

إزيدركس[®]

التركيب

المادة الفعالة: هيدروكلوروثيازيد
السواغ: سواغ لعمل أقراص

الشكل الصيدلاني وكمية المادة الفعالة في كل وحدة

أقراص محززة بها ٢٥ مجم

دواعي الاستعمال / الاستخدامات الممكنة

ارتفاع ضغط الدم: كعلاج أحادي وبالاشتراك مع الأدوية الأخرى الخافضة لضغط الدم المرتفع (مثل حاصرات الببتا، موسعات الأوعية، مضادات الكالسيوم، مثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE، ريزبرين).

الوذمة الناتجة عن الفشل القلبي، أو الفشل الكلوي الطفيف إلى المتوسط، أو الفشل الكبدي. البوالبة التهفية ذات المنشأ الكلوي. الزيادة ذاتية المنشأ لإفراز الكالسيوم في البول، والوقاية من حصوات أوكسالات الكالسيوم المتكررة.

الجرعة وطريقة الاستعمال

تستخدم الجرعة على الصورة الإكلينيكية وعلى استجابة المريض. عندما تكون الجرعة الموصوفة مرة واحدة يومياً، يُفضل إعطاؤها في الصباح مع وجبة الإفطار. في حالة العلاج طويل الأمد، يجب إعطاء أدنى جرعة متوافقة مع التأثير الأمثل، ولا سيما في المرضى المسنين.

ارتفاع ضغط الدم

البالغون: الجرعة الابتدائية هي عادةً ٢٥-٥٠ مجم يومياً، تؤخذ في الصباح أو تُقسّم إلى جرعتين. للعلاج طويل الأمد، يكفي عادةً إعطاء ١٢.٥ - ٢٥ مجم كل صباح. إذا

31817 ST 08 B/B - R02

لم يتحقق الخفض الكافي لضغط الدم، يوصى بإضافة دواء آخر خافض لضغط الدم المرتفع (مثل أحد حاصرات الببتا، مرضى موسعات الأوعية، أحد مضادات الكالسيوم، أحد مثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE، ريزبرين). بهذه الطريقة يمكن الحفاظ على جرعة كل مادة عند مستوى أدنى.

الفشل القلبي والوذمة

البالغون: الجرعة الابتدائية هي ٢٥-٧٥ مجم يومياً، تُعطى على هيئة ٢- جرعة في حالات منعزلة، يمكن زيادة هذه الجرعة، غير أن الجرعات التي تتجاوز ١٠٠ مجم نادراً ما تؤدي إلى زيادة إضافية في الفاعلية. إذا كان التأثير غير كافٍ، يجب استخدام مواد ذات تأثير عضلي موجب وموسعات لأوعية. بمجرد أن يبدأ المريض في الاستجابة بشكل مناسب، يكفي عادة استخدام ٢٥ مجم يومياً - أو ربما كل يومين - كعلاج استمراري. متوسط الجرعة في الأطفال تصل عادةً إلى ٢ مجم/كجم يومياً، وفقاً للصورة الإكلينيكية.

البوالبة التهفية ذات المنشأ الكلوي

البالغون: الجرعة الابتدائية هي ١٠٠ مجم يومياً، تُعطى على هيئة ٢-٤ جرعات مُفرّدة. ويمكن فيما بعد خفض الجرعة. تقتصر الخبرة في الأطفال على حالات منعزلة، وبالتالي يجب تحديد الجرعة على أساس فردي في المستشفى.

الزيادة ذاتية المنشأ لإفراز الكالسيوم في البول، والوقاية من حصوات أوكسالات الكالسيوم المتكررة
البالغون: ٢٥-٥٠ مجم مرتين يومياً.

موانع الاستعمال

انقطاع البول، الفشل الكلوي والكبدى الشديد. الحساسية المفرطة تجاه هيدروكلوروثيازيد وسائر مشتقات السلفوثاميد. الحالات المستعصية من نقص بوتاسيوم الدم، ونقص صوديوم الدم، وزيادة كالسيوم الدم. زيادة حمض البوليك في الدم المصحوب بأعراض (تاريخ عن نقرس أو حصوات حمض البوليك).

ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.

تصفية الكرياتينين أقل من ٣٠ مليلتر/ دقيقة. الأحوال المصحوبة بزيادة فقدان البوتاسيوم، مثل الأمراض الكلوية الفاقدة للملح وخطر وظيفة الكلى قبل الكلوي (قلبي المنشأ).

التحذيرات والاحتياطات

يجب استعمال إزيدركس بحذر في المرضى الذين لديهم مرضى كلوي أو ضعف بالوظيفة الكبدية (انظر موانع الاستعمال و الجرعة وطريقة الاستعمال).

الإلكتروليات

شأنه شأن جميع مدرات البول الثيازيدية، يسبب إزيدركس بيلة بوتاسيية معتمدة على الجرعة. خلال ٦ شهور من العلاج بالجرعة ١٢.٥ مجم يومياً، تنخفض تركيزات البوتاسيوم في المصل بمتوسط ٠.٣٦. مللي مول/ لتر. يجب قياس تركيزات البوتاسيوم في المصل عند بدء العلاج طويل الأمد ثم مرة أخرى بعد ٢-٤ أسابيع. بعد ذلك يجب قياسها كل ٤-٦ شهور، ما لم يحتل توازن البوتاسيوم بسبب عوامل أخرى، مثل القيء، والإسهال، وتغير الوظيفة الكلوية، إلخ.

يمكن التفكير في الإعطاء المتزامن لمخ بوتاسيوم بالغم (مثل كلوريد البوتاسيوم) بجرعة مضبوطة بشكل فردي، في المرضى الذين يتلقون ديجيتاليس أو يُظهرون علامات المرض القلبي التاجي، ما لم يكونوا يتلقون أيضاً أحد مثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE). وينطبق ذلك أيضاً على المرضى الذين يتلقون جرعات عالية من مشدّبات بيتا الأدرينالية وفي جميع المرضى الذين لديهم تركيزات البوتاسيوم في المصل أقل من ٣.٠ مللي مول/ لتر. في حالة عدم تحمل مستحضرات البوتاسيوم التي تؤخذ بالغم، يمكن الجمع بين إزيدركس وبين أحد مدرات البول المقتصدّة للبوتاسيوم.

عند إعطاء علاج مُشترك، يجب مراقبة المريض بدقة لضمان الحفاظ على توازن البوتاسيوم أو تصحيحه. إذا كان نقص بوتاسيوم الدم مصحوباً بعلامات إكلينيكية تدل على نفاذ البوتاسيوم (مثل الضعف العضلي، أو الخزل، أو حدوث تغيرات في رسم القلب الكهربي ECG)، يوقف استعمال إزيدركس.

المرضى الذين يتلقون أيضاً أحد مثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE، لا ينبغي أن يتلقوا إزيدركس بالاشتراك مع أحد أملاح البوتاسيوم أو أحد مدرات البول المقتصدّة للبوتاسيوم.

شوهه في حالات منعزلة نقص في صوديوم الدم مصحوباً بأعراض عصبية (غثيان، ضعف، شروء متزايد، حمول). يُنصح بمراقبة إلكترونليات المصل بصفة خاصة في المرضى المسنين، والمرضى الذين لديهم استسقاء، ناتج عن تليف الكبد، والمرضى الذين لديهم وذمة ناتجة عن المتلازمة الكلوية. في حالة الوذمة الناتجة عن المتلازمة الكلوية، لا ينبغي استعمال إزيدركس إلا إذا كان بوتاسيوم الدم

طبيعياً لدى المريض، ولم تكن هناك علامات تدل على نفاذ الحجم أو الانخفاض الشديد لأيومين الدم؛ وإذا تم استعماله، يوصى بالإشراف الدقيق.

الأثار الأضيبة

شأنه شأن سائر مدرات البول، قد يؤدي إزيدركس إلى رفع مستويات حمض البوليك في المصل، غير أنه قد شوهدت بصفة نادرة نوبات نقرس أثناء العلاج المطلق.

مثلما يحدث مع جميع مدرات البول الثيازيدية، قد تتغير القدرة على تحمل الجلوكوز أثناء العلاج طويل الأمد بإزيدركس؛ ويكون هذا الأثر أقل وضوحاً مع الجرعات الأدنى. نادراً ما تؤدي الثيازيدات إلى حدوث مرض السكر بشكل صريح، ولا سيما في عدم وجود عوامل مؤهبة. شوهدت زيادات طفيفة وقابلة جزئياً للعكس في تركيزات الكوليسترول الإجمالي، والجليسريدات الثلاثية، وكوليسترول البروتين الدهني المنخفض الكثافة في البلازما، أثناء العلاج طويل الأمد بمدرات البول الثيازيدية وشبه الثيازيدية. هناك جدل بشأن الدلالة الإكلينيكية لهذه النتائج.

لا ينبغي استعمال إزيدركس كدواء من الصف الأول للعلاج طويل الأمد في المرضى الذين لديهم مرض السكر بشكل صريح، أو المرضى الذين يتلقون علاجاً لارتفاع الكوليسترول في الدم (نظام غذائي فقط أو نظام غذائي بالاشتراك مع علاج دوائي).

تؤدي الثيازيدات إلى خفض إخراج الكالسيوم. أثناء العلاج طويل الأمد بالثيازيدات، شوهدت في مرضى قليلين تغيرات مُرضية في الغدة الجاروة للدرقية، وكانت هذه التغيرات مصحوبة بارتفاع الكالسيوم وانخفاض الفوسفات في الدم. في حالة ارتفاع الكالسيوم في الدم، يلزم مزيد من الإيضاح التشخيصي. لم تُشاهد المضاعفات التي تنشأ عادةً مع زيادة نشاط الغدة الجاروة للدرقية، مثل الحصوات الكلوية، وارتشاف العظم، والقرحة الهضمية.

الفاعلية، والجرعة، والوظيفة الكلوية

مرضى الفشل الكلوي: يوصى بإعطاء نصف الجرعة للمرضى الذين لديهم فشل كلوي (تصفية الكرياتينين ٣٠-٧٠ مليلتر/ دقيقة).

تتقد مدرات البول الثيازيدية، وتشمل إزيدركس، تأثيرها الدرر للبول وعندما تكون تصفية الكرياتينين أقل من ٢٠ مليلتر/ دقيقة (أو عندما تكون مستويين كرياتينين المصل أعلى من ٢.٥ مجم/ ١٠٠ مليلتر). في مثل هذه الحالات يوصى باستعمال أحد مدرات البول العروية.

أخرى

المواد التي تُزيد من نشاط رينين البلازما (أي مدرات البول) تدعم الأثر الخافض لضغط الدم المرتفع الذي تزاوله مثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE). لذلك يجب ضبط الجرعة بعناية عند إعطاء أحد مثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE) بالإضافة إلى العلاج بدمر للبول. قد يحدث تنشيط لذآب الصمامي أثناء العلاج بالثيازيدات.

التأثرات

حيث أن مدرات البول قد تؤدي إلى ارتفاع مستويات الليثيوم في الدم، يجب مراقبة هذه المستويات في المرضى الذين يتلقون ليثيوم أثناء العلاج بإزيدركس. إذا أدى الليثيوم إلى حدوث بوال، فإن مدرات البول قد تزاول مفعولاً تناقضياً مضاداً لإدرار البول.

تدعم الثيازيدات تأثير مشتقات الكوراري والأوية الخافضة لضغط الدم المرتفع (مثل جوانثيديين، ميتيل دوبا، حاصرات الببتا، موسعات الأوعية، مضادات الكالسيوم، ومثبّطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE). قد يشد أثر مدرات البول الخافض لبوتاسيوم الدم بالكورتيكوستيرويدات، والهرمون المغذي لقشرة الكظر (ACTH)، وأمفوتريسين، وكاربينوكسولون (غير مسموح به في سويسرا).

قد يلزم تعديل جرعة الأنسولين والمواد المضادة لمرض السكر التي تؤخذ بالغم.

قد يؤدي نقص بوتاسيوم الدم ونقص ماغنسيوم الدم، للذآن قد يحدثان كتأثر مناوئة للعلاج بالثيازيد، إلى حدوث اللانظميات القلبية الناتجة عن الديجيتاليس (انظر التحذيرات والاحتياطات).

قد يؤدي الاستعمال المتزامن لبعض المواد غير الستيرويدية المضادة للالتهاب (مثل إندوميثاسين) إلى تقليل الآثار المرددة للبول والخافضة لضغط الدم المرتفع الذي تزاوله مدرات البول. وقد ورد تقارير عن حدوث حالات منعزلة من تدهور الوظيفة الكلوية في المرضى ذوي القابلية.

أوبويورنول

قد يؤدي العلاج المتزامن بمدرات البول الثيازيدية إلى زيادة معدل تكرار تفاعلات الحساسية المفرطة تجاه ألبويورنول.

أمانتادين

قد يؤدي الاستعمال المتزامن لمدرات البول الثيازيدية إلى زيادة مخاطرة حدوث الآثار المناوئة الناتجة عن أمانتادين.

الأدوية المضادة للأورام (مثل سيكلوفوسفاميد، ميثوتريكسات)

قد يؤدي الاستعمال المتزامن لمدرات البول الثيازيدية مع الأدوية المضادة للأورام إلى تقليل الإخراج الكلوي للمواد السامة للخلايا وتشديد أثارها الفاعلة للنخاع العظمي.

الأدوية المضادة للفعل الكوليني (مثل أتروبين، بيريدين)

قد يزداد التوافر الحيوي لمدرات البول شبه الثيازيدية بواسطة المواد المضادة للفعل الكوليني، ويبدو أن السبب يرجع إلى نقص حركة القناة الهضمية ويطء تفرغ المعدة.

كولستريرامين

يقل امتصاص مدرات البول الثيازيدية بواسطة كولستريرامين، مما يعني أن أثرها الدوائي قد ينخفض أثناء المداواة المشتركة.

فيتامين د

تشدد الزيادة في كالسيوم المصل عند إعطاء مدرات البول الثيازيدية، التي قد تخفض الإخراج البولي للكالسيوم، بالاشتراك مع فيتامين د.

سيكلوسبورين

قد يؤدي العلاج المرافق بسيكلوسبورين إلى زيادة مخاطرة ارتفاع حمض البوليك في الدم وحدث مضاعفات شبيهة بالنقرس.

أملاح الكالسيوم

قد يؤدي العلاج المرافق بأملاح الكالسيوم إلى ارتفاع الكالسيوم في الدم بسبب زيادة إعادة الامتصاص النسيبي للكالسيوم.

ديازوكسيد

قد تؤدي مدرات البول الثيازيدية إلى اشتداد الأثر الراجع للسكر في الدم الناتج عن ديازوكسيد.

ميتثيل دوبا

توجد تقارير في المواد المطبوعة عن حدوث أنميحيا تحليلية أثناء العلاج المتزامن بهيدروكلوروثيازيد وميتثيل دوبا.

الحمل والإرضاع

يعبر هيدروكلوروثيازيد حاجز المشيمة. رغم أنه لم تُشاهد أي آثار سامة للتسلسل في الدراسات على الحيوانات، إلا أنه يُشتبه في الإنسان أن الاستعمال خلال النصف

الثاني من الحمل قد يسبب نقص الصفائح في حديثي الولادة. لذلك لا ينبغي استعمال إزيدركس أثناء الحمل ما لم تكن هناك ضرورة واضحة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن إزيدركس – شاته شان سائر مدرات البول – قد يؤدي إلى نقص إرواء الشيمية. حيث أن هذه الأدوية لا تمنع ولا تؤثر على مسار مقدمات الارتعاج أو EPH (وذمة- بيلة بروتينية وارتفاع ضغط الدم) المصاحب لتسمم الحمل، فلا ينبغي استعمالها لعلاج ارتفاع ضغط الدم في النساء الحوامل.

حيث أن هيدروكلوروثيازيد ينفذ إلى لبن الثدي، وقد يخدم الإرضاع، فلا ينبغي استعماله في النساء المرضعات.

الأثار على القدرة على القيادة وتشغيل الآلات

قد يؤدي إزيدركس إلى ضعف ردود الأفعال، ولا سيما في بداية العلاج. لذلك يجب أن يُحدَر من هذا الأثر المرضي الذين يقومون بقيادة المركبات أو تشغيل الآلات.

الأثار المخاتئة

«شائع جداً» (< ١/١٠٠)، «شائع» (>١٠٠/١٠٠ إلى <١٠/١٠٠)، «غير شائع» (>١٠٠٠/١٠٠ إلى <١٠٠/١٠٠)، «نادراً» (>١٠٠٠٠/١٠٠ إلى <١٠٠٠/١٠٠).

الدم

نادراً: نقص الصفائح، أحياناً مع فرقرية. نادراً جداً: نقص خلايا الدم البيضاء، ندرة الخلايا الجيبية، خمود النخاع العظمي، أنيميا انحلالية.

الجهاز المناعي

نادراً جداً: تفاعلات حساسية مفردة.

اضطرابات الإلكتروليتات والأبيض

شائع: نقص بوتاسيوم الدم، ولاسيما مع الجرعات العالية؛ ارتفاع مستويات الدهون في الدم.

غير شائع: نقص صوديوم الدم، نقص ماغنسيوم الدم، زيادة حمض البوليك في الدم.

نادراً: زيادة كالسيوم الدم، زيادة جلوكوز الدم، بيلة جلوكوزية، تدهور الحالة الأيضية لمرض السكر. نادراً جداً: قلوية الدم المصحوبة بنقص الكلور.

الجهاز العصبي

نادراً: صداع، دواز أو خفة الرأس، اضطرابات في النوم، اكتئاب، تشوش الحس.

اضطرابات في العين

اضطرابات بصرية، ولا سيما خلال الأسابيع القليلة الأولى من العلاج.

الجهاز القلبي الوعائي

غير شائع: انخفاض ووقفي لضغط الدم، قد يتفاقم بواسطة الكحول، أو أدوية التخدير، أو المهدئات. نادراً: اضطرابات في النظم القلبي.

المسالك التنفسية

نادراً جداً: أعراض تنفسية يشمل التهاب الرئة وذومة رئوية.

القناة الهضمية

غير شائع: فقدان الشهية، غثيان خفيف وقيء. نادراً: أعراض طينية، إسكاس، إسهال، وأعراض مختصة بالقناة الهضمية. نادراً جداً: التهاب البنكرياس.

الكبد

نادراً: ركود صفراوي داخل الكبد أو يرقان.

الجلد

غير شائع: شرى (أرتيكاريا) وأشكال أخرى من الطفح، تشمل الحمامي، أحياناً مصحوب بحكة. نادراً: تحسس ضوئي. نادراً جداً: التهاب وعائي تاخر، انحلال جلدي سمعي، تفاعلات شبيهة بالذآب الحمامي، إعادة تنشيط الذآب الحمامي الجلدي.

الجهاز التناسلي

غير شائع: عنة.

جَازُو الجرعة

العلامات والأعراض

قد تحدث العلامات والأعراض التالية عقب تجاوز الجرعة: دواز، غثيان، نعاس،نقص حجم الدم، انخفاض ضغط الدم، واضطرابات في الإلكتروليتات مصحوبة باضطرابات في النظم القلبي وتشنج عضلي.

العلاج

تحفيز القيء أو عمل غسيل معدة، وإعطاء الفحم المنشط. قد يوصَى بإعطاء سوائل في الوريد وتعويض الإلكتروليتات.

الخواص والآثار

الكود : C03AA03 : ATC

هيدروكلوروثيازيد

هيدروكلوروثيازيد، وهو المادة الفعالة في إزيدركس، هو مدر للبول من مجموعة البنزوثيايديازين(ثيازيد).

تعمل مدرات البول الثيازيدية بصفة أساسية على التثبيب الكلوي القاصي (الجزء المتلف الأقرب) لتنشيط إعادة امتصاص كلوريد الصوديوم (من خلال أثرها المضاد للناقل المشترك لأيون الصوديوم – أيون الكلور)، وتحفز إعادة امتصاص أيون الكالسيوم (من خلال آلية غير معروفة). تؤدي الزيادة في تسليم أيون الصوديوم والماء، إلى التثبيب القشري الجامع و/أو الزيادة في معدل السريان إلى زيادة إفراز وإخراج أيون البوتاسيوم وأيون الهيدروجين.

في المرضى الذين لديهم الوظيفة الكلوية طبيعية، يحدث إدرار البول بعد إعطاء جرعة لا تزيد عن ١٢٫٥ مجم إزيدركس. وتكون الزيادة الناتجة في الإخراج البولي للصوديوم والكلوريد والزيادة الأقل وضوحاً في إدرار البوتاسيوم معتمدة على الجرعة. يبدأ المفعول المدر للبول والمدر للصوديوم في غضون ٢–١ ساعة بعد الإعطاء بالقم، ويصل إلى ذروته بعد ٦–٤ ساعات، وقد يستمر لمدة ١٠–١٢ ساعة.

في البداية يؤدي إدرار البول الناتج عن الثيازيد إلى تقليل حجم البلازما، والناتج القلبي، وضغط الدم الجهازِي. قد يحدث تنشيط لجهاز الرينين– أنجيوتنسين–ألدوستيرون. ويُرجح أن استمرار الأثر الخافض لضغط الدم المرتفع أثناء الاستعمال المستمر، هو بسبب انخفاض المقاومة الوعائية الطرفية. يعود الناتج القلبي إلى مستوى ما قبل العلاج، ويظل حجم البلازما منخفضاً قليلاً، وقد يرتفع نشاط رينين البلازما.

أثناء الاستعمال الممتد، يكون أثر إزيدركس الخافض لضغط الدم المرتفع معتمداً على الجرعة في النطاق من ١٢٫٥ مجم/يوم إلى ٥٠–٧٥ مجم/يوم. في معظم المرضى يتم بلوغ الأثر الأقصى الخافض لضغط الدم المرتفع بالجرعة ٥٠ مجم/يوم.

الجرعات اليومية التي تزيد عن ٥٠ مجم قد تؤدي في حالات نادرة إلى تحسين الفائدة العلاجية، ولكنها تُزيد من مخاطرة الآثار الجانبية الأيضية. شاته شان سائر مدرات البول، يؤدي إزيدركس عند إعطائه كعلاج أحادي إلى السيطرة على ضغط الدم في حوالي ٤٠–٥٠٪ من المرضى الذين لديهم ارتفاع طفيف إلى متوسط في ضغط الدم. عادةً يستجيب المرضى المسنون والمرضى السود بشكل جيد على نحو خاص مدرات البول كعلاج ابتدائي.

يؤدي العلاج المشترك مع الأدوية الأخرى الخافضة لضغط الدم المرتفع إلى تحسين الأثر الخافض لضغط الدم. هذا يجعل من الممكن تحقيق انخفاض أكثر في ضغط الدم في العديد من المرضى الذين لا يستجيبون بشكل كافٍ للعلاج الأحادي.

حيث أن مدرات البول الثيازيدية، وتشمل إزيدركس، تقلل إخراج أيون الكالسيوم، فإنها تُستخدم للوقاية من التكوين المتكرر للحصوات الكلوية من أوكسالات الكالسيوم.

أثناء العلاج طويل الأمد، أبدى المرضى الذين يتلقون ثيازيدات، ارتفاعاً كبيراً في مستويات المعادن في العظام عن المرضى الذين لا يتلقون ثيازيدات. وقد لوحظ أيضاً في المرضى المسنين، أن العلاج طويل الأمد بالثيازيدات يقلل بشكل جوهري مخاطرة كسور الورك، وهي من المضاعفات الإكلينيكية الخطيرة لهشاشة العظام.

في حالات البوالبة المتفحمة ذات المنشأ الكلوي، يؤدي هيدروكلوروثيازيد إلى خفض حجم البول وزيادة أوزموليتته.

الحرآك الدوائية

الامتصاص

يتمص حوالي ٧٠٪ من هيدروكلوروثيازيد عند إعطائه على هيئة أقراص. وتكون التغيرات في الامتصاص الناتجة عن الصيام أو تناول الطعام قليلة الشان من الناحية الإكلينيكية. يقل الامتصاص في المرضى الذين لديهم فشل قلبي احتقاني.

عقب إعطاء جرعة مفردة بالفم ١٢٫٥ مجم و ٢٥ مجم و ٥٠ مجم و ٧٥ مجم، يتم بلوغ تركيزات ذروة في البلازما قيمتها في المتوسط ٧.٠ و ١٤٫٢ و ٢٦.٠ و ٣٦ نانوجرام/ملييلتر، على الترتيب، بعد ساعتين في المتوسط التوافر الجهازي لهيدروكلوروثيازيد متناسب مع الجرعة في نطاق الجرعة العلاجية.

لا تتغير الحرائك الدوائية لهيدروكلوروثيازيد أثناء الإبعاد، طويل الأمد.

في ٣ شهور من العلاج باستخدام ٥٠ مجم هيدروكلوروثيازيد يومياً، لم تحدث اختلافات في الامتصاص أو الإطراح أو الإخراج بالمقارنة مع العلاج قصير الأمد. أثناء الاستعمال المتكرر لهيدروكلوروثيازيد، مثلاً ١٥٠ مجم يومياً لمدة ٦ أسابيع، كانت التركيزات المتوسطة عند حالة الثبات في البلازما ١١١ نانوجرام/ملييلتر.

التوزيع

يتراكم هيدروكلوروثيازيد في خلايا الدم الحمراء، حيث يتم بلوغ تركيزات الذروة بعد ٤ ساعات من الإعطاء. بالغم بعد ١٠ ساعات، تكون التركيزات داخل خلايا الدم

الحمراء أعلى ثلاثة أضعاف عن التركيزات في البلازما. يرتبط حوالي ٤٠–٧٠٪ من هيدروكلوروثيازيد ببروتينات البلازما. ويُقدَّر حجم التوزيع الظاهري بالقيمة ٦–٥ لتر/كجم.

ينفذ هيدروكلوروثيازيد عبر الشيمية ويبلغ تركيزات في الوريد الشري تقارب تلك الموجودة في دم الأم. تتراكم المادة في سائل النخط، وتبلغ تركيزات أعلى بما يصل إلى ١٩ ضعف عن التركيز في بلازما الوريد الشري.

ينفذ هيدروكلوروثيازيد إلى لبن الثدي. مع تناول الرضيع لحوالي ٦٠٠ مليلتر من لبن الثدي يومياً، فإنه يتناول ما لا يزيد عن ٠٫٥–٠٫٥ مجم من المادة.

الإطراح

أثناء الطور النهائي للإطراح، يتم إطراح هيدروكلوروثيازيد من البلازما بعمق نصفي يبلغ في المتوسط ٩٫٥ إلى ١٢ ساعة. ٦٠–٨٠٪ من جرعة مفردة مُعطاة بالفم يتم إخراجها في البول خلال ٧٢ ساعة، ٩٥٪ منها في الشكل غير المتغير وحوالي ٤٪ على هيئة هيدروليزات ٢–أميدو–٤–كلوروم–بنزين داي سلفوناميد (ACBS). يوجد في البراز ما يصل إلى ٢٤٪ من الجرعة المعطاة بالفم، ويتم إطراح قدر مهمل عن طريق الصفراء.

الحرآك الدوائية في فئات خاصة من المرضى

ترتفع تركيزات حالة الثبات لهيدروكلوروثيازيد، وتبطأ تصفيته الجهازية بشكل ملموس، في المرضى المسنين بالمقارنة مع المرضى الصغار. لذلك يوصى بالمراقبة الطبية الدقيقة عند علاج المرضى المسنين باستخدام إزيدركس.

في المرضى الذين لديهم ضعف بالوظيفة الكلوية، يرتفع متوسط تركيزات الذروة في البلازما وقيم AUC الخاصة بهيدروكلوروثيازيد، وينخفض الإخراج البولي، في المرضى الذين لديهم فشل كلوي (تصفية الكرياتينين ٣–٧.٠ ملليلتر/ دقيقة)، يزيد متوسط العمر النصفِي للإطراح إلى الضعف تقريباً؛ وتنخفض التصفية الكلوية لهيدروكلوروثيازيد بشكل ملموس بالمقارنة مع التصفية الكلوية في المرضى الذين لديهم الوظيفة الكلوية طبيعية (حوالي ٣٠٠ ملليلتر/ دقيقة). لذلك يوصى بإعطاء نصف الجرعة للمرضى الذين لديهم فشل كلوي (تصفية الكرياتينين ٣٠–٧٠.٠ ملليلتر/ دقيقة).

لا يؤدي المرض الكبدِي إلى تغير ملموس في الحرائك الدوائية لهيدروكلوروثيازيد، وفي المعتاد لا يلزم خفض الجرعة.

البيانات قبل الإكلينيكية

هيدروكلوروثيازيد

لم تكشف اختبارات السمية الحادة في الحيوانات عن أي حساسية بعينها، ولم ينتج عن الدراسات طويلة الأمد أي نتائج غير معادة باستثناء التغيرات في توازن اللاكتوليتات.

لم يسبب هيدروكلوروثيازيد أي قدرة مفطرة أو مسببة للأورام.

معلومات أخرى

احتياطات خاصة بالتخزين

انظر العمود الخارجي.

أحجام العبوات

أحجام العبوات مختصة بالبلد.

الصانع

انظر العمود الخارجي.

آخر مراجعة للمعلومات

أكتوبر ٢٠٠٤

تاريخ الموافقة (على النص)

٥ يناير ٢٠٠٥

(١) = علامة تجارية مسجلة

نوفارتس فارما شركة مساهمة، بازل، سويسرا

هذا دواء

- الدواء مستحضر يؤثر على صحتك، واستهلاكه خلافاً للتعليمات يُعزّك للخطر.
- اتبع بدقة وصفة الطبيب، وطريقة الاستعمال المخصوص عليها، وتعليمات الصيدلي الذي صرف لك الدواء.
- الطبيب والصيدلي هما الخبيران بالدواء ويتفعه وضرره.
- لا تقطع من تلقاء نفسك مدة العلاج المحددة لك.
- لا تكرر صرف الدواء بدون استشارة الطبيب.

تُحفظ الأدوية بعيداً عن متناول أيدي الأطفال

مجلس وزراء الصحة العرب اتحاد الصيدالنة العرب