

مقایسه اثر درمانی فلوکستین، سیتالوپرام، استروژن و پروژسترون و دارونما در بهبود

گرگرفتگی (Hot flash)، در زنان پری منوپاز

ستاره اخوان^۱، فرناز زند و کیلی^۲، ملیحه عرب^۳، حدیقه کریمی^۴، فردین غریبی^۵

۱- استادیار گروه زنان و زایمان، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن: ۰۸۷۱-۳۲۸۵۹۱۳
s_akhavan2007@yahoo.com

۲- استادیار گروه زنان و زایمان، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۳- استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۵- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: فراوانی و موربیدیتی گرگرفتگی منجر به درمانهای متعدد چه هورمونی و چه غیر هورمونی در سالهای اخیر شده است. کاربرد فلوکستین و سیتالوپرام با عوارض محدود و قابلیت تحمل بالا توسط اغلب خانمهای مبتلا به گرگرفتگی مورد توجه محققین قرار گرفته است ولی در مورد کاراییشان اختلاف نظر زیاد است. در این مطالعه اثرات فلوکستین، سیتالوپرام، هورمون درمانی و دارونما در درمان گرگرفتگی پری منوپوزال مقایسه شد.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود (RCT). جامعه مورد مطالعه شامل زنان ۴۶-۵۵ ساله با علائم گرگرفتگی که حداقل ۱ سال از قطع قاعدگی و اثبات یائسگی آنها گذشته بود می باشد. روش نمونه گیری بلوک بندی تصادفی بود و نمونه ها در چهار گروه فلوکستین، سیتالوپرام، هورمون درمانی و دارونما مورد مطالعه قرار گرفتند. داده ها پس از جمع آوری وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای کای دو، آنالیز واریانس و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: گروه های مورد مطالعه از نظر میانگین مدت منوپوز، سابقه ابتلا به بیماری مزمن، مصرف دارو و فراوانی فشار خون در ابتدای مطالعه تفاوت معنی داری با هم نداشتند. اما بین میانگین سنی گروه ها اختلاف معنی داری وجود داشت ($P=0/03$). کاهش میانگین دفعات گرگرفتگی بعد از مداخله در گروه استروژن + پروژسترون ۵۷٪، گروه فلوکستین ۷۴/۷٪، گروه سیتالوپرام ۸۱/۸٪ و دارونما ۸۰٪ بود ($p<0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به درصد بالای موفقیت درمان داروهای سیتالوپرام و فلوکستین در درمان گرگرفتگی و کم عارضه بودن آنها، استفاده از این داروها در درمان گرگرفتگی به عنوان جایگزین مناسبی برای هورمون درمانی و در افرادی که در آنها مصرف استروژن ممنوعیت دارد و یا به عللی تمایل به مصرف استروژن ندارند، به عنوان گزینه مناسبی باید مد نظر قرار گیرد.

کلید واژه ها: یائسگی، گرگرفتگی، سیتالوپرام، فلوکستین، هورمون درمانی.

وصول مقاله: ۸۹/۸/۲ اصلاحیه نهایی: ۸۹/۱۰/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۱۰

مقدمه

عملکرد فولیکولی همراه است. دوران پری منوپاز به

دوره قبل از یائسگی، در خلال یائسگی و یا بعد از

یائسگی گفته می شود. این دوره انتقالی گاهی با علائمی

یائسگی به صورت قطع دائمی قاعدگی تعریف

می شود و با کاهش ترشح استروژن ناشی از فقدان

هنوز جای بحث دارد. آگونیست‌های α^2 -آدرنژیک و داروهای ضد افسردگی از این دسته‌اند. امروزه داروهای ضد افسردگی با توجه به موارد کنتراندیکاسیون محدود بیش از همه مورد توجه و تحقیق بوده و شدیداً مورد تحقیقات بالینی قرار دارند (۹-۷ و ۲).

دو داروی مورد مصرف در روانپزشکی که همواره با عوارض محدود و قابلیت تحمل بالا توسط اغلب خانم‌های مبتلا به hot flush گزارش شده‌اند ولی در مورد کارائیشان اختلاف نظر زیاد است، فلوکستین و سیتالوپرام می‌باشد (۷ و ۲).

در این مطالعه اثرات فلوکستین، سیتالوپرام و HRT و پلاسبو در درمان گرگرفتگی پری منوپوزال مقایسه شد.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود (RCT). جامعه مورد مطالعه شامل زنان ۴۶-۵۵ ساله با علائم hot flash که حداقل یک سال از قطع قاعدگی و اثبات یائسگی آنها گذشته بود. معیار ورود شامل وجود گرگرفتگی در فردی که حداقل یکسال از قطع قاعدگی گذشته و در سنین طبیعی برای یائسگی (۴۰-۵۵ سال) بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به بیماری شناخته شده قلبی - ریوی، سرطان، دیابت، فشار خون، هایپرلیپیدمی، بیماری تیروئید، آدرنال و یا هر بیماری شناخته شده روماتولوژیک یا آندوکراین تحت درمان، سابقه بیماری‌های پستان، ماموگرافی غیر طبیعی، بیماری سرویکس، رحم و تخمدان شناخته شده در پاپ اسمیر یا سونوگرافی و هرگونه بیماری دیگر و عدم دریافت داروی دیگری در طول چند هفته قبل از مطالعه و نیز در طول مطالعه بود.

همراه است که تشخیص و درمان مناسب آن می‌تواند از اهمیت طبی و روان‌شناختی ویژه‌ای برخوردار باشد (۱).

یکی از علائم Subjective یائسگی، گرگرفتگی (hot flush) است که علامت کلاسیک آن همراه با کمبود استروژن است و به صورت دوره‌های راجعه و گذرای برافروختگی، تعریق و احساس گرما که با طپش قلب و احساس اضطراب همراه است و گاهی به دنبال آن تهوع رخ می‌دهد، توصیف می‌شود. کل دوره علائم hot flush، ۳-۵ دقیقه طول کشیده و ممکن است تا ۳۰ بار در روز عود کند ولی معمولاً دفعات تکرار آن ۱۰-۵ بار در روز است. ۷۵-۵۰٪ از زنان در جریان یائسگی طبیعی این علامت را تجربه می‌کنند (۲ و ۱).

گرگرفتگی شایعترین شکایت زنان در دوره پری منوپاز و بعد از منوپاز در ایالات متحده است و مردانی که تحت درمان سرکوب آندروژن هستند نیز این علامت را دارند. هنوز پاتوفیزیولوژی گرگرفتگی به خوبی شناخته شده نیست و منابع زنان و طب داخلی به مختصری از این موضوع دست یافته‌اند (۱).

گرگرفتگی روی خلق فرد، حافظه، خواب، توانایی فرد اثر می‌گذارد و بعلاوه اثرات اجتماعی هم دارد و در زنان، بویژه زنان دارای فعالیت‌های اجتماعی، مانع از حضور آنها در اماکن عمومی شده و از قابلیت‌های شغلی آنان می‌کاهد.

بدین منظور همواره پژوهشگران در پی یافتن راه حلی برای از بین بردن و یا کاهش حملات hot flush بوده‌اند. Hormon Replacement Therapy (HRT) در عرض چند روز در اغلب زنان سبب برطرف شدن گرگرفتگی می‌شود ولی بدلائیل مختلفی این داروها ممکن است کنتراندیکه باشند (۶-۲). درمانهای دیگری همواره مورد بررسی قرار گرفته‌اند ولی کارایی آنها

گروه سوم: استروژن- پروژسترون، به هر نفر استروژن mg/day ۰/۶۲۵ و مدروکسی پروژسترون mg/day ۵ به مدت ۸ هفته گروه چهارم: پلاسبو، به مدت ۸ هفته لازم به ذکر است که دوز داروها با استناد به کتب مرجع معتبر آندوکرینولوژی زنان (۱۱ و ۱۰) درج گردید که حداقل دوز مؤثر می‌باشد و مدت استفاده از آن نیز حداقل زمان مناسب برای اثر لازم در نظر گرفته شده است.

در طول درمان، بیمار در جداولی که تهیه شده هر روز تعداد موارد گرگرفتگی را علامت زده و مطالعه گر هر ۳ روز یک بار تلفنی با بیمار تماس گرفته و از مصرف داروها و بهبود وضعیت بیمار و عوارض احتمالی داروها با خبر و اطلاعات مربوطه را ثبت می‌نمود.

پس از اتمام درمان، مجدداً افراد مورد مطالعه فراخوانده شدند و پس از گرفتن شرح حال، معاینه مجدد از آنها به عمل آمد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای کای دو، آنالیز واریانس و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه جمعاً ۸۰ نفر در سه گروه مداخله و یک گروه دارونما مورد مطالعه قرار گرفتند. هیچکدام از نمونه‌های مورد مطالعه بعد از مصرف داروها دچار عارضه نشدند.

گروه‌های مورد مطالعه از نظر میانگین مدت منوپوز، سابقه ابتلا به بیماری مزمن، مصرف دارو و فراوانی فشار خون در ابتدای مطالعه تفاوت معنی‌داری با

با گرفتن شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی سیستمیک و پس از انجام آزمایشات FBS، لیپیدهای سرم، پاپ اسمیر، ماموگرافی و سونوگرافی رحم و ضمائم، بیماران بطور صحیح انتخاب شدند. تکمیل فرم رضایت الزامی بود. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کردستان رسید.

از طریق پرسشنامه، افراد واجد شرایط ورود به مطالعه تعیین و سپس طی مصاحبه‌ای با تمامی بیماران واجد شرایط شرح انجام تحقیق توضیح داده شده، عوارض دارو و لزوم بی‌اطلاعی آنان و همچنین مجریان طرح از قرارگیری بیمار در هر گروه دارویی توضیح داده شده و پس از کسب رضایت بیمار، گرفتن شرح حال و انجام معاینه صورت گرفت و در صورت گرفتن امتیازات لازم برای ورود به مطالعه، به طور تصادفی (روش بلوک بندی) ۴ گروه ۲۰ نفره انتخاب شدند.

بیماران از نوع گروه‌های دارویی و گروه قرار گرفته هیچگونه اطلاعی نداشتند، همچنین پزشک ارزیابی‌کننده نیز از قرارگیری بیماران در گروه‌های دارویی مطلع نبوده و قرارگیری بیماران در گروهها توسط همکار داروساز شرکت‌کننده در مطالعه انجام شد. و پس از انجام آنالیز آماری، گروه‌بندی توسط همکار داروساز به محقق اعلام شد. قبل از انجام مطالعه عوارض مربوط به هر دارو به افراد مورد مطالعه آموزش داده شد و در صورت ایجاد عارضه و عدم تحمل فرد در صورت لزوم آن فرد از مطالعه خارج می‌گردید.

گروه‌های مورد مطالعه به شرح زیر بود:

گروه اول: فلوکستین، به هر نفر mg/day ۲۰ به مدت ۸ هفته

گروه دوم: سیتالوپرام، به هر نفر mg/day ۲۰ به مدت ۸ هفته

هم نداشتند. اما بین میانگین سنی گروه‌ها اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P=0/03$). ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

معنی‌داری	دارونما	سیتالوپرام	فلوکستین	استروژن + پروژسترون	سن (میانگین + انحراف معیار)
$P=0/03$	$53/1 \pm 4/3$	$50/5 \pm 3/9$	$49/4 \pm 3/3$	$52/4 \pm 2/7$	
	$3/4 \pm 1/4$	$3/4 \pm 1/3$	$3/7 \pm 1/2$	$2/7 \pm 1/1$	مدت منوپوز (میانگین + انحراف معیار)
	$129/3 \pm 11/6$	$132/0 \pm 6/7$	$132/7 \pm 13/8$	$133/3 \pm 12/9$	فشار خون (میانگین + انحراف معیار)
	۰	۰	$(/6/7) 1$	$(/6/7) 1$	ابتلا به بیماری مزمن (فراوانی) دارد
	$(/100) 15$	$(/100) 15$	$(/93/3) 14$	$(/93/3) 14$	ندارد
$P<0/05$			$(/20) 3$	$(/6/7) 1$	مصرف دارو (فراوانی) دارد
	$(/26/7) 4$	$(/26/7) 4$	$(/80) 12$	$(/93/3) 14$	ندارد
	$(/73/3) 11$	$(/73/3) 11$	$(/20) 3$	$(/13/3) 2$	فشار خون بالا (فراوانی) دارد
	$(/13/3) 2$	۰	$(/80) 12$	$(/86/7) 13$	ندارد
	$(/86/7) 13$	$(/100) 15$			

کاهش میانگین دفعات گرگرفتگی بعد از مداخله در گروه استروژن + پروژسترون ۵۷٪، گروه فلوکستین ۷۴/۷٪، گروه سیتالوپرام ۸۱/۸٪ و دارونما ۸۰٪ بود ($P<0/001$) (داده‌های تکمیلی در جدول ۲ ارایه شده است).

جدول ۲: مقایسه دفعات گرگرفتگی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مورد مطالعه

معنی‌داری	دارونما	سیتالوپرام	فلوکستین	استروژن + پروژسترون	دفعات گرگرفتگی (میانگین ± انحراف معیار)
$P=0/000$	$15/7 \pm 2/5$	$14/3 \pm 3/1$	$15 \pm 3/4$	$13/7 \pm 3/5$	قبل از مداخله
	$3/1 \pm 1/2$	$2/6 \pm 2/3$	$3/8 \pm 2/5$	$5/9 \pm 3/2$	بعد از مداخله

در هر چهار گروه کاهش معنی‌داری در دفعات گرگرفتگی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله مشاهده شد

بحث

استروژن بر روی سیستم قلبی عروقی (۵ و ۶)، افزایش بیماری‌های کیسه صفرا و آندومتر (۱۲ و ۵) و عوارضی از قبیل تندرینس پستانها، احتباس مایع و ریسک بالای ترومبوز (۱۲) استفاده از آن محدود شده است. بر این اساس استفاده از سایر هورمون‌ها، داروها و درمانهای غیر دارویی برای درمان علائم وازوموتور مورد توجه محققین قرار گرفته است. در سال‌های اخیر با مشخص

نتایج این مطالعه اثربخشی سه درمان هورمون تراپی، فلوکستین و سیتالوپرام را در درمان گرگرفتگی نشان داد. تا به حال به دلیل ارتباط علیتی بین گرگرفتگی و کاهش استروژن، درمان جایگزینی هورمونی (HRT)، خصوصاً با مشتقات استروژنی، اولین قدم درمانی بوده است. اما به دلیل اختلاف نظر در مورد اثر

نسبت به مطالعه Loprinzi و همکاران (۲۰) پاسخ بالینی به سیتالوپرام در مطالعه ما بالاتر بوده است. درصد بدست آمده برای پاسخ به درمان در گروه فلوکستین با برخی مطالعات قبلی هماهنگی دارد (۱۹ و ۱۵) و نسبت به نتایج برخی دیگر از مطالعات (۱۷ و ۱۶) که پاسخ درمانی را ۵۰٪ ذکر کرده‌اند از پاسخ درمانی بیشتری برخوردار است. در کل با توجه به پاسخ درمانی بالای داروهای SSRI در این مطالعه و اثرات جانبی کم آنها می‌توان آنها را به عنوان گزینه مناسبی در درمان گرگرفتگی در نظر گرفت. نکته‌ای که در مطالعه حاضر جالب توجه می‌باشد درصد بالای پاسخ درمانی در گروه پلاسبو (۸۰٪) است. این در حالیست که کارآزمایی‌های بالینی با کنترل پلاسبو به طور هماهنگی نشان داده‌اند که استفاده از پلاسبو با کاهش ۴۰-۲۰٪ فراوانی و شدت گرگرفتگی همراه بوده است (۲۱ و ۱۷-۱۵). البته در برخی مطالعات ۲۵٪ و ۱۵٪ از زنانی که پلاسبو دریافت کرده بودند به ترتیب کاهش معنی‌دار ۵۰٪ و ۷۵٪ در فعالیت گرگرفتگی داشته‌اند (۲۱). در توجیه تشدید اثر پلاسبو در بیماران در مطالعه حاضر دو نکته نیز حائز اهمیت است؛ اول اینکه گروه پلاسبو دارای بیشترین میانگین دفعات گرگرفتگی قبل از مداخله بود که البته تفاوت معنی‌داری با سایر گروهها نداشت، اما می‌تواند در درصد افت میانگین دفعات گرگرفتگی بعد از مداخله مد نظر باشد. از طرف دیگر این درصد بالای افت در گروه پلاسبو می‌تواند نشانگر نقش بالای وضعیت سایکولوژیک بیماران در پاسخ به درمان و تفاوت فارماکوژنتیک داروها در افراد مختلف باشد و نیازمند بررسی بیشتر در مطالعات آتی است. در این مطالعه عارضه دارویی خاصی برای داروهای بکار رفته گزارش نشد. در مطالعه Barton در سال ۲۰۰۱ نیز عارضه

شدن نقش SSRI ها بر رسپتورهای سروتونین (۱۳) و ارتباط بلوک این رسپتورها در پیشگیری از هایپرترمی در مطالعات حیوانی (۱۵ و ۱۴) و همچنین کاهش بروز علائم گرگرفتگی در بیماران افسرده تحت درمان با این داروها (۸) و عوارض جانبی کمتر آنها در مقایسه با داروهای هورمونی، استفاده از آنها در درمان گرگرفتگی مورد توجه قرار گرفته است و انواع مختلف این دسته دارویی در درمان گرگرفتگی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در مطالعه Sara و همکارانش فلوکستین ۵۰٪ و پلاسبو ۲۰٪ باعث کاهش گرگرفتگی گردید (۱۶). نتایج حاصل از کارآزمایی‌های پایلوت بر روی ونلافاکسین و پاروکستین نشانگر کاهش بیش از ۵۰٪ در فراوانی گرگرفتگی، بوده است (۸). فلوکستین سبب کاهش ۵۰٪ در مقایسه با کاهش ۳۶ درصدی گروه پلاسبو شد (۱۷). نتایج اولیه نشانگر اینست که سرتالین در کاهش گرگرفتگی خیلی مؤثرتر از پلاسبو نبود (۱۸). در مطالعه انجام شده در کشورمان توسط قمیان و همکارانش، پاسخ به درمان در گروه فلوکستین (۷۵٪) بیشتر از دارونما (۴۲/۵٪) بود (۱۵). در مطالعه سخاوت و همکارانش بر روی ۳۱۰ زن با شکایت گرگرفتگی، ۷۷/۵٪ بیماران به درمان فلوکستین پاسخ دادند در حالیکه ۱۳/۷٪ در گروه پلاسبو به درمان جواب دادند (۱۹). در مطالعه انجام شده توسط Loprinzi و همکارانش در سال ۲۰۰۵، اثر سیتالوپرام در درمان گرگرفتگی مورد بررسی قرار گرفت که ۶۳٪ پاسخ بالینی مشاهده شد (۲۰). در مطالعه ما نیز کاهش میانگین دفعات گرگرفتگی در گروه هورمون درمانی، فلوکستین، سیتالوپرام و دارونما به ترتیب ۵۷٪، ۷۴/۷٪، ۸۱/۸٪ و ۸۰٪ بود. که با توجه به نتایج مطالعه بیشترین میزان پاسخ درمانی در گروه سیتالوپرام مشاهده شد. که

هر دو، توجه شود. در کل با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد داروی سیتالوپرام یکی از مفیدترین داروهای SSRI در درمان گرگرفتگی باشد. مطالعات بعدی جهت ارزیابی مدت زمان لازم برای ادامه تجویز داروهای SSRI ضروری به نظر می‌رسد. در این مطالعه هورمون درمانی سبب کاهش ۵۷ درصدی میانگین دفعات گرگرفتگی شد که نسبت به برخی مطالعات قبلی که این کاهش برای HRT ۹۰-۸۰٪ بوده است (۲۵) از میزان کمتری برخوردار است. اما در یک کارآزمایی بزرگ، HRT، گرگرفتگی را در زنان سنین بعد از یائسگی را به میزان ۱۰۰-۵۰٪ کاهش داد (۱۲). با توجه به مقایسه نتیجه مطالعه حاضر و مطالعات قبلی به نظر می‌رسد پاسخ به درمان هورمونی تحت تأثیر فاکتورهای مختلفی از جمله زمینه ژنتیکی افراد و نحوه تجویز دارو باشد که نیازمند ارزیابی‌های دقیقتر در مطالعات آتی است. از محدودیت‌های این مطالعه تفاوت معنی‌دار در میانگین سنی نمونه‌های مورد مطالعه است.

نتیجه‌گیری

با توجه به درصد بالای موفقیت درمان داروهای سیتالوپرام و فلوکستین در درمان گرگرفتگی و کم عارضه بودن آنها، استفاده از این داروها در درمان گرگرفتگی به عنوان جایگزین مناسبی برای هورمون درمانی و در افرادی که در آنها مصرف استروژن ممنوعیت دارد و یا به عللی تمایل به مصرف استروژن ندارند، به عنوان گزینه مناسبی باید مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی مدیریت امور تحقیقات و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

دارویی خاصی برای فلوکستین در درمان گرگرفتگی گزارش نشد (۲۲). این در حالیست که در برخی از مطالعات عارضه سرگیجه و بی‌اشتهایی (۲۳) و در برخی دیگر از مطالعات نشانه‌های CNS یا گوارشی در ۲۰-۱۰٪ بیماران گزارش شده است (۲۴). اینکه SSRIها گرگرفتگی را کاهش می‌دهند یک دید جالب توجه به مکانیسم اختلال ایجاد می‌کند. بایندینگ رسپتور 5HT_{2a} در کورتکس پره فرونتال بعد از تجویز طولانی مدت داروهای ضد افسردگی، کاهش می‌یابد (۲۵ و ۲۶). این مکانیسم‌های مشابه ممکن است برای مهار گرگرفتگی بوسیله SSRIها در نظر گرفته شود زیرا بلوک 5-HT_{2a} و تحریک 5-HT_{1a} در موشها به ترتیب سبب پیشگیری از هایپرترمی و مهار هایپوترمی شده است (۱۴).

افزایش حاد 5-HT در سیناپس با تجویز محیطی سیتالوپرام، یک مهارکننده اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRI)، سبب هایپوترمی در جوندگان شده است. گرچه درمان نیمه طولانی مدت با SSRI سبب ایجاد مقاومت به این اثر هایپوترمیک می‌شود (۲۷). در Rat ها تجویز مستقیم به سیستم عصبی مرکزی آگونیست‌های سروتونین به هیپوتالاموس قدامی سبب یک افزایش در دمای بدن می‌شود (۲۸) و خونرسانی موضعی هیپوتالاموس با مایع دیالیز حاوی SSRI فلوکستین به طور معنی‌داری سبب افزایش دمای کولونی و افزایش غلظت‌های خارج سلولی سروتونین می‌شود (۲۹). این نتایج با هم پیشنهاد می‌کنند که مکانیسم افزایش دمای ناشی از سروتونین ممکن است بوسیله افزایش بیش از حد محل‌های دارای رسپتور سروتونین در هیپوتالاموس قدامی یا بوسیله تحریک غیر مستقیم رسپتورهای نورآدرنرژیک یا دوپامینرژیک یا

انجام شد. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود می‌دارند.
را نسبت به شرکت‌کنندگان در این مطالعه ابراز

References

1. Stearns V, Ullmer L, Lopes JF, Smith Y, Isaacs C, Hayes DF. Hot flushes (Review). *The Lancet* 2002; 360: 1851-61.
2. Hickey M, Saunders CM, G.A. Stuckey B. Non-hormonal treatments for menopausal symptoms. *Maturitas* 2007; 57: 85-9.
3. McNagny SE. Prescribing hormone replacement therapy for menopausal symptoms. *Ann Intern Med* 1999; 131:605-16.
4. Manson JE, Martin KA. Clinical practice: Postmenopausal hormone-replacement therapy. *N Eng J Med* 2001; 345: 34-40.
5. Presti JC Jr. Estrogen therapy for prostate carcinoma. *JAMA* 1996; 275: 1153.
6. MacLennan A, Lester S, Moore V. Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2001; 1:CD002978.
7. Brek JS, Brek and Novak's Gynecology. 14th ed, Lippincott Williams and Wilkins: New York, 2007: 1323-1340.
8. Crundwell JK. Fluoxetine and suicidal ideation- a review of the literature. *Int J Neurosci* 1993; 68: 73-84.
9. Sara J Winsor. Non estrogen treatment for hot flashes. *Medical World Communication*. 2002.
10. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2005. p. 662-664.
11. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. For the heart and estrogen/progestin replacement Study (HERS) research group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 1998; 280: 605-13.
12. Peroutka SJ, Snyder SH. Long-term antidepressant treatment decreases piroperidol-labeled serotonin receptor binding. *Science* 1980; 210: 88-90.
13. Bassam Elhelw, Mrcog, Mffp. Non- hormonal therapies for the treatment of menopausal symptoms. *Middle East Fertility Society Journal* 2006; 11: 1-17.
14. N. Ghomian, F. Tavasoli, M. Lotfalizadeh. Comparison of fluoxetine with a placebo in treating postmenopausal hot flash. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2008; 15: 5-12.
15. Roth AJ, Scher HI. Sertraline relieves hot flashes secondary to medical castration as treatment of advanced prostate cancer. *Psychooncology* 1998; 7: 129-32.
16. Loprinzi CL, Sloan JA, Perez PA, et al. Phase III evaluation of fluoxetine for treatment of hot flashes. *J Clin Oncol* 2002; 20: 1578-83.
17. Beebe KL, Stearns V, Iyengar M. A randomized double-blind study assessing controlled-release paroxetine in the treatment of hot flashes associated with menopause. *The US Psychiatric and Mental Health Congress, Las Vegas, Nevada* 2002. Oct 28-31.
18. Schmidt PJ, Nieman L, Danaceau MA, et al. Estrogen replacement in perimenopause-related depression: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 414-20.
19. Loprinzi CL, Flynn PG, Carpentier LA, Athertomp Barto DI, Shanalt TD. Pilot evaluation of hot flashes in women with inadequate benefit from vonlafaxine. *J Palliat Med*. 2005; 8:898-899.
20. Sloan JA, Loprinzi CL, Novotny PJ, Barton DL, Lavasseur BI, Windschitl H. Methodologic lessons learned from hot flash studies. *J Clin Oncol* 2001; 19: 4280-90.
21. Loprinzi C, Barton II D. Anti depressant provides a cool choice for hot flashes. *Mayo Clinic Oncology Nursing* 2003; 22: 57-62.
22. Krege HJ, Loprinzi. Use of alternative and complementary medicine in menopause. *International J of Gyn and Obs* 2003; 79: 195-207.

23. Crundwell JK. Fluoxetine and suicidal ideation- a review of the literature. *Int J Neurosci* 1993; 68: 73-84.
24. Gudelsky GA, Koeing JI, Meltzer HY. Thermoregulatory response to serotonin (5-HT) receptor stimulation in the rat: evidence for opposing roles of 5-HT₂ and 5-HT_{1A} receptors. *Neuropharmacology* 1986; 25: 1307-13.
25. Scientific Advisory Committee Opinion. Alternatives to HRT for the management of symptoms of menopause. MAY 2006. Paper 6.
26. Salmi P, Ahlenius S. Evidence for functional interactions between 5-HT_{1A} and 5-HT_{2A} receptors in rat thermoregulatory mechanism. *Pharmacol Toxicol* 1998; 82: 122-27.
27. Gillman PK. The serotonin syndrome and its treatment. *J Psychopharmacol* 1999; 13: 100-109.
28. Lin MT, Tsay HJ, Su WH, Chueh FY. Changes in extracellular serotonin in rat hypothalamus affect thermoregulatory function. *Am J Physiol* 1998; 274: 1260-07.
29. Gerber GS, Zagaja GP, Ray PS, Rukstalis DB. Transdermal estrogen in the treatment of hot flushes in men with prostate cancer. *Urology* 2000; 55: 97-101.

Archive of SID