

β_2 -adrenergic receptor agonists :

این دارو در حملات آسمی و آنافیلاکسی برای درمان اسپاسم برونشiali مورد استفاده قرار می گیرد که به خاطر نفوذ بسیار کم به شیر بی خطر تلقی میشود.

Histamin blockers :

دیفن هیدرامین برای بیماران بارداری امن تلقی می شود و اثرات مضر روی نوزاد شیرخوار ندارد.

Epinephrine:

داروی انتخابی برای درمان واکنش آلرژیک حاد است و به علت bioavailability ضعیف آن در صورت مصرف دهانی و نیمه عمر کوتاه آن در شیر بی خطر محسوب می شود.

Antidotal drugs :

نالوکسان آنتاگونیست مخصوص اپیوئید است. اگر مادر شیرده به نالوکسان نیاز داشته باشد هیچ دلیلی برای ادامه ندادن شیردهی وجود ندارد و همچنین بر میزان هورمون های دخیل در شیردهی هم تأثیر نمی گذارد.

Flumazenil :

آنتاگونیست مخصوص بنزودیازپین ها می باشد و توسط AAP به دلیل نیمه عمر کم و bioavailability خوراکی کم ریسک بسیار ناچیزی دارد.

Nitroglycerin:

درمان انتخابی برای بیمار دارای آترین است که ممکن است درد قفسه ی سینه حاد را تجربه کند. هیچ اطلاعاتی مبنی بر مصرف نیتروگلیسرین حین شیردهی وجود ندارد ولی به علت نیمه عمر کوتاه، احتمال این که نیتروگلیسرین موجود در شیر روی نوزاد مؤثر باشد کم است پس بی خطر تلقی می شود.

درمانهای دارویی دندانپزشکی در طول شیردهی



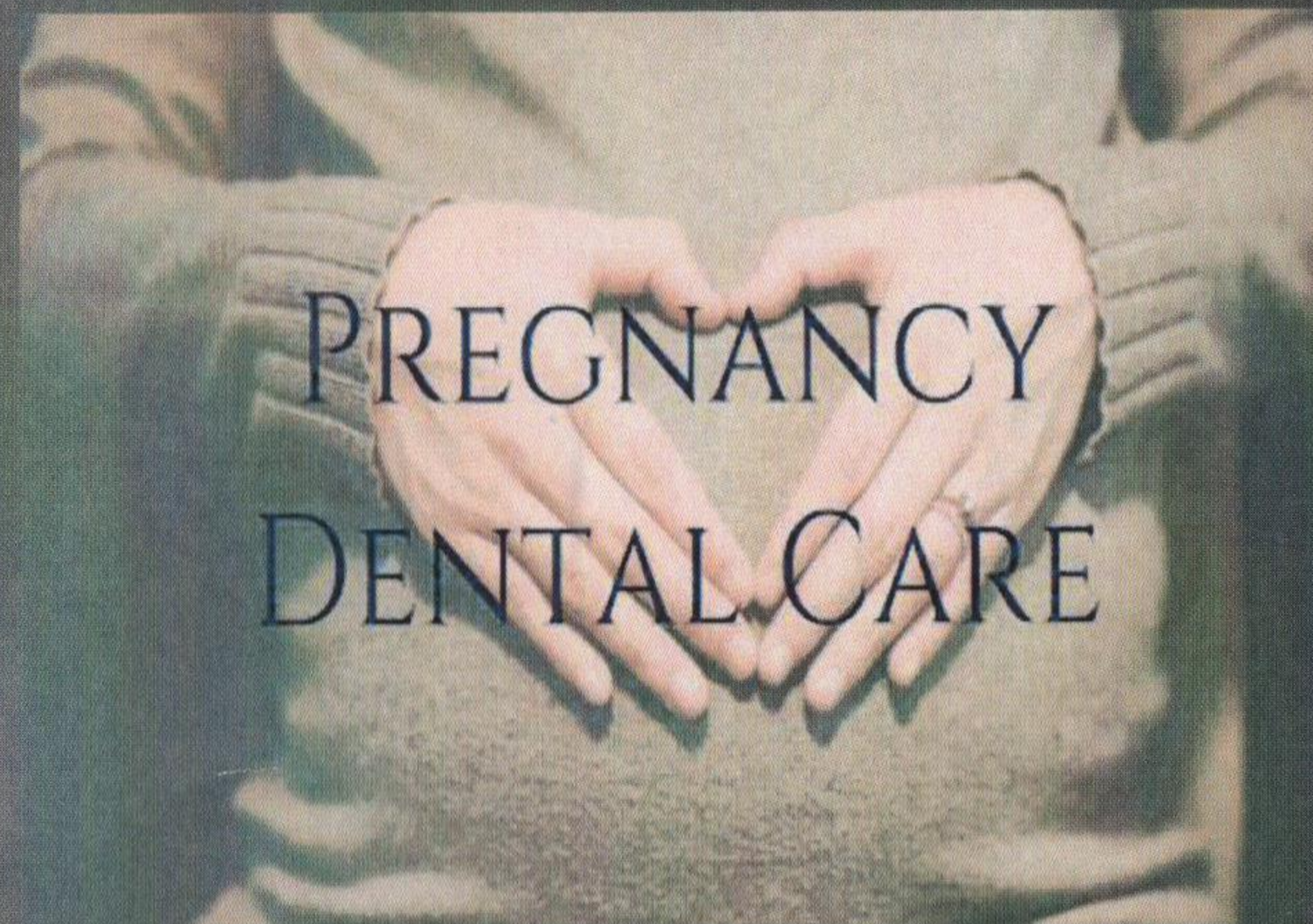
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



استفاده از داروها در دوره ی شیردهی برای مادران و پزشکان یک چالش به حساب می آید. به بسیاری از مادران شیرده پیشنهاد می شود که در صورت استفاده از داروهای خاص باید شیردهی را قطع کرده و یا شیرخود را دوشیده و دور بریزند.

ختم کلام:

رابطه ی بین بیمار و دندانپزشک و اعتماد بین آنها بسیار حائز اهمیت است. دندانپزشکان خصوصاً باید به بیماران بارداری یا شیرده کمک کنند تا همه ی مزایا و ریسک ها را قبل از استفاده از هر دارویی بسنجند.



تهیه شده توسط گروه G ورودی ۹۶

تابستان سال ۱۳۹۹

طبق مقاله‌ای از AAP (انجمن بیماری‌های اطفال آمریکا) شیر مادر بهترین راه تغذیه برای نوزادان در ۶ ماه اول زندگی است که باعث درصد‌های بالای شیردهی مادران در سال اول زندگی نوزادان می‌شود. این درصد‌های بالای شیردهی به همراه نگرانی‌های روز افزون والدین در رابطه با نیازهای سلامتی می‌تواند به تردید و پرسش‌های بی‌پایان از پزشک، داروساز و دندانپزشک خود در مورد امنیت و سمیت بالقوه داروها و مواد شیمیایی با احتمال ترشح به داخل شیر بیانجامد.

فاکتورهایی که موجب افزایش انتقال داروها به شیرمادر می‌شوند عبارتند از:
۱- وزن مولکولی کم
۲- اتصال کم به پروتئین

۳- انحلال پذیری زیاد در چربی
۴- باز ضعیف بودن

درمورد اکثر داروها نوزادان در دوران داخل رحمی بیشتر از دوره شیردهی در معرض قرار می‌گیرند. از این رو اگر دارویی قابل استفاده در دوران بارداری است معمولاً هنگام شیردهی نیز قابل مصرف است.

مهم‌ترین فاکتوری که باید در نظر بگیریم، غلظت داروها در خون نوزاد است که به علت وزن مولکولی کم و نیمه عمر زیاد دارو و همچنین متابولیسم کبدی نابالغ نوزاد می‌تواند به انباشتگی دارو در بدن نوزاد منجر شود. این پدیده مخصوصاً در مورد مورفین، لاموتریزن، فنوباریتال، بعضی از بنزودیازپین‌ها و آسپرین صادق است.

استراتژی دوشیدن و دور ریختن برای داروهای با نیمه عمر کم مانند سداتیو تریازولام مناسب است که مادر بعد از طی ۴ دوره نیمه عمر و حذف ۹۰ درصد دارو دوباره می‌تواند به شیردهی ادامه دهد.

در دندانپزشکی ۵ گروه مهم دارویی داریم:

۱- **ضد دردها و ضد التهاب:** اثرات این داروها اغلب به دلایل قابل دسترس بودن آنها توسط پزشک و مادران نادیده گرفته می‌شود.

AAP داروهای ایبوپروفن، دکوژستانت‌های سودوآددرین و فنیل پروپانولامین، کلیکوکورتیکوئیدهای مثل پردنیزون و دکزامتازون را در حین شیردهی امن تلقی می‌کند ولی اشاره می‌کند از مصرف روزانه آسپرین با دوز بالای ۱۰۰ mg به خاطر اختلال در عملکرد پلاکتی و سندرم Reye باید اجتناب شود.



AAP به خاطر دفع کم استامینوفن به شیر مادر، آن را سلزگار با شیردهی

می‌داند و مطالعات آن را امن‌ترین مسکن در بیمار باردار می‌دانند.

مخدرها به علت فعالیت ضدالتهابی کمتر خود خط اول درمان نیستند ولی به عقیده AAP کدئین امن‌ترین مورد در شیردهی است. در حالی که هیدروکودون و اکسی کودون ریسک بالاتری در ایجاد خواب‌آلودگی و ضعف تنفسی در نوزاد دارند.

۲- **آنتی بیوتیک‌ها:** همهی تتراسایکلین‌ها، از جمله داکسی سایکلین، به داخل شیر مادر دفع می‌شوند بنابراین شیردهی توسط سازندگان این داروها توصیه نمی‌شود. داکسی‌سایکلین با اتصال کمتر به کلسیم شیر در مقادیر حداقل به درون شیر ترشح می‌شود که تاثیر نسبتاً کمتری در رنگی شدن دندان در مقایسه با سایر تتراسایکلین‌ها دارد. کلاریترومایسین را باید با احتیاط تجویز کرد اما سایر ماکرولیدها مثل اریترومایسین و آزیترومایسین با شیردهی سازگار تلقی می‌شوند.

AAP بقیه‌ی آنتی بیوتیک‌های استفاده شده در دندانپزشکی شامل آموکسی سیلین، آزیترومایسین، سفالکسین، کلیندامایسین، پنی سیلین را سازگار با شیردهی می‌داند ولی مترونیدازول را به دلیل جهش زای آزمایشگاهی بودن و اریترومایسین را به علت تغلیظ درون شیر که باعث pyloric stenosis در نوزادان شیرخوار می‌شود، توصیه نمی‌کند.

امن‌ترین داروی ضد قارچ در صورت وجود oral thrush نیستاتین دهانی و در عفونت واژینال قارچی ثانویه فلوکونازول است.

۳- **بی‌حسی- موضعی:** به طور کلی هیچ کنتراندیکاسیونی در رابطه با استفاده‌ی محتاطانه از لیدوکائین همراه با بی‌نقرین یا پریلوکائین در بیماران باردار وجود ندارد و هردو توسط AAP سازگار با شیردهی اطلاق شده‌اند.

سه داروی دیگر که به طور شایع مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل آرتیکائین، بوپروکائین و میپوکائین هستند که فقط آرتیکائین با شیردهی ناسازگار است.

۴- **سداتیو‌ها:** بنزودیازپین‌ها از شایع‌ترین داروهای مورد استفاده هستند. اما AAP اکثر بنزودیازپین‌ها را ناسازگار با شیردهی اعلام کرده است. استراتژی دوشیدن و دور ریختن برای بنزودیازپین‌های کوتاه اثر مثل میدازولام و تریازولام موثر است. اگر بیمار باردار یا شیرده به آرام بخش در حین کار دندانپزشکی نیاز داشت، Zolpidem و Zaleplon نسبت به بنزودیازپین‌ها ارجحیت دارند.