای هپاتیک.

۴- درتمام یرقانهاییکه بیلیرومین خون از ۲ میلیگرم درصد متجاوزباشد.

۵- GOT و GPT را پائین میآورد.

یازدهم - بیماریهای زنان:

۱- نازائی‌های لوله - نازائی‌هایی که اول وجود ندارد.

- ۲- سندرم اشتاین لونتال - ترشح استروژن را افزایش میدهد.
- ۳- سقط های مکرر وقاعدگی های کم که علائم هیپرآندروژنی وجود دارد بواسطه وقفه در ترشح آ - ت - ت - هاش آندروژنها را مهار میکنند.
- دوازدهم - موارد استعمال مشکوک :
 - ۱- سارکوئیدوزها .
 - ۲- اسپروایدیوپاتییک .
 - ۳- هیپرکالسمی حاصله از مسمومیت با ویتامین D.
 - ۴- هیپرکالسمی کارسینوم .
 - ۵- هیپر استوز کورتیکال انفانتیل - بیماری کافی

درمان آدیسون با ناسارئی مزمن سورنال

کورتیزون درمانی و درمان آدیسون یکی از فتوحات و فصل درخشان تراپوتیک را نوید میدهد .

کورتیزون داروی قطعی و حتمی است مقدار لازم بسته به فیزیولوژی هر شخص متفاوت است بطور متوسط معمولا سی میلیگرم هیدروکورتیزون بسه قسمت مساوی ده میلیگرامی صبح و ظهر و شب بطور خوراکی استفاده میشود . دریک چهارم موارد این درمان کافی نیست و باید بآن ۵ - ۱۰ میلیگرم DOCA دو دفعه در هفته اضافه نمود - ولی امروزه که کورتیزون های صناعی ترقیبات عجیبی پیدا کرده است میتوانیم از ه آلفا فلتوروهیدرو - کورتیزون که خاصیت مینرالوکورتیکوئید آن بسیار قوی است استفاده کنیم پنجاه گامای آن بجای دو کا تعادل آب و نمک را طبیعی میگرداند .

در نتیجه استعمال هیدروکورتیزون اشتها برمیگردد نیروی عضلانی و وزن بدن اصلاح میشود و بیمار احساس سلامتی میکند . کم خونی اصلاح میشود پیگمانتاسیون کم شده و بتدریج برطرف میگردد هیپوگلیسمی و الکتروانسفالوگرام بحال عادی برمیگردد ظرفیت مقابله به استرس و عفونت ها و ضربه افزایش پیدا میکند . مقدار نگاهدارنده را از سی میلیگرام میتوان به ۲۰ - ۲۵ و حتی کمتر تقلیل داد ولی باید دانست که این درمان عادی یا باصطلاح مقدار زمان صلح است و در زمان جنگ یا عفونت و استرس و در موارد ضربه و جراحی و حتی در موارد کشیدن دندان مقدار فوق کافی نیست و باید مقادیر دوبرابر و برحسب احتیاج حتی تا ده برابر اضافه شود حتی باید تا چهارصد میلیگرام در صورت لزوم مورد استفاده قرار گیرد - نکته جالب در مورد استعمال ه آلفا فلتوروهکورتیزون در مواردیکه از صد گاما متجاوز گردد ممکن است ایجاد

کورتیزون درمانی و آبستنی :

آدیسون و آبستنی = در گذشته قبل از کورتیزون درمانی وضع خیلی خطرناک بود و آبستن نشدن بیماران مبتلا به آدیسون خیلی زیادتر و از خطرات آن کاسته شده است گاهی اولین تشخیص آدیسونی بعد از شک زایمان داده میشود و اکثراً سقط‌هائی در نتیجه نارسائی سورنال نشناخته اتفاق می‌افتاد - در اوائل حاملگی ناراحتیهائی شدید مانند تهوع و استفراغ‌های شدید - خستگی فوق‌العاده و شک‌های شدید باعث حمله حاد نارسائی سورنال میشد که منجر بمرگ بیمار میگردد اما ریکه پلوتز در ۶۹ نفر آدیسونی انتشار داده است بیست نفر بعد از ختم حاملگی - دو نفر در موقع زایمان و یک نفر در دوران بارداری فوت نموده‌اند ولی امروز در نتیجه استعمال بجای کورتیزون در تمام دوره حاملگی و کنترل آنان این مخاطرات تقریباً از بین رفته است .

خوشبختانه در زمان آبستنی از ماه چهارم بعد چه از لحاظ کلینیکی، بیولژی - علائم آدیسون - بطور طبیعی رو باصلاح میرود . مقادیر 17-OH استوستروئید و 17-OH بحدود طبیعی میرسد . و تقریباً تا زمان فارغ شدن حال عمومی رویه بهبودی میرود شاید در نتیجه جبران سورنال جنین باشد که اکثراً بزرگ میشود و از طرفی جفت ترشحات هورمونی خاصی دارد که به بهبودی بیمار کمک میکند - وبه همین جهت است که آمار مرگ و میر بیماران بیشتر در موقع زایمان و بعد از زایمان است که بحروم از جفت میشوند و از همین روست که درمان کورتیزونی در زمان زایمان و خروج جفت توصیه میشود و عیناً مانند بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار میگیرند باید تحت مراقبت درمان قرار گیرند .

بر طبق توصیه هنت . . ۲ میلیگرم کورتیزون در موقع زایمان باید به بیمار تزریق شود و در موقع خروج جفت تحت کنترل و مراقبت شدید قرار گیرد و در صورت لزوم کورتیزون بیشتری استعمال گردد . باید دانست که خونریزی حاد قشر سورنال در آبستنی امکان دارد و با ظهور علائم شک باید فوراً از ترکیبات کورتیزون استفاده شود .

نکاتی در کورتیکوترابی و خطاهای غیر قابل برگشت

بعد از کشف کورتون و درمان‌های جدید نارسائی سورنال باید دانست که بیمار آدیسونی از نارسائی سورنال نباید فوت کند . باید مخاطرات بیماران آدیسونی را بخوبی شناخت .
اول - مخاطرات غم‌انگیزیکه در نتیجه بی‌اطلاعی پزشکان از استعمال قوی و زیادیکه در موارد نارسائی حاد باید بکار رود اتفاق می‌افتد .
 در مواقع استرس یا ضربه وضعه احتیاج بیشتری به کورتیزون است که در موارد نارسائی

سورنال تکافوی بیمار را نمیکند و نباید منتظر بروز مخاطرات و حوادث شد بلکه باید قبل از بروز علائم غم انگیز از آن جلوگیری کرد. در مقابل هرگونه خطر احتمالی حتی گریپ ساده یا آنژین ساده در یک بیمار آدیسونی فوراً باید مقادیر کورتیزون را بالا برد (۳۰۰-۴۰۰ و حتی ۵۰۰ میلیگرم) و حتی در صورت لزوم بصورت تزریق داخل عضلانی و داخل وریدی اقدام کرد.

دوم - رژیم بدون نمک - بسیاری از پزشکان در تمام مواردیکه استعمال ترکیبات کورتیزونی مینمایند توصیه میکنند که بیمار رژیم بدون نمک را مراعات کند و متأسفانه ندانسته ممکن است همین رژیم را هم در بیماران مبتلا به نارسائی سورنال مراعات نمود و این یک اشتباه کشنده است که ممکن است بمرک بیمار خاتمه یابد. حتی در تحت درمان کورتیزون. باید دانست که برای بیمار آدیسونی نمک جزو لاینفک زندگیست و محسوب میشود و همچنین استعمال داروهای مدر نمک (مالی دیورتیک) همین مخاطرات را در بر دارد.

سوم - استعمال دلتا کورتیزون (پردنیزون) که مطلقاً نباید در آدیسون مصرف شود و بشرطی قابل مصرف است که با مقادیر قوی دوکا توأم شود یا توأم با ۵۰-۲۰۰ گاما و آلفا-فلئوروهیدروکورتیزون توأم شود و در پیراتیک جاری اشکال دارد.

چهارم - قطع درمان کورتیزون و قتیکه یک بیماری عفونی عارض بیمار آدیسونی گردد: عفونت اصولاً در بیماری آدیسونی مصرف کورتیزون را چند برابر میکند و اگر کورتیزون قطع شود خطر مرگ تشدید میشود.

پنجم - خطراتی که بعضی از پزشکان به کورتین طبیعی میکنند کورتین طبیعی اثری ضعیف شبیه به کورتیزون دارد و نباید بآن اطمینان کرد.

ششم - استعمال آ. ت. ت - هاش در آدیسون هیچ موردی ندارد چون سورنالی وجود ندارد که بتحریک آن جواب بدهد. و حتی در بعضی موارد اثرات تشدید کننده بیماری را دارد

هفتم - اثر بیدار کننده سل ریوی بالاخص حفره در نتیجه کورتیزون درمانی امکان دارد ولی قبل از هر چیز باید حیات بیمار را از مخاطره نجات داد و بعد متوجه مبارزه با بیماری سل شد و معمولاً در اینگونه موارد مقدار کورتیزونی که مصرف میشود بمقدار طبیعی است که لازمه یک بدن طبیعی است و در موارد مشکوک به سل باید از داروهای ضد سل استفاده کرد.

عوارض کورتیزون درمانی

اول - عوارض جهاز هاضمه: از دیاداسیدیتة معده - سوءهاضمه - خارش و درد معده - کرامپ - اولسر معده - سوراخ شدن زخم معده .

بخصوص نوع دگزامتازون عوارض زخم معده بیشتری میدهد .

دوازدهم - اعمال گوناگوهـا- کند یا موقتاً تعطیل میگردد آنورم- کمی لیبیدو (Libido) سیزدهم- تأثیر روی تیروئید- در جریان کورتیکوترابی اطفال گاهی گواتر پیدا میگرد و بنظر میرسد که در نتیجه تصفیه کلیوی نسبت به ید در اثر کورتیزون باشد .

چهاردهم - عوارض روانی- ۱۰- ۲ روز بعد از درمان پسیکوز ممکن است ایجاد شود .
پانزدهم - شبه تومر مغزی - پسودوتومر سربرال : هیپرتانسیون داخل جمجمه خوش خیم که بیشتر در دختر بچه ها و نزدیک رگل اتفاق میافتد - ورم پایی و کوری میدهد- و بعلت وقفه در سیستم هیپوتالاتامو هیپوفیزر است .

باید دانست که اکثر عوارض فوق در نتیجه کورتیزون درمانی طولانی است .

استفاده از کورتیزون در تشخیص و تشخیص افتراقی بیماریها

۱- تشخیص افتراقی هیپوپلازی سورنال با سایر بیماریها بالانحص تومرهای سورنال و اثر بسیار عالی کورتیزون بر روی ۱۷ ستوستروئید است بدینمعنی که در تمام موارد هیپوپلازی سورنال ۱۷ ستوستروئید پائین میآید .

۲- وقتیکه کورتیزون در مدت ده روز نتواند ۱۷ ستوستروئید را بعیزان ده میلیگرام برساند باید تشخیص تومر سورنال را مسجل دانست .

۳- تست سریع چهار ساعته - تزریق هیدروکورتیزون داخل وریدی و تعیین میزان ۱۷ ستوستروئید در نمونه های چهار ساعته قبل و بعد از تزریق باید د هاش آسه بتا هیدروکسی ستوستروئید را اندازه گرفت وقتی خیلی خیلی بالا باشد تشخیص سرطان را مسلم میدارد .

۴- تشخیص هیپر کالسمی ثانوی به سمومیت ویتامین D با هیپر کالسمی هیپرپاراتیروئیدی
۵- تشخیص هپاتیت عفونی با یرقان انسدادی بعلت سنگ یا تومر .

اگر پس از ۴ تا ۶ روز دران با کورتیزون بیلروبین سرم زیادتر از چهل درصد نقصان یابد نتیجه کاملاً بنفع تشخیص هپاتیت عفونی است .

۶- تشخیص حالات تهدید دیابت که با آزمایشهای معمولی تشخیص آنها داده نمیشوند- تست هیپر گلیسمی با کورتیزون توأم میشود و تشخیص داده میشود .

نتایج و خلاصه از نکات جالب کورتیکوترابی

۱- در موارد نارسائی سورنال که مقصود از درمان، جانشین کردن هورمون طبیعی است باید از کورتیزون و هیدروکورتیزون و انواعی از آن استفاده شود که احتباس سدیم و دفع پتاسیم آن قوی باشد .

۲- در موارد سایر بیماریها که فقط از خواص فارماکولوژی کورتیزون استفاده میشود باید انواعی از آنرا بکار برد که حتی المقدور خواص احتباس سدیم و دفع پتاسیم آن کمتر باشد

- ۳- با توجه بعوارض متعدد - درمان طولانی بالاخص وقفه در روی دستگاه هیپوتالامو-هیپوفیزی برای جلوگیری از نارسائی های ثانوی باید مبادرت به تجویز آ. ث. ت. هاش بشود و هیپوگوت کورتیزون را یکدفعه و ناگهان نباید قطع نمود .
- ۴- حذف کورتیزون همواره باید بانقصان تدریجی صورت بگیرد هر هفت روز ۲ تا ۵٪ نقصان بدهیم و لااقل سه ماه طول میکشد .
- ۵- برای جلوگیری از عوارض عصبی- تومرهای کاذب مغزی باید ماهی یکبارته چشم بیماران را معاینه نمود .
- ۶- قبل از شروع عمل جراحی - زایمان - حتی کشیدن دندان مقدار کورتیزون باید اضافه گردد و به بیماران مبتلا به نارسائی سورنال باید گوشزد کرد که در موارد عفونت یا استرس مقدار نگهدارنده کورتیزون دو و در موارد لزوم تاده برابر اضافه شود .
- ۷- در طب اطفال با توجه باثر وقفه در رشد کودک کان و برای جلوگیری از استئوپوروز مبادرت به تجویز ویتامین D و کالسیوم بشود .
- ۸- برای جلوگیری از عوارض کمبود پتاسیم در بیماریهای عمومی مبادرت به تجویز پتاسیم خوراکی بشود .
- ۹- باید بموارد تجویز - عوارض - و بالاخص موارد عدم تجویز آن بخوبی توجه داشت .
- ۱۰- در مواردیکه درمان بیش از یکماه طول میکشد برای جلوگیری از عوارض کاتابولیک کورتیزون مبادرت با استعمال داروهای آنابولیزان و رژیم غذایی مستغنی از سواد پروتئینی بشود .

موارد عدم استعمال

- نارسائی قلب - نارسائی کلیه .
- جنون - افراد هیجانی .
- دیابت - افراد چاق .
- زخم اثنی عشر - زخم معده - هرنی دیافراگماتیک .
- اختلال متابولیسم کالسیوم - بالاخص در کمبود کالسیوم .
- سل حفره - پلورزی چرکی - در تمام عفونت هاییکه لنفوسیت برای دفاع لازمند .
- ازدیاد فشارخون - ارتریواسکلروز .
- سندرم کوشینگ .
- استئوپوروز .
- بیماریهای ویروسی .

BIBLIOGRAPHIE

- 1_ Lucien de Gennes Maladies des glandes endocrines avec mise a Jour 1964 .
- 2) Lawson Wilkins. Diagnostic et trait des maladies glandes endocrines de l'enfant et de l' adolescences
- 3) Sir Stanley Davidson The Principles and Practices of Medecines
- 4) George W.Thorn : Frait des I Surrenales
- 5) Les Revues, de Praticien - Lancet 1960 -1964
- 6) Encyclopedie Medico - Chirurgical