



معاونت درمان

راهنمای تجویز داروی

تری فلورپرازین

**Trifluoperazine**

تابستان ۱۴۰۳

### کمیته مشاوران جهت تنظیم و تدوین:

دکتر رزیتا داوری، دبیر بورد روانپزشکی کودک و نوجوان

دکتر فاطمه رنجبر دبیر بورد رشته تخصصی روانپزشکی

دکتر مهران ضرغامی استاد مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشگر اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
استاد گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دکتر محمد حسین حریرچیان دبیر بورد رشته تخصصی بیماری های مغز و اعصاب

دکتر عالیا شکیبا استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حنا صفرزاده فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر علی صفایی متخصص داروساز بالینی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر فروزان الیاسی متخصص روانپزشکی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دکتر جمشید سلام زاده دبیر بورد رشته داروسازی بالینی

با همکاری:

انجمن علمی روان پزشکان ایران

تحت نظر: دکتر سعید کریمی عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و معاون محترم درمان

مشاور: دکتر ساناز بخشنده رییس گروه تدوین استاندارد و راهنمای بالینی معاونت درمان

**تحت نظارت فنی:**

**گروه تدوین استاندارد و راهنمای بالینی**

**دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت**

بسمه تعالی  
راهنمای تجویز دارو

نام دارو	محل تجویز و کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	منع مصرف	اندیکاسیون	دوز و تواتر مصرف دارو	شرایط تجویز
تری فلوپرازین  قرص: ۱ mg - ۲ mg- ۵ mg-	-بستری -سرپایی	کلیه پزشکان بالینی	-واکنش های ازدیاد حساسیت به تری فلوپرازین / فنوتیازین ها یا هر یک از اجزای فرمولاسیون -بیماران کما یا Greatly depressed states به علت دریافت دپرسانت CNS -سپرس مغز استخوان -دیسکرازی های خونی -بیماری کبدی	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ اسکیزوفرنیا</li> <li>✓ سایکوز حاد در اختلال اسکیزوافکتیو</li> <li>✓ مانیا</li> <li>✓ افسردگی با علائم سایکوتیک</li> <li>✓ اختلال هذیانی</li> <li>✓ اختلال شخصیت مرزی</li> <li>✓ اختلال سایکوتیک ناشی از مواد</li> <li>✓ دلیریوم و دمانس</li> <li>✓ اختلالات سایکوتیک ناشی از بیماریهای طبی</li> <li>✓ اسکیزوفرنیای کودکی</li> <li>✓ اختلال تکاملی نافذ</li> <li>✓ سندروم توره</li> </ul>	<p><u>بزرگسالان:</u></p> <p>خوراکی: شروع: ۲ تا ۵ میلی گرم دو بار در روز، تیترا دوز تدریجی تا رسیدن به دوز معمول ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم در روز در دوزهای منقسم هر چند بعضی از بیماران ممکن است دوزهای تا ۴۰ میلی گرم در روز نیز احتیاج داشته باشند.</p>	شرایط تجویز

شرایط تجویز	دوز و تواتر مصرف دارو	اندیکاسیون	منع مصرف	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	محل تجویز و کاربرد دارو	نام دارو
	<p>نکته: گرچه داروهای دیگری به انتی سایکوتیک ها اضافه شده اند، اما هنوز در برخی شرایط (مثلا هم ابتلایی با بیماری های متابولیکی مانند دیابت) به داروهای جدیدتر ترجیح داده می شوند.</p> <p>؛ باید درمان با کمترین دوز موثر و کوتاه ترین دوره ی موثر تجویز شود و بیمار به صورت دوره ای از جهت نیاز به ادامه ی درمان ارزیابی شود.</p>	✓ بیماری هانتینگتون				<p>تزریقی: 1 mg/mL-</p>

شرایط تجویز	دوز و تواتر مصرف دارو	اندیکاسیون	منع مصرف	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	محل تجویز و کاربرد دارو	نام دارو
	<p>توضیح: دوز فوق برای اسکیزوفرنیا ذکر شده است. بیماران از نظر بهترین دوز موثر با هم تفات دارند.</p> <p>خوراکی: کودک ۶ تا ۱۲ سال: بستری یا بیمار تحت بررسی مناسب: ۱ میلی گرم یک تا دو بار در روز؛ افزایش دوز تدریجی؛ دوز نگهدارنده معمول ۱ تا ۱۵ میلی گرم در روز در یک تا دو دوز منقسم؛ حداکثر</p>					

شرایط تجویز	دوز و تواتر مصرف دارو	اندیکاسیون	منع مصرف	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	محل تجویز و کاربرد دارو	نام دارو
	<p>دوز معمول روزانه ۱۵ میلی گرم در روز.</p> <p><u>کودکان:</u></p> <p>کودکان بزرگتر با علائم شدید تر ممکن است دوزهای بالاتری نیاز داشته باشند.</p> <p>نوجوانان: ۵ میلی گرم دو بار در روز؛ افزایش دوز تدریجی دوز نگهدارنده معمول ۱۵ تا ۲۰ میلی گرم در روز در دو دوز منقسم؛ حداکثر دوز روزانه ۴۰ میلی گرم در روز</p>					

## • توصیه ها و توضیحات:

- داروهای آنتاگونیست دوپامین D2 در کاهش ریسک ریلپس سایکوز در بیمارانی که از یک اپیزود سایکوز بهبود پیدا نموده اند موثر هستند. راهنماهای بالینی بین المللی دلالت دارند که بعد از فاز حاد درمان اولین اپیزود، درمان باید برای حداقل یک سال ادامه پیدا کند اما هیچ اتفاق نظری درباره طول مدت کلی درمان وجود ندارد و اگر بیمار در موارد اپیزودهای متعدد علامت دار باقی بماند، درمان باید حداقل سه تا پنج سال ادامه یابد.
- آنتاگونیست های گیرنده دوپامین برای کاهش تهییج و علائم سایکوتیک در مانیا موثر هستند.
- شروع اثر آنتاگونیست های گیرنده های دوپامین D2 سریع تر از داروهای آنتی مانیا مانند لیتیموم، والپروئیک اسید و کاربامازپین است. لذا در خلال روزهای اول درمان مانیا و در خلال وضعیت تهییج شدید اپیزود، در عمل به طور گسترده ترکیب این داروهای آنتی سایکوتیک با داروهای ضد مانیا به کار می رود. وقتی ترکیبات ضدمانیا موثر شوند، دوز داروهای آنتی سایکوتیک معمولاً می تواند کاهش یافته و سپس قطع شود. اگرچه شواهد محدودی در حمایت از مصرف همزمان داروهای آنتی سایکوتیک ضد گیرنده D2 در درمان طولانی مدت اختلالات دوقطبی وجود دارد، اما به طور شایع در بالین، در تعدادی از موارد بیماران با بیماری های شدید از درمان ترکیبی آنتی سایکوتیک ها با داروهای آنتی مانیا استفاده می شود.
- بیماران با اختلال افسردگی ماژور ممکن است دچار علائم سایکوتیک مانند توهمات و هذیان ها شوند. در این بیماران اضافه نمودن آنتی سایکوتیک ها به داروهای ضد افسردگی منجر به بهبود سریع تر و مناسب تر می شود. اگر چه بیشتر مطالعات متمرکز بر پرفنازین و فلوفازین و هالوپریدول بوده اند، اما شواهدی وجود ندارد که سایر آنتی سایکوتیک ها جهت این اندیکاسیون، بیشتر یا کمتر موثر باشند.
- این دارو ممکن است با تغییر در سیستم هدایتی قلبی باعث بروز آریتمی های شدید حتی در دوزهای درمانی شود.



- این دارو ممکن است باعث اثرات آنتی کولینرژیک شود و باید با احتیاط در بیماران با کاهش تحرکات گوارشی، احتباس ادراری، خشکی دهان یا اختلالات بینایی مصرف شود. در مقایسه با سایر آنتی سایکوتیک ها این دارو پتانسیل بالایی برای بلوک کولینرژیک دارد.
- با توجه به اثرات ضد تهوع این دارو ممکن است علائم توکسیسیتی با سایر داروها یا شرایطی همچون انسداد دارو، سندرم ری و تومور مغزی ماسکه شود.
- لوکوپنی، نوتروپنی، ترومبوسیتوپنی، آنمی، آگرانولوسیتوز و پان سیتوپنی با مصرف این دارو گزارش شده است و در بیماران با ریسک فاکتور باید ارزیابی های مکرر خونی به صورت دوره ای انجام شود و در صورت بروز علائم اولیه دیسکرازی های خونی یا ANC کمتر از ۱۰۰۰ درمان قطع شود.
- این دارو ممکن است باعث بروز علائم EPS شامل سودوپارکینسونیسم، ترمور، دیستونی حاد، آکاتیژی و دیسکینزی تاخیری و سندروم نورولپتیک بدخیم شود.
- اثرات آنتی کولینرژیک این دارو کم است اما بروز پسودوپارکینسونیسم با آن شایع تر است. به همین دلیل در بسیاری از موارد تجویز داروهای آنتی کولینرژیک همراه با تری فلوپرازین ضرورت پیدا می کند.
- این دارو باعث افزایش ریسک خواب آلودگی، هایپو تنشن ارتواستاتیک و ناپایداری موتور و سنسوری شود.
- مصرف این دارو با آسیب کبدی و هپاتیت کلستاتیک همراه بوده است.
- مصرف این دارو با افزایش سطح پرولاکتین بوده است. این دارو می تواند اثر منفی روی عملکرد جنسی هم در زنان و هم در مردان داشته باشد.
- بیماران مسن با سایکوز مرتبط با دمانس که تحت درمان با آنتی سایکوتیک ها قرار گرفته اند ریسک مرگ و میر نسبت به دارونما بالاتر بوده است.
- این دارو باید با احتیاط در بیماران با ریسک تشنج با توجه به کاهش آستانه تشنج تجویز شود.
- به منظور جلوگیری از علائم ترک و عود بیماری قطع دارو باید به شکل تدریجی انجام گیرد.
- برای مصرف در دوران بارداری اطلاعات کمی موجود است. در مجموع دارو برای جنین کم خطر است. اما مصرف در اواخر دوران بارداری می تواند با زردی طول کشیده، علائم خارج هرمی، هایپررفلکسی و هایپورفلکسی در نوزاد همراه باشد. برای مصرف در دوران شیردهی اطلاعاتی در دسترس نیست.

• منابع:

- Uptodate 2024
- Briggs, G. G., Freeman, R. K., Towers, C. V., Forinash, A. B. (2021). Briggs Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. United States: Wolters Kluwer Health
- Martin t. Strassnig, m.d., and philip d. Harvey, ph.d. 33.2 Dopamine Blockers (“Antipsychotics”). 33.2a Dopamine Antagonists In:Robert Boland, Marcia Verduin . Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eleventh Edition.,2024
- Martin t. Strassnig, m.d., and philip d. Harvey, ph.d. 33.2 Dopamine Blockers (“Antipsychotics”). 33.2a Dopamine Antagonists In:Robert Boland, Marcia Verduin . Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eleventh Edition.,2024