

بنام خدا

بررسی اثر درمانی پروپرانولول در روانپزشکی

دکتر شکراله طریقتی - نیسان قولیان

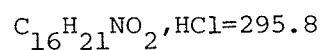
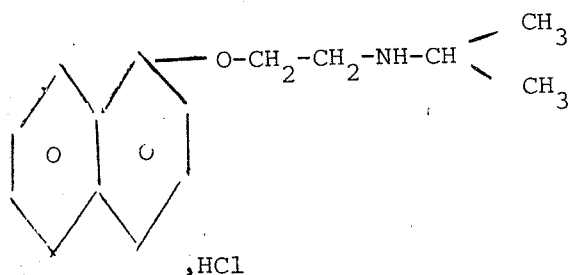
مقدمه

لانست منعکس نمود. ناگفته نماند که تحقیقات و پژوهشهای فراوانی نیز در خصوص نقش درمانی این دارو در بیماریهای قلبی و تاکی کاردیا و تیروتوکسیکوز و سایر بیماریهایی که ناشی از پرکاری سیستم سمپاتیک هستند صورت گرفته است که به سبب فشردهگی مطالب و هدف خاص مقاله حاضر درباره اثر پروپرانولول در بیماریهای عصبی و روانی از بررسی تفصیلی آنها خودداری میشود.

سالیان درازی است که راجع به اثر درمانی "مواد مسدود کننده گیرنده های بتا" در پزشکی مطالعات عمیقی انجام میگردد. اخیراً این تحقیقات بیشتر و مخصوصاً "متوجهی اثر درمانی پروپرانولول در بیماران روانی شده است. در سال ۱۹۷۰ آقای اتزمون^۲ برای اولین بار این دارو را در معالجه پورفیریای حاد بکار برد و گزارش پژوهش خود را در مجله

معرفی دارو

پروپرانولول هیدروکلراید با فرمول گسترده:



نقش درمانی این دارو در روانپزشکی - نظیر هر داروی مسدودکننده‌ی بتا آدرانژیک دیگر، به دودسته تقسیم میشود. الف در بیماریهای نوروتیک یا عصبی (در راس آنها بیماری اضطراب).

ب - در بیماریهای پسیکوتیک یا روانی.

الف. اثر ضد اضطرابی: طی تحقیقات ترنر^{۱۲}، ۱۹۶۵، ویتلی^{۱۵}،

۱۹۶۹ و نیز ترنر به همراه لدر^{۱۳}، ۱۹۷۴، اثر درمانی پروپرانولول در مواردی بیشتر مشاهده میشود که دستگاه سمپاتیک خودکار دچار پرکاری شده باشد ویتلی طی مقاله‌ی با عنوان "اثر درمان مقایسه‌ی پروپرانولول با لیبریوم در حالت اضطرابی" به این نتیجه رسید که بیشتر بیماران افسرده‌ی بی‌علائم اضطراب مخصوصاً "پیش‌قلب در آنان شدید است، به این دارو پاسخ میدهند، ترنر و لدر طی مقاله‌ی با عنوان "اثر درمانی پروپرانولول و دیازپام در بیماران مبتلی به اضطراب با تظاهرات جسمانی و اضطراب با تظاهرات روانی" گزارش میدهند که در مراکز تحقیقاتی مختلف، این دو دارو در بیماران مبتلی به اضطراب با تظاهر بدنی (بخصوص با علائم قلبی) و هم چنین در بیماران مبتلی به اضطراب روانی نیز بیماران و سواسی به مقادیر گوناگون مورد استفاده قرار گرفته و در هر دو گروه اثر درمانی مطلوبی حاصل شده است.

ب - اثر درمانی پروپرانولول در بیماران روانی، در این باره سه گروه بررسی و تحقیق شده است:

- ۱- درمان بیماران روانی حاد با پروپرانولول بتنهائی.
- ۲- درمان بیماران روانی مزمن با پروپرانولول بتنهائی.
- ۳- درمان بیماران روانی حاد یا مزمن با پروپرانولول همراه با داروهای نورولپتیک.

۱- در گروه اول، ون زرسن^{۱۴} در سال (۱۹۷۶) اثرات مسدود کننده‌ی بتا آدرانژیک را در بیماران روانی حاد گزارش کرده است. همچنین آتزمون و همکاران^۳ در سال ۱۹۷۱ تحت عنوان "اثر کوتاه مدت عوامل مسدود کننده‌ی بتا آدرانژیک در بیماران روانی حاد" نتیجه تحقیقات خود را گزارش نموده‌اند.

۲- در گروه دوم، گاردس و همکاران در سال ۱۹۷۳ نتایج پروپرانولول را در اسکیزوفرنیهای مزمن گزارش کردند^۶. همچنین شپارد در سال ۱۹۷۹ گزارشی زیر عنوان "تجویز مقادیر زیاد پروپرانولول در اسکیزوفرنیهای مزمن" بچاپ

یک ایزوپروپیل آمینو، سه نفتیل اکسی پروپان و دو ال هیدروکلراید پودری است سفید رنگ و بی بو با مزه‌ی تلخ در حرارت ۱۶۳ سانتیگراد ذوب میشود به نسبت یک به بیست در آب یا الکل حل میشود. در کلروفورم بسیار کم حل میشود و در اثر نامحلول است.

موارد استعمال

پروپرانولول از طریق کاهش اثرات یا حذف تحریکات گیرنده‌های بتا آدرانژیک، موجب کاهش فعالیت قلب میگردد و نیروی انقباض و ضربان قلب را کم میکند، اثر اصلی آن بصورت کاهش پاسخ قلب به استرس و فعالیت است. در مبتلایان به فشار خون باعث کاهش فشار خون میشود و علاوه بر این، پاسخهای بدن رانست به آدرنالین و ایزوپرنالین تخفیف میبخشد. بی‌حسی موضعی خفیف ایجاد میکند.

در درمان آریتمی قلب مصرف میشود و در تکیکاردی گهگیر فوق بطنی و آریتمی گهگیر بطنی که بر اثر فعالیت ویا هیجان ایجاد شده اند موثر است.

این دارو همراه با دیژیتال در لرزش دهلیزی و فلوترهایی که با دیژیتال به تنهائی کنترل نمیشود به منظور کاهش ضربان بطنی مصرف میشود و معمولاً "در کنترل آریتمی توام با سمیت دیژیتال موثر است در کنترل آریتمی هایی که در ضمن بیهوشی اتفاق میافتند بصورت تزریق وریدی بکار میرود در لرزش بطنی زمانی که شوک الکتریکی نمیتوان بکار برد نیز از این دارو استفاده میشود.

پروپرانولول در افرادی که دچار "قلب درد" ناشی از فعالیت شدید جسمانی میشوند، بمنظور افزایش تحمل شخص در برابر فعالیت جسمانی مصرف شده است. در درمان فشار خون، همراه با مدرهای تیازی مورد استفاده است این دارو کاهش فشار خون وضعیتی ایجاد نمیکند اما ممکن است بین شش تا هشت هفته وقت لازم شود تا نتیجه‌ی کامل درمان ظاهر شود. در پرکاری تیروئید، بمنظور کاهش ضربان قلب و کنترل سایر علائمی که در نتیجه‌ی افزایش فعالیت‌های عصبی سمپاتیک ایجاد میشوند تجویز شده است.

در جراحی غدد فوق کلیوی - بمنظور درمان بیماری فتوکر موسیتوم، میتواند قبل از عمل و همراه با یک مسدود کننده‌ی الفا آدرانژیک مانند فنوکسی بنزامین بکار رود.

رساند ۱۱.

بروز کرده است.

۳- در گروه سوم تحقیقات، الیزر و همکاران^۵ تحت عنوان "اثرات ضد بیماریهای روانی و شیوه‌ی اثر پروپرانولول همراه یا در برابر نورولپتیک‌ها، گزارشی از پژوهشهای خود را بچاپ رسانده اند و همچنین لیندستورم و پرسون^۹ (۱۹۸۰) درباره اثر ترکیبی پروپرانولول و داروهای نورولپتیک بر بیماران روانی حاد و مزمن گزارشی منتشر نموده اند.

از آنجاکه درباره اثر درمانی پروپرانولول بپنجاهی در بیماران عصبی و نیز بیماران روانی حاد نوشتجات فراوان به چاپ رسیده است، اما درباره درمان بیماران روانی حاد یا مزمن بوسیله این دارو توام با داروهای نورولپتیک کمتر مطلبی منتشر شده است و نیاز فراوانی که به شناخت روش کار با این دارو و مقادیر آن که توام با داروهای نورولپتیک احساس میشود لذا آخرین تحقیق در این زمینه که توسط لیندستورم و پرسون در سال ۱۹۸۰ انجام گرفته بطور مفصل تری ارائه میگردد تا به شناسائی بهتر نقش درمانی این دارو در روانپزشکی کمک شود لیکن پیش از ارائه پژوهش نامبردگان لازم است در خصوص اثرات سمی این دارو اطلاعات بیشتری ارائه شود زیرا در بیماران روانی مقادیر بسیار زیاد این دارو تجویز میشود و عدم اطلاع از عوارض سمی آن میتواند موجب توقف اقدامات درمانی و تحقیقی با آن گردد.

عوارض جنبی دارو:

معمول ترین عوارض جنبی پروپرانولول: حالت تهوع، استفراغ، اسهال، ضعف و گیجی است. عوارض قلبی عروقی: براریکاردی، نارسائی احتقانی قلب، بلوک قلب، کاهش فشار خون، سرد شدن نقاط انتهائی بدن، پدیده رینود و احساس سوزن سوزن شدن.

اثر بر سیستم اعصاب مرکزی: افسردگی، توهم، اختلال بینائی، اختلال خواب، در اشخاص حساس ممکن است اسپاسم برفش ایجاد کند.

اختلالات خونی، راش پوستی، بیبوست، احتباس مایعات، افزایش وزن، گرفتگی عضلات و خشکی دهان نیز گزارش شده است چنانچه این دارو در ابتدا با مقادیر کم شروع شود، عوارض جنبی آن به حداقل میرسد. با این حال در مواردی نیز عوارض شدیدی در دنبال مقادیر کم این دارو

احتیاط‌های لازم:

پروپرانولول را نباید برای بیماران مبتلی به آسم برونشیتی، اسپاسم برونش، هیپوگلیسمی، اسیدوز متابولیک، براریکاردی سینوسی، انسداد جزئی قلب تجویز کرد. در مورد بیماران که دچار نارسائی احتقانی قلب هستند این دارو بایستی با دقت فراوان و فقط هنگامی تجویز شود که کاملاً "دیژیتالیزه باشند".

این دارو ممکن است علائم هیپرتیروئیدسم را بپوشاند ولی با آزمونهای تیروئیدی تداخلی ندارد. در بیماران مبتلی به دیابت قندی نیز ممکن است بعضی از علائم هیپوگلیسمی را بپوشاند و در عین حال اثرات عوامل هیپوگلیسمی را تشدید کند. این دارو نباید در زمان حاملگی یا شیردادن تجویز شود اثرات پروپرانولول بوسیله ترکیبات تحریک کننده بتا نظیر ایزوپروپرانالین کاهش پیدا میکند و اثرات ضد فشار خون آن بوسیله ترکیبات تحریک کننده آلفا نظیر نور آدرنالین و یا ترکیباتی با خاصیت تحریک کنندگی توامان-آلفا و بتا (مثل آدرنالین) ممکن است بطور خطرناکی معکوس شود و اثرات انقباض عروق محیطی آن افزایش یابد. همچنین عوامل مسدود کننده عصبی آدرانژیک نظیر گوانتیدین، بتانیدین، رزپرین و نیز تاءثیرات ضد فشار خون دیورتیکها، اثرات آنرا تشدید میکند. گفته شده که آسیائیهها بیش از اروپائیهها به اثرات مسدود کننده ی بتا آدرانژیک حساس هستند. مصرف این دارو بایستی یکباره قطع شود بلکه به آسانی و همراه با استراحت بیمار باید باشد.

"تاثیر پروپرانولول در اسکیر و فرنی مزمن*"

گزارشی از بیمارانی که تحت درمان با داروهای روانگردان (نورولپتیک) قرار داشته اند:

بوسیله ی یک طرح دابل بلایند تاءثیر پروپرانولول به میزان ۱۲۸۰ تا ۱۹۲۰ میلیگرم در روز بر دوازده بیمار مبتلی به اسکیزوفرنی مزمن - که علیرغم تداوی حفاظتی با

* این پژوهش توسط Lindstorm (روانپزشک) و Persson (روانشناس) صورت گرفته است، (۹).

دو زن بیمار با موافقت قبلی در این تحقیق شرکت کردند این بیماران از حداقل سه ماه پیش از شروع تحقیق بستری بوده‌اند و مصرف داروهای روانگردان بهبود بسیار مختصری در آنان حاصل کرده بود "سن متوسط آنان ۲۸/۱ سال" و از ۲۰ تا ۳۹ سال بودند. زمان اولین مراجعه‌ی آنان به بیمارستان روانی تا شروع این تحقیق "بطور متوسط ۹/۴ سال" و بین ۵ تا ۱۶ سال بود. همگی آنها به تائید دو روانپزشک مستقل از هم، در طبقه‌ی اسکیزوفرنیا قرار داشتند. شش تن از آنان هیپرنیک، دوتن کاتاتونیک و چهار نفر غیر قابل افتراق تشخیص داده شده بودند. همگی از سلامت بدنی خوبی برخوردار بودند. پیش از شروع به مصرف پروپرانولول از همه‌ی آنان بعمل آمد تا نااهنجاریهای قلبی نداشته باشند.

ب طرح: کلیه‌ی بیماران از پیش از این آزمایش تحت مداوای گوناگون با داروهای روانگردان قرار گرفته بودند. از حداقل دو ماه پیش از شروع این تحقیق، بجای داروهای سابق بیماران، از ۲۰ تا ۶۰ میلیگرم فلوپنتیکسول دی کابیت استفاده شد که هر دو هفته یکبار بصورت داخل عضله بی آنان تزریق میشد. بجزیک بیمار که هیچ داروی روانگردان مصرف ننمود. در سراسر دوران این آزمایش میزان دارو برای هر بیمار ثابت ماند. در موارد ضروری بمنظور کنترل اثرات جنبی داروها، به بعضی از بیماران "بسی پریدن" داده شد.

در مرحله‌ی شروع درمان در این تحقیق، افزایش داروی مورد نظر برحسب یک برنامه استاندارد و بترتیب زیر صورت گرفت: روز اول درد و نوبت هر نوبت ۴۰ میلیگرم، روز دوم در سه نوبت، هر نوبت ۴۰ میلیگرم، روز سوم چهار نوبت ۴۰ میلیگرمی، روزهای چهارم و پنجم هر روز ۸۰ میلیگرم افزایش، در روزهای ششم و هفتم ۱۶۰ میلیگرم و در هریک از روز بعد ۳۶۰ میلیگرم به میزان روز قبل از آن اضافه شد تا در روز یازدهم به میزان ۱۹۲۰ میلیگرم رسید.

هر روز فشار خون و نبض بیماران در دو وضعیت ایستاده و خوابیده اندازه گیری میشد. هرگاه فشار خون یک بیمار سرعت پایین می‌آمد یا خود بیمار اظهار ناراحتی

یک داروی روانگردان هنوز علائم روانی را داشتند. مورد مطالعه قرار گرفت. با کاربرد یک مقیاس جامع رتبه بندی پسیکوپاتولوژیک * مشاهده گردیده که مصرف دو هفته‌ی داروی مورد نظر، در بهبود بیماران پیشرفتهایی حاصل کرد (در مقایسه با شش بیمار که دارو نما (پلاسیبو) مصرف کرده بودند)، در عین حال وضع سه بیمار تغییری نکرد و وضع سه بیمار بدتر شد. تحت تأثیر این دارو، نمره کلی علامت بیماری برای مجموع آزمودنیها بطرز معنی داری پایین آمد. داده‌های حاضر حاکی از آن است که در بعضی اسکیزوفرنیا که داروهای روانگردان مصرف میکنند مقادیر زیاد پروپرانولول دارای اثرات ضد پسیکوتیک است.

سالهاستکه عوامل مسدود کننده‌ی بنا آدرنرژیک در اختلالات روانپزشکی گوناگون بکار برده میشود. ابتدا اثر ضد اضطرابی عوامل مزبور مشاهده گردید، این اثر ضد اضطرابی مخصوصاً "در مواردی مشاهده شد که دستگاہ سمپاتیک خودکار دچار پرکاری شده بود (۱۲)، (۱۳)، (۱۵). اما تأثیر مثبت سدکننده‌های مزبور، مخصوصاً "پروپرانولول، در پسیکوزها در صورتی که مقادیر فراوان از آنها مصرف شوند نیز مشاهده شده است و اول بار توسط آتزمون و بلوم (۱۹۷۰) (۲) در مورد یک بیمار که هم پسیکوز و هم پورفیریای حاد داشت تجربه شد. گزارشهایی چند برفع تأثیر مطلوب این دارو بر پسیکوزهای مختلف منجمله اسکیزوفرنی داده شده است، لیکن شمار پژوهشهای کنترل شده در این باره هنوز بسیار ناچیز است، (۱۷).

در پژوهش حاضر دوازده بیمار مبتلی به اسکیزوفرنی مزمن شرکت داده شدند که در هیچیک از آنان علیرغم استفاده از داروهای روانگردان - علائم بیماری حذف نشده بود. هدف از این تحقیق جستجوی احتمال تقویت کنندگی پروپرانولول برای اثرات ضد پسیکوزی تداویهای حفاظتی با داروهای روانگردان بود.

روش تحقیق

الف - بیماران: تحقیق حاضر در واحد پژوهشهای روانپزشکی و با همکاری افراد کارآموده انجام شد. ده مرد و

میکرد میزان دارو تغییر داده میشد. این امر در مورد سه بیمار پیش آمد که برای آنان حداکثر میزان دارو به ۱۲۸۰ میلیگرم در روز تقلیل یافت.

حداکثر میزان دارو بمدت دو هفته ادامه پیدا میکرد تا اینکه بمرحله تحقیق دابل بلایند میرسید و سپس مدت دابل بلایند بمدت دو هفته با پروپرانولول و دو هفته با دارونما (پلاسیبو) اجرا شد. وقتی بیمار هریک از دو هفته را تمام میکرد، بمدت ده روز پروپرانولول را با کاهش و افزایش متناسب، مصرف مینمود. البته این دوره ی ده روزه در محاسبه ی تفاوت های حاصله از دو دوره درمانی منظور نشد. هم داروی مورد نظر و هم پلاسیبو بصورت قرص های یکسان و متشابه هر هفته از داروخانه بیمارستان تحویل میشد. ترتیب شرکت بیماراران در طرح دابل بلایند بصورت تصادفی انتخاب شد. نبض و فشار خون (ایستاده و خوابیده) بیماراران هر روز در ساعت ده صبح، پس از ده دقیقه استراحت در تحت گرفته میشد. اولین نوبت مصرف دارو ساعت ۸ صبح هرروز بود.

تغییرات وضع پسیکوتیک بیماراران بوسیله مقیاس مدرج CPRS (آزبرگ و دیگران، سال ۱۹۷۸) اندازه گیری میشد. مجموعه ی نوزده خصوصیت مربوط به علایم اسکیزوفرنی در این تحقیق ملاک قرار گرفت هریک از خصوصیات بین صفر (فقدان علامت) تا ۳ (شدیدترین وضع علامت) به هفت درجه تقسیم شد، باین شکل صفر، $\frac{1}{4}$ ، ۱، $\frac{1}{3}$ ، $\frac{1}{2}$ ، ۱، $\frac{2}{3}$ ، $\frac{3}{4}$ ، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰.

الف: متغیرهای گزارش شده:

۱. درد خفالی

۲. هذیان

۳. اغتشاش فکر

۴. خستگی شدید

۵. توهم

ب: متغیرهای مشاهده شده:

۶. بیقراری و ناآرامی

۷. پرخاشگری

۸. بی ثباتی عاطفی

۹. کاهش واکنش های عاطفی

۱۰. تندگوئی

۱۱. بی ربط گویی

۱۲. پرش افکار

۱۳. تکرر رفتار حرکتی

۱۴. گیجی

۱۵. توجه افراطی بخود

۱۶. بی تناسبی عاطفی

۱۷. سد فکری

۱۸. تحجر حرکتی کلامی

۱۹. برانگیختگی حرکتی

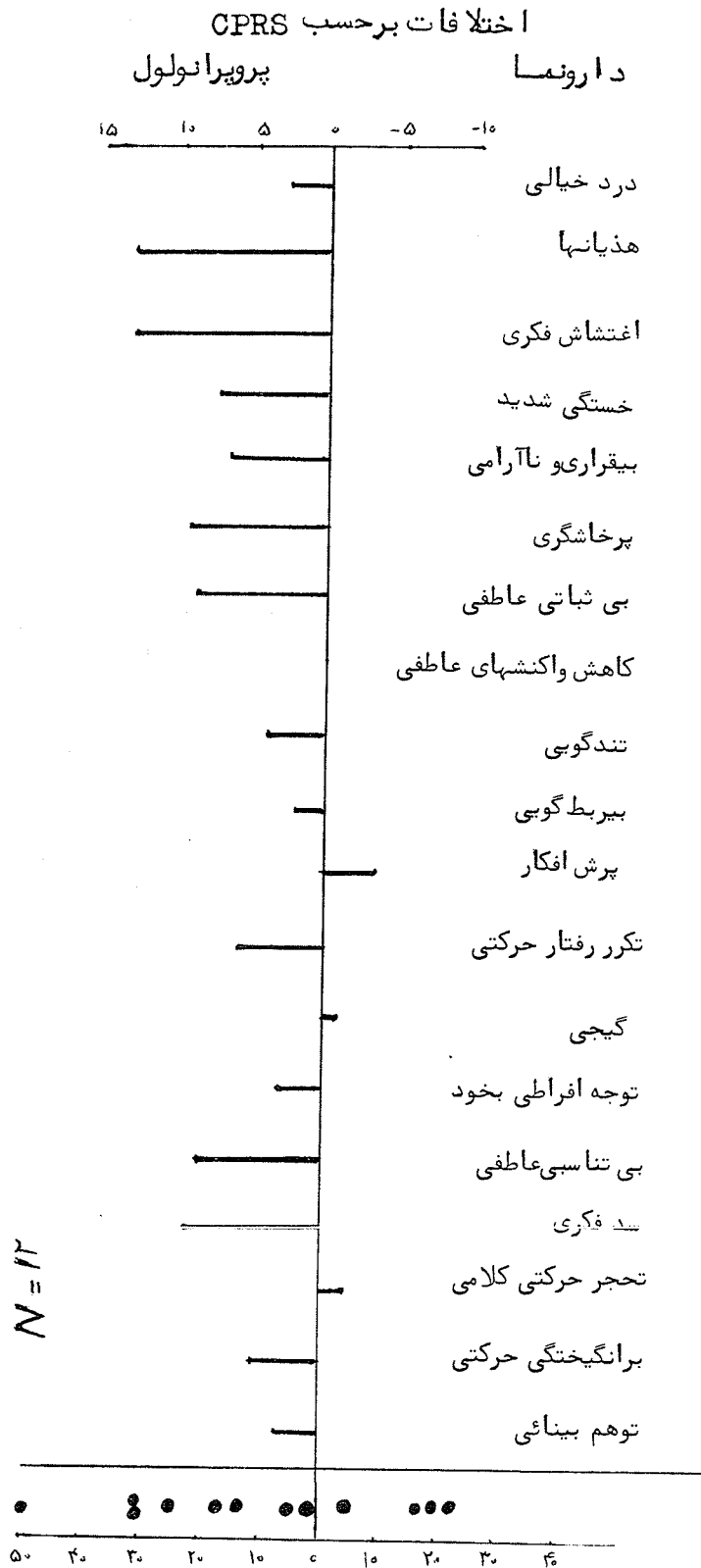
درجه بندی متغیرها دوبار در هفته و بوسیله مصاحبه یکی از مولفان (که از جریان درمان و نبض و فشار خون بیمارانی اطلاع بود) انجام میشد. پایایی درجه بندیها، پیش از شروع تحقیق صورت گرفت و با روش اللوید و وایت هد معادل $90/2\%$ بود.

نتایج

درجه بندی خصوصیات روانی در خلال درمان، در چهار نوبت و برترتیب در دوره های درمان با پروپرانولول و دارو نما صورت گرفت. بمنظور ارزیابی احتمال برتری هریک از دو مداوا، تفاوت درجه بندی کلی پلاسیبومنها ی پروپرانولول نیز در مورد هر خصیصه و علامت محاسبه شد. اگر خصیصه ها بصورت جداگانه مورد بررسی قرار گیرد، هیچیک از دو مداوا تاثیر معنی داری نداشته است - بجز در "اغتشاش فکری". لیکن پروپرانولول نسبت به دارو نما تاثیر مطلوب تری داشته است ($P = 0/05$ در T-Test)، اما وقتی همه ی خصیصه ها بر روی هم ملحوظ شود، تاثیر پروپرانولول به وضوح بیشتر است ($P = 0/01$).

تفاوت کلی نمرات مقیاس CPRS درد و شیوه ی مداوا برای هر بیمار در شکل ۱ آمده است. داده ها نشان میدهد که شش بیمار در خلال درمان با پروپرانولول علایم پسیکوتیک کمتری نشان داده اند. در حالی که سه بیمار علایم بیشتری نشان دادند و سه بیمار تغییری نکردند.

تاثیر دارو بر نبض و فشار خون: چنانکه انتظار میرفت در خلال درمان با پروپرانولول، کاهش معنی داری در هر دو متغیر مزبور حاصل شد ($P = 0/01$). در خلال درمان با پروپرانولول تغییر غیر معنی داری در فشار خون



اختلافات فردی برحسب نمرات کلی CPRS برای همه ی خصیصه ها

شکل ۱- مجموع اختلافات فردی در تداوی با پروپرانولول و تداوی با دارونما بملاحظه ی نمرات نوزده خصیصه در مقیاس جامع رتبه بندی دردشناسی روانی (CPRS). نمایش اختلافات فردی بلحاظ نمره های کلی برای مجموعه ی خصیصه ها بروی هم در سمت چپ مشاهده می شود. این داده ها مبتنی بر چهار بار رتبه بندی در خلال هر دوره درمان است. در این تحقیق نهایت نظری اختلاف برای هر خصیصه ۱۴۴ بود.

هفته ادامه پیدا کرد. با این ملاحظات، کاربرد رژیم دارویی دابل بلایند موجب تخفیف پسروری وضع عده‌ی معدودی از بیماران گردید و تفاوت معنی‌داری حاصل شد. بوسیله‌ی مجموعه‌ی داروهای روانگردان مستمرا" مقادیر مکفی از داروی مورد نظر تهیه و مصرف شده بود، از آنجایی که این مداوای مفصل در کنترل علائم اسکیزوفرنی بکلی عاری از کارآیی بود، ناچار جستجو و بررسی احتمال‌تأثیر ضد پسیکوزی داروی افزوده‌شده مطرح میشد. در شش بیمار از دوازده بیمار پیشرفته‌ی حاصل شد، بنابراین ممکن است پروپرانولول فقط تأثیر ضد پسیکوزی داروهای روانگردان را تهیه دیده باشد. لیکن این امکان نیز هست که این دارو و داروهای روانگردان دارای مکانیسمهای ضد پسیکوزی متفاوتی باشند، این نظریه توسط هنس (۱۹۷۸) (۷) و شپارد (۱۹۷۹) (۱۱) نیز مطرح شده است. پروپرانولول برخلاف داروهای روانگردان موجب انسدادگیرنده‌های دوپامین

نگشته (تیلور و لورتی ۱۹۶۸) و هیچ تأثیری بر سطح پلاسمای پرولاکتین ندارد، (شپارد، ۱۹۷۹، الیژر و همکاران ۱۹۷۸) این واقعیت‌ها به فرضیه بی‌میدان می‌دهد که برای پروپرانولول اثراتی در انسداد مرکزی کنشهای گیرنده‌های سروتونین مترتب دانست، (هنس و همکاران، ۱۹۷۸).

در بعضی تحقیقاتی که با پروپرانولول بروی پسیکوزها صورت گرفته، پیشرفت و بهبود سریع علائم مشاهده شده است. بعضی بیماران، خود اظهار داشته‌اند که در همان اولین روزهای نخستین مصرف این دارو بهبود پیدا کرده‌اند و گاه نیز دوازده تا ۲۴ ساعت پس از قطع دارو، پسیکوز مضمحل شده است (اتزمن و همکاران، ۱۹۷۲، یورک استون و دیگران، ۱۹۷۶) فقط دو هفته مصرف این دارو و پلاسیبو کفایت کرد که اختلاف میان ایندو (لحاظ مجموعه‌ی علائم) نمایان شود، با این حال معلوم نیست که اگر مدت مداوا بیشتر ادامه پیدا کند چه تغییری حاصل میشود. در سال ۱۹۷۷ یورک استون و همکاران متعاقب یک تحقیق کنترل شده، گزارش کردند که داروی مورد بحث یک اثر بطنی و کند بر اسکیزوفرنی مزمین دارد و اختلاف آن با پلاسیبو تا هفته‌ی هیجدهم نمایان نشده است لیکن تأثیرات حاصله تا بعد از دوازده هفته نیز ادامه داشته است. در پژوهش یورک استون مقادیر روزانه‌ی دارو کم بوده (روزانه حدود ۵۰۰ میلی‌گرم) و با

وضعیت خوابیده یا ایستاده حاصل میشد لیکن بجز یک بیمار، کسی از این بابت اظهار ناراحتی و نارضایی نکرد.

اثرات جنبی

با وجود آنکه مقادیر مختلف دارو بخوبی تحمل شد و اثرات جنبی بسیار کم بود همین اثرات نیز در مرحله اصلی تحقیق و بر اثر افزایش سریع دارو بود. در دو بیمار افت فشارخون همراه با زرد رنگی و ضعف مختصر و در یک بیمار عدم تعادل ایجاد شد. این اثرات جنبی همراه با کاهش مقادیر فزاینده دارو از بین رفت. وضع خواب بیماران مرتباً مثبت میشد و در دو دوره درمان، از لحاظ وضع خواب هیچ اختلافی نبود. هیچ تأثیری بر شمارش گلبولهای سفید یا اعمال کبدی مشاهده نشد.

بحث

در یک تحقیق کنترل نشده توسط اتزمن و همکاران (۱۹۷۱) روزانه بین ۴۰۰ تا ۴۲۸۰ میلی‌گرم پروپرانولول به بیماران مبتلی به واکنشهای حاد مانیک دیرسیو و نیز بیماران اسکیزوفرن حاد و مزمن داده شد و در ۷۰٪ از بیماران علائم پسیکوز کاهش یافت (۳) کمی بعد یعنی در سال (۱۹۷۷) یورک استون و همکاران نیز گزارش کردند که در ۲۸ بیمار از ۵۵ بیمار، بر اثر مصرف مقادیر زیاد پروپرانولول، علائم بارز بیماری اسکیزوفرنی کاهش پیدا کرد (۱۷). در یک تحقیق کنترل شده با چهارده بیمار اسکیزوفرن (که سالها مصرف داروهای مختلف روانگردان تأثیری بحال آنها نبخشیده بود) مصرف روزانه کمتر از ۵۰۰ میلی‌گرم پروپرانولول در کاهش نمره‌های کلی اسکیزوفرنی موثرتر از مصرف پلاسیبو گردید. با این حال، بعضی پژوهشها حاکی از آن است که این دارو هیچ تأثیری بر علائم اسکیزوفرنی ندارد (گاردس، ۱۹۷۳ (۶)، ون زرسن، ۱۹۷۶ (۱۴)).

در نتیجه‌ی تحقیق کنترل شده‌ی حاضر پیشنهاد میشود که پروپرانولول بروی حدود ۵۰٪ از اسکیزوفرنهای مزمین تأثیر مطلوبی دارد، ولی این تحقیق دارای چند محدودیت و نقص است: اول، کوچک بودن گروه آزمایشی دوم اینکه بجز یکی از بیماران همگی آنها از درمان حفاظتی با داروهای روانگردان نیز استفاده میکردند و بالاخره اینکه دوره‌ی آزمایش فقط چهار

قاطعیت و اطمینان درباره خاصیت درمانی این دارو برای بیماریهای عصبی مخصوصاً " اسکیزوفرنی اظهار نظر نمود . لیکن شواهد موجود بسیار امید بخش و قابل تعقیب است . شایسته است که در ایران نیز در این باره تحقیقاتی صورت بگیرد .

کندی افزایش یافته است .
گرچه یافته های مانوید بخش است لیکن بایستی تحقیقات کنترل شده ی دیگری نیز انجام شود تا بتوان در باره اثرات ضد پسیکوزی پروپرانولول و سایر داروهای سد کننده ی بتا بطور قطع اظهار نظر نمود .

خلاصه بررسی

بسیاری از بیماران مبتلی به اسکیزوفرنی مزمن به تداویهای موجود پاسخ کاملاً " مطلوبی نمیدهند و مشکلات فردی - اجتماعی این بیماران همچنان باقی است . بنظر میرسد که دارویی بنام پروپرانولول که تا این اواخر در درمان بیماریهای قلبی موثر بوده است ، در محدوده درمان بیماریهای عصبی و روانی نیز اثرات بسیار قابل توجهی داشته باشد . در طی بررسی حاضر ، مهمترین تحقیقاتی که در خصوص اثرات درمانی این دارو در بیماریهای عصبی و مخصوصاً روانی صورت گرفته است بررسی شد . اگرچه هنوز نمیتوان با

تشکر

نویسندگان مقاله برخورد لازم میدانند که از جناب آقای دکتر شاپوری که در تهیه بخش فارکولوژی این مقاله همکاری نموده اند تشکر بنمایند .

References

- 1- Asberg, M., Montgomery, S.A., Perris, C., Schalling, D. & Sedvall, G. (1978) A Comprehensive Psychopathological rating: Acta Psychiatrica Scandinavia, Supplement 271, 1-62.
- 2- Atsmon, A. & Blum, I. (1970) Treatment of acute porphyria variegata with Propranolol. Lancet, i, 196-97.
- 3- Atsmon, A., Blum, I., Wijsenbeek, H., Maoz, B., Steiner, M. & Ziegelman, G. (1971). The short-term effects of adrenergic-blocking agents in a small group of psychotic patients. Psychiatria Neurologia Neurochirurgia, 79, 251-8.
- 4- Atsmon, A., Blum, I., Steiner, M., Latz, A., Wijsenbeek, H. (1972) Further studies with propranolol in psychotic patients. Psychopharmacologia (Berlin), 27, 249-54.
- 5- Elizure, A., Segal, Z., Yeret, A., Daridson, S. & Ben-David, M. (1978) Antipsychotic activity and mode of action of propranolol vs. neuroleptic drugs. Israel Journal of Medical Science 14(4), 493-4.

- 6- Gardos, G., Cole, J.O., Volicer, L., Orzack, M.H. & Cole Oliff, A. (1973) A dose-response study of propranolol in chronic schizophrenics. *Current Therapeutic Research*, 15, 314-23.
- 7- Hanssen, T., Heyden, T., Sundberg, I., Alfredsson, G., Nyback, H. & Wetterberg, L., (1978) Propranolol-behandling vid Schizofreni. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. 32, 393-400.
- 8- Laverty, R. & Taylor, K.M. (1968) Propranolol uptake into the central nervous system and the effect on rat behavior and amine metabolism. *J. of Pharmacy and pharmacology*, 20, 605-9.
- 9- Lindstorm, H.L. & Persson E. (1980) Propranolol in chronic schizophrenia: A controlled study in neuroleptic-treated patients, *Brit. J. Psychiat.*, 137, 126-130.
- 10- Lloyd, M.E. & Whitehead, J.S. (1976) Development and evaluation of behaviorally taught practice. In *Teaching Behavior Modification* (eds. S. Yen and R.W. McIntyre). Kalamazoo: Behaviordelia.
- 11- Sheppard, G.P. (1979) High-dose propranolol in schizophrenia, *Brit. J. Psychiat.*, 134, 470-76.
- 12- Turner, P., Granville-Grossman, K.L. & Smart, J.V. (1965) Effect of adrenergic receptor blockade on the tachycardia of thyrotoxicosis, *Lancet*, ii, 1316-8.
- 13- Turner & Lader, M.H. (1974) Response to propranolol and diazepam in somatic anxiety and psychic anxiety. *British Medical Journal*, ii, 15-16.
- 14- Van Zerssen, D. (1976) Beta-adrenergic blocking agents in the treatment of psychoses. A report on 17 cases. *Advances in Clinical Pharmacology*, 12, 105-14.
- 15- Wheatly, D. (1969) Comparative effect of Propranolol and chlordiazepoxide in anxiety states. *Brit. J. Psychiat.*, 115, 1411-12.
- 16- Yorkstone, N.J., Zaki, S.A., Theman, J.F.A. & Havard, C.W.H. (1976) Propranolol to control schizophrenic symptoms: 55 Patients. *Advances in clinical pharmacology*, 12, 91-104.
- 17- Yorkstone, Gruzelier, J.H., Zaki, S.A., Hollander, D., Pitcher, D.R., Sergeant, H.G.S. (1977) Propranolol as an adjunct to the treatment of schizophrenia, *Lancet*, ii, 575, 78.