عنوان: میانگین تغییرات قند خون ناشتا و BMI در بیماران روان پریش مصرف کننده اولانزاین در بیمارستان شفا و کلینیک خصوصی
رشت در سال ۱۳۸۴-۸۵

نام و نام خانوادگی: محمدرضا بلوکار - استادیار روانپزشکی - عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کیلان

نام و نام خانوادگی: دکتر حسن شجاعی ثعبانی - اپیدمیولوژیست - مشاور پژوهشی دانشگاه پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی کیلان

نام و نام خانوادگی: دکتر حبيب جلالی رضوی - روانپزشک کیلیان - دانشگاه علوم پزشکی کیلان

تاریخ ارسال:

نشانی: رشت - خیابان امام خمینی - خیابان باندزه خرداد - مرکز روانپزشکی شفا

تلفن: ۰۹۱۱۳۵۱۳۲۸-۶۶۶۶۶۴۱۸-۱۳۶۴۵۱۳۲۸

Shafa psychiatric center - khordad fifteen ST
Amam khomeinie AV- Rasht
No tel :6666268
No cell- phone :09113351328
e-mail : g modaber@ gums.ac.ir
خلاصه مقاله:

مقدمه: داروهای ضد روان پریشی جدید (atypical) به دلیل عوارض خارج هرمی دا چیز و اثرات بیشتر درمانی در مقایسه با داروهای ضد روانپریشی قبیل درمان اینگونه بیماران بیشتر استفاده می‌شود.

در مورد عوارض افزایش قند خون و شاخص توده بدنی داروهای ضد روان پریشی جدید هنوز اتفاق نظر کامل وجود ندارد.

هدف: این مطالعه جهت بررسی عوارض فوق در مراجعین مبتلا به روان پریشی مصرف کننده اولانزانیپین انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی (بررسی یک گروه تحت بررسی) ۱۵۰ نفر از بیماران روان پریش مراجعه کننده به بیمارستان شفا و کلینیک خصوصی (در سال‌های ۸۴–۸۵) انتخاب شدند. معیارهای ورودی: مبتلاان به روان پریشی مشخص شده از طریق مصاحبه بازیابی، با استفاده از چهارمین ویرایش تجدید نظر شده تشخیصی و آماری (DSMIV-TR)، استفاده کننده از اولانزانیپین جهت درمان و داشتن قند خون ناشتا کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسر لیتر بودند. معیارهای حذف: افراد با سابقه یافته‌کننده و عدم تحمیل به اولانزانیپین، مصرف کننده داروهای روانگردان، مواد و افزایش دیابتی کننده داروهای ضد روانپریشی تاخیری در یک‌ماه آینده بودند. شاخص توده بدنی و قند خون ناشتا آنها در آغاز و پایان اندامه گیجه شد. فرزند به موارد فوق متغیرهای مثل سابقه بیماری قند در خانواده، نوع بیماری روانی، سن و جنسیت هم در پرسشنامه ای که به همین منظور طراحی شده بود، درج گردید. سپس داده‌ها در دو نوبت جمع آوری و با استفاده از SPSSv 11/0 بر حسب مورد با استفاده از آنالیز آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و \( \alpha = 0/05 \) پذیرش قرار گرفت.

نتایج: از یکصد و پنجاه نفر ۷۹ نفر (۵۲/۷٪) مونو و ۷۱ نفر (۴۷/۳٪) دوگانه (در تعداد ۱۶ نفر (۷/۸٪) مزدیر، در تعداد ۱۶ نفر (۷/8٪) ابتلا به دیابت، ۵ نفر (۲/۳٪) اختلال گلوکز خون ناشتا) و همچنین میانگین تغییرات شاخص توده بدنی قبل و بعد از درمان (۲۰۰۱/۰۰/۰) < \( \beta \) (توده) از نظر آماری معنی‌دار بود. ضربه همبستگی بین تغییرات شاخص توده و سطح گلوکز خون ناشتا در پایه و پایان به ترتیب ۲۸/۶ و ۲۴/۴، و معنی‌دار نبود. در مورد متغیرهای مورد مطالعه بین افت ارتباط معنی‌دار از نظر آماری بین تغییر قند خون ناشتا با مصرف بیش از میله گرم مصرف اولانزانیپین (بیش از ۶ سال دیده شد (۳۰/۰/۰۰) و با بیماری اسکیزوفرنی هم تا حدی ارتباط معنی‌دار دیده شد (۳۰/۰۰/۰۰) و لی شاپر متغیرهای جنس، سابقه خانوادگی
پیش ۴۸/۱۰۰۰.
نتیجه‌ی: این مطالعه نشان داد که میانگین تغییر گلگز خون ناشتا و BMI قبل و پس از مصرف اولانترانپین در مبتلاان به روان پریشی معنی دار بود و در مبتلاان به اسکیزوفرنی، افراد بیش از ۴۵ سال و مصرف کندگان بیش از ده میلی گرم اولانترانپین در روز این دارو باید با احتیاط بیشتری تجویز نمود، بررسی بیشتر با انجام کارآزمایی بالینی پی آمدهای دقیق تری را ارائه خواهد نمود.

کلید واژه‌ها: اولانترانپین، روانپریشی، تغییر سطح گلگز خون ناشتا، شاخص توده بدنی

مقدمه:
در دهه گذشته به دلیل اثرات درمانی بیشتر و عوارض حزکی کمتر داروهای ضد روانپریشی جدید Conventional (در قیاس با داروهای ضد روانپریشی سنتی )، شرایطی ایجاد شده تا روانپریشگان توجهی ویژه به آنها نشان داده و بیماران هم این داروها را بیشتر و بهتر مصرف نمایند. با این وجود با مصرف این داروها ( ضد روانپریشی جدید ) کم و بیش عوارضی هم چون چاپی افزایش سطح گلگز خون، یا بایستی آمدن آستانه تشنج و اگرانولوپلوتوز دیده می‌شود. (۱۲) در مطالعات مختلف بررسی افزایش قند خون پس از مصرف اولانترانپین گزارش شده است (۶) معنی‌دار برخی از مطالعات ارتباطی بین داروهای ضد روانپریشی جدید با افزایش
قند خون مشاهده نکرده اند. (۴) در مورد عوارض افرازیش وزن ناشی از مصرف داروهای ضد‌روانپریشی جدید نتایج متضادی گزارش شده است. (۵،۶) عواملی هم چون وجود زمینه بیشتر بروز دیابت در مبتلایان به اسکیزوفرنی در قیاس با جمعیت عادی (۷)، روند رو به رشد وقوع دیابت در جمعیت عادی (۸)، ممکن بودن اثرات عوامل مستعد کننده افرازیش قد در بیماران تحت درمان با داروهای ضد‌روانپریشی مثل سابقه خانوادگی دیابت (۹)، نوع روانپریشی (۷)، سن (۱۰) و بالاخره تفاوت در جمعیت مورد مطالعه - تعداد نمونه و روش تحقیق که اثر گذار روز نتایج محققین مختلف بود، ضرورت تحقیق بیشتر را ایجاد کرد. این مطالعه به‌هدف بررسی میانگین سطح گلگز خون ناشتا و شاخص توده بدنی در مبتلایان به روانپریشی درمان شده با اولانزایپین انجام گرفت.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی و تحلیلی (بررسی یک چیز) جمعیت در دو مقطع زمانی، قبل و پس از مصرف اولانزایپین) در جمعیت 150 نفری بیماران روانپریشی مراجعه کننده به بیمارستان شفا و کلینیک خصوصی در شهر رشت انجام شده است که بر مبنای ارزیابی بالینی با استفاده از چهارمین ویرایش ملاکهای تشخیصی و آماری (DSMIV) مبتلای به روانپریشی به دلیل (دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلال خلقی یک قطعی، اسکیزوفرنی و اختلال هنری) که بطور معمول اولانزایپین دریافت کرده بودند و قند خون ناشتا آنتار به‌کمک از ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر بودانختم شدند. معيارهای حذف: مصرف کندنگان داروهای ضد‌روانپریشی تأخیری در یک ماه اخیر، دارا بودن سابقه پاسخ ناکامی و عدم تحمیل به اولانزایپین و مصرف کندنگان داروهای روانپریشی و مواد بودن. میزان تغییر قند خون ناشتا مساوی با بیشتر از ۱۱۰ تا کمتر از ۱۲۶ را اختلال گلگز خون ناشتا و میزان مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ را دیابت قندر محسوب کردیم. تعداد نمونه با بهره گیری از میانگین تعداد نمونه های مورد استفاده در مطالعات انجام شده بیکره محققان معین شدند. مجرى طرح به همکاران رزیدنت و سرپرستان بخش‌های آموزشی و پرستاری پزشکی، منشی بخش، درمانگاه و مطب در مورد اهداف طرح و چگونگی
اجراي آن آموزش لازم را مي داد و در آغاز طي چهار ماه پس از مصرف اولانزاپین، قند خون ناشتا و شاخص توده بدني انداده گيرى مي شد و نتایج همراه با متغيرهاي مورد مطالعه (مثلا سابقه بيماري قند در خانواده، نوع بيماري رواني، جنس و سن) در پرسشنامه اي كه به همين منظور طراحى شده بود درج مي گرديد. ضمن اطمینان دادن به بيمار و خانواده و يا قيم او در حفظ اسرار در مورد اهداف طرح و عوارض بيماري قند آموزش شفاهي و كتبي لازم به آنها داده مي شد. تعیین صورت مشاهده عوارض به درمانگر مراجعه تا اقدامات لازم و مناسب صورت گيرد. سپس داده ها جمع آورى و با استفاده از برنامه SPSSV11 مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت. برای تعیین اختلاف بین ميانگين و ميانگين تغييرات افزایش قند خون و شاخص توده بدني قبل و پس از مصرف اولانزاپين از آزمند D آنالييز و جفتى، براي بررسى تعیین نسبت مقادر ميزان كلوگر خون ناشتا و شاخص توده بدني از درصد، جهت تعیین همراهى متغيرهای مورد مطالعه با تغييرات قند خون و شاخص توده بدني از كلي اسکور و برای تعیین همبستگي ببين قند خون و شاخص توده بدني در پايه و پایان از ضريب همبستگي استفاده شده و خطای $\alpha = 0.05$ مورد پذيرش قرار گرفت.

نتيجه:

در جدول شماره1 مشخصات دموگرافيک جمعيت مورد مطالعه نشان داده شده است. از يکصد و پنجاه نفرى كه اولانزاپين دريافت كردن بيشترین تعداد را افراد مونث 79/62% (ساكنين شهر 17 نفر (78/7% مجردي نفر 92 نفر (71/6%)). ديبيله 42 نفر (7/2% افراد بدون سابقه خانوادگي ديابت 109 نفر (72/7%) و متبلاين به اسكيوزفنر 92 نفر (62/7%) تشکيل مي دادند و بيشترین مقدار مصرف دارو 12/5 ميلي گرم در 56 نفر (37/2%) ديده شد.
در جدول شماره ۲ خلاصه یافته‌های معاونت‌های بالینی و آزمایشگاهی جمعیت مورد مطالعه نشان داده شده است. تفاوت میانگین وزن قبل و بعد از درمان ۲/۹ kg/m² با انحراف معیار ۴/۰ با CI ۱/۱۴۲ با بیشترین مقدار ۵ کیلوگرم و تفاوت میانگین شاخص BMI قبل و بعد از درمان ۲/۸ CI ۳/۳ با انحراف معیار۴۲/۰ با CI ۳/۳ با انحراف معیار۴/۰/۴ mg/dl بود. خون ناشتا قبل و پس از درمان

بروز دیابت و اختلال گلکوز خون ناشتا با معیار بیش از ۱۱ در میلی کرم در دسی لیتردر آزمایش قند خون ناشتا ۶۶ نفر (۷/۶٪) بود. تحلیل یافته‌های معاونت‌های بالینی و آزمایشگاهی نشان داد که بین میانگین تغییرات وزن افراد مورد مطالعه قبل و بعد از درمان (۰/۰۰۰۰۱ < p <۰/۰۰۰۱) با CI ۳/۶۴۱ df=۱۴۹ (۹/۵۵۱ df=۱۴۹) نفر (۹/۰۰۰۰۱ < p <۰/۰۰۰۰۱) با CI ۳/۶۴۱ df=۱۴۹ (۹/۵۵۱ df=۱۴۹) تفاوت از لحاظ آماری معنی دار وجود دارد. ضریب همبستگی بین گلکوز خون ناشتا میان و BMI (۰/۲۸۲) گلکوز خون ناشتا به نهایی و شاخص توپه بدنی (۲/۸۹) بود که از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. بین ترکیب جنسیتی (۱) x² = ۰/۲۱ df=۱ (p=۰/۶۴ تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت، بین محل سکونت (۱) x² = ۱۹/۲۵ df=۱ (p=۰/۰۰۰۰۱ تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. (p=۰/۰۴۸) وضعیت تاهل (x²=۲/۵ df=۱ (p=۰/۰۰۰۰۶ تفاوت از لحاظ آماری معنی دار به درجات متفاوت وجود داشت. به کلام نیک در جمعیت مورد مطالعه نسبت شهری‌ها، نسبت
کسانی که سابقه خانوادگی دیابت ندارند و نسبت ابتلا به اسکیزوفرنی در برابر ابتلا به سایر روانپریشی ها تحت درمان بیشتر بودند.

در جدول شماره ۲ فشرده یافته‌های مرتبط با بروز دیابت و اختلال قند خون ناشتا را بر حسب متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد. سابقه خانوادگی دیابت (x²=0/93 CI=1/6 P=0/33) تغییرات شاخص توده بدنی (x²=2/96 df=2 P=0/277 CI=1/98 P=0/17) و ترکیب جنسیتی بطور کلی با افزایش قند خون (x²=1/85 CI=2/42 P=0/055) تا حدی معنی‌دار بود و وقتی مقدار مصرف داروها در مبتلاان را به دو گروه کمتر از ۱۰ میلی گرم بیشتر از ۱۰ میلی گرم قسمت کردنی تفاوت df=1 P=0/0006 (x²=33/31)

با تقسیم تفاوت در دو بار آزمایش قند خون ناشتا به کمتر از ۱۰ میلی گرم و بیشتر از آن، ارتباط آن با تغییرات قند خون از لحاظ آماری معنی‌دار، بدست آمد (P=0/001). و با طبقه‌بندی سن به بیش از ۴۵ و کمتر از آن، ارتباط سن با اختلال قند خون از لحاظ آماری معنی‌دار بود (x²=7/46 df=1 P=0/006)
جدول ۱ - مشخصات دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه (n=۱۵۰)

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعداد درصد</th>
<th>شرح رده ها</th>
<th>نام متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۷۱/۴۷٪</td>
<td>مرد</td>
<td>جنس</td>
</tr>
<tr>
<td>۷۹/۵۲٪</td>
<td>زن</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۱۷/۴۸٪</td>
<td>شهر</td>
<td>محل سکونت</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۲/۳۲٪</td>
<td>روستا</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۵۸/۲۸٪/۷</td>
<td>دارای همسر</td>
<td>وضعیت تاهل</td>
</tr>
<tr>
<td>۹۲/۳۱٪/۳</td>
<td>بدون همسر</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۸/۱۶٪</td>
<td>بی سواد</td>
<td>سطح سواد</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۸/۱۸٪/۷</td>
<td>ابتدایی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۳۴/۲۲٪/۷</td>
<td>راهنمای و دبیرستان</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۴۳/۲۸٪/۷</td>
<td>دیپلم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۹/۱۲٪/۶</td>
<td>فوق دیپلم و دانشجو</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۸/۵٪/۳</td>
<td>لیسانس و بالاتر</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۴۱/۲۷٪/۳</td>
<td>دارد</td>
<td>سابقه خانوادگی دیابت</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰۹/۷۲٪/۷</td>
<td>ندارد</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۹۳/۶۲٪</td>
<td>اسکیزوفرنی</td>
<td>نوع بیماری</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۱/۲۰٪/۷</td>
<td>فازمانی اختلال دو قطعی یک</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۸/۵٪/۲</td>
<td>دماس- روان پریش</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۵/۳٪/۲</td>
<td>اسکیزوفرنی فرم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۵/۲٪/۲</td>
<td>سایکوز حاد</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۴/۲٪/۲</td>
<td>اختلال هذیانی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۳/۲٪</td>
<td>عقب ماندگی ذهنی - روان</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱/۲٪</td>
<td>پریش صرع - روان پریش</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۲/۱٪/۲</td>
<td>واحد ( مقدار مصرف دارو) پر حسب میلی گرم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۴/۰٪</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>+2SE</td>
<td>CT (X 2SE)</td>
<td>بیشترین مقدار</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
<td>------------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲- خلاصه ی یافته‌های معاونتی‌های بالینی و آزمایشگاهی جمعیت مورد مطالعه (n=۱۰۰)
جدول ۳: خلاصه ی تحلیل یافته های مرتبط با بروز دیابت و اختلال گلوکز خون ناشتا (16/150)

<table>
<thead>
<tr>
<th>گذشته‌ای (میلی‌گرم در 100 cc پس از درمان)</th>
<th>328</th>
<th>50</th>
<th>97/37</th>
<th>تفاوت وزن قبل و بعد از درمان (کیلو گرم)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0/23</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>3/19</td>
<td>3/23</td>
</tr>
<tr>
<td>3/14</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>3/19</td>
<td>3/23</td>
</tr>
<tr>
<td>1/23</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>3/19</td>
<td>3/23</td>
</tr>
<tr>
<td>1/231</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>3/19</td>
<td>3/23</td>
</tr>
<tr>
<td>21/64</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>3/19</td>
<td>3/23</td>
</tr>
<tr>
<td>0/76</td>
<td>25</td>
<td>4</td>
<td>3/19</td>
<td>3/23</td>
</tr>
<tr>
<td>10/10 درصد</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- بروز دیابت و اختلال گلوکز خون ناشتا با 110 mg معیار بیش از 100 cc در 100cc آزمایش قند خون ناشتا

<table>
<thead>
<tr>
<th>البته</th>
<th>1/17</th>
<th>1/17</th>
<th>1/85</th>
<th>مرد زن</th>
<th>جنس</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نه</td>
<td>7/06</td>
<td>7/06</td>
<td>7/46</td>
<td>تا 44</td>
<td>سن</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>+ 45</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مقدار دارو (mg)</td>
<td>5/76</td>
<td>5/76</td>
<td>5/76</td>
<td>2/5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>OR (CI)</th>
<th>مقدار X²</th>
<th>شرح</th>
<th>نام متغیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1/18 (7/06-4/41)</td>
<td>1</td>
<td>7/06</td>
<td>سن</td>
</tr>
<tr>
<td>1/18 (7/06-4/41)</td>
<td>1</td>
<td>7/06</td>
<td>سن</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(16/150)
<table>
<thead>
<tr>
<th>کد</th>
<th>تفاوت در دوبار آزمایش قند خون</th>
<th>مقادیر دارو (mg)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>49/84</td>
<td>(2010-1)</td>
<td>33/31</td>
</tr>
<tr>
<td>49/84</td>
<td>(2010-1)</td>
<td>33/3</td>
</tr>
<tr>
<td>(11/11-12/0/)</td>
<td>0.006</td>
<td>3/32</td>
</tr>
<tr>
<td>(13/12-0/)</td>
<td>0.055</td>
<td>3/2/4</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2/2/7</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2/2/2</td>
</tr>
<tr>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0.055</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* با توجه به این که تعداد یکی از خانه های جدول کمتر از 5 (2) بود آزمون دقیق نیست. انجام شد.

بحث: تأثیر اولانزایپین در افزایش قند خون بیماران مصرف کننده این دارو مورد مباحثه است. در این مطالعه تغییر میانگین سطح گلوكز خون ناشتا و شاخص توده بدنی در مبتلاها روانپریش مصرف کننده اولانزایپین بررسی شد. (70% مبتلا به افزایش قند خون ناشتا (بيش از 110 ملي گرم در دسي ليتر بودند) كه 11 نفر (33% مبتلا به ديبست شدند و 5 نفر (22%) اختلال گلوكز خون ناشتا
را نشان دادند که با نتایج مطالعه مک کین و همکاران (12) مشابه و از نتایج بررسی لیندرمارای و همکاران، کریش بوش و همکاران متفاوت است (3). این تفاوت در قیاس با نتایج بررسی لیندرمارای می‌تواند ناشی از حجم نمونه (150 نفر در مقابل (32) نفر و نوع مطالعه (توزیفی - تحلیلی) در مقابل (کارآزمایی بالینی) و مقدار گلگز خون ناشتا پایه (زیر 110 میلی گرم در دسی لیتر) در مقابل (زیر 125 میلی گرم در دسی لیتر) و مدت مطالعه 16 هفته در مقابل (14 هفته) و میانگین سنی (31/92 سال) از مقابل (32) سال) نوع بیماری روغنپریشی (انواع روغنپریشی ها) در مقابل (اسکیزوفرنپ و اسکیزوافکتیو) و احتمالاً شیوع زندگی آزمودنیها باشد و همچنین در قیاس با نتایج بررسی کریش بوش و همکاران (12) میتواند ناشی از نوع مطالعه (توزیفی - تحلیلی) در مقابل (مروری بر مقالات) تعداد نمونه‌ها (150 نفر در مقابل 3108 نفر) و احتمالاً شیوع متطاوت زندگی آزمودنیها باشد. میانگین تغییرات قند خون ناشتا قبل و پس از درمان معنی دار بوده که با بررسی‌های لیندرمارای و همکاران (2) مشابه بود.

معنی دار بودن میانگین تغییرات شاخص توده بدنی قبل و پس از چهار ماه مصرف اولانزایپین در مطالعه ما، همسو با نتایج مطالعات هیسر و همکاران، گانکولو و همکاران، لیندرمارای و همکاران (135.62 نفر و نوع مطالعه آلی سون و همکاران (6) آنرا تایید نکرد. تفاوت در تعداد نمونه (150) در مقابل 11 نفر و نوع مطالعه (توزیفی - تحلیلی) در مقابل کارآزمایی بالینی و جامعه مورد مطالعه (انواع روغنپریشی در مقابل اسکیزوفرنپ) می‌تواند دریلی برای ایجاد اختلاف فوق باشد.

تغییر میانگین شاخص توده بدنی و ارتباط آن با افزاش سطح گلگز ناشتا قرار از نظر آماری معنی دار نبود که با نتایج مطالعات لیندر مایر و همکاران و آلی سون و همکاران (2.6) مشابه و از نتایج یافته‌های سادوک (1) متفاوت بود و این اختلاف در سطح عوامل زننگی، سبک متفاوت زندگی بیماران و نزد متفاوت قابل توضیح است. در مورد متغیرهای مورد مطالعه با توجه به تحقیم بندی سنی افراد (در گروه زیر و بالاتر از 45 سال) ارتباط معنی‌داری بین سن و افزاش گلگز خون دیده شد. محتملاً
سن به عنوان عامل زمینه ای شرایط را برای بروز دیابت مهیا می‌نماید. (۱۴) که با توجه به بررسی‌هایی دیگر در مطالعات دیگر روز سین تاکیدی نشده بود.

هر چند که ۴۱ نفر از افراد مورد مطالعه سابقه خانوادگی دیابت داشتند، معنی‌داری بین سابقه خانوادگی دیابت و اختلال گلوکز خون ناشناخته ارتباط معنی‌داری دار ی دیده نشد. نتایج مطالعه مثلاً که بودن تعداد نمونه، نوع مطالعه توصیفی، فقدان گروه کنترل و انواع روانپزشکی) می تواند دلیلی احتمالی پدیده فوق باشد.

ابتلا به بیماری روانپزشکی (اسکیزوفرنی - غیر اسکیزوفرنی) با افرادی که دنخو - دیابت تا حدی ارتباط معنی‌دار داشت که احتمالاً مربوط به وجود زمینه بیشتر دیابت در مبتلاان به اسکیزوفرنی است (۷). و این نتیجه با مشاهده بالینی ما در دو بورد از مبتلاان به اختلال حلکی که زن بودند و مبتلا به دیابت و یک مورد که مرد بود و مبتلا به اسیدوز دیابتیک شده بود متفاوت است که احتمالاً تعداد کم نمونه، نوع مطالعه (موردی)، انجام ندادن بررسی پاراکلینیکی پایه ای مناسب برای آن سه نفر این تفاوت را ایجاد کرده بود.

با تقسیم تفاوت بدست آمده در دو بار آزمایش قند خون ناشتا پایه و پس از چهار ماه (کمتر از ۱۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر از ده میلی گرم در دسی لیتر) ارتباط آن با بروز دیابت معنی‌دار بود که احتمالاً مربوط به کاهش حساسیت انسولین و اختلال در عملکرد سلولهای بتای پانکراس می‌باشد.

هیپرس و همکاران، آدر و همکاران، جانسن و همکاران. (۱۳،۱۵،۱۶،۱۹،۲۰،۲۱). ارتباط میزان مصرف اولانزایپین (کمتر از ده میلی گرم - بیشتر از ده میلی گرم) با افزایش قند خون معنی‌دار بود بنظر می‌رسد افزایش مقدار دارو از طریق افزایش مقاومت انسولین و اختلال بیشتر در سلولهای بتای پانکراس اعمال اثر می‌کند. (۱۳،۱۵) در مورد جنسیت هم مطالعه ما ارتباط معنی‌داری را بین جنسیت و افزایش گلوکز خون ناشتا نشان نداده است که البته با مشاهده بالینی اولیه ما (دو نفر از دیابتی و یک نفر مرد) متفاوت بود. به نظر ما
دلایلی که برای توجیه تفاوت مشاهده اولیه ما با نتایج کار تحقیقی حاضر در بالا مطرح شد در اینجا هم صدح می‌کنید.

نتیجه: مطالعه ما نشان داد که میانگین تغییرات قند خون پس از مصرف اولانزارپین از نظر آماری معنی‌دار است و بررسی متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد که در مصرف کنندگان بیش از ده میلی گرم اولانزارپین و افراد بیش از ۵۰ سال و مبتلاان به اسکیزوفرنی این دارو باید با احتیاط بیشتری تجویز شود.

توصیه: بررسی بیشتر با کارآزمایی بالینی، برای دست‌یابی به نتایج دقیق تر.

 referencia:


5- Ganguli R , Brar JS, Ayrton Z . Weight gain over 4 months in schizophrenia patients . a comparison of olanzapine and risperidone . Schizophrenia Res 2001 ; 46 :261 – 267

6- AllysonT. Gage , phD. The Relationship between schizophrenia ;HyPerglycemia and Atypical Antipsychotics . Neuroscionce 2006; p1-5


12- Chris bushe and Brian Leonard: Association between atypical Ant psychotic agents and Type 2 diabetes: Br J Psychiatry 2004; 184:87-93


