

## بررسی مقایسه ای داروهای خوراکی کاهنده قند خون و میزان اثر گذاری آن ها

درمان دارویی بهینه و خوراکی دیابت، خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را کاهش می دهد، اما مرگ و میر ناشی از انفارکتوس میوکارد به دنبال استفاده از آنها ثابت نشده است. بنابراین در این مطالعه به بررسی ارتباط بین داروهای خوراکی کاهنده قندخون و پیامدهای ناشی از آن مانند بیماری های قلبی عروقی به دنبال انفارکتوس میوکارد می پردازیم.

دیابت نوع دوم یک بیماری متابولیک پیشرفته است که باعث مرگ و میر قابل توجهی در سراسر جهان است. متفورمین به عنوان خط اول داروهای خوراکی قند خون است. یک داروی کنترل قند خون می تواند مرتبط با شیوه زندگی باشد. اگر چه در برخی از دستورات عملی های توصیه شده علاوه بر این، از سولفونیل اوره به عنوان خط دوم درمان در زمانی که کنترل قند خون با متفورمین به تنهایی کافی نباشد.

در حال حاضر، متفورمین سنگ بنای دارویی برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است. هنگامی که متفورمین برای درمان کفایت نمی کند و یا منع نشده باشد، از گزینه های درمانی خوراکی بعدی استفاده می شود. سولفونیل اوره، مگلیتینیدها، یک گلوکوزیداز بازدارنده، تیازولیدین دیون و مهار کننده، ۴-دی پپتیداز است دو گیرنده مهار کننده برای حمل و نقل گلوکز و سدیم به عنوان درمان است، در حالی که هیچ گزینه خاص دیگری در انجمن دیابت آمریکا ساخته نشده است. از طرفی به طور خاص گلی کلایزید به عنوان گزینه دوم درمان ترجیح داده شده که به عنوان یک گروه سولفونیل است. بر اساس شواهد، فواید قلبی عروقی گلی کلایزید بیش از دیگر داروهاست. داروهای غیر انتخابی مانند گلی بن کلامید، همچنین گیرنده قلبی مسدود کرده و بسته شدن این کانال در طول ایسکمی، موجب عملکرد بدتر دیواره عضلات قلب و بروز بیماری های قلبی و عروقی می شود.

اگرچه توافق عمومی مبنی بر این است که متفورمین باید به عنوان خط اول درمان دارویی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد استفاده است، اما این باور که ممکن است مصرف یکبار متفورمین اثر بخشی طولانی نداشته باشد همچنان وجود دارد. ما یک بررسی سیستماتیک و متآنالیز برای ارزیابی ایمنی تطبیقی و اثر بخشی از همه کلاس موجود از درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ توسط تک درمانی متفورمین کنترل انجام شده است.

در بیماران مبتلا به دیابت که با خطر بیماری قلبی مواجه اند، درمان دارویی با گلی بنکلامید-سولفونیل اوره-گلیم پرید و تولبوتامید در مقایسه با درمان تک دارویی متفورمین با افزایش خطر بیماری های قلبی و عروقی همراه بوده است. مطالعه انجام شده نشان می دهد که در مقایسه گلی کلایزید با دیگر کاهنده های قند خون که مصرف خوراکی دارد، عملکرد به نسبت ضعیف تری دارد. از سویی حوادث ناشی از افزایش قند خون در مورد گلی کلایزید بسیار نادر است.

از سویی حوادث ناشی از قند خون در مورد گلی کلایزید بسیار نادر است. دوز گلی کلایزید مورد بررسی ۲۴۰-۳۲۰ میلی گرم توصیه شده است. گلی کلایزید احتمالاً مزایایی بیش از مصرف گلیم پرید دارد و تفاوت آن ها در احتمال مزایایی بیش از مصرف گلیم پرید است و تفاوت آنها در احتمال بروز خطر هایپوگلیسمی است. تا کنون هیچ اثر مضر از گلی کلایزید بر بیماری های قلبی و عروقی دیده نشده است.

از تست های تشخیصی مانند هموگلوبین گلیکوزیله، برای بررسی حوادث احتمالی ناشی از افزایش قند خون و اثر آن بر بیماری های قلبی و عروقی پرداخته شده است.

گلی کلایزید به عنوان یک داروی امن با کمترین میزان خطر هایپوگلیسمی شناخته شده است و هایپوگلیسمی گزارش شده ناشی از آن در مقایسه با سایر داروها بسیار پایین بوده است. میزان دوز اثر بخشی گلی کلایزید در مقایسه با داروهایی مانند ویلداگلیپتین بسیار کمتر بوده است. از طرفی مصرف گلی کلایزید به نسبت سایر کاهنده های قند خون مانند گلیم پرید و سایر ویلداگلیپتین مانند پیوگلیتازول هم از نظر اثر آن بر افزایش وزن و ریسک خطر بیماری های قلبی در شرایط مناسب تری قرار دارد.

البته تغییر در سبک زندگی بیماران علاوه بر نوع دارو، می تواند در اثر بخشی داروها در کاهش قند خون موثر باشد. از زمانی که داروهایی همچون متفورمین به لیست داروهای انتخابی اضافه شده است، این دارو به عنوان دارویی موثر در کاهش قند خون شناسایی شده است.

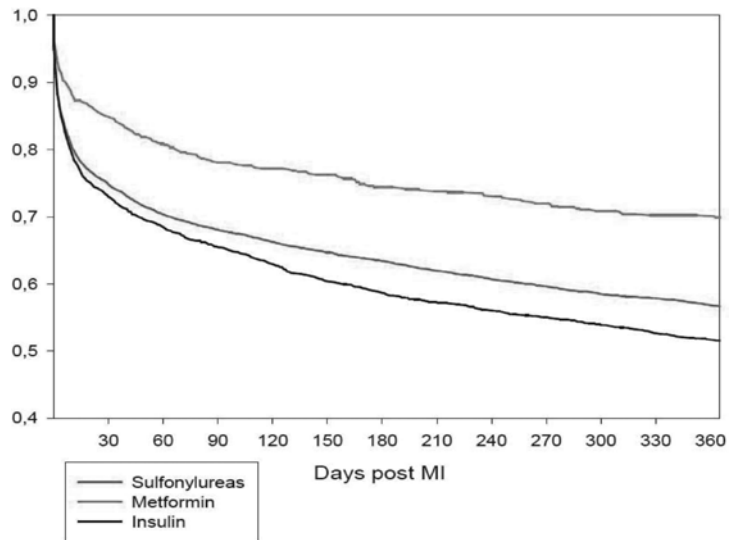
رویداد هایپوگلیسمی شدید برای تمام داروها تقریباً نادر است. یک افزایش جزئی در مهار آلفا گلوکوزیداز که آنالوگ دی پپتیداز

است که می تواند منجر به افزایش وزن شود.

اطلاعات اندکی در مورد عوارض دیابت مرگ و میر با کیفیت زندگی وجود دارد که لزوم استفاده بهینه از دارو ها را بیشتر ضروری می سازد.

### نتیجه گیری

Kaplan-Meier  
Composite Endpoint  
Cardiovascular Mortality and Non-fatal Myocardial Infarction



نوع دارو	میزان خطر هایپوگلیسمی	CVD with mortality	خط دارویی	کاهش وزن	اختلالات کلیوی
تولبوتامید	دارد	دارد	خط دوم	دارد	
انسولین	دارد	دارد		دارد	دارد
متفورمین	ندارد	ندارد	خط اول	نسبتا	ندارد
ایر سولفیدریل اوره	دارد	دارد	خط دوم	ندارد	
گلی کلازید	ندارد	ندارد	خط دوم	دیده نشده است	دیده نشده است

متفورمین و گلی کلازید به عنوان داروهایی با کمترین میزان ریسک مرگ و میر و ریسک خطر بیماری های قلبی و عروقی شناخته شده اند. از سویی انسولین و گلی بنکلامید بیشترین میزان مرتالیتی و خطر بیماری های قلبی و عروقی را دار است.

### منابع:

- In Zucchi SE, Bergenstal RM, Buses JB, Diamante M, Ferranini E, et al. (2012) Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 35: 1364–1379.
- (2008). Type 2 Diabetes: National Clinical Guideline for Management in Primary and Secondary Care (Update). London.
- Schramm TK, Gislason GH, Vaag A, Rasmussen JN, Folk F, et al. (2011) Mortality and cardiovascular risk associated with different insulin secretagogues compared with metformin in type 2 diabetes, with or without a previous myocardial infarction: a nationwide study. Eur Heart J 32: 1900–1908.
- Sadikot SM, Mogen Sen CE (2008) Risk of coronary artery disease associated with initial sulphonyl urea treatment of patients with type 2 diabetes: a matched case-control study. Diabetes Res Clin Pract 82: 391–395.
- Khalangot M, Tronko M, Kravchenko V, Kovtun V (2009) Glibenclamide-related excess in total and cardiovascular mortality risks: data from large Ukrainian observational cohort study. Diabetes Res Clin Pract 86: 247–253
- Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Can J Diabetes. 2008; 32(Supple 1):1-201. Available from: [www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf](http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf).
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 2 diabetes: National clinical guideline for management in primary and secondary care (update). London (UK): Royal College of Physicians; 2008. Available from: [www.nice.org.uk/nice-edia/pdf/CG-66diabetesfullguideline.pdf](http://www.nice.org.uk/nice-edia/pdf/CG-66diabetesfullguideline.pdf).
- Standards of medical care in diabetes—2009. Diabetes Care. 2009; 32(Suppl 1):13–61.
- Managing type 2 diabetes in South Australia. Adelaide: Government of South Australia, Department of Health; 2008 Available from: [www.publications.health.sa.gov.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=dis](http://www.publications.health.sa.gov.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=dis) (accessed 2009 Jan 19).
- Management of type 2 diabetes. Wellington: New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003. Available from: [www.nzgg.org.nz/uidelines/dsp\\_guideline\\_popup.cfm?guidelineCatID=30&guidelineID=36](http://www.nzgg.org.nz/uidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineCatID=30&guidelineID=36) (accessed 2009 Jan 19).