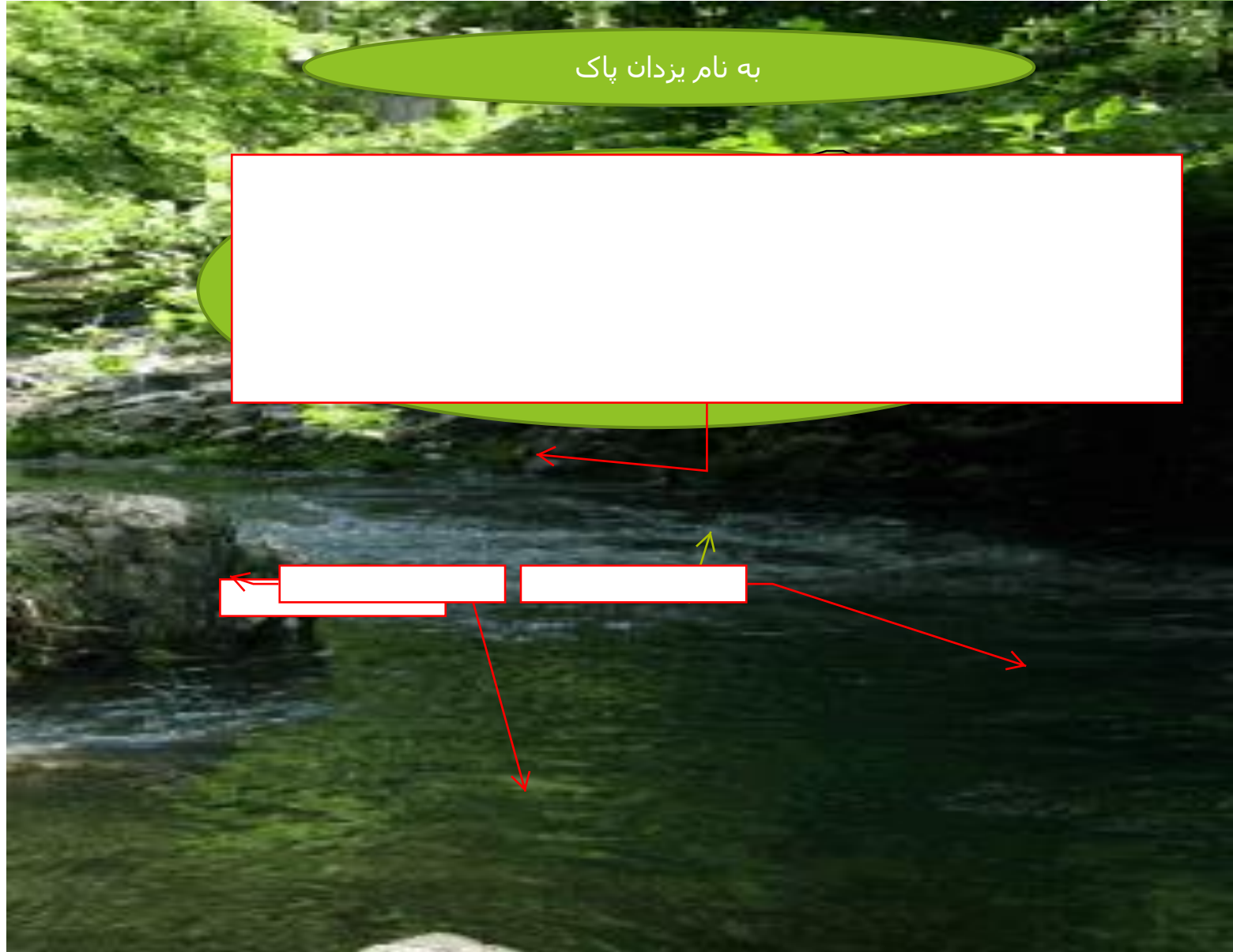
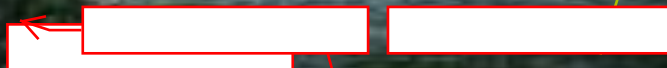


به نام یزدان پاک



تنتور اییوم







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

مزیت های داروهای جایگزین

1. خوراکی هستند یعنی نیازی به تزریق ندارند.
2. خالص بوده و عاری از ترکیبات فرعی با خواص نامشخص هستند.
3. طول اثر دراز مدت داشته لذا دفعات مصرف آنها کمتر است.
4. جذب و دفع دقیق تر و مشخص تري در مقایسه با هرویین و ترياك دارند، لذا تجویز راحتتر بوده و احتمال مسمومیت کمتر است.

فواید

از طرفی از آنجائیکه این داروها بصورت کنترل شده و تحت نظر پزشک و در مراکز درمانی عرضه می گردند از تماس بیماران با

شبکه قاچاق کاسته و عوارض اجتماعی ، قضائی و اقتصادی وابستگی به مواد مخدر می کاهد. جایگزین نمودن مصرف مواد افیونی با ترکیبات دارویی باعث کاهش سود آوری عرضه مواد مخدر شده و از توسعه شبکه های عرضه و قاچاق نیز میکاهد. این ترکیبات دارویی در برنامه های فوق 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

اهمیت تنوع درمان های نگهدارنده

هرقدر درمانها متنوع تر باشند امکان موفقیت بالاتر می رود.

عده ای به متادون یا بوپرنرفین پاسخ نمی دهند.

در ایران یکی از اهداف درمان نگهدارنده ممکن است **توقف حرکت از تریاک به کراک و هرویین** باشد.

کشور ایران به دلیل دارا بودن نیمرخ خاص اعتیاد یعنی **وفور اعتیاد به تریاک** نیازمند درمان های خلاقانه، بدیع و منحصر به فرد است.

به دلیل وسعت کمی اعتیاد در ایران یافتن آلترناتیوهای متعدد ضروری است. بویژه در صورتی که آنها عوارض کمتری در مقایسه به متادون داشته باشند.

توسعه زیرساخت درمان و پژوهش در کشور در زمینه درمان نگهدارنده بسیار حیاتی و استراتژیک است و هرقدر محققین ایرانی از آگاهی بیشتری برخوردار باشند، کشور در موقعیت مهم تري قرار خواهد داشت.

از میان داروها یا مواد پیشنهادی جهت درمان نگهدارنده میتوان از **تنتور اپیوم** نام برد. تنتور اپیوم که در 2 حالت 1 و 2 درصد عرضه می گردد. در واقع عصاره الکلی (20 درصد) تریاک است.

شریت برای چه کسانی مناسب است (انتخاب بیمار)

با توجه به چند مرحله پژوهشهای 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

وابستگی به مواد افیونی

اصولا بیمار باید بر اساس معیارهای مصرف مواد افیونی در DSM-IV وابسته به مواد افیونی یا opioid dependent باشد.

وابستگی ایشان باید به حدی شدید باشد که از نظر ملاکهای تشخیصی، مصداق وابستگی تلقی گردد. به عبارت دیگر عدم وابستگی به مواد افیونی و یا مصرف کنندگان تفریحی 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 نمی باشند.

وابستگی به مواد افیونی سنگین

بیمار علاوه بر آنکه 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 غیر مجاز
- ▶ تمجریک

منع مصرف

بیمارانی که دارای اختلالات شدید روانپزشکی فعال و مهار نشده (پسیکوز، بیمار دوقطبی، بیماری خلقی شدید، افکارخودکشی و دیگرکشی، دمانس، اختلالات روانی با منشا ارگانیک، عقب ماندگی ذهنی و اتیسم) هستند نباید در درمان باشریت تثتور قرار گیرند بویژه باید دقت شود که بیماران از نظر روانی و شناختی آگاه و هوشیار و سالم بوده و قادر به تأییدرضایت نامه کتبی باشند

منع مصرف

- 1- بیمارانی که دارای افکار خودکشی هستند یا درمانگر اقدام به خودکشی را محتمل میداند نباید در درمان با شربت تنتور قرار گیرند.
- 2- بیمارانی که دچار بیماریهای عمده و فعال غیر روانی مانند بیماری پیشرفته کبدی، قلبی، ریوی، کلیوی، انواع بیماریهای هپاتیت یا HIV یا بیماری های نئوپلاسمیک، بیماریهای فعال اتوایمیون هستند موارد فوق، شرایط منع مطلق میباشند.
- 3- ابتدا به عفونت هپاتیت به خودی خود مانع استفاده از تنتور نیست اما وجود بیماری پیشرفته کبدی به گونه ای که بر متابولسیم 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.
- 4- زنان باردار نباید در درمان با تنتور اپیوم قرار گیرند.

بیماران خیابانی

- ▶ بیمارانی که مصرف کننده سنگین مواد افیونی بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی انگیزه ای برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیر مجاز خود ندارند مانند مصرف کنندگان خیابانی. چنین بیمارانی اکثراً علاقمند به سمزدایی نبوده و در صورت عرضه درمان نگهدارنده نیز با غیبت‌های مکرر و مصرف توام موادمخدر 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 بلامانع است.

مصرف همزمان

بیمارانی 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 فعلا از آن حکایت دارند که سوءمصرف چند ماده علاوه بر مواد افیونی باعث کاهش اثربخشی و موفقیت درمان با تتنور اپيوم میگردد. اما از طرفی این کاهش موفقیت درباره سایر درمانهای پرهیز مدارو نگهدارنده نیز صادق است.

محدودیت مصرف

با توجه به عرضه محدودتر درمان با تنتور اپیوم در مقایسه با سایر درمانها از جمله درمانهای نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین، بیمارانی که هرگونه قصد سفر به خارج از کشور را دارند یا در داخل ایران قصد مسافرت بیش از 5 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.

همیشه مثبت

- ▶ در هنگام درمان با تنتور اپیوم، آزمایش ادرار بیماران از نظر مورفین همواره مثبت خواهد بود. بنابر این چنانکه برای بیماری از لحاظ جنبه های 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 آنجاییکه با تکنولوژی فعلی امکان تمایز مصرف مواد افیونی غیر مجاز از تنتور اپیوم بصورت عینی وجود ندارد و گفته های 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 گواهی ها باشد، نمیتواند در درمان با تنتور اپیوم شرکت کند

اثرات شناختی

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

ارزیابی بیماران

انجام ارزیابی دقیق از بیماران لازمه موفقیت و پیگیری درمان با
تنتور اپیوم است. از آنجاییکه تنتور اپیوم یک مخدر با قدرت
سوءمصرف است، لازم است هر مرکز ضمن اخذ شرح حال دقیق
و بررسی جامع نیمرخ بیماران، مجموعه ای 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
ورعایت اصول اخلاقی و رازداری حرفه ای در اختیار مسئولین
درمانی قرار خواهد گرفت.

تکمیل فرم ثبت نام

- ▶ 1- مشخصات فردی (نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، محل تولد). از مجموع این اطلاعات کد 10 رقمی استخراج شده و مبنای احراز هویت فرد در عین حفظ گمنامی خواهد بود.
- ▶ 2. مشخصات دموگرافیک پایه شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، تحصیلات
- ▶ 3. ماده مخدر اصلی مصرفی
- ▶ 4. سابقه سوءمصرف عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، تهم-زاه، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی عمر
- ▶ 5. مصرف دسته های عمده مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک، الکل، مواد محرک، حشیش، تهمزاه، داروهای آرامبخش و نیکوتین در طی 30 روز گذشته با اشاره به روش غالب مصرف هرکدام
- ▶ 6. میزان مصرف ماده مخدر در ماه گذشته از نظر مقدار یا ارزش نقدی آن
- ▶ 7. سابقه درمانهای قبلی در زمینه اعتیاد از جمله روشهای بستری، بازتوانی اقامتی، اردوگاهها، سرپایی، خودیاری و غیره
- ▶ 8. وضعیت تزریق در گذشته و حال
- ▶ 9. سابقه زندان
- ▶ 10. شمه ای از رفتارهای جنسی بیمار بویژه نگاهی به رفتارهای جنسی پر خطر
- ▶ 11. سابقه بیماری جسمی عمده

تکمیل فرم ثبت نام

- ▶ 12- سابقه بیماری روانی در گذشته و یا حال (افسردگی، اضطراب، اقدام یا افکار خودکشی، پسیکوز، بستری روانپزشکی)
- ▶ 13 . داروهای مورد استفاده بیمار
- ▶ 14 . اطلاع از وضعیت هپاتیت و آلودگی به ویروس ایدز 2
- ▶ 15 . وضعیت درآمد بیمار و اشتغال ایشان
- ▶ 16 . وضعیت سکونت و شرایط زندگی بیمار
- ▶ 17 . سوءمصرف مواد مخدر در خانواده و همچنین افرادی که با بیمار زندگی میکنند
- ▶ 18 . سابقه مسمومیت با مواد افیونی
- ▶ 19 . میزان حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی از بیمار
- ▶ 20 . چگونگی ارجاع و یا انگیزه بیمار در مراجعه به مرکز درمانی

معاینات لازم

- ▶ 1. معاینه عمومی و علایم حیاتی
- ▶ 2. آزمایش روتین خون، قند، آنزیمهای کبدی، مارکر کلیوی، وضعیت تری گلیسریدها و کلسترول
- ▶ 3. نوار قلبی برای بیماران دارای سابقه ناراحتی قلبی یا سن بالای 50 سال
- ▶ 4. آزمایش پایه ادرار از نظر مورفین، بنزودیازپینها و متامفتامین

علاوه بر معاینات مذکور در بدو ورود لازم است همراه بخشی از این ارزیابیها تکرار گردد. اطلاعاتی که لازم است ماهانه از بیمار دریافت گردد شامل موارد زیر است:

- ▶ 1. مصرف انواع مواد مخدر به تفکیک در ماه گذشته و هزینه آن
- ▶ 2. وضعیت اشتغال بیمار در ماه گذشته
- ▶ 3. تزریق و رفتارهای پرخطر جنسی در ماه گذشته
- ▶ 4. عوارض جانبی و نشانه های مسمومیت در طی ماه قبل
- ▶ 5. 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 دوم	هفته سوم تا هشتم	ماه سوم به بعد
ویزیت	هر روز	هفته ای دو بار	هفته ای یک بار	هر دو هفته یک بار
آزمایش ادرار از نظر متامفتامین ها و بنزودیازپین ها	بدو درمان	هفته ای یک بار	هر دو هفته	هر دو هفته

الگوهای درمانی به کمک شربت تنتور اپیوم

طی بررسیهای مقدماتی چند الگوی موثر درمانی به کمک شربت تنتوراپیوم بدست آمده است که مختصراً شرح داده خواهد شد.

► هر الگو از دو جز 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 نمی یابد. هدف از این الگو جایگزین سازی شربت تنتور با ماده مخدر غیر مجاز بیماران است و شباهت زیادی به درمان های

متادون دارد. بیماران مصرف ماده مخدر خود را کنار گذاشته و طی چند روز به طور کامل به درمان با تنتور منتقل میگردند

مزیت ها

- 1. شربت بطور قانونی در اختیار بیماران قرار میگیرد لذا از تماس معتادان با شبکه قاچاق و دلالان مواد مخدر کاسته می-شود. باور طراحان این الگوی درمانی بر این است که کاهش تماس معتادان با نظام توزیع غیر قانونی فواید اجتماعی، قانونی، فردی و روانی زیادی به همراه خواهد داشت.
- 2. شربتی که توسط تولید کننده عرضه می-شود عاری از ناخالصی و ترکیبات افزودنی مشکل ساز است و با وجود مشکلات ناشی از رسوب و ته نشینی کماکان درمقایسه با ترکیبات غیر مجاز، از خلوص و ثبات بسیار بیشتری برخوردار است و به ثابت کردن دوز مصرفی و حذف نوسانات جسمی و روانی و مسمومیت احتمالی ناشی از ناپایداری دوز روزانه کمک خواهد کرد.

مزیت ها

- ▶ 3. در بیماران تزریقی طبعاً انتقال از مصرف به شکل وریدی یا تزریقی به سمت مصرف خوراکی کمک برجسته ای به سلامت بیمار و اطرافیان است. این مسئله به کاهش انتقال بیماریهای ناشی از تزریق مانند هپاتیت و ایدز اثر گذار خواهد بود.
- ▶ 4. تبدیل مصرف کراک و هروئین به تریاک و مشتقات آن (شربت تنتور) به احتمال زیاد با ثبات و سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و خانوادگی بیشتری در بیماران همراه است.
- ▶ 5. شربت تنتور یا به صورت رایگان یا قیمت ارزان در اختیار بیماران قرار میگیرد و از فشار مالی ناشی از خرید کردن برای مواد مخدر میکاهد. این مسئله قاعداً باید به سلامت بیشتر بیمار و خانواده منجر گردد.

مزیت ها

- ▶ 6. عدم خرید و مصرف مواد مخدر غیر مجاز بر شبکه توزیع چه در حد کلان و چه در حد فرد اثر گذاشته و سودآوری و انسجام آنرا متزلزل میسازد.
- ▶ 7. مراجعه مرتب و منظم بیماران به مراکز درمانی به منظور دریافت تنتور فرصت استثنایی در اختیار نظام درمانی قرار می-دهد تا با ارائه خدمات پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی، مشاوره و مددکاری به سلامت بیماران کمک کنند.
- ▶ 8. مجموع شرایط فوق عده ای از بیماران را جهت ورود به درمانهای دیگر از جمله رویکردهای پرهیز مدار علاقمند ساخته و ممکن است درمان نگهدارنده با تنتور در این عده به عنوان مرحله انتقالی در شروع درمانهای دیگر عمل کند. شواهدی وجود دارد که بعد از مدتی حضور در درمان نگهدارنده با تنتور، عده زیادی از بیماران علاقمند به دریافت خدمات دیگرشده و گاهی خواستار قطع تدریجی شربت نیز می شوند.

الگوی کاهش تدریجی شربت تنتور

▶ 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 6 تا 12 ماه به کاهش تدریجی و قطع کامل شربت اقدام میکنند.

▶ 1. از آنجائیکه قطع و جدا شدن از ماده مخدر بسیار تدریجی است عملاً بسیاری از فواید " الگوی درمان نگهدارنده با هدف کاهش آسیب " نیز برای آن متصور است. به ویژه در چند ماه اول بسیاری از بیماران شباهت زیادی بین دو الگواحساس میکنند.

▶ 2. قطع بسیار تدریجی با علائم کمتر محرومیت و ناراحتی ناشی از آن همراه است

الگوی کاهش تدریجی شربت تنتور

3. بنظر میرسد در فرایند ترك اعتیاد آنچه از علایم 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 سایر پروتئینها و هورمونهای وابسته به اترس مشاهده میشود. افزایش همزمان IL-2، TNF، ACTH، دیده میشود و تا مدتها بعد از ترك اختلال نشان داده که به حالت اول خود باز نمیگردند. این circadian چرخه های شبانه روزی سندرم فراگیر مرتبط با استرس نه تنها سلامت عمومی بیماران را به خطر میاندازد، بلکه با حساس سازی آنها به استرس، زمینه ساز عود نیز میگردد. در جریان ترك تدریجی این فرصت برای سیستم عصبی مرکزی فراهم میگردد تا به این تغییرات انطباق یافته و از شدت اثر آن بر عود کاسته شود.

الگوي کاهش تدريجي شربت تنتور

- ▶ 4. قطع بسيار تدريجي به بيماران فرصت ميدهد تا طی فرايند جدا شدن از ماده مخدر خود (شربت تنتور) همزمان به ترميم جنبه هاي خانوادگی، اجتماعی، اقتصادي و فردي زندگی خود اقدام نمايند. بسياري بيماران طی ماههاي اول الگوي قطع تدريجي تا حد قابل قبولی به محيط طبيعی و سالم خود باز ميگردند و همزمان به اصلاح مشکلات اقتصادي واجتمایي ميپردازند.
- ▶ 5- سرانجام عده اي از بيماران به پرهيز کامل ميرسند

الگوی مرکب

این الگو آمیزه ای از فرایندهای فوق است بدین صورت که برای مدتی به عنوان مثال 3 تا 6 ماه دوز بیمار ثابت نگه داشته شده و بعد از آن قطع تدریجی 6 تا 12 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

► در الگوی درمان نگهدارنده و همچنین در الگوی کاهش تدریجی
اصولا به ترتیب 4 و 3 مرحله نسبتا مجزا قابل تعریف است.

این مراحل جهت درمان نگهدارنده عبارتند از:

- 1. مرحله القاء
- 2. مرحله ثبات اولیه یا زودرس
- 3. مرحله ثبات اصلی یا پایدار
- 4. مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده

در جریان الگوي کاهش تدريجي نيز اين مراحل به قرار زير تعريف ميشوند:

- ▶ 1. مرحله القاء
- ▶ 2. مرحله ثبات اوليه يا زودرس
- ▶ 3. مرحله کاهش تدريجي

مرحله القا

▶ همانگونه که مشاهده میشود، صرف نظر از نوع الگوي درمانی ("درمان نگهدارنده" یا "کاهش تدریجی") این مرحله مشترک است. هدف از آن تبدیل مصرف ماده مخدر بیمار اعم از ترياك، شیره، هرویین، كراك یا سایر ترکیبات اویپودي به معادل فارماکولوژیک آن توسط تنتور اپیوم است. عبارت دیگر بیمار به حدی تنتور دریافت دارد تا از نظر تجربه علایم محرومیت در حد مصرف ماده مخدر معمول باشد. این مرحله در درمان نگهدارنده با متادون هم وجود دارد اما از آنجا که تنتور اپیوم شباهت زیادیتری 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.

القا

► 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 10 سی سی تنتور اپیوم تجویز میگردد و 1 ساعت بعد بیمار مجدداً ارزیابی میشود. در صورت وجود علائم محرومیت تجویز 5 سی سی تنتور تکرار میگردد و 1 ساعت دیگر بیمار تحت نظر میماند. پروسه فوق یعنی تجویز 5 سی سی تنتور و بررسی مجدد بعد از یک ساعت آنقدر تکرار میگردد تا بیمار از علائم محرومیت عاری گردد.

القا

- ▶ در چنین حالتی تجویز تنتور متوقف شده و بیمار بعد از یکساعت مراقبت از نظر بروز احتمالی عوارض جانبی، مرخص میگردد.
- ▶ بیمار مذکور بعد از ظهر همان روز (حوالی 5 بعد از ظهر) مجدداً ویزیت میشود. در چنین شرایطی در صورت وجود علایم محرومیت دوز عصرگاهی تجویز میشود. مقدار این دوز بر اساس توصیه های زیر است:
- ▶ عدم وجود علامت ترك: ترخیص جهت ویزیت روز بعد
- ▶ علایم ملایم ترك: معادل یک سوم (حدود 30 %) دوز صبح تکرار گردد.
- ▶ علایم متوسط ترك: معادل نصف دوز صبح تکرار گردد.
- ▶ علایم شدید ترك: تا حداکثر 75 درصد دوز صبحگاهی تکرار گردد

القا

► بعنوان مثال اگر بیمار در صبح مجموعاً 20 سی سی تنتور دریافت داشته و عصرگاه علایم متوسط ترك دارد $20 + 10 = 30$ سی سی روزانه. 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 علایم 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 بردوز صبح افزوده شود.

القا

- ▶ در جریان مرحله القاء بیماران به طور روزانه به درمانگاه مراجعه نموده و سهمیه داروي 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 درمان شوندهگان در زندانها، تنها مجاز به دریافت حداکثر معادل 50 درصد دوز صبحگاهی خود برای منزل خواهند بود.

درمان در زندان

► در برنامه درمانی در زندانها اصولاً دوز بردن بی معنا بوده و مجاز نیست. بیماران در صورت نیاز به دوز مکمل عصرگاه باشند، باید شخصاً به درمانگاه مراجعه نمایند. پیش بینی 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

بعدانتقال بیمار از ماده مخدر غیر مجاز به تنتور، لازم است بیمار مدتی بر دوز تنتور تثبیت گردد. این امر حتی در صورتیکه 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 بصورت هفته ای 2 بار توسط پزشک معالج ویزیت شوند. چنانکه 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 10 % دوز قبلی باشد. بعنوان مثال اگر بیماری روزانه (مجموع صبح و عصر) 30 سی سی شربت دریافت میدارد و بواقع دوز مرحله القاء او این مقدار باشد، چنانکه بعد از گذشت مثلاً 2 هفته علایم ترک را تجربه کند، پزشک مجاز خواهد بود دوز او را حداکثر به 40 سی سی برساند. توجه داشته باشید رساندن دوز از 30 سی سی به 40 سی سی یکباره مجاز نبوده (بدلیل امکان مسمومیت) و حداکثر روزانه 10 % یعنی حدود 3 سی سی میتواند به دوزبیمار افزود. در بعضی بیماران ممکن است در چند هفته اول بدلیل تحمل به شربت تنتور، نیاز به افزایش دوز بسته به زمان بروزعلایم، چه صبح و چه عصرگاه باشد.

مرحله ثبات اصلی یا پایداری

► 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 یافته های فعلی بدون مداخلات غیر دارویی، شانس موفقیت بسیار اندک خواهد بود. در این مرحله به غیر از ایام تعطیل بیمار دوز منزل روزانه نخواهد داشت و تنها در ایام غیر تعطیل مجاز به دریافت دوز منزل عصرانه است.

مرحله جدا شدن از درمان نگهدارنده

► در صورت بهره مندي صحيح از مداخلات غير دارويي و پايبندي به رژيم دارويي تنتوريسان ساير درمانهاي نگهدارنده، انتظار ميرود بيماران بعد چندين ماه يا چند سال، به ثبات رفتاري رسيده و از نظر شاخصهاي رواني، اجتماعي، اقتصادي، شغلي، خانوادگي و قضايي به حد قابل قبول برسند. در چنين حالي لازم است درمانگر با توافق بيمار به کاهش بسيار تدريجي دوز بيمار مبادرت نمايد. اين کاهش از پروتکل خاصي پيروي نميکند و صرفا بر اساس کاهش سپس ارزيابي

سپس کاهش استوار است

الگوي کاهش تدريجي

▶ در الگوي کاهش تدريجي، بعد از مشخص گردیدن دوز روزانه و تنظيم نسبت دوز صبح به عصر وسپري شدن مرحله ثبات اوليه که انتظار ميرود بعد از ماه اول حاصل گردد، کاهش تدريجي آغاز ميگردد. در جريان کاهش تدريجي هر ماه دوز بيمار به 80 درصد دوز ماه قبل ميرسد. بعبارت ديگر هرماه 20 درصد دوز ماه قبل کاسته ميشود. در ماه بعد اين رفم به $24cc = 80\% \times 30$ مثال اگر دوز کل روزانه بيمار 30 سي سي است، بعد از يکماه به 24 ميرسد. کاهش تدريجي استمرار يافته تا تنتور کامل قطع شود

مداخلات غیر دارویی

► بر اساس بررسیهای اخیر در درمان بکمک تنتور اپیوم، واضحا 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. متاسفانه هنوز بدرستی 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 45 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 تاگید میگردد

همراهی با کنگره 60

► یک الگوی درمانی که با موفقیت بسیار بالا همراه است و عملاً موفقترین الگو تلقی میگردد، همراهی درمان با تنتور با الگوی مداخله های بر اساس کنگره 60 است. در جریان این الگو، بیمار در کاهش تدریجی 11 تا 12 ماهه تنتور قرار میگیرند و در کنار مصرف تنتور از نظام حمایتی و مشاوره های بصورت مددجو راهنما بهره مند میشوند. هر مددجو تحت نظارت یک راهنما که خود قبلاً به شیوه کاهش تدریجی شربت تنتور و گاهی حتی کاهش تدریجی تریاک، موفق به رهایی از اعتیاد شده است قرار میگیرد. راهنما علاوه بر ایجاد بستر آموزش، مشاوره و حمایت فردی، مددجو را در مصرف دقیق و کنترل شده تنتور اپیوم یاری میکند.

همراهی با کنگره 60

مددجو نیز علاوه بر بهره مندی از نظارت و حمایت راهنمای خود، ماهانه درحدود 12 جلسه خودیاری در محل‌های وابسته به کنگره شرکت مینماید. بدیهی است فرایند توزیع تنتور در انحصارمراکز درمانی مانده و پزشک مرکز درمانی ویزیت بیماران، بررسی عوارض دارویی، انجام آزمایشات مقرر را مانند دستورالعمل مندرج در بخش‌های فوق ادامه میدهد. موفقیت این الگو بسیار بالا ارزیابی میشود و از آنجاییکه گروه‌های خودیاری مانند کنگره 60 بخش عمده‌ای از مداخلات غیر دارویی در درمان را بدون اخذ هزینه از بیمار بعهدہ میگیرند اثر فایده درمان نیز به طرز محسوسی افزایش مییابد. از آنجاییکه آمیزه درمان با کاهش تدریجی کمک تنتور اپیوم از یک سو و مشارکت در برنامه‌های کنگره 60 از سوی دیگر با موفقیت به مراتب بیشتری در مقایسه سایر روش‌ها والگوهای درمانی به کمک تنتور اپیوم برخوردار است،

مشاوره

- ▶ ارائه خدمات رواندرمانی و مشاوره در مرکز و بکمک پرسنل درمانی الگوي دیگر مداخلات غیر دارویی است. بر این اساس بیماران و خانواده آنها باید از حداقل خدمات زیر بهره مند شوند:
- ▶ رواندرمانی فردي بر مبنای "درمانهای غیر دارویی در درمان نگهدارنده" به مدت 3 ماه و به میزان هفته ای 2 جلسه یک ساعته جهت 3 ماه
- ▶ 6 جلسه آموزش خانواده (در 3 ماه اول)
- ▶ جلسات یک ساعته رواندرمانی حمایتی و مشاوره فردي به میزان هفته ای 1 جلسه از انتهای ماه سوم بعد تا پایان درمان

دوز منزل

1. در هفته اول و تا زمانی که دوز بیمار تنظیم نشده است، دوز منزل صرفاً به دوز عصرها و روزهای ایام تعطیل رسمی محدود گردد.

2. بعد از تنظیم دوز و سپری شدن **ماه اول**، در الگوی درمان نگهدارنده در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبحگاهی وعصرانه) بالای 20 سی سی باشد، دوز منزل به دوز عصرها و روزهای تعطیل رسمی محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه بین 15 و 20 سی سی باشد، بیماران بصورت یک روز درمیان (جمعاً 3 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوز بین 10 تا 15 سی سی سیاست دوز منزل به 2 روز در میان (جمعاً 2 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از 10 سی سی دوز منزل به (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید

دوز منزل در کنگره 60

▶ در الگوي کاهش تدريجي (بغير از موارد همکاري با سازمانهاي خودياري از جمله کنگره 60 و مشابه آن) بعد از تنظيم دوزو سپري شدن **هفته اول**، در صورتی که دوز روزانه (مجموع دوز صبحگاهی و عصرانه) بالای 20 سی سی است، دوز منزل مانند الگوي درمان نگهدارنده به عصرها و ايام تعطيل محدود گردد. در صورتیکه دوز روزانه به بين 15 و 20 سی سی رسیده باشد، بیماران بصورت یک روز درمیان (جمعاً 3 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) دوز منزل دریافت دارند. در دوزبين 10 تا 15 سی سی سياست دوز منزل به 2 روز در میان (جمعاً 2 مراجعه در هفته به مرکز درمانی) افزایش يابد. درنهایت در دوزهاي روزانه کمتر از 10 سیسی دوز منزل به 6 روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. بدیهی است که سياست ارائه دوز منزل منوط به رعايت کلیه ضوابط توسط بیماران و پيروي به موقع از پروتکل کاهش تدريجي است.

دوز منزل در کنگره 60

► در صورتی که بیمار بصورت فعالانه در گروههای خودیاری از جمله کنگره 60 شرکت نموده و حضور وی توسط اینگونه سازمانها تایید گردد، و مبنای درمان وی الگوی کاهش تدریجی است، میتوان سیاست دوز منزل آزادانه تری را اعمال نمود. بدین منظور بیماران میتوانند در صورتیکه دوز روزانه به بین 25 و 40 سی سی رسیده باشد، بصورت یک روز درمیان

دوز منزل دریافت دارند. در دوز روزانه بین 20 تا 25 سی سی سیاست دوز منزل به 2 روز در میان (2 مراجعه در هفته) افزایش یابد. در نهایت در دوزهای روزانه کمتر از 20 سی سی دوز منزل به 6 روز در هفته (مراجعه یکبار در هفته جهت بیماران) خواهد رسید. جهت اطلاعات بیشتر به پروتکل پیوست درباره همکاری با مراکز خودیاری مراجعه نمایید.

شرایط نگهداری و توزیع

شربت تنتوراپیوم را در شرایط متعارف نگهداشته و از نور خورشید، دمای بالا یا پائین دور نگهدارید. قبل از توزیع شربت تاکید میشود حتماً شیشه را بخوبی تکان دهید. مواردی مشاهده شده است که شربت بر اثر گذشت زمان ته نشین شده و غلظت آن از قسمتهای مختلف تفاوت کرده است. به گونه ای که برخی از بیماران ابراز داشته اند اثر و قدرت آن کاسته شده ولی عدهای دیگر به ناگاه اثر آنرا بیش از دفعات قبل احساس کرده اند. مسئله ته نشینی و رسوب به جدار شیشه نکته ای مهم است که باید بدان توجه کرد: شربت قبل از توزیع بخوبی تکان داده شود. تولیدکننده در مراحل بعدی با اصلاح فورمالاسیون این نقص را بر طرف خواهد کرد.

▶ 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 تنتوراستریل نبوده و **مطلقاً** قابل تزریق نیست.

چند ملاحظه اخلاقی

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 نمیشوند. هرگونه استفاده دیگر از نتایج بدست آمده منوط به اجازه کتبی از بیماران و مجریان طرح است

شاد باشید

تشکر از همراهی