

مقایسه اثر افزودن الانزایم در مقابل پرفنازین بر درمان نگهدارنده بیماران دو قطبی نوع یک

احمد فخری^۱، حاتم بوستانی^۱، عباس پزشکی^{۲*}، معصومه نظری نسب^۲، محمدرضا حق دوست^۳

چکیده

زمینه و هدف: اختلال دو قطبی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است. میزان شیوع آن در کل جمعیت، یک درصد می باشد. این اختلال به طور شایع در دوران جوانی شروع می شود. ۲۵ تا ۵۰ درصد بیماران حداقل یک بار برای خودکشی تلاش جدی کرده اند. با توجه به لزوم درمان نگهدارنده و کاهش هزینه ها برای بیمار، این مطالعه به مقایسه اثر داروی پرفنازین در مقابل الانزایم در درمان نگه دارنده بیماران می پردازد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مداخله ای می باشد که روی ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک ۱۶ تا ۵۰ سال که بر روی درمان نگه دارنده بودند، به مدت ۶ هفته انجام شد. این بیماران در سال ۱۳۸۹ به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان گلستان اهواز مراجعه کرده بودند. شدت علائم با استفاده از معیار نمره دهی مانیای یانگ در بدو ورود و هفته های ۳ و ۶ مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت. داده ها توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در هر دو گروه پرفنازین و الانزایم علائم در انتهای مطالعه نسبت به ابتدای مطالعه تفاوت معنادار داشته است ($P=0/000$ برای الانزایم و $P=0/001$ برای پرفنازین). میزان بهبودی بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است. **نتیجه گیری:** میزان بهبودی بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است. که در تفسیر آن می توان به دوره کوتاه مطالعه و نمونه کم و استفاده از آنتی سایکوز در کنار تثبیت کننده خلق اشاره کرد.

کلید واژگان: اختلال دو قطبی، پرفنازین، الانزایم، معیار نمره دهی مانیای یانگ.

۱- استادیار گروه روان پزشکی.

۲- دستیار روان پزشکی.

۳- کارشناس ارشد روان شناسی.

۱ و ۲- گروه روان پزشکی، دانشکده

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

۳- گروه روان شناسی، بیمارستان گلستان،

دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول:

عباس پزشکی؛ گروه روان پزشکی،

دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۱۳۷۰۱۴۱

Email: dr_abbas_pezeshki@yahoo.com

مقدمه

دوره مانیا، دوره مشخصی از خلق بالا، گشاده و تحریک‌پذیری است. مدت این دوره جهت تشخیص - گذاری بر اساس معیارهای DSM-IV-TR حداقل یک هفته و در صورت نیاز به بستری شدن بیمار کمتر از یک هفته می‌باشد. تعریف اختلال دو قطبی نوع یک عبارت است از: داشتن حداقل یک دوره مانیا یا مختلط و گاهی افسردگی اساسی در سیر بالینی. دوره مختلط دوره‌های به طول یک هفته است که در آن هر دو دوره مانیا و افسردگی هر روز پیدا می‌شود (۱).

شیوع اختلال دو قطبی یک درصد است (۲) و به‌طور شایع در دوران نوجوانی شروع می‌شود (۳). ۲۵ تا ۵۵ درصد بیماران یک تلاش جدی برای خودکشی دارند و حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد مرگ آنان در اثر خودکشی است (۴).

درمان، شامل درمان مراحل حاد، مستمر و نگه‌دارنده است و اهداف خاصی دارد. پیش‌گیری از اپیزودها هدف مرحله نگه‌دارنده می‌باشد (۵). درمان مانیای حاد، راحت‌ترین مرحله درمان است. داروی آنتی‌سایکوتیک اثرات اثبات‌شده ضد مانیا دارد. پیش‌گیری از عود مهمترین چالشی است که پیش روی درمانگر قرار دارد (۶).

با توجه به سودمندی ضد مانیک و اثرات آنتی‌سایکوتیک می‌توان از اثرات مثبت آنتی‌سایکوتیک اتیپیک در جلوگیری از اپیزود مانیک و سایکوتیک استفاده کرد. الانزایم اثرات ضد مانیا برابر با والپروات سدیم دارد (۴). به‌نظر می‌رسد یک تفاوت واقعی بین آنتی‌سایکوتیک‌های نسل اول و دوم وجود داشته باشد، چون علایم افسردگی را کاهش می‌دهند. این اثر به‌نظر می‌رسد برای الانزایم مطرح باشد (۷).

داروهای آنتی‌سایکوتیک در مواردی یک مزیت اضافی در درمان نگه‌دارنده دارد که داروهای تثبیت‌کننده خلق ندارد (۸).

با توجه به سودمندی داروهای آنتی‌سایکوتیک اتیپیک در درمان نگه‌دارنده، دیده شده است که الانزایم اثرات

ضد مانیای برابر با تثبیت‌کننده خلق دارد. در مقایسه با مونوترایی با کویتیاپین با پلاسبو اثرات زود آغاز مؤثری در دوز ۶۰۰-۳۰۰ وجود داشت و بهبودی در علایم اختلال خواب و اضطراب بارزتر بود (۴).

بر اساس یک مطالعه ترکیب درمانی الانزایم نمره کلی معیار نمره‌دهی مانیای یانگ را بیشتر از مونوترایی بهبود بخشید. لذا، در مقایسه با استفاده از والپروات سدیم به تنهایی اضافه کردن الانزایم کارآیی بالایی در درمان نگه‌دارنده دارد (۹).

در یک بررسی میزان بهبودی بی‌خوابی و افزایش فعالیت و پرش افکار به‌طور بارزی در رابطه با الانزایم بالاتر بود (۱۰).

در یک مطالعه، دادن اری‌پیپرازول کارآیی بالایی نسبت به پلاسبو در درمان نگه‌دارنده اختلال دو قطبی دارد (۱۱).

تجویز ریسپریدون همراه با تثبیت‌کننده خلق کارآیی بالایی نسبت به تثبیت‌کننده خلق به تنهایی دارد (۱۲). در یک بررسی، الانزایم با دوز ۵ تا ۲۰ میلی‌گرم در روز، بهبودی واضح در معیار نمره‌دهی مانیای یانگ نسبت به پلاسبو دارد (۱۳).

در یک مطالعه، سودمندی ادامه درمان با پرفنازین در مقایسه با قطع آن بررسی شد. طبق مطالعه بیماران که درمان با پرفنازین را ادامه دادند، نسبت به آنهایی که آن را قطع کردند، عود علایم افسردگی کمتری دارا بودند (۱۴).

در یک بررسی، لزوم ادامه درمان با الانزایم با قطع آن بررسی شد. محققان متوجه شدند که عود علایم در درمان ترکیبی کمتر از مونوترایی می‌باشد (۹).

با توجه به اهمیت درمان نگه‌دارنده در جلوگیری از عود علایم و لزوم بستری کردن بیمار در بیمارستان و کاهش هزینه‌های درمانی و با توجه به اینکه اضافه کردن آنتی‌سایکوتیک طبق مطالعات نتیجه بهتری دارد و این اثر در ارتباط با داروهای آنتی‌سایکوتیک اتیپیک بهتر است،

در هفته صفر، سه و شش، شدت مانیا با معیار نمره-دهی مانیای یانگ توسط درمانگر سنجیده شد.

معیارهای ورود: الف) تشخیص اختلال دو قطبی توسط روان‌پزشک براساس DSM-IV-TR
ب) کسب رضایت آگاهانه از بیمار یا سرپرست وی.
ج) سن بین ۱۶ تا ۵۰ سال. با توجه به اینکه این بیماری بیشتر در سنین جوانی می‌باشد.
د) وجود علائم سایکوتیک. با توجه به اینکه داروهای آنتی‌سایکوتیک فقط روی مرحله نگره‌دارنده بیماری بررسی می‌شود.

معیارهای خروج:

الف) حاملگی و شیردهی
ب) وجود اختلال نرولوژیک یا ارگانیک برجسته
ج) وجود تشخیص همزمان در محور یک یا دو
د) وجود علائمی که نیاز به بستری اورژانس و اقدام ضروری برای بیمار داشته باشد
ه) عدم دریافت ECT در ۶ هفته اخیر

این مطالعه در بیمارستان گلستان شهر اهواز و به مدت ۶ ماه انجام شد. در این طرح بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع ۱ که روی درمان نگره‌دارنده بودند، پس از احراز شرایط ورود و خروج وارد طرح شدند و به روش تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی و بدون اطلاع درمانگر توسط مشاور آماری در دو گروه قرار گرفتند. در هر دو گروه، ۲۰ نفر بیمار قرار داشت. جهت درجه‌بندی شدت بیماری از معیار نمره‌دهی مانیای یانگ استفاده شد.

معیار نمره‌دهی مانیای یانگ یکی از مهمترین ابزارهایی است که جهت ارزیابی علائم مانیا به کار می‌رود. این ابزار ۱۱ آیتم دارد و بر اساس گزارش عینی بیمار از شرایط خودش در طول ۴۸ ساعت گذشته پر می‌شود. اطلاعات اضافی بر اساس مصاحبه بالینی پر می‌شود. آیتم‌ها بر اساس علائم اصلی مانیا انتخاب می‌شود. ۴ آیتم بین ۰-۸ درجه‌بندی شده است که شامل تحریک‌پذیری/

لذا این مطالعه به مقایسه اثر الانزاپین از دسته اتیپیک با پرفنازین از دسته تیپیک خواهد پرداخت.

روش بررسی

براساس دو مطالعه، تعداد بیمارانی که وارد مطالعه شده بودند، ۳۰ و ۳۷ نفر بوده است. لذا براساس مطالعات قبلی تعداد ۴۰ نفر از بیماران دو قطبی مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان گلستان شهر اهواز پس از احراز شرایط ورود و خروج وارد مطالعه شدند. تشخیص توسط پزشک و بر اساس DSM-IV-TR گذاشته شد.

بدین صورت که حداقل یک هفته، خلق غیرطبیعی به صورت خلق بالا یا گشاده و یا تحریک‌پذیر داشته باشند و طی آن حداقل ۳ تا و اگر خلق تحریک‌پذیر باشد ۴ تا از علائم به طور مداوم و به حد چشم‌گیری مشاهده شود. این علائم شامل: اعتماد به نفس بالا/ پر حرفی یا احساس فشار در کلام/ پرش افکار یا احساس سبقت‌گیری افکار/ حواس‌پرتی/ افزایش فعالیت‌های معطوف به هدف/ پرداختن بیش از حد به امور لذت‌بخش. این بیماران بایستی اپیزود حاد مانیا را طی کرده و آنگاه وارد مطالعه شوند.

این بیماران که در فاز نگره‌دارنده بیماری هستند به دو گروه تقسیم شده و دارو به شکل زیر استفاده می‌شود:
گروه ۱) این گروه شامل ۱۰ نفر زن و ۱۰ نفر مرد می‌باشد که میانگین سنی آن ۲۸/۶ بوده است و ۶ تا ۲۰ میلی گرم قرص الانزاپین در روز به همراه تثبیت‌کننده خلق به مدت ۶ هفته دریافت کرده‌اند.

گروه ۲) این گروه شامل ۱۰ نفر زن و ۱۰ نفر مرد می‌باشد که میانگین سنی آن ۲۹/۴ بوده است و ۱۶ تا ۲۴ میلی گرم قرص پرفنازین در روز به همراه تثبیت‌کننده خلق به مدت ۶ هفته دریافت کرده‌اند.

میانگین نمره معیار نمره‌دهی یانگ در گروه الانزاپین در بدو ورود به مطالعه، ۱۵/۹ در هفته سوم ۸/۹ و در هفته ششم برابر ۲/۵۵ بوده است. آنالیز داده‌ها نشان داد که در بین داده‌ها تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۴).

میانگین نمرات معیار نمره‌دهی یانگ در گروه پرفنازین در بدو ورود به مطالعه، ۱۲/۰۵ در هفته سوم ۷/۳۵ و در هفته ششم برابر ۳/۸۵ بوده است. آنالیز داده‌ها نشان داد که بین ابتدای درمان و هفته سوم تفاوت معناداری وجود نداشت. ولی بین هفته اول و ششم و بین هفته سوم و ششم تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۵).

در مقایسه بین گروه الانزاپین و پرفنازین در بدو ورود و هفته سوم و هفته ششم تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول ۶). نتایج *post hoc* آزمون‌های *dunnett* و *tamhane* یافته‌های قبلی مربوط به مطالعه گروه‌ها را تأیید کردند.

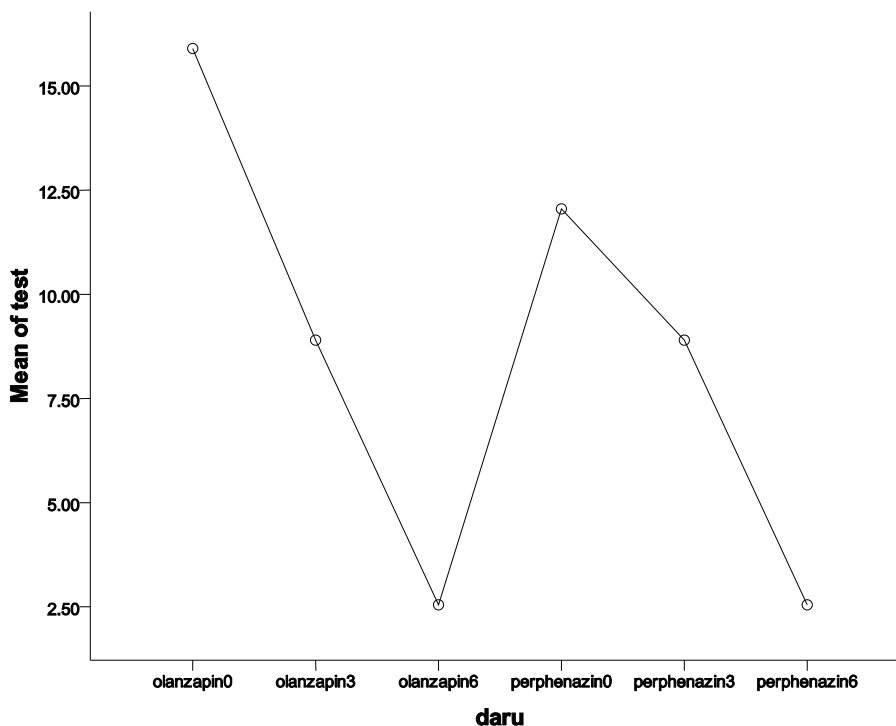
تکلم/محتوای فکر/ رفتار تخریبی و پرخاشگری می‌باشد. ۷ آیتم باقی‌مانده بین ۰-۴ درجه‌بندی شده است که شامل خلق/ فعالیت حرکتی/ علاقه جنسی/ خواب/ اختلال فکر/ ظاهر و بینش بیمار می‌باشد.

نمرات پایه‌ای، معیار نمره‌دهی مانیای یانگ متنوع می‌باشد که بسته به شرایط بیمار شامل مانیای (YMRS:12) و افسردگی (YMRS:3) و یوتایمیک (YMRS:2) می‌باشد.

این آزمون دارای روایی و پایایی خوبی می‌باشد (۱۵) و در یک بررسی نسخه ایرانی آن هم روایی و پایایی بالایی را نشان داد (۱۶).

یافته‌ها

بررسی داده‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه الانزاپین ۲۸/۶ سال و در گروه پرفنازین ۲۹/۴ سال بوده است.



نمودار ۱: اثر درمانی الانزاپین در مقابل پرفنازین

جدول ۱: متغیرهای توصیفی گروه الانزایم

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر
بدو ورود	۱۵/۹	۱۰/۶۶	۱	۳۶
هفته سوم	۸/۹	۸/۵۷	۰	۳۴
هفته ششم	۲/۵۵	۲/۹۸	۰	۹

جدول ۲: متغیرهای توصیفی گروه پرفنازین

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر
بدو ورود	۱۲/۰۵	۹/۵۴	۲	۳۸
هفته سوم	۷/۳۵	۵/۵۲	۱	۲۴
هفته ششم	۳/۸۵	۳/۵۱	۰	۱۱

جدول ۳: توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار	نمره حداقل	نمره حداکثر
الانزایم	۲۸/۶	۴/۲	۲۲	۴۵
پرفنازین	۲۹/۴	۶/۱	۲۱	۴۷

جدول ۴: گروه الانزایم

متغیر	اختلاف میانگین	t-test	df	sig
۰ و ۳ الانزایم	۷	۲/۸	۳۸	۰/۰۲
۰ و ۶ الانزایم	۱۳/۳۵	۵/۳۹	۳۸	۰/۰۰۰
۳ و ۶ الانزایم	۶/۳۵	۳/۱۳	۳۸	۰/۰۰۳

جدول ۵: گروه پرفنازین

متغیر	اختلاف میانگین	t-test	df	sig
۰ و ۳ پرفنازین	۴/۷	۱/۹۶	۳۸	۰/۰۶
۰ و ۶ پرفنازین	۸/۲	۳/۶	۳۸	۰/۰۰۱
۳ و ۶ پرفنازین	۳/۵	۲/۳۹	۳۸	۰/۰۲

جدول ۶: مقایسه بین دو گروه

متغیر	اختلاف میانگین	t-test	df	sig
بدو ورود	۳/۸۵	۱/۲۴	۳۸	۰/۳
هفته ۳	۱/۵	۰/۷	۳۸	۰/۵
هفته ۶	۱/۳	۱/۲۶	۳۸	۰/۲

بحث

توجیهی برای عدم معنادار بودن نتایج بعد از ۶ هفته باشد. از طرفی، هم الانزایم و هم پرفنازین هر دو سرکوب‌کننده سیستم کولینرژیک می‌باشند و سیستم کولینرژیک در اپیزود مانیا نقش دارد، شاید به این دلیل باز هم تفاوت معنادار دیده نشد.

از طرفی دیگر، YMRS خودش خرده مقیاس‌هایی دارد که شاید در آنها الانزایم مؤثرتر می‌باشد.

با توجه به اینکه هم الانزایم و هم اری‌پیرازول برای فاز نگره‌دارنده بیماری بای‌پولار تأیید شده است (۱۸) لذا در صورت نیاز می‌توان از الانزایم در درمان نگره دارنده بیماران استفاده کرد. با توجه به مطالعات قبلی که لزوم ادامه درمان با الانزایم در مقابل قطع آن مقایسه می‌شد و در آن محققان متوجه شدند که عود علائم در درمان ترکیبی کمتر بوده است (۱۹) لذا با توجه به نتایج در گروه الانزایم که در هفته ۳ و ۶ نسبت به هفته ۰ تفاوت معناداری داشته است، ادامه دادن الانزایم منطقی می‌باشد.

از مزایای این مطالعه می‌توان به این نکته توجه کرد که در آن اثرات دو داروی آنتی‌سایکوز از دو دسته متفاوت بر روی فاز نگره‌دارنده مانیا مقایسه شد و از محدودیت‌های آن شاید بتوان به دوره کوتاه مطالعه و تعداد کمتر نمونه و اینکه اثرات دو داروی آنتی‌سایکوز در کنار داروی تثبیت‌کننده خلق مقایسه شده است، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یک پژوهش انجام شده به نظر می‌رسد که این مطالعه تنها مطالعه‌ای در ایران باشد که به بررسی اثرات دو آنتی‌سایکوز از دو دسته متفاوت در درمان نگره‌دارنده بیماران دو قطبی می‌پردازد و با توجه به آنکه هم در میان و هم در حیطه بین دو گروه تفاوت وجود دارد، شاید با ادامه مطالعه این تفاوت از نظر آماری معنادار باشد. لذا توصیه می‌گردد که برای مقایسه اثر داروهای آنتی‌سایکوز در جلوگیری از عود اپیزود مانیا مطالعه

نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از الانزایم در مقابل پرفنازین در درمان نگره‌دارنده بیماران دو قطبی تفاوت معناداری با همدیگر نداشتند. ولی آنالیز داده‌ها در هر گروه نشان داد که در انتهای درمان نسبت به ابتدای درمان تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به آن، به نظر می‌رسد که اضافه کردن آنتی‌سایکوز در درمان نگره‌دارنده اثرات سودمندی داشته باشد. بررسی‌ها نشان داده است که تجویز همزمان داروهای تثبیت‌کننده خلق با داروهای آنتی‌سایکوز اثربخشی درمان مؤثرتری می‌باشد که برای موارد شدید مانیا توصیه می‌شود. البته این تجویز همزمان در درمان نگره‌دارنده طولانی مدت مؤثر است. علاوه بر آن، در کنترل دوره افسردگی اختلال دو قطبی یک هم مؤثر است (۱۷).

بر اساس مطالعات قبلی، ترکیب درمانی الانزایم با والپروات نتایج نمره‌دهی یانگ را بهتر بهبود می‌بخشد (۹).

در این مطالعه هم اگر به نتایج مطالعه توجه نمایم می‌بینیم که در هفته ۰ و ۳ در گروه الانزایم نسبت به گروه پرفنازین تفاوت معنادار بوده است و شاید بدین دلیل که الانزایم علاوه بر آنتی‌سایکوز بودن خاصیت تثبیت‌کنندگی خلق را نیز دارد.

لذا هم سرعت و هم میزان بهبودی در گروه الانزایم بیشتر از گروه پرفنازین بوده است (نمودار ۱).

در مطالعات اولیه، الانزایم اثر ضد مانیای برابر با والپروات و در مطالعه دیگر اثر ضد مانیای برابر لیتیم دارد (۱۸).

در مطالعاتی که انجام شده بود، فقط آنتی‌سایکوز با یک تثبیت‌کننده خلق از نظر کارایی مقایسه شده بود، در حالی که در این مطالعه دو داروی آنتی‌سایکوز از دو دسته متفاوت مقایسه شده بود که در جای خود قابل توجه می‌باشد.

در این مطالعه، داروهای آنتی‌سایکوز در کنار داروهای تثبیت‌کننده خلق مورد استفاده قرار گرفت که ممکن است

قدردانی

از تمامی همکاران دستیار به خاطر همراهی و کمک خالصانه‌شان نهایت تشکر و قدردانی را دارا هستم.

مشابهی در مدت طولانی‌تر انجام پذیرد. از طرفی این مطالعه داروهای آنتی‌سایکوز را در کنار داروی تثبیت‌کننده خلق مقایسه می‌کرد که توصیه می‌گردد تا مطالعه مشابهی به صورت مونوتراپی با داروهای آنتی‌سایکوز در درمان نگه‌دارنده انجام گردد.

منابع

- 1-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2007. P. 528.
- 2-Rihmer Z, Angst J. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P.1577.
- 3-Akiskal HS. Mood disorders: clinical featur. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed.. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P.1611.
- 4-Post RM, Altshuler LL. Mood disorder: treatment of bipolar disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P. 1661.
- 5-Rush AJ, Nierenberg AA. Mood disorder: treatment of depression. In: Sadock B J, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P. 1652.
- 6-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins;2007. p. 560-561.
- 7-El-Mallakh RS, Ghaemi SN. Bipolar depression: a comprehensive guide. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2006. P.114.
- 8-Manji Husseini K, Bowden CL, Belmaker RH, editors. Bipolar medications mechanisms of action. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000. P. 383.
- 9-Tohen M, Chengappa KN, Suppes T, Zarate CA Jr, Calabrese JR, Bowden CL, et al. Efficacy of olanzapine in combination with valproate or lithium in the treatment of mania in patients partially nonresponsive to valproate or lithium monotherapy. Arch Gen Psychiatry 2002;59:62-9.
- 10-Kasper S, Hirschfeld Robert MA. Handbook of bipolar disorder: diagnosis and therapeutic approaches. New York: Taylor & Francis; 2005. P. 143.
- 11-Yatham LN, Vieta E, Young AH, Möller HJ, Paulsson B, Vågerö M. A double blind, randomized placebo-controlled trial of quetiapine as an add- on therapy to lithium or divalproex for the treatment of bipolar mania. Int Clin Psychopharmacol 2007;22:212-20.
- 12-Sachs GS, Grossman F, Ghaemi SN, Okamoto A, Bowden CL. Combination of a mood stabilizer with risperidone or haloperidol for treatment of acut mania: a double-blind, placebo-controlled comparison of efficacy and safety. Am J Psychiatry 2002;159:1146-54.
- 13-Vieta E, Goikolea JM. Atypical antipsychotic: newer options for mania and maintenance therapy. Bipolar Disord 2005;7:21-33.
- 14-Zarate CA Jr, Tohen M. Double-blind comparison of the continued use of antipsychotic treatment versus its discontinuation in remitted manic patients. Am J Psychiatry 2004;161:169-71.
- 15-Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 1978;133:429-35.
- 16-Shabani A, Akbari M, Dadashi M. Reliability and validity of bipolar Depression rating scale on an irainian sample. Arch Iran Med 2010; 13:217-22.
- 17-Bowden CL. Atypical antipsychotic augmentation of mood stabilizer therapy in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2005;66:12-9.
- 18-Post RM, Altshuler LL. Mood disorder: treatment of bipolar disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2009. p.1781.
- 19-muricio tohen.et all.relapse prevention in bipolar disorder,18 mounth compression of olanzapin plus mood stabilizer versus mood stabilizer alone,2004.184:337-345.

Comparing the Effect of Adding Olanzapine Versus Perphenazine on Maintenance Treatment of Bipolar Type 1

Ahmad Fakhri¹, Hatam Boostani¹, Abbas Pezeshki^{2*}, Masome Nazari Nasab²,
Mouhamad Reza Haghdoost³

1-Assistant Professor of
Psychiatry

2-Assistant Professor of
Psychiatry.

3-MSc. Student of Education and
Psychology.

1,2-Department of Psychiatry,
School of Medicine, Ahvaz
Jundishapur University of
Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3- Department of Psychology,
Golestan Hospital, Ahvaz
Jundishapur University of
Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Abbas Pezeshki; Department of
Psychiatric, School of Medicine,
Ahvaz Jundishapur University of
Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989111370141
Email: dr_abbas_pezeshki@
yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Bipolar disorder is one of the most common psychiatric disorder in community. bipolar is an important disorder because of its prevalence and serious complications such as suicide, substance abuse, loss of well being and function, this study was investigated to determine the efficacy of adding perphenazine versus olanzapin in maintenance treatment of bipolar.

Subjects and Methods: this study is an interventional study on 40 bipolar patients (16-50 years old) referred to Golestan hospital psychiatric clinic in 2011. Duration of the study was 8 weeks. Severity of mania was assessed with YMRS at 0,3,6 weeks. The data was analyzed by using SPSS.

Results: In both groups symptoms were significantly improved at the end of study ($p=0.000$, $p=0.001$).

Young mania rating scale between two groups was not significantly different ($p=0.2$).

Conclusion: Because of small sample size, short duration of study and adding anti psychotic drugs on mood stabilizer, further future works should be considered.

Keywords: Bipolar, Perphenazine, Olanzapine, Young Mania Rating Scale.

► Please cite this paper as:

Fakhri A, Boostani H, Pezeshki A, Nazari-Nasab M, Haghdoost MR. Comparing the Effect of Adding Olanzapine Versus Perphenazine on Maintenance Treatment of Bipolar Type 1. *Jundishapur Sci Med J* 2012;11(1):49-56

Received: Jan 2, 2012

Revised: Feb 9, 2012

Accepted: Feb 14, 2012