

الفصل السابع عشر

احتياطات مهمة عند تناول
العلاج عن طريق الفم



obeikandi.com

كيف أتذكر أن أتناول الحبوب الخاصة بمرض السكر، لكي أتجنب حدوث زيادة مفاجئة لمستوى السكر في دمي؟

الطريقة الأفضل لكي تتذكر بها تعاطي الدواء هي تطوير روتين يومي خاص بك.

وذلك يتأتى بتناول الدواء كل يوم في الوقت نفسه، وفي المكان نفسه، سواء أكان ذلك في الحمام، أو على طاولة الطعام.

ولتقليل فرص النسيان، يمكنك استخدام صندوق أقراص به تعليمات متعلقة بالدواء، أو منظم تناول الأقراص. وهذه متوفرة في الصيدليات.

كذلك يمكنك تجهيز كمية من الدواء في صندوق الأقراص لمدة أسبوع مسبقاً، لكي تسهل عملية معرفة إذا ما تناولت كل الأقراص في موعدها المحدد أم لا.

ويجب الملاحظة أنه بقدر ما تكثر من تعاطي الأدوية المختلفة، بقدر ما يتعقد جدول تعاطي الأقراص الذي تدوّنهُ لنفسك، والاحتمال الأرجح في مثل تلك الظروف هو أن تخطئ.

وتكمن خطورة عدم تعاطي أدوية مرض السكر في موعدها، في حدوث زيادة ملحوظة وخطرة لمستوى السكر في دمك.



ما العمل في حالة إذا ما نسيت أن تتناول الحبوب الخاصة بمعالجة مرض السكر لدي؟

إذا نسيت أن تتناول حبوب معالجة السكر، فمن المهم أن تتناولها عندما تتذكر. والقاعدة بسيطة، فإذا ما تذكرت خلال ٣ ساعات من مواعيد الجرعة المنسية - التي عادة ما تؤخذ مرتين في اليوم - فما عليك إلا أن تذهب وتتناول الدواء فوراً. أما إذا مرت أكثر من ٣ ساعات، انتظر الجرعة المجدولة التالية وتناولها في موعدها.

وإذا كنت تتعاطى علاجاً طويل المدى، والذي تأخذه لمرة واحدة في اليوم، فتناول الدواء إذا كان ذلك خلال ١٢ ساعة من الجرعة المنسية. وإلا انتظر حتى الوجبة القادمة من الجدول لمواصلة العلاج.

وهذه الخطة تناسب الأدوية من نوع السلفاونيل يوريا Sulfonylureas والتي منها الجلكتترول (Glucotrol) والبيجوانيد مثل الجلوكوفاج (Glucophage) والثيازولدينديون مثل الرزيولين (Rezulin).



أما بالنسبة للأدوية الأخرى مثل الأكاربوز والتي منها البريكوز (Precose) أو الريبجلندين مثل (Prandin)، فيمكنك أن تنتظر إلى حين وقت الوجبة القادمة لتتناول هذه الأدوية.

ماذا ينبغي عليّ أن أعمل إذا طلب مني طبيبي المعالج استخدام الأنسولين، مع العلم أنني أحبذ تناول الأقراص الخاصة بمرض السكر بدلاً عن الأنسولين؟

إذا كنت مصاباً بالنوع الأول من السكر، فإن الأقراص لا تنفع معك، وعليك أن تأخذ حقن الأنسولين، وللأسف لا يوجد خيار آخر غير تناول الأنسولين. أما إذا كنت مصاباً بالنوع الثاني من مرض السكر، فيمكن أن تستجيب حالتك لتناول الأقراص.



وهناك عدد كبير من الأطباء ينصحون بتناول الأقراص من قبل مرض السكر من النوع الثاني، لأنها سهلة تناول وبها مزايا أخرى. يجب أن تخبر طبيبك برغبتك في تناول الأقراص، وإذا لم يستجب جسمك لها، فإنك يجب أن تكون مستعداً لتناول حقن الأنسولين.

ولا يوجد فحص دم مطلق يوضح إذا كنت تستجيب تماماً لتناول الأقراص من عدمه.

والطريقة الوحيدة لمعرفة ذلك هي تجربتها لعدة أسابيع، مع ممارسة بعض التمارين الرياضية، أو زيادة مستوى نشاطك البدني؛ لأن ذلك حتماً سوف يساعدك في تحسين التحكم في مستوى السكر لديك، وأيضاً لكي تعم الفائدة القصوى من تناول أقراص علاج السكر.

وإذا كنت مصاباً بالنوع الثاني من مرض السكر وتتعاطى الأنسولين فعليك أن تتحدث إلى طبيبك المعالج بأن هناك دوائين هما الميتافورمين والتروجلتازون (Troglitazone and Metaformin) التي يمكن لبعض مرضى السكر تناولهما مع إيقاف الحقن بالأنسولين. والكثير من أدوية مرض السكر الجديدة تمت عليها الأبحاث العلمية بقصد التخفيف من معاناة مرضى السكر، لذا ينبغي أن تكون ملازماً لكل ما هو حديث في هذا الخصوص، وكن لصيقاً بطبيبك المعالج حتى يفيدك عن كل جديد فيه صالح لك وللآخرين.

لماذا يريد الطبيب مني أن آخذ الأنسولين عند النوم بالرغم من تناول أقراص مرض السكر؟

ربما يكون الطبيب قلقاً من حالة الصيام التي تمر بها خلال منامك وحتى قبل الإفطار، ويخشى أن يرتفع مستوى سكر الدم لديك في الصباح.



وإذا كانت الأقراص لا تحفظ سكر الدم لديك قبل الإفطار في المستوى الطبيعي، فمن المؤلف والطبيعي أن تأخذ جرعة من الأنسولين في الليل من أجل أن يكون سكر الدم لديك في الحدود الطبيعية في بداية اليوم التالي.

ولعل الاستفادة الكبرى من الأقراص تتأتى إذا كان مستوى سكر الدم لديك في مده الطبيعي قبل الإفطار.

وإذا لم يناسبك هذا البرنامج يمكنك أن تأخذ الأنسولين في الصباح والليل، حتى ولو كنت مصاباً بالنوع الثاني من مرض السكر.

References

1. Klein R Klein BEK. Vision disorders in diabetes. In: Diabetes in America. 2nd ed. Bethesda MD: National Diabetes Data Group, National Institutes of Health National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 1995:293-338.
2. Klein R, Klein BEK, Moss SE. Visual impairment in diabetes. Ophthalmology. 1984;91:1-9.
3. Klein R, Klein BEK, Moss SE. Epidemiology of proliferative diabetic retinopathy. Diabetes Care. 1992;15:1875-1891.
4. Klein R, Klein BEK, Moss SE, et al. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. IV. Diabetic macular edema. Ophthalmology. 1984;91:1464-1474.
5. Klein BE, Klein R, Wang Q, et al. Older-onset diabetes and lens opacities. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmic Epidemiol. 1995;2:49-55.
6. Klein BEK, Klein R, Jensen SC. Open-angle glaucoma

- and older-onset diabetes. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 1994;101:1173-1177.
7. Tielsch JM, Katz J, Quigley HA, et al. Diabetes, intraocular pressure, and primary open-angle glaucoma in the Baltimore Eye Survey. *Ophthalmology*. 1995;102:48-53.
8. Klein R, Klein BEK, Moss SE, et al. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. IX. Four-year incidence and progression of diabetic retinopathy when age at diagnosis is less than 30 years. *Arch Ophthalmol*. 1989;107:237-243.
9. Klein R, Klein BEK, Moss SE, et al. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. X. Four-year incidence and progression of diabetic retinopathy when age at diagnosis is 30 years or more. *Arch Ophthalmol*. 1989;107:244-249.
10. Klein R, Klein BEK, Moss SE, et al. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. II. Prevalence and risk of diabetic retinopathy when age at diagnosis is less than 30 years. *Arch Ophthalmol*. 1984;102:520-526.