

نام تجاری	Abilify
دسته دارویی	ضد سایکوز (آنتاگونیست رسپتور 5HT_{2A} ، پارشیال آگونیست رسپتور 5HT_{1A} ، D₂)
اشکال دارویی	قرص خوراکی در ۲ میلی گرم، ۵ میلی گرم، ۱۰ میلی گرم، ۱۵ میلی گرم، ۲۰ میلی گرم و ۳۰ میلی گرم
فارماکوکینتیک	زمان شروع اثر این دارو یک تا سه هفته است. آریپپرازول کینتیک خطی را نشان می دهد و دارای نیمه عمر حذف حدود ۷۵ ساعت می باشد. غلظت پلاسمای یکنواخت در ۱۴ روز به دست می آید. حداکثر غلظت پلاسمایی ۳ تا ۵ ساعت پس از مصرف خوراکی به دست می آید. فراهمی زیستی قرص های خوراکی، حدود ۹۰ درصد است و دارو تحت متابولیسم کبدی گسترده (هیدروژن زدایی، هیدروکسیلاسیون، و N-dealkylation)، عمدتاً توسط آنزیم CYP2D6 و CYP3A4 قرار می گیرد. دارو به صورت فعال یا غیر فعال از طریق ادرار و مدفوع دفع می شود.
اندیکاسیون	درمان حاد و نگهدارنده اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی نوع ۱ به صورت تک دارویی یا همراه سایر داروها از جمله لیتیم یا والپروئیک اسید؛ درمان کمکی اختلال افسردگی ماژور؛ درمان تحریک پذیری در اختلال اوتیسم؛ تزریقی: آزیتاسیون ناشی از اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی نوع ۱ استفاده بدون برچسب: افسردگی با مشخصات سایکوتیک؛ پرخاشگری (اطفال)؛ اختلال رفتاری (اطفال)؛ سندرم تورت (اطفال)؛ سایکوز یا آزیتاسیون ناشی از فراموشی در آرایمر
دوزاژ و روش مصرف	اسکیزوفرنی: به صورت خوراکی با دوز اولیه ۱۰ یا ۱۵ میلی گرم یکبار در روز، حداکثر دوز مصرفی ۳۰ میلی گرم روزانه است. (به نظر میرسد اثربخشی دارو در دوزهای بالای ۱۵-۱۰ میلی گرم افزایش نمی یابد). اختلالات دوقطبی نوع ۱: دارو با دوز اولیه ۱۵ میلی گرم یکبار در روز شروع شده و می توان دوز دارو را بر اساس اندیکاسیون بالینی، تا میزان ۳۰ میلی گرم در روز افزایش داد. ایمنی مصرف دوزهای بیش از ۳۰ میلی گرم در روز مشخص نشده است.
مصرف در حاملگی	گروه C
موارد منع مصرف	حساسیت مفرط به دارو یا هر گونه ترکیبی با این فرمولاسیون
عوارض جانبی	سردرد، آزیتاسیون، بی خوابی، اضطراب، آکاتیسیا، عوارض خارج هرمی، خواب آلودگی، افزایش وزن، تهوع، استفراغ، یبوست، سوء هاضمه
تداخلات مهم دارویی	در صورت مصرف همزمان آریپپرازول با دیگر داروهای تضعیف کننده سیستم اعصاب مرکزی (ضد افسردگی ها، الکل) اثر تضعیف کننده دارو بر سیستم اعصاب مرکزی تشدید خواهد شد. به دلیل اثرات آنتاگونیستی آریپپرازول بر گیرنده های آلفا آدرنژیک، مصرف همزمان این دارو با برخی داروهای ضد فشار خون، ممکن است سبب افزایش احتمال بروز افت فشار خون وضعیتی شود. هر دو آنزیم CYP2D6 و CYP3A4 مسئول متابولیسم آریپپرازول هستند، لذا داروهای القاکننده CYP3A4 (همچون کاربامازپین) میتوانند منجر به کاهش سطح خونی دارو شوند؛ مهارکننده های CYP3A4 (مانند کتوکونازول) یا CYP2D6 (مانند کینیدین، فلوکستین، یا پاروکستین) نیز ممکن است سبب مهار حذف دارو و افزایش سطح خونی آن شوند.
مزیت نسبت به داروهای مشابه	طی یک مطالعه گزارش شد تغییر رژیم درمانی بیماران، از آنتی سایکوتیک های استاندارد خوراکی به آریپپرازول یکبار در ماه، میزان بستری شدن بیماران در بیمارستان را کاهش میدهد که می تواند به میزان قابل ملاحظه ای منجر به صرفه جویی در هزینه های بیمار شود(۱). در یک بررسی اثربخشی آریپپرازول در درمان اسکیزوفرنی، برتر از هالوپریدول (در بلند مدت) و مشابه پرفنازین و ریسپریدون گزارش شد. این دارو در بیماران اسکیزوفرنی، نسبت به داروهای هالوپریدول، پرفنازین، ریسپریدون، و الانزاپین پروفایل تحمل پذیری بهتری را نشان داد. از جمله ویژگی های آریپپرازول می توان به عارضه افزایش وزن کمتر، پروفایل متابولیکی مناسب، و عدم بروز هایپرپرولاکتینمیا اشاره کرد. به طور کلی پروفایل تحمل پذیری مطلوب این دارو، آن را به صورت یک گزینه مناسب برای درمان اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی معرفی می کند(۲).

1) Kane, John M., et al. "Hospitalisation rates in patients switched from oral anti-psychotics to aripiprazole once-monthly for the management of schizophrenia." *Journal of medical economics* 16.7 (2013): 917-925.

2) Citrome, Leslie. "A review of aripiprazole in the treatment of patients with schizophrenia or bipolar I disorder." *Neuropsychiatric disease and treatment* 2.4 (2006): 427.