



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی

شماره: ۵/۲۰۱۳۹
تاریخ: ۱۳۸۹/۲/۱۷
پیوست

[Handwritten signature]

معاونت درمان

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

به پیوست پروتکل و آئین نامه موقت درمان به کمک تنتور اپیوم ارسال می-
گردد. درمان با تنتور اپیوم در مراکز واجد شرایط و در چارچوب پروتکل و
آئین نامه ابلاغی قابل اجراء است و تنتور اپیوم صرفاً از طریق معاونت غذا
و دارو و ضمن اعلام رسمی آن معاونت تحویل می گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

[Handwritten signature]

رونوشت:

- مقام محترم وزارت، جهت استحضار و ارائه طریق

- معاون محترم غذا و دارو، جهت استحضار

- جناب آقای دکتر احمدی مقدم، دبیر محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر، جهت

استحضار

- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

ثبت کامپیوتر دبیرخانه مرکزی

ستاد مبارزه با مواد مخدر - ریاست جمهوری

شماره: ۱۹۵۹۸ تاریخ: ۱۳۸۹/۲/۱۵

(۱)

آئین نامه اجرایی موقت راه اندازی درمان جایگزین با تتور ایپوم

تعاریف

مرکز درمان سوءمصرف مواد (که در این آئین نامه مرکز نامیده می شود)، به مرکزی اطلاق می گردد که امکانات ارائه خدمات درمانی سم زدایی و خدمات پیشگیری از عود و درمان های غیر دارویی و دارای مجوز واحد درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، درمان سم زدایی و نگهدارنده را با داروی آگونیست افیونی برای درمان سرپایی معتادان دارا باشد. کلیه این خدمات باید منطبق با پروتکل درمان سوءمصرف مواد که توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت ابلاغ گردیده باشد.

درمان با تتور ایپوم به الگوی درمانی به کمک تتور ایپوم شامل: الگوی درمان نگهدارنده با هدف اولیه کاهش آسیب، الگوی کاهش تدریجی تتور با هدف قطع کامل رسیدن به پرهیز و الگوی مرکب، مطابق با شیوه ذکر شده در پروتکل درمان با کمک تتور ایپوم، گفته می شود.

شرایط مرکز

مراکز قادر به ارائه خدمات درمان با تتور ایپوم هستند که حائز شرایط زیر باشند:

حداقل سابقه دو سال فعالیت در زمینه ارائه خدمات درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین .

حداقل ۱۰۰ بیمار تحت درمان سوءمصرف مواد با متادون و بوپرنورفین را تحت پوشش قرار داده باشد.

طی سابقه کاری خود گزارش طرح تخلف در کمیته ماده ۳۱، لغو پروانه یا شکایت منجر به محکومیت قضایی نداشته باشد.

دارای اتاق جداگانه با تهویه مناسب، جهت پیمانانه کردن و توزیع دارو باشد. تتور ایپوم باید در محلی جدا از سایر داروها تجویز گردد.

دارای اتاق یا انباری با حفاظ مناسب (در کشویی نرده دار) جهت ذخیره سازی تتور ایپوم مصرفی یک ماه مرکز باشد.

شرایط پرسنل:

پزشک مسئول فنی و پزشک درمانگر مرکز دارای حداقل دو سال سابقه فعالیت در درمان نگهدارنده با داروهای آگونیسست باشند.

مسئول فنی و پزشک درمانگر دوره درمان نگهدارنده یا آگونیسست و دوره درمان با تتور اپیوم را گذرانده باشد.

به ازاء هر ۵۰ بیمار تحت درمان با تتور اپیوم یک روانشناس تمام وقت وجود داشته باشد.

روانشناس علاوه بر ویژگی‌های مندرج در پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست ، می-

بایست حداقل دوره های دو هفته‌ای آموزش عملی درمان‌های غیر دارویی سوء مصرف مواد را گذرانده باشد.

پرونده بیماران تحت درمان با تتور اپیوم مشابه بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد.





پروتکل موقت درمان به کمک تنتور اپیوم

بر گرفته از یافته‌های اولیه طرح کشوری راه‌اندازی درمان به کمک تنتور اپیوم و ارزیابی نتایج دراز مدت آن در مرکز ملی مطالعات اعتیاد

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

پروتکل درمان به کمک تنتور اپیوم

بر گرفته از یافته‌های اولیه طرح کشوری راه‌اندازی درمان به کمک آگونیست (تنتور اپیوم - اپی تینک) و ارزیابی نتایج دراز مدت آن

مقدمه:

درمان نگهدارنده یعنی جایگزین نمودن مصرف مواد مخدر غیر مجاز مانند هروئین و تریاک با داروهای دارای خواص مشابه، طی سه دهه اخیر بصورت یکی از سنگ بناهای عمده درمان اعتیاد درآمده است. در این روش، دارویی که دارای خواص معین افیونی است بصورت کنترل شده به معتادان عرضه می‌گردد و بیماران به‌جای مصرف مواد مخدر غیر مجاز به مصرف این مواد می‌پردازند.

از جمله داروهایی که بعنوان درمان نگهدارنده از اقبال زیادی برخوردار شده‌اند می‌توان از متادون (Methadone)، بوپرنورفین (Buprenorphine)، ال ای ام (LAAM) و سولفات مورفین نام برد. ویژگی‌های خاصی در ترکیبات فوق وجود دارد که آنها را کاندیدای مناسبی جهت درمان نگهدارنده ساخته است. در این باره می‌توان به وجوه مشترک زیر اشاره کرد:

۱. خوراکی هستند یعنی نیازی به تزریق ندارند.
 ۲. خالص بوده و عاری از ترکیبات فرعی با خواص نامشخص هستند.
 ۳. طول اثر دراز مدت داشته لذا دفعات مصرف آنها کمتر است.
 ۴. جذب و دفع دقیق تر و مشخص تری در مقایسه با هروئین و تریاک دارند، لذا تجویز راحت‌تر بوده و احتمال مسمومیت کمتر است.
- از طرفی از آنجائی که این داروها بصورت کنترل شده و تحت نظر پزشک و در مراکز درمانی عرضه می‌گردند از تماس بیماران با شبکه قاچاق کاسته و عوارض اجتماعی، قضائی و اقتصادی وابستگی به مواد مخدر می‌کاهد. جایگزین نمودن مصرف مواد افیونی با ترکیبات دارویی باعث کاهش سودآوری عرضه مواد مخدر شده و از توسعه شبکه‌های عرضه و قاچاق نیز می‌کاهد. این ترکیبات دارویی در برنامه‌های موفق با یارانه بالا و به قیمت اندک عرضه می‌گردند لذا معتادان برای تامین نیاز خود به مواد مخدر مجبور به فعالیت‌های ضد اجتماعی جهت کسب درآمد نبوده و از عوارض اعتیاد کاسته می‌شود.

در مجموع نکات مثبت فوق باعث شده که درمان‌های نگهدارنده به ارکان عمده درمان در کشورهای پیشرفته تبدیل گردد. بعنوان مثال در کشورهای فرانسه، ایرلند و سوئد بیش از ۷۵ درصد اقدامات درمانی اعتیاد در راستای درمان نگهدارنده است. تنها دو کشور اروپائی ایتالیا و یونان سهم درمان نگهدارنده از کل درمان‌های وابستگی به مواد افیونی زیر ۳۰ درصد است. در کشورهایی چون آلمان، اسپانیا، هلند، اتریش و انگلستان نیز بین ۵۰ تا ۷۵ درصد درمان‌های اعتیاد به درمان نگهدارنده اختصاص دارد.

در میان درمان‌های نگهدارنده، درمان با متادون از قدمت بیشتری برخوردار بوده و در جهان نیز بصورتی فراگیر تعبیه شده‌است. در ایالات متحده ۲۰۵۰۰۰ نفر، در اسپانیا ۷۰۰۰۰ نفر و در آلمان ۶۰۰۰۰ نفر تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند. این درمان در اوایل دهه ۶۰ میلادی طراحی شده است و تاکنون اثر بخشی آن در کاهش مصرف مواد مخدر، تزریق هروئین، رفتارهای مجرمانه و انتقال HIV به کرات به اثبات رسیده است. درمان دیگری که در کنار درمان متادون در اواسط دهه ۸۰ به مجموعه درمان‌های نگهدارنده اضافه گردید درمان با بوپرنورفین است.



دکتر سید علی حسینی

با وجود ابتلا بالا و درصد قابل توجهی از جمعیت مردان بین ۱۵ تا ۶۵ سال به سوء مصرف مواد مخدر در کشور، از تعبیه درمان نگهدارنده مدت زیادی نمی گذرد و عملاً تجربه این درمان در کشور کمتر از ۵ سال است. در حال حاضر درمان نگهدارنده با متادون بصورت افزایش یابنده ای در مراکز دولتی و خصوصی عرضه می گردد. با توجه به این مسئله نیاز مبرم به توسعه سریع درمان نگهدارنده در کشور، در اوایل سال ۱۳۸۴ آیین نامه مراکز خصوصی درمان نگهدارنده با آگونیسست به تصویب وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید. بر اساس این مصوبه، پزشکان عمومی اعم از شاغل در بخش خصوصی یا دولتی پس از گذراندن دوره آموزشی و احراز شرایط لازم مجاز به تاسیس مراکز درمان نگهدارنده می شوند.

بنظر می رسد مصوبه فوق حرکتی مناسب جهت توسعه درمان نگهدارنده در کشور باشد. مراکز مذکور طبق تعریف مجاز به عرضه ترکیبات آگونیسست افیونی هستند. تا اسفندماه ۱۳۸۳ تنها ماده آگونیسست مجاز جهت درمان وابستگی به مواد مخدر، داروی متادون بود. از تاریخ مذکور به بعد بوپرنورفین نیز در قالب قرص های زیرزبانی ۲ و ۸ میلی گرم به منظور درمان معتادان وارد فهرست دارویی کشور گردید و عملاً مراکز درمان نگهدارنده با آگونیسست بسان متادون مجاز به عرضه این دارو نیز شدند.

از میان داروها یا مواد پیشنهادی جهت درمان نگهدارنده می توان از تنتور اپیوم نام برد. تنتور اپیوم که در ۲ حالت ۱ و ۲ درصد عرضه می گردد. در واقع عصاره الکلی (۲۰ درصد) تریاک است. لازم به ذکر است که این ترکیب صرفاً توسط معاونت غذا و دارو جهت مصرف در مراکز درمان سوء- مصرف مواد عرضه می گردد.

تنتور برای چه کسانی مناسب است: انتخاب بیمار

با توجه به چند مرحله پژوهش های انجام شده در زمینه استفاده از تنتور اپیوم، نیمرخ نسبتاً جامعی از بیماران مستعد دریافت این درمان بدست آمده است. این نیمرخ در قالب:

- موارد مصرف قطعی
 - موارد عدم مصرف قطعی
 - موارد ارجح مصرف
 - موارد با ترجیح عدم مصرف
- قابل ارائه است.

موارد مصرف و عدم مصرف قطعی (Absolute indications and contraindications)

۱- رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار

تحت هرگونه شرایطی هیچ بیماری نباید بصورت اجباری چه از سوی مقامات قضایی و چه از جانب بستگان و نزدیکان بیمار، وارد درمان با تنتور اپیوم گردد. ورود کلیه بیماران باید آزادانه و آگاهانه صورت گیرد. قبل از ورود بیمار نیز لازم است بیمار از ماهیت و ویژگی های تنتور اپیوم (بنا بر فرم اخذ رضایت نامه آگاهانه) کاملاً مطلع گردد. لازم است درمانگران ویژگی های درمان با تنتور را برای بیماران توضیح داده و او را از چگونگی و فرایند تجویز دارو مطلع سازند. در این باره به پیوست مربوط به "اطلاع رسانی به بیمار و بستگان" مراجعه فرمایید.

۲- وابستگی به مواد افیونی

اصولاً بیمار باید بر اساس معیارهای DSM-IV-TR وابسته به مواد افیونی یا opioid dependent باشد. مصرف مواد افیونی در ایشان باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاک های تشخیصی، مصداق وابستگی تلقی گردد. به عبارت دیگر عدم وابستگی به مواد افیونی و یا



کنندگان تفننی مواد افیونی و لو آنکه همزمان از وابستگی به سایر مواد غیر افیونی از جمله مواد محرک، حشیش و ... رنج برند، مجاز به استفاده از شربت اپیوم نمی‌باشند. مواردی مشاهده شده که بیماران سوءمصرف کننده و نه وابسته به مواد افیونی هستند ولی بدلیل وابستگی همزمان به مواد محرک از جمله متامفتامین، به تصور اینکه در هر حال از اعتیاد شدید رنج می‌برند، وارد درمان با تنتور اپیوم شده‌اند. این اقدام مجاز نمی‌باشد و باید از این عمل خودداری کرد. بدیهی است چنانکه بیماری دارای وابستگی به مواد افیونی باشد، وابستگی همزمان وی به سایر مواد غیر افیونی از جمله متامفتامین لزوماً مانع درمان با تنتور نیست.

۳- وابستگی به مواد افیونی سنگین (hardcore)

بیمار علاوه بر آن که باید وابسته به مواد افیونی باشد، وابستگی وی بایستی به مواد افیونی سنگین باشد. فهرست مواد سنگین به قرار زیر است:

- کراک هرویین
- هرویین
- شیره
- تریاک
- نورجریک
- مورفین غیر مجاز
- متادون^۱ غیر مجاز
- تمجریک

وابستگی به مواد افیونی چون کدیین، دیفتوکسیلات، اکسی‌کدن، هیدروکدن، دی‌هیدروکدیین (DHC) بوپرنورفین زیر زبانی (غیر تزریقی) و ترامادول مجاز به استفاده از تنتور نیستند.

۴- بیماریانی که دارای اختلالات شدید روانپزشکی (پسیکوز، بیمار دوقطبی، بیماری خلقی شدید، افکار خودکشی و دیگرکشی دمانس، اختلالات روانی با منشا ارگانیک، عقب ماندگی ذهنی و اتیسم) هستند نباید در درمان با شربت تنتور قرار گیرند بویژه باید دقت شود که بیماران از نظر روانی و شناختی آگاه و هوشیار و سالم بوده و قادر به تأیید رضایت نامه کتبی باشند.

۵- بیماریانی که دارای افکار خودکشی هستند یا درمانگر اقدام به خودکشی را محتمل می‌داند نباید در درمان با شربت تنتور قرار گیرند.

۶- بیماریانی که دچار بیماری‌های عمده و فعال غیر روانی مانند بیماری پیشرفته کبدی، قلبی، ریوی، کلیوی، انواع بیماری‌های نئوپلاسمیک، بیماری‌های فعال اتوایمیون هستند موارد فوق، شرایط منع مطلق می‌باشند. ابتلا به عفونت HIV یا هیپاتیت C به خودی خود مانع استفاده از تنتور نیست اما وجود بیماری پیشرفته کبدی به گونه‌ای که بر متابولیسم تنتور و الکل موجود در آن اثر گذارد جز موارد منع مصرف است. در غیر اینصورت درمانگر با قضاوت بالینی خود مجاز به گزینش بیماران جهت درمان با تنتور خواهد بود.

۷- زنان باردار نباید در درمان با تنتور اپیوم قرار گیرند.

موارد مصرف و عدم مصرف نسبی (Relative indications and contraindications)

بقیه شرایط برای پذیرش بیماران جنبه نسبی داشته و بر اساس صلاح‌دید پزشک معالج و وضعیت بیمار تعیین می‌گردد. در این زمینه راهکارها و توصیه‌های زیر کمک کننده هستند:

^۱ یکی از نکات بحث انگیز استفاده از تنتور اپیوم در مصرف کنندگان و وابستگان متادون است که متادون خود را در قالب برنامه درمان نگهدارنده و بصورت مجاز دریافت می‌دارند ولی علاقمند به انتقال به تنتور هستند. در اینباره به قسمت مربوط به انتقال از متادون به تنتور مراجعه فرمایید.



۱- بیماریانی که از سایر درمان‌های اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته و کماکان به مصرف مواد ادامه می‌دهند کاندیدهای مناسبی جهت درمان با تننوراپیوم هستند. در این باره می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بیمار بیش از ۲ بار اقدام به سم‌زدایی کرده اما هیچ‌گاه به پاک‌ی نرسیده است.
- چنانکه بیماری بیش از ۲ بار اقدام به سم‌زدایی کرده ولی پاسخ مطلوب (دوره پرهیز بیش از ۳ ماه) حاصل نشده باشد.
- بیماریانی که سم‌زدایی موفق دارند اما متعاقب سم‌زدایی بجای بهبودی بسوی تشدید علائم و افت روانی اجتماعی حرکت می‌کنند.
- بیماریانی که از سندرم محرومیت طول کشنده* *protracted withdrawal syndrome* رنج می‌برند. بدین معنا که بعد از سم‌زدایی و پرهیز بیش از یک ماه کماکان از علائم ترک، کاهش انرژی، احساس خستگی مفرط، اختلال در خواب، وسوسه شدید، بی‌حوصلگی، ضعف و بی‌اشتهایی رنج می‌برند.
- بیماریانی که به‌واسطه تجارب قبلی، نگرش منقی به روش‌های پرهیز مدار داشته و از آن‌ها گریزانند.
- بیماریانی که انگیزه پایین برای پرهیز دارند.
- بیماریانی که عودهای قبلی آنان با عوارض شدیدی چون افسردگی و افکار خودکشی، خود زنی و پرخاشگری شدید، مسمومیت، مصرف ناگهانی و افراطی مواد مخدر همراه بوده و بیم تکرار اینگونه عوارض در صورت شکست مجدد سم‌زدایی می‌رود.
- بیماریانی که در درمان نگهدارنده با متادون یا بورپرنورفین موفق نبوده‌اند و از آن خارج شده یا با وجود ارائه درمان نگهدارنده با کیفیت مطلوب با یکی از دو ماده مذکور کماکان به مصرف ادامه می‌دهند برای درمان با تننور مناسب هستند.
- بیماریانی که در روش‌های اجتماع محور و یا جلسات خودیاری چون معتادان گمنام شرکت کرده اما بهبودی نداشته‌اند.

۲- بیماریانی که مصرف کننده سنگین مواد افیونی بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی انگیزه‌ای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیر مجاز خود ندارند مانند مصرف کنندگان خیابانی، چنین بیماریانی اکثراً علاقمند به سم‌زدایی نبوده و در صورت عرضه درمان نگهدارنده نیز با غیبت‌های مکرر و مصرف توأم مواد مخدر از ادامه درمان بصورت موثر سرباز می‌زنند. اصولاً انگیزه خود را بر دوری جستن از مواد پایین تلقی کرده و از شبکه حمایتی قوی نیز برخوردار نیستند. انگیزه ورود به طرح شربت تننور در این بیماران ممکن است صرفاً عدم توان پرداخت هزینه ماده مخدر غیر مجاز یا ترس از عواقب قانونی باشد. با این وجود، ورود این‌گونه بیماران با نیت کاهش آسیب و علاقمند سازی به استمرار درمان پلامانع است.

۳- بیماریانی که مصرف کننده شیره و تریاک هستند و قصد جدا شدن کامل از مواد افیونی را دارند ولی مصرف خود را سنگین‌تر از آن ذکر می‌کنند که قادر به جدا شدن یکباره از آن باشند. چنین بیماریانی معمولاً سابقه مصرف دراز مدت شیره و تریاک و گاهی با مقادیر بسیار زیاد را دارند اما سابقه مصرف موادی چون هروئین و کراک را نمی‌دهند و از نظر کارکرد اجتماعی و فردی در وضع نسبتاً مطلوبی در مقایسه با سایر معتادان قرار دارند. در برخی ممکن است مصرف تریاک محدود به مقادیر کم و در حد ۳-۴ گرم در روز باشد. با این حال چنین بیماریانی ذکر می‌کنند که قادر به جدا شدن از مصرف پلو اندک خود نبوده و قطع مصرف با عود همراه است. چنین بیماریانی از طرح شربت تریاک بویژه مدل قطع تدریجی استقبال کرده و پاسخ مطلوب نیز می‌گیرند.

۴- بیماریانی که اصولاً علاقه یا باور قوی به سم‌زدایی بسیار تدریجی (در حد ۶-۹ ماه) دارند. این بیماران مواردی هستند که معمولاً خود از طریق قطع آهسته و تدریجی (*tapering*) ماده مخدر مصرفی خود به‌ویژه تریاک یا شیره سعی در رسیدن به پرهیز دارند و باور قوی فرهنگی یا خانوادگی دارند که راه درمان آن‌ها، جدا شدن تدریجی از مواد مخدر است. بسیاری شخصاً یا در اطرافیان خود از روش تهیه شربت سوخته تریاک و رفیق کردن تدریجی آن پاسخ مناسب دیده یا به آن اعتقاد دارند. تجربه نشان داده که این‌گونه بیماران در برنامه‌های کاهش بسیار تدریجی متادون یا MTT معمولاً موفق نبوده و قادر به جدا شدن از متادون نیستند لذا تننور می‌تواند جایگزین مناسبی برای این بیماران باشد.

۵- بیماریانی که تجربه سایر درمانهای رایج از جمله سم‌زدایی، NA و سایر گروه‌های خودیاری، درمان نگهدارنده را ندارند و مراجعه آنها اولین اقدام درمانی بعد از ابتلاء به اعتیاد است بهتر است به درمان های رایج ارجاع شوند هر چند چنین دستوری مطلق نبوده و برخی بیماران به ویژه مانند موارد ۳ یا ۴ گاهی کاندیدهای موفق و مطلوبی جهت درمان تنتور هستند.

۶- بیماریانی که سوءمصرف مواد مخدر غیر افیونی مانند سوءمصرف شیشه، حشیش، اکستازی و ... در کنار وابستگی به مواد افیونی دارند، جزء موارد بحث انگیز درمان هستند. پژوهش‌ها فعلاً از آن حکایت دارند که سوءمصرف چند ماده علاوه بر مواد افیونی باعث کاهش اثربخشی و موفقیت درمان با تنتور اپیوم می‌گردد. اما از طرفی این کاهش موفقیت درباره سایر درمان‌های پرهیز مدار و نگهدارنده نیز صادق است. در چنین مواردی با توجه به این‌که شواهد قاطع در چنین مواردی له یا علیه درمان با تنتور اپیوم برای اینگونه بیماران وجود ندارد و تجارب فعلی نیز کافی نیستند لذا توصیه می‌شود درمانگر طی بررسی و مشاوره با بیمار و بهره‌گیری از تجربه خود اقدام به تصمیم‌گیری نماید. در چنین مواردی احتمال مسمومیت و عوارض داخلی- جسمی (بعنوان مثال در مصرف کنندگان همزمان الکل و مواد افیونی) بیماران باید همواره مد نظر باشد. با وجودی که مصرف کنندگان چند ماده‌ای در اکثر درمانها موارد مشکل سازتر را تشکیل می‌دهند اما از آنجائی‌که امکان بهره بردن آنها از درمان‌های جدید مانند درمان با شربت اپیوم نیز محتمل است، نباید به صرف مصرف چند ماده بیماران را از درمان با تنتور محروم کرد.

۷- بیماریانی که راضی یا قادر به رعایت ضوابط درمان با تنتور اپیوم (از جمله مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت سهمیه، پرداخت حق الزحمه و ...) نیستند طبعاً بهتر است وارد درمان نگردند.

۸- با توجه به عرضه محدودتر درمان با تنتور اپیوم در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله درمان‌های نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین، بیماریانی که هرگونه قصد سفر به خارج از کشور را دارند یا در داخل ایران قصد مسافرت بیش از ۵ روز در طی سال آتی را دارند یا قرار است به مکان دیگری نقل مکان نمایند بهتر است در درمان با تنتور اپیوم قرار نگیرند.

۹- در هنگام درمان با تنتور اپیوم، آزمایش ادرار بیماران از نظر مورفین همواره مثبت خواهد بود. بنابر این چنان‌که برای بیماری از لحاظ جنبه‌های قانونی، مانند آزمایش قبل از ازدواج، تایید گواهینامه یا استخدام و سایر موارد مشابه، دارا بودن آزمایش منفی مورفین ضروری باشد طبعاً بیمار نباید در درمان با تنتور اپیوم قرار گیرد. لازم به ذکر است که از آنجائی‌که با تکنولوژی فعلی امکان تمایز مصرف مواد افیونی غیر مجاز از تنتور اپیوم به‌صورت عینی وجود ندارد و گفته‌های بیمار تا پایان درمان عملاً تنها منبع آگاهی ماست، لذا مراکز درمانی نمی‌توانند جهت بیماران گواهی دال بر پرهیز از مواد مخدر غیر مجاز صادر کنند. اگر بیماری نیازمند این‌گونه گواهی‌ها باشد، نمی‌تواند در درمان با تنتور اپیوم شرکت کند.

۱۰- میزان اطلاعات ما درباره اثرات خفیف شناختی در تنتور اپیوم اندک است. تا زمان تکمیل یافته‌ها و تجارب بیشتر، از مصرف تنتور اپیوم در افرادی که دارای مشاغل پر خطر بوده (نظیر کار در ارتفاع، کار با ماشین‌آلات خطرناک و حساس، رانندگان بیابانی) یا در افرادی که نیازمند هوشیاری بالا جهت فعالیت هستند، خودداری شود.

مراکزى که قادر به عرضه درمان به کمک تنتور اپیوم هستند:

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش در چند مرکز، تاکید بر این است که تنتور اپیوم تنها در مراکزى عرضه گردد که مجاز به ارائه درمان نگهدارنده بر اساس مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند. با این‌حال علاوه بر این شرط لازم است:

- ۱- مرکز سابقه ارائه حداقل ۲ سال درمان نگهدارنده با متادون و یا بوپرنورفین را داشته باشد.
- ۲- حداقل ۱۰۰ بیمار تحت درمان سوءمصرف مواد با متادون یا بوپرنورفین را تحت پوشش داشته باشد.
- ۳- طی سابقه کاری خود گزارش طرح تخلف در کمیته ماده ۳۱، لئو پروانه یا شکایت منجر به محکومیت قضایی نداشته باشد.
- ۴- دارای فضای ایمن جهت ذخیره تنتور اپیوم باشد. با توجه به این‌که هر بیمار در ماه حدود ۰/۵ تا ۱ لیتر مصرف تنتور دارد و در صورت دارا بودن ۵۰ بیمار در فهرست درمان، نیاز به ذخیره ۵۰ لیتر تنتور است، این فضا باید ظرفیت حداقل این مقدار را داشته باشد. بدیهی در



اغلب موارد ذخیره‌سازی چنین حجمی در گاو صندوق میسر نبوده و لازم است اتاق یا انباری با حفاظ یا در محکم با قفل مناسب برای این منظور در نظر گرفته شود. هر مرکز درمانی باید گنجایش انبار یکماه مصرف روزانه خود را دارا باشد.

۵- فضای مناسب جهت توزیع تنتور را دارا باشد. در این زمینه باید دقت گردد که تنتور در قالب شیشه‌های ۱ لیتری عرضه می‌گردد و نیاز روزانه بیمار باید در شیشه‌های مجزا تقسیم گردد. با توجه به اینکه بو و ظاهر تنتور ممکن است برای سایر بیماران (مانند بیماران متادون، بوپرنورفین، سم‌زدایی، روان‌درمانی و غیره) تحریک کننده بوده و باعث شروع trigger و سوسه گردد، فرایند توزیع و پیمانه کردن dispensing باید در مکانی مجزا از مراجعه بیماران غیر تنتور قرار داشته و واجد تهویه مناسب نیز باشد.

۶- مرکز درمانی دارای ابزار پیمانه کردن تنتور با دقت ۱/۴ میلی‌متر مکعب (سی‌سی) باشد. این امر از طریق پیمانه کننده‌های آزمایشگاهی dispenser یا سایر ابزار آزمایشگاهی چون بورت، استوانه مدرج، سرنگ مدرج امکان پذیر است.

۷- ظرفیت پذیرش بر مینا و مشابه ظرفیت پذیرش در واحدهای درمان نگهدارنده با آگونست خواهد بود.

مشخصات درمانگران مراکز عرضه تنتور ایپوم

نیروی انسانی مراکز درمان با تنتور ایپوم باید واجد شرایط مقررات مراکز درمان با داروی آگونست مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشند. با این حال با توجه به حساسیت درمان بکمک این ماده و همچنین تجربه بسیار کمتر درمان با آن در مقایسه با متادون و بوپرنورفین، دارا بودن موارد تکمیلی زیر الزامی است:

۱. پزشک مسئول فنی و پزشکان درمانگر حداقل ۲ سال سابقه فعالیت در درمان نگهدارنده داشته باشند.
۲. مرکز باید به ازای هر ۵۰ بیمار تحت درمان با تنتور ایپوم دارای یک روانشناس تمام وقت باشد.
۳. روانشناس مرکز لازم است حداقل دارای ۲ سال سابقه فعالیت در مراکز درمان با آگونست بوده و دوره‌های دوهفته‌ای آموزش درمان‌های غیردارویی سوءمصرف مواد را گذرانده باشد و ضمن آن دوره در موارد زیر آموزش دیده باشد:

- اصول درمان نگهدارنده

- اصول مشاوره، مصاحبه و برخورد با معتادان

- مداخلات غیر دارویی در درمان نگهدارنده

- بازتوانی

- پیشگیری از عود

- ارزیابی و سنجش سوءمصرف مواد مخدر



ارزیابی بیماران

انجام ارزیابی دقیق از بیماران لازمه موفقیت و پیگیری درمان با تننور اپیوم است. از آنجائیکه تننور اپیوم یک مخدر با قدرت سوء مصرف است، لازم است هر مرکز ضمن اخذ شرح حال دقیق و بررسی جامع نیمرخ بیماران، مجموعه‌ای از اطلاعات زیر را بدو شروع درمان درباره هر بیمار بدست آورده و بشکل الکترونیک ذخیره نماید. این اطلاعات با حفظ امانتداری در هویت بیماران و رعایت اصول اخلاقی و رازداری حرفه‌ای در اختیار مسئولین درمانی قرار خواهد گرفت.

۱. مشخصات دموگرافیک پایه شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات
۲. ماده مخدر اصلی مصرفی
۳. سابقه سوء مصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم‌زها، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی عمر
۴. مصرف دسته‌های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، توهم‌زها، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی ۳۰ روز گذشته با اشاره به روش غالب مصرف هر کدام
۵. میزان مصرف ماده مخدر در ماه گذشته از نظر مقدار یا ارزش نقدی آن
۶. سابقه درمان‌های قبلی در زمینه اعتیاد از جمله روش‌های بستری، بازتوانی اقامتی، اردوگاه‌ها، سرپایی، خودیاری و غیره
۷. وضعیت تزریق در گذشته و حال
۸. سابقه زندان
۹. شمه‌ای از رفتارهای جنسی بیمار به‌ویژه نگاهی به رفتارهای جنسی پر خطر
۱۰. سابقه بیماری جسمی عمده
۱۱. سابقه بیماری روانی در گذشته و یا حال (افسردگی، اضطراب، اقدام یا افکار خودکشی، پسکوز، بستری روانپزشکی)
۱۲. داروهای مورد استفاده بیمار
۱۳. اطلاع از وضعیت هیاتیت و آلودگی به ویروس ایدز^۲
۱۴. وضعیت درآمد بیمار و اشتغال ایشان
۱۵. وضعیت سکونت و شرایط زندگی بیمار
۱۶. سوء مصرف مواد مخدر در خانواده و همچنین افرادی که با بیمار زندگی می‌کنند
۱۷. سابقه مسمومیت با مواد افیونی
۱۸. میزان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی از بیمار
۱۹. چگونگی ارجاع و یا انگیزه بیمار در مراجعه به مرکز درمانی

در کنار ارزیابی‌های فوق لازم پزشک معالج معاینات و بررسی‌های زیر را بعمل آورد:

۱. معاینه عمومی و علایم حیاتی
۲. آزمایش روتین خون، قند، آنزیم‌های کبدی، عملکرد کلیوی، وضعیت تری‌گلیسریدها و کلسترول، تست حاملگی در زنان
۳. نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی یا سن بالای ۵۰ سال

^۲ انجام آزمایش جهت ویروس ایدز و هیاتیت الزامی نیست و چنانچه بیمار راغب است یا انجام داده نتیجه آن پرسیده و ثبت گردد.



۴. آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپین‌ها و متامفتامین علاوه بر معاینات مذکور در بدو ورود لازم است هرماه بخشی از این ارزیابی‌ها تکرار گردد. اطلاعاتی که لازم است ماهانه از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر است:

۱. مصرف انواع مواد مخدر به تفکیک در ماه گذشته و هزینه آن
 ۲. وضعیت اشتغال بیمار در ماه گذشته
 ۳. تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی در ماه گذشته
 ۴. عوارض جانبی و نشانه‌های مسمومیت در طی ماه قبل
 ۵. حالات روانی از جمله خلق افسرده، اضطراب، افکار خودکشی یا خود زنی، توهم و هذیان، پرخاشگری، مصرف داروهای اعصاب در طی ماه قبل
- در خلال و علاوه بر ارزیابی‌های ماهانه، لازم است پزشک معالج بر اساس جدول زیر بیمار را ویزیت کرده و همچنین آزمایش‌های ادرار از نظر مصرف مواد غیر افیونی بعمل آورد.

اقدام لازم	هفته اول	هفته ۲،۳،۴	ماه ۳،۳	ماه ۴ بعد
ویزیت	هر روز	هفته‌ای ۲ بار	هفته‌ای ۱ بار	هر ۲ هفته یکبار
آزمایش ادرار از نظر متامفتامین و بنزودیازپین‌ها	بدو درمان	هفته‌ای ۱ بار	هر ۲ هفته یکبار	هر ۲ هفته یکبار

الگوهای درمانی به کمک شربت تنتور اپیوم

طی بررسی‌های مقدماتی چند الگوی موثر درمانی به کمک شربت تنتور اپیوم بدست آمده است که مختصراً شرح داده خواهد شد. هر الگو از دو جزء درمان دارویی (یعنی استفاده از تنتور اپیوم) و جز غیر دارویی یعنی مداخلات غیر دارویی (روانشناختی) تشکیل شده است. ابتدا الگوهای دارویی توضیح داده می‌شود:

• الگوی درمان نگهدارنده با هدف اولیه کاهش آسیب :

در این الگو یا روش، بیماران روزانه مقادیر ثابتی از شربت را مصرف می‌کنند و در جریان دوره درمانی میزان شربت بیماران کاهش نمی‌یابد. هدف از این الگو جایگزین سازی شربت تنتور با ماده مخدر غیر مجاز بیماران است و شباهت زیادی به درمان‌های آستانه پائین Low threshold متادون دارد. بیماران مصرف ماده مخدر خود را کنار گذاشته و طی چند روز به طور کامل به درمان با تنتور منتقل می‌گردند.

• الگوی کاهش تدریجی شربت تنتور با هدف قطع کامل و رسیدن به پرهیز

در این الگو بیماران بعد از ثابت شدن بر روی شربت تنتور و کناره گیری از ماده مخدر مصرفی غیر مجاز طی مدت نسبتاً طولانی به عنوان مثال ۶ تا ۱۲ ماه به کاهش تدریجی و قطع کامل شربت اقدام می‌کنند. شواهدی قابل توجهی از پژوهش‌های قبلی در این باره نیز بدست آمده است. قطع تدریجی احتمالاً از راه‌های زیر برای بیماران کمک کننده است:

۱. از آنجائی که قطع و جدا شدن از ماده مخدر بسیار تدریجی است عملاً بسیاری از فواید " الگوی درمان نگهدارنده با مصرف اولیه کاهش آسیب " نیز برای آن متصور است. به ویژه در چند ماه اول بسیاری از بیماران شباهت زیادی بین دو الگو احساس می‌کنند.
۲. قطع بسیار تدریجی با علائم کمتر محرومیت و ناراحتی ناشی از آن همراه است.

۳. بنظر می‌رسد در فرایند ترک اعتیاد آنچه از علائم محرومیت اهمیت بیشتری دارد علائم استرس عمومی است. بدین معنی که جدا شدن از یک رفتار اعتیادی با بروز یک واکنش استرس عمومی همراه است. در طی ماه‌های اول افزایش ترشح کورتیزول، ACTH، TNF، IL-2 و سایر پروتئین‌ها و هورمون‌های وابسته به استرس مشاهده می‌شود. همزمان چرخه‌های شبانه روزی circadian تا مدت‌ها بعد از ترک اختلال نشان داده و به حالت اول خود باز نمی‌گردند. این سندرم فراگیر مرتبط با استرس نه تنها سلامت عمومی بیماران را به خطر می‌اندازد، بلکه با حساس سازی آنها به استرس، زمینه‌ساز عود نیز می‌گردد. در جریان ترک تدریجی این فرصت برای سیستم عصبی مرکزی فراهم می‌گردد تا به این تغییرات انطباق یافته و از شدت اثر آن بر عود کاسته شود.
۴. قطع بسیار تدریجی به بیماران فرصت می‌دهد تا طی فرایند جدا شدن از ماده مخدر خود (تنتور اپیوم) همزمان به ترمیم جنبه‌های خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فردی زندگی خود اقدام نمایند. بسیاری بیماران طی ماه‌های اول الگوی قطع تدریجی تا حد قابل قبولی به محیط طبیعی و سالم خود باز می‌گردند و همزمان به اصلاح مشکلات اقتصادی و قانونی زندگی خود اقدام می‌کنند. بازگشتن به محیط قبل از اعتیاد reintegration در درصدی از بیماران به صورت مشهودی اتفاق می‌افتد.
۵. سرانجام عده‌ای از بیماران به پرهیز کامل (abstinence) از تمام مواد افیونی می‌رسند و زندگی بدون ماده مخدر را دنبال می‌کنند.

• الگوی مرکب

این الگو آمیزه‌ای از فرایندهای فوق است بدین صورت که برای مدتی به عنوان مثال ۳ تا ۶ ماه دوز بیمار ثابت نگه داشته شده و بعد از آن قطع تدریجی ۶ تا ۱۲ ماهه آغاز می‌گردد. واضح است که این الگو مخلوطی از روش‌های فوق بوده و فواید هر دو آنها را به همراه خواهد داشت.

روش تعبیه الگوهای درمانی دارویی:

تجارب متعددی درباره چگونگی تعبیه الگوهای مختلف دارویی بکمک تنتور اپیوم طی ۳ سال اخیر بدست آمده است. در قسمت ذیل به اختصار شیوه‌های شروع و استمرار درمان بر اساس الگوهای "درمان نگهدارنده" و "کاهش تدریجی" توضیح داده می‌شود. مراجعین به مراکز درمانی یا زندانی در یکی از زندان‌های شرکت کننده در درمان بعد از توضیح جریبات فرایند درمان توسط گروه درمانی، در صورت اعلام رضایت کتبی به شرکت در برنامه درمان، توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گرفته و در جریان مصاحبه اطلاعات لازم در زمینه سابقه سوء مصرف موادمخدر، بیماری‌های روانی همراه، بیماری‌های جسمی، سابقه مصرف داروهای غیر مخدر، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی کسب خواهد شد. مشروح موارد مورد ارزیابی در قسمت ارزیابی بیماران ذکر گردیده‌است. در صورت وجود شرایط ورود به درمان و نبود شرایط عدم درمان و صلاحدید و تأیید پزشک معالج، بیمار جهت درمان سرپایی با تنتور معرفی می‌گردد. قبل از شروع درمان، بیماران علاوه بر انجام آزمایش‌های روتین، در صورتی که دارای سابقه بیماری قلبی ریوی و یا بیماری‌های عمده داخلی باشد، توسط همکاران متخصص داخلی معاینه و ویزیت می‌گردند. در صورت نبود منع طبیبی درمان و رعایت ۷ بند مندرج در قسمت اندیکاسیون‌های مطلق، درمان با تنتور اپیوم آغاز می‌گردد.

در الگوی درمان نگهدارنده و همچنین در الگوی کاهش تدریجی اصولاً به ترتیب ۴ و ۳ مرحله نسبتاً مجزا قابل تعریف است.

این مراحل جهت درمان نگهدارنده عبارتند از:

۱. مرحله القاء
۲. مرحله ثبات اولیه یا زودرس
۳. مرحله ثبات اصلی یا پایدار



۴. مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده

در جریان الگوی کاهش تدریجی نیز این مراحل به قرار زیر تعریف می‌شوند:

۱. مرحله القاء

۲. مرحله ثبات اولیه یا زودرس

۳. مرحله کاهش تدریجی

مرحله القاء: همانگونه که مشاهده می‌شود، صرف نظر از نوع الگوی درمانی ("درمان نگهدارنده" یا "کاهش تدریجی") این مرحله مشترک است. هدف از آن تبدیل مصرف ماده مخدر بیمار اعم از تریاک، شیره، هرویین، کراک یا سایر ترکیبات اوبیوئیدی به معادل فارماکولوژیک آن توسط تنتور اپیوم است. عبارت دیگر بیمار به حدی تنتور دریافت دارد تا از نظر تجربه علائم محرومیت در حد مصرف ماده مخدر معمول خود باشد. این مرحله در درمان نگهدارنده با متادون هم وجود دارد اما از آنجا که تنتور اپیوم شباهت زیادتری به مواد معمول بیماران دارد گذر از آن مواد به تنتور راحت‌تر بوده و بیماران آنرا به سهولت تحمل می‌کنند. اساس آن بسیار ساده است. از بیمار درخواست می‌شود تا از شب قبل از شروع درمان مصرف مواد مخدر خود را متوقف نماید و از مصرف خودسر داروهای آرامبخش نیز پرهیز کند. بر این اساس بیمار صبح روز شروع درمان در صورت رعایت عدم مصرف از شب قبل با علائم محرومیت مراجعه خواهد کرد. در این زمان جهت ایشان ۱۰ سی‌سی تنتور اپیوم تجویز می‌گردد و ۱ ساعت بعد بیمار مجدداً ارزیابی می‌شود. در صورت وجود علائم محرومیت تجویز ۵ سی‌سی تنتور تکرار می‌گردد و ۱ ساعت دیگر بیمار تحت نظر می‌ماند. پروسه فوق یعنی تجویز ۵ سی‌سی تنتور و بررسی مجدد بعد از یک ساعت آنقدر تکرار می‌گردد تا بیمار از علائم محرومیت عاری گردد.

در چنین حالتی تجویز تنتور متوقف شده و بیمار بعد از یک ساعت مراقبت از نظر بروز احتمالی عوارض جانبی، مرخص می‌گردد. بیمار مذکور بعد از ظهر همان روز (حوالی ۵ بعد از ظهر) مجدداً ویزیت می‌شود. در چنین شرایطی در صورت وجود علائم محرومیت دوز عصرگاهی تجویز می‌شود. مقدار این دوز بر اساس توصیه‌های زیر است:

عدم وجود علامت ترک: ترخیص جهت ویزیت روز بعد

علائم ملایم ترک: معادل یک سوم (حدود ۱/۳۰) دوز صبح تکرار گردد.

علائم متوسط ترک: معادل نصف دوز صبح تکرار گردد.

• علائم شدید ترک: تا حداکثر ۷۵ درصد دوز صبحگاهی تکرار گردد.

بعنوان مثال اگر بیمار در صبح مجموعاً ۲۰ سی‌سی تنتور دریافت داشته و عصرگاه علائم متوسط ترک دارد، جهت ایشان $20 \times 50\% = 10$ cc بعنوان دوز عصر تجویز می‌گردد. در چنین حالتی دوز کامل روزانه بیمار $30 = 10 + 20$ سی‌سی خواهد بود. در اکثر موارد مقادیر بدست آمده به الگوی نهایی بیمار بسیار شبیه است و بندرت طی روزهای آتی به تغییر عمده نیاز پیدا می‌شود. همچنین الگوی تقسیم دوزها به دو دوز صبح و عصر جهت روزهای بعدی نیز تکرار می‌گردد با اینحال گاهی لازم است پزشک معالج در روزهای بعد بر اساس شدت علائم صبحگاهی و بعد از ظهر، دوزهای مربوطه را بصورت ظریف‌تر تنظیم نماید. نکته دیگری که توصیه می‌گردد این است که سعی شود در روزهای بعدی بتدریج و تا حد امکان از دوز عصرگاهی کاسته شده و بجای آن بر دوز صبح افزوده شود.

در جریان مرحله القاء بیماران به طور روزانه به درمانگاه مراجعه نموده و سهمیه داروی هر روز خود را دریافت خواهند داشت. این عمل ترجیحاً در ایام تعطیل نیز صورت خواهد گرفت و توصیه می‌گردد تنتور روزانه در اختیار بیمار قرار نگیرد. بیمار موظف است دوز روزانه خود را نیز در حضور پرستار یا پزشک طرح مصرف کند. بیماران غیر از درمان‌شوندگان در زندان‌ها، تنها مجاز به دریافت حداکثر معادل ۵۰ درصد دوز صبحگاهی خود برای منزل خواهند بود. به‌عبارت دیگر ۲/۳ دوز کل روزانه صبح و ۱/۳ مابقی جهت عصر تجویز خواهد شد. در برنامه درمانی در زندان‌ها اصولاً دوز بردن بی‌معنا بوده و مجاز نیست. بیماران در صورت نیاز به دوز مکمل عصرگاه باشند، باید شخصاً به درمانگاه مراجعه نمایند. پیش‌بینی می‌شود

که مرحله القاء ظرف مدت یک هفته پایان یابد. در جریان آن لازم است علاوه بر مراجعه روزانه جهت دریافت تنتور، بیمار هر روز توسط پزشک معالج ویزیت گردد.

مرحله ثبات اولیه یا زودرس: بعد از انتقال بیمار از ماده مخدر غیر مجاز به تنتور، لازم است بیمار مدتی بر روی تنتور تثبیت گردد. این امر حتی در صورتی که هدف درمان کاهش تدریجی و نه درمان نگهدارنده باشد، کماکان صادق است. در جریان آن علایم ترک و وسوسه بیماران تقلیل یافته و بیمار احساس رضایت از دوز خود خواهد داشت. در طی این مرحله بیمار روزانه جهت دریافت تنتور خود مراجعه نموده و لازم است به صورت هفته‌ای ۲ بار توسط پزشک معالج ویزیت شود. چنان که بیمار از علایم محرومیت رنج ببرد یا وسوسه خود را بسیار زیاد قید کند، پزشک می‌تواند در جریان این مرحله دوز بیمار را مجموعاً تا حداکثر یک سوم افزایش دهد. اما لازم به ذکر است که این افزایش در هر نوبت نباید بیش از ۱۰٪ دوز قبلی باشد. بعنوان مثال اگر بیماری روزانه (مجموع صبح و عصر) ۳۰ سی‌سی شربت دریافت می‌دارد و به‌واقع دوز مرحله القاء او این مقدار باشد، چنان که بعد از گذشت مثلاً ۲ هفته علایم ترک را تجربه کند، پزشک مجاز خواهد بود دوز او را حداکثر به ۴۰ سی‌سی برساند. توجه داشته باشید رساندن دوز از ۳۰ سی‌سی به ۴۰ سی‌سی یک‌باره مجاز نبوده (بدلیل امکان مسمومیت) و حداکثر روزانه ۱۰٪ یعنی حدود ۳ سی‌سی می‌توان به دوز بیمار افزود. در بعضی بیماران ممکن است در چند هفته اول به‌دلیل تحمل به شربت تنتور، نیاز به افزایش دوز بسته به زمان بروز علایم، چه صبح و چه عصرگاه باشد.

مرحله ثبات اصلی یا پایدار: در الگوی درمان نگهدارنده بعد از سپری شدن مرحله ثبات اولیه بیمار وارد مرحله اصلی درمان نگهدارنده می‌شود. در جریان این مرحله دوز بیمار در حد ثابت نگه‌داشته می‌شود و بیمار روزانه جهت مصرف دوز صبح‌گاه خود به مراکز درمان مراجعه می‌کند. باور بر این است که این دوره به بیمار کمک خواهد کرد تا به الگوی زندگی طبیعی بازگشته و آسیب‌های اعتیاد در وی تا حد امکان تقلیل یابد. جهت موفقیت این امر همانطور که اشاره خواهد شد، نقش روان‌درمانی و مشاوره بسیار برجسته بوده و بر اساس یافته‌های فعلی بدون مداخلات غیر دارویی، شانس موفقیت بسیار اندک خواهد بود.

مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده: در صورت بهره‌مندی صحیح از مداخلات غیر دارویی و پایبندی به رژیم دارویی تنتور بسان سایر درمان‌های نگهدارنده، انتظار می‌رود بیماران بعد چندین ماه یا چند سال، به ثبات رفتاری رسیده و از نظر شاخص‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی، شغلی، خانوادگی و قضایی به حد قابل قبول برسند. در چنین حالتی لازم است درمانگر با توافق بیمار به کاهش بسیار تدریجی دوز بیمار مبادرت نماید. این کاهش از پروتکل خاصی پیروی نمی‌کند و صرفاً بر اساس کاهش سپس ارزیابی سپس کاهش استوار است. گاهی این مرحله می‌تواند شبیه مرحله سوم الگوی کاهش تدریجی که به آن اشاره خواهد شد، باشد. گاهی نیز لازم است حتی از آن نیز بصورت بطی‌تر اعمال گردد و بیش از یکسال بطول انجامد. نکته‌ای که آنرا از مرحله ۳ الگوی کاهش تدریجی متمایز می‌کند، این است که در الگوی کاهش تدریجی، میزان کاهش و زمان هر کاهش از ابتدا مشخص شده و بایستی حتی‌الامکان بدان پایبند بود ولی در مرحله ۴ الگوی درمان نگهدارنده، عملاً توانایی و تمایل بیمار زمان جدا شدن را تعیین می‌کند.

مرحله کاهش تدریجی: در الگوی کاهش تدریجی، بعد از مشخص گردیدن دوز روزانه و تنظیم نسبت دوز صبح به عصر و سپری شدن مرحله ثبات اولیه که انتظار می‌رود بعد از ماه اول حاصل گردد، کاهش تدریجی آغاز می‌گردد. در جریان کاهش تدریجی هر ماه دوز بیمار به ۸۰ درصد دوز ماه قبل می‌رسد. عبارت دیگر هر ماه ۲۰ درصد دوز ماه قبل کاسته می‌شود. بعنوان مثال اگر دوز کل روزانه بیمار ۳۰ سی‌سی است، بعد از یکماه به $24cc = 30 \times 80\%$ می‌رسد. در ماه بعد این رقم به $19cc \sim 24 \times 80\%$ و در ماه سوم به $15cc = 19 \times 80\%$ می‌رسد. کاهش تدریجی استمرار یافته تا تنتور کاملاً قطع گردد.

لازم است کلیه ویزیت‌ها و مداخلات درمانی در قسمت‌های مربوطه در پرونده بیماران ثبت گردد.

همچنین لازم به یادآوری است که کلیه بیماران می‌بایستی بر اساس شاخص‌های مقرر در پرسشنامه‌های ارزیابی که مورد استفاده مراکز درمانی قرار می‌گیرند، طی ارزیابی‌های ماهانه مواردی شامل: سوءمصرف مواد مخدر، رفتارهای جنسی مخاطره‌آمیز، استفاده از سرنگ اشتراکی، ارتکاب جرم



و جنایت و بازداشت، وضعیت شغلی، سلامت جسمی عمومی و روابط خانوادگی ارزیابی گردد. رضایت بیمار از درمان و استمرار حضور وی برنامه‌ها و تداوم مصرف تنتور، تعداد مراجعات بیماران به درمانگاه، تعداد دفعات بهره‌مندی از خدمات مشاوره و روان‌درمانی نیز باید به‌صورت دقیق ثبت گردد.

مداخلات غیر دارویی

بر اساس بررسی‌های اخیر در درمان به‌کمک تنتور اپیوم، واضحاً مشخص گردیده که درمان بدون ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی محکوم به موفقیت اندک بوده و با احساس ناامیدی در درمانگر و بیمار همراه است. تقویت مداخلات غیر دارویی از لوازم درمان با موفقیت بالاست. متأسفانه هنوز به‌درستی نمی‌توان درباره حجم مطلوب مداخلات غیر دارویی اظهار نظر نمود. البته این ابهام مختص تنتور اپیوم نبوده و درباره درمان نگهدارنده با متادون که بیش از ۴۵ سال از عمر آن می‌گذرد، صادق است. با توجه به بررسی مراکز مختلف و الگوهای متعدد درمانی، موارد زیر جهت استفاده از درمان‌های غیر دارویی تأکید می‌گردد:

• ارائه خدمات روان‌درمانی و مشاوره در مرکز و به‌کمک پرسنل درمانی الگوی دیگر مداخلات غیر دارویی است. بر این اساس بیماران و خانواده آنها باید از حداقل خدمات زیر بهره‌مند شوند:

۱. روان‌درمانی فردی بر مبنای "درمان‌های غیر دارویی در درمان نگهدارنده"، به مدت ۳ ماه و به میزان هفته‌ای ۲ جلسه یک ساعته (جهت ۳ ماه اول)
۲. ۶ جلسه آموزش خانواده (در ۳ ماه اول)
۳. جلسات یک ساعته روان‌درمانی حمایتی و مشاوره فردی به میزان هفته‌ای ۱ جلسه از انتهای ماه سوم بحد تا پایان درمان^۳

عدم شرکت بیمار در جلسات درمان غیردارویی و مشاوره به منزله خروج بیمار از درمان تلقی می‌گردد.

برنامه دوز منزل

طبق پروتکل موقت درمان، تجویز دوز منزل تنتور اپیوم مجاز نمی‌باشد. قوانین مربوط به دوز منزل در پروتکل دائم اعلام خواهد گردید.

شرایط نگهداری و توزیع:

شریت تنتور اپیوم را در شرایط متعارف نگهداشته و از نور خورشید، دمای بالا یا پائین دور نگهدارید. قبل از توزیع شریت تأکید می‌شود حتماً شیشه را بخوبی تکان دهید. مواردی مشاهده شده است که شریت بر اثر گذشت زمان ته‌نشین شده و غلظت آن از قسمت‌های مختلف تفاوت کرده است. به گونه‌ای که برخی از بیماران ابراز داشته‌اند اثر و قدرت آن کاسته شده ولی عده‌ای دیگر به‌ناگاه اثر آن را بیش از دفعات قبل احساس کرده‌اند. مسئله ته‌نشینی و رسوب به جدار شیشه نکته‌ای مهم است که باید بدان توجه کرد. شریت قبل از توزیع به‌خوبی تکان داده شود. تولیدکننده در مراحل بعدی با اصلاح فرمولاسیون این نقص را بر طرف خواهد کرد.

^۳ در صورت ارائه درمان‌های اختصاصی چون کنترل خشم، مدیریت استرس، مهارت‌های بین‌فردی، زوج درمانی، خانواده درمانی و مشابه آن‌ها، ساعات این درمان‌ها می‌تواند جز وساعات موظف ارائه خدمات روان‌درمانی محاسبه شده و از ساعات فوق کسر گردد.

جهت مصرف و توزیع تنتور، قسمت آلومینیومی در شیشه را بشکنید و درپوش پلاستیکی را بردارید. بدلیل غلیظ بودن تنتور، سعی نکنید بکمک سرنگ و سوزن (مانند سرم تزریقی یا آمپول) آنرا از ظرف خارج سازید. توجه داشته باشید محتویات تنتور استریل نبوده و مطلقاً قابل تزریق نیست.

چند ملاحظه اخلاقی:

- شرکت بیماران در درمان کاملاً اختیاری بوده و نباید هیچگونه درمان اجباری صورت پذیرد.
- قبل از شرکت هر بیمار توسط همکاران طرح و توسط جزوات مکتوب با مشخصات درمان با آشنا شده و تنها بعد از رضایت کتبی آگاهانه قادر به حضور در طرح خواهند بود.
- در کلیه مراحل درمان بیماران باید بتوانند با رضایت شخصی از درمان خارج شوند.
- کلیه مدارک و پرسشنامه و سوابق محرمانه مانده تنها مورد استفاده از اطلاعات بدست آمده، پژوهش و تحقیق است. دیگران حتی بستگان بیماران نیز مجاز به دسترسی به آن نمی‌باشند. هرگونه استفاده دیگر از نتایج بدست آمده منوط به اجازه کتبی از بیماران و است. بدیهی است پایش و نظارت بر درمان توسط کارشناسان معاونت درمان دانشگاه‌های مربوطه طبق روال مشخص شده در پروتکل و آئین‌نامه درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست صورت خواهد پذیرفت.
- بیماران بعد از اتمام دوره درمان و دوره پیگیری، کماکان می‌توانند بر اساس ضوابط هر مرکز از خدمات درمانی، مشاوره‌ای و حمایتی بهره‌مند شوند.



پیوست: اطلاع رسانی به بیماران و بستگان

اعتیاد یک بیماری طولانی مدت و مزمن است، به این معنی که در اغلب موارد بیمار مبتلا به اعتیاد، سالهای زیادی با آن دست به گریبان است و در صورت عدم مداخله و درمان، بیماری او معمولاً سیر پیش رونده، تخریبی و عودکننده دارد. با گذشت زمان، در بسیاری از موارد میزان استفاده از مواد مخدر در معتادان بیشتر شده و این بیماران به سوی مواد مشکل آفرین تری چون هروئین و کراک و روش های پرخطری چون تزریق کشیده می شوند. از طرفی به تدریج این مصرف کنندگان از نظر روانی، جسمی، اجتماعی، رفتاری، اقتصادی و خانوادگی افت می کنند و گاهی مشکلات قانونی نیز به این عوارض افزوده می گردد. بسیار اتفاق می افتد که با پیشرفت اعتیاد، بیمار شغل خود را از دست می دهد و از نظر اقتصادی افت می کند، در زندگی زناشویی و خانوادگی دچار اشکال می شود، به ظاهر و نفاقت خود بی توجه می گردد، با اطرافیان به مشاجره می پردازد، از پذیرش مسئولیت می گریزد، مشکلات جسمی پیدا می کند، دچار افسردگی و اضطراب می شود، مردم او را طرد کرده و به وی بی اعتماد می شوند، از عوارض جنسی رنج می برد و ...

در چنین شرایطی بیماران تصمیم می گیرند که رفتار خود را تغییر دهند و مصرف خود را قطع کنند. عده ای از بیماران اصولاً قادر نیستند مصرف خود را و لو به مدت اندکی متوقف کنند. در این عده، ترک مصرف مواد بقدری با علایم شدید جسمی و روانی همراه است که در میانه راه بیمار منصرف شده و از پرهیز باز می ماند. اگر هم به پرهیز هرچند کوتاه مدت می رسد، بدلیل زیادی علایم، ترجیح می دهد که مصرف مواد مخدر را از سر گیرد. عده ای نیز با مشقت فراوان و تحمل عوارض جسمانی شدید ترک، مواد مخدر را کنار می گذارند. اما بعد از مدتی دوباره به مصرف مواد مخدر روی می آورند و با وجود اینکه به خود و اطرافیان قول داده اند که آخرین بار مصرفشان باشد، در ناامیدی و ناپاوری دوباره مصرف را شروع می کنند. دوره های مصرف و قطع مصرف، گاهی آنقدر تکرار می شود که برای بیمار و خانواده، هیچ امید و اعتمادی برجای نمی گذارد. در این موارد، گاهی بیمار و خانواده، متأسفانه به سرزنش یکدیگر می پردازند و هریک، دیگری را مقصر می شمارد. خانواده، انگیزه بیمار را زیر سوال برده و مدعی می شود او تلاش کافی نکرده است. بیمار نیز خانواده یا شرایط بیرون را مقصر دانسته و مدعی است آنها با ایجاد فشار روحی باعث عود مصرف شده اند. گاهی نیز عوامل دیگری مثل استمرار علائم جسمی، وسوسه، مشکلات اقتصادی، و غیره مسئول شکست بیمار شناخته می شوند.

در چنین شرایطی به بیماران توصیه می شود، بجای درمان های کوتاه مدت به درمان های طولانی تر از جمله درمان های نگهدارنده روآورند. در حال حاضر در ایران دو داروی متادون و بوپرنورفین به منظور درمان نگهدارنده استفاده می شوند. تنور اپیوم نیز بدین منظور به مجموعه داروهای مجاز در درمان نگهدارنده و دراز مدت افزوده شده است. این دو داروها خواصی مشابه با مواد مخدر بر روی بیمار دارند، با این تفاوت که: شروع و ناپدید شدن اثر آنها آهسته و ملایم تر است. معنی این حرف آن است که با مصرف این مواد وضعیت جسمی معتاد در حالت متعادل مانده و از نظر روحی دچار نوسانات نخواهد شد. این درحالیست که مواد مخدر غیر مجاز بویژه کراک، در اکثر اوقات نوسانات شدیدی ایجاد می کنند، گاهی بیمار را بسیار سرخوش و نشئه، و گاهی او را دچار خماری شدید می کنند. این نوسانات بر روحیه بیمار اثر مخرب گذاشته و قسمت زیانبار عوارض اعتیاد را سبب می شود. این داروها از طریق کاملاً بهداشتی تهیه شده اند، لذا فاقد هرگونه ناخالصی بوده و عوارض آنها بر بدن معتاد به ویژه کلیه و کبد و دستگاه گوارش در حداقل ممکن است. در حالیکه مصرف مواد غیرقانونی مشکلات جسمی فراوانی تولید می کند. با استفاده از این داروها به صورت درمان نگهدارنده، علائم جسمانی و وسوسه به میزان زیادی در بدن بیمار کنترل می شود. نداشتن وسوسه و کنترل علائم جسمانی بر روحیه بیمار و خانواده اثر خیلی مثبتی دارد و در بیمار، تمایل به مصرف مواد را تا حد زیادی متوقف می کند. تعادل رفتاری به وجود آمده در بیمار، به وضوح باعث خواهد شد که کمتر خشمگین شود و به دنبال آن مشکلات خانوادگی، شغلی و حقوقی کمتری خواهد داشت. عدم نیاز به تهیه ماده مخدر غیرقانونی، باعث می شود بیمار نیازی به تماس با قاچاقچیان و فروشندگان مواد نداشته باشد و علاوه بر از بین رفتن خطر دستگیری، نیازی به پرداخت هزینه برای تهیه ماده مخدر هم نخواهد داشت.



با قرار گرفتن بیمار روی این روش درمانی، شبکه دوستان فرد تغییر می کند، به این معنی که بیمار زمان، انگیزه و شرایط مناسبی برای تماس با افراد سالم خواهد داشت.

داروهای درمان نگهدارنده خوراکی هستند. بنابراین اگر بیمار قبلاً مواد مخدر را تزریق می کرده است، رفتار تزریقی در او کاهش خواهد یافت. برای بسیاری از بیماران، تزریق منجر به ایجاد زخم های وسیعی در سطح بدن شده و با انهدام رگ ها همراه است. در درمان نگهدارنده، این عوارض از بین می رود. با توقف تزریق، احتمال سرایت بسیاری از بیماری های عفونی (به ویژه ایدز) از راه سرنگ و سوزن برطرف می شود. با استفاده صحیح از درمان نگهدارنده، امکان مسمومیت با مواد مخدر بسیار کاهش می یابد. متأسفانه یکی از دلایل مرگ و میر در معتادان، مصرف ناگهانی و بیش از حد ماده مخدر است که منجر به مسمومیت یا بیش مصرف می شود. به دلیل خلوص این داروها، کسی که درمان نگهدارنده دریافت می کند، کمتر در معرض مسمومیت قرار می گیرد. در نهایت با توقف مصرف مواد مخدر و کاهش وسوسه و علائم روحی و جسمی، فرصت بازگشت بیمار به زندگی عادی، انتخاب شغل و توجه به زندگی خانوادگی فراهم می شود.



17

[Handwritten signature]