

به نام خدا

درمان نگهدارنده با متادون (داروشناسی، اجرا، و پایش)

دکتر محسن خسروی
استادیار روانپزشکی

مباني نظري در مانهاي نگهدارنده

- پرهيز كامل و طولاني مدت از سوء مصرف مواد براي معتادين بسيار دشوار است.
- تركيبات مخدر دارويي به طور بهداشتي تهيه شده و به صورت قانوني و با قيمت كم توزيع ميشود .
- 1. ماهيت بهداشتي آن احتمال مسموميت و انتقال بيماريهاي عفوني را کاهش ميدهد .
- 2. ماهيت قانوني آن تماس افراد را با كادر بهداشتي بيشتر و با شبكه هاي جنايي و نامطمئن كمتر ميكند.
- 3. قيمت كم و بعضاً رايگان آن احتمال ارتكاب جرم (سرقت، فحشا و قاچاق مواد و...) را کاهش ميدهد.

مباني نظري درمان نگهدارنده....

- آگونیستهای مواد افیونی دارای نیمه عمر طولانی هستند.
 1. بر بهبود فعالیت معتادین اثر مثبت دارد.
 2. عوارض محرومیت در طول روز را کاهش میدهد.
 3. سطح سرمی یکنواخت ایجاد میکند حالات ولع برای مصرف را کاهش میدهد.
 4. رفتارهای پرخاشگرانه و بی ثباتی در رفتار و تصمیم گیری کمتر میشود.
- دوز بالای مواد آگونیستی در درمان نگهدارنده مانع مصرف تفنی و جزئی مواد مخدر میشود.

مزایتهای درمان نگهدارنده....

- مصرف تزریقی مواد کاهش می یابد و بنابراین احتمال انتقال HIV کاهش مییابد.
- حداقل حالت نشئه بوجود میآید.
- در مصرف طولانی مدت به ندرت موجب خواب آلودگی و افسردگی می شود.
- به بیمار امکان میدهد به جای فعالیتهای مجرمانه به مشاغل مفید روی آورد.
- روزانه زمان کمتری را صرف استعمال مواد مخدر می کنند.
- کاهش انگ بر معتادین
- افزایش ماندگاری در درمان (60 تا 70% بعضی مطالعات تا 80%)

مزيتهاي درمان نگهدارنده...

- استعمال ساير مواد مثل الكل، حشيش و ... كاهش مي يابد.
- زمان كم تري صرف معامله مواد مي كنند.
- زمان كم تري را در حبس سپري مي كنند.
- ميزان مرگ و مير آنها نسبت به كساني كه تحت درمان MMT نيستند سه برابر كم تر ميشود.
- كاهش رفتارهاي پرخطر
- بهبود و ارتقاي بهداشت جسمي و رواني
- بهبود عملکرد اجتماعي و افزايش احتمال داشتن شغل تمام وقت
- بهبود سطح كيفيت زندگي

اندیکاسیونهای درمان نگهدارنده

- معتادین به هروئین
- معتادین تزریقی
- معتادین زندانی
- معتادین مبتلا به HIV و هپاتیت B , C
- اختلال عمده محور یک روانپزشکی
- 1. انواع سایکوز
- 2. Bipolar mood disorder I , II
- 3. اختلالات اضطرابی PTSD, GAD و ...
- اختلال عمده محور دو روانپزشکی
- 1. اختلال شخصیتی (مرزی، ضداجتماعی، اسکیزوئید و ...)
- 2. عقب ماندگی ذهنی
- 3. اختلال نافذ رشد (اوتیسم، اسپرگر و ...)

اندیکاسیونهای درمان نگهدارنده.....

- بیماری عمده غیر روانی (سرطان، بیماری پیشرفته کبدی، کلیوی، قلبی، گوارشی یا ریوی)
- افکار جدی خودکشی با سابقه اقدام به خودکشی در زمان ترک، خودزنی و صدمات عمدی به خود یا دیگران در دوران ترک
- بارداری
- حداقل 10 سال سابقه اعتیاد
- بیماران زن
- سابقه اقدام به ترک ناموفق (حداقل 3 بار) در مراکز معتبر طبی با استفاده از روشهای استاندارد
- داشتن سن بالای 18 سال

ملاکهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون

- رضایت داوطلبانه و آگاهانه با متادون: در صورت ارجاع قانونی (حق انتخاب در زندان، درمان سرپایی یا درمان اقامتی)
- وابستگی یا اعتیاد به مواد افیونی:
 1. تشخیص اخیر وابستگی به مواد دارند.
 2. در حال حاضر وابستگی فیزیولوژیک ندارند. (سه ماه است مصرف نداشته ولی احتمال عود خیلی زیاد است)
- سن: زیر 18 سال ممنوع (نوجوان با اعتیاد شدید و اعتیاد به هروئین و تزریق و وضعیت اقتصادی و اجتماعی بی ثبات و فقدان ساپورت خانوادگی و درگیر فعالیت های غیر قانونی، در صورت سن بالای 16 سال و عدم پاسخ درمانی به بوپرنورفین با تایید روانپزشک)

ملاکهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون...

• بالا بودن شدت اعتیاد:

1. وابستگی به مواد افیونی سنگین (کراک، هروئین، متادون غیر مجاز، تمجیزک و نورجیزک) (هرئین+مورفین و ACTH) (تریاک، شیر، کدئین، دیفنوکسیلات و ترامادل و بوپرنورفین زیربانی اندیکاسیون درمان نگهدارنده ندارند. اگرچه مطلق نمی باشد)
2. کسانی که مواد را تزریق می کنند. (در یک سال یک بار تزریق داشته باشد)
3. اقدامات ناموفق درمانی به روشهای مختلف (بیش از 2 بار)
4. تخریب بالا در حوزه های کارکردی مختلف (رفتارهای پرخطر، سابقه زندانی بودن یا در خطر آن، HIV مثبت بودن، خطر افسردگی، خودکشی و پرخاشگری و)

متادون

- متادون در جنگ جهانی دوم توسط آلمانها براي تسكين درد سنتز شد.
- آگونيست گيرنده مو و داراي نيمه عمر طولاني است.
- به شدت به پروتئينهاي سرم متصل مي شود.
- به طور گسترده اي در سرتاسر بدن پخش مي شود.
- غلظت پلاسمايي پايدار دارد و پس از مصرف وعده هاي مصرفي تغيير چنداني نمي کند.

Methadone

- Methadone is used
 1. short-term detoxification (7 to 30 days)
 2. long-term detoxification (up to 180 days)
 3. maintenance (treatment beyond 180 days) of opioid-dependent individuals.
- Methadone is absorbed rapidly from the gastrointestinal (GI) tract
- The peak plasma concentrations of oral methadone are reached within 2 to 6 hours

فارماکولوژی متادون

- ایجاد پیک سطح خونی آهسته (تا چهار ساعت)
- نیمه عمر طولانی (حدود 25 ساعت)
- شاخص درمانی پائین
- تجمع در بدن به دنبال مصرف
- بدنبال چند روز درمان، متادون به پروتئین‌های پلاسما و بافت‌ها (ریه، کلیه، کبد و طحال) متصل شده و میان سطح خونی و ذخایر بافتی تعادل برقرار می‌شود. نیمه عمر بتدریج به 24 تا 36 ساعت و بطور متوسط تا 25 ساعت افزایش می‌یابد.
- استفاده منظم
- پس از آنکه سطح خونی و ذخایر بافتی به تعادل رسیدند، تغییرات سطح خونی بسیار اندک می‌شود. تجویز دارو به صورت یک بار در روز برای کنترل ولع و دستیابی به اهداف درمانی کفایت می‌کند.

عوارض متادون

- خواب آلودگی، گاه بیخوابی
- تهوع و استفراغ (باید به آن حساس بود میتواند علامت مسمومیت باشد)
- خشکی دهان
- افزایش تعرق و یبوست
- خارش و وازودیلاتاسیون و کهیر
- بی نظمی سیکل ماهیانه (در 6 ماهه اول درمان) (کاهش FSH و LH)
- ژنیکوماستی در مردان (افزایش پرولاکتین)
- کاهش تستوسترون (پس از 2-10 ماه نرمال می شود)
- ایمپوتنسی، مهار ارگاسم
- افزایش وزن و احتباس آب به دلیل افزایش ADH
- کاهش ACTH

عوارض متادون....

- افسردگی، شنگولی، آژیتاسیون
- حملات تشنجی
- به ندرت دلیریوم
- بی اشتهایی، خشکی دهان
- اسپاسم مجاری صفراوی
- برادی کاردی، افت فشارخون
- کاهش تهویه و سنکوب
- احتمال مسمومیت به خصوص در 2 هفته اول درمان (دوز 40 تا 60 میلی گرم)
- اکثر بیماران پس از مدتی به عوارض دارو تحمل پیدا می کنند و پس از دوره القا عوارض چندانی مشاهده نمی شود.

عارضه	علت معمول	اقدام لازم
خواب آلودگی	- تجویز بیش از اندازه - مصرف سایر داروهای مضعف اعصاب (الکل و بنزودیازپینها)	- بازبینی میزان مصرف و احیاناً کاهش میزان مصرف - کاهش مصرف سایر مواد
ولع برای مصرف هروئین	مقدار مصرف ناکافی	بازبینی مقدار مصرف و احیاناً افزایش مقدار مصرف
یبوست	- رژیم غذایی نا متناسب - شیوه زندگی	توصیه به رژیم غذایی با مواد حاوی فیبر توصیه به نوشیدن مایعات کافی توصیه به پیاده روی و ورزش در صورت نیاز: درمان دارویی یبوست
مشکلات دهان و دندان	کاهش میزان بزاق به علت متادون مشکلات بهداشت دهان و دندان از قبل از مصرف متادون عدم رعایت بهداشت دهان و دندان در زمان حاضر	- توصیه به رعایت بیشتر بهداشت دهان و دندان - استفاده از مسواک و نخ دندان - توصیه به پرهیز از مصرف مواد غذایی حاوی قند و استفاده از آدامس بدون قند
افزایش وزن	- احتباس مایع - بهبود اشتها - کاهش تحرک	- بازبینی مقدار مصرف متادون - کاهش میزان مصرف نمک - تغییر رژیم غذایی - توصیه به افزایش تدریجی تحرک و ورزش
اختلال خواب	- مصرف بیش از اندازه یا ناکافی - زمان مصرف - استفاده از مواد محرک (چای، قهوه، سیگار، آمفتامین‌ها)	- بازبینی مقدار مصرف متادون - توجه به زمان مصرف متادون - شناسایی مصرف مواد محرک و توصیه به عدم مصرف به خصوص از عصر به بعد - بررسی رعایت اصول بهداشت خواب
کاهش میل جنسی	- مقدار متادون بیش از نیاز - مشکلات روانی و اجتماعی	- بازبینی مقدار مصرف متادون - بررسی سابقه بیمار و توصیه به مشاوره

جدول الف : خطر هاي ناشي از درمان با متادون و اقدام هاي پيشگيرانه و درماني لازم

خطر	اقدام
• عدم آشنایی پزشک با دارو • فارماکوکینتیک پیچیده • بازار سیاه • بیمار متادون را در اختیار افراد دیگر قرار دهد	• مصرف خوراکی متادون تحت نظارت تیم درمانی • دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند
خطر بالای مسمومیت در ده روز اول درمان	• توضیح در مورد خطر مسمومیت به بیمار • مراقبت تنگاتنگ بیمار • دقت و ظرافت در تنظیم دوز درمانی
تزریق متادون برده شده به منزل	• رقیق کردن متادون تجویز شده جهت بردن به منزل تا حداقل ۲۰۰ میلی لیتر • دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند.
مسمومیت اتفاقی اطرافیان بخصوص کودکان، از طریق متادون برده شده به منزل	• تأکید بر نگهداری دارو دور از دسترس دیگران خصوصاً کودکان • تأکید بر سمیت دارو برای افراد خارج از برنامه درمان با متادون
مرگ ناشی از مصرف چند ماده همزمان با مصرف متادون	• برقراری راپورت (ارتباط درمانی) مناسب با بیمار • ارائه اطلاعات در مورد خطر مصرف چند ماده به طور همزمان • آموزش بیمار و خانواده در مورد علائم مسمومیت : بیدار نشدن، صداهای تنفسی اضافی، کاهش عمق و بسامد تنفسی، سیانوز
سوانح و تصادفات	• توضیح به بیمار در مورد خطر رانندگی و کار روی ماشین‌های بالقوه خطرناک تا زمان تنظیم سطح خونی
بیماریهای روانپزشکی همراه بخصوص خطر خودکشی	• ارزیابی خطر خودکشی • ارزیابی وضعیت روانپزشکی • شک زیاد پزشک به وجود خطر خودکشی • ارجاع به مراکز دارای امکانات درمان روانپزشکی در صورت نیاز
قطع درمان	• برقراری ارتباط مناسب درمانی با بیمار

داروهای که سطح خونی متادون را بالا می‌برند

به واسطه اثر مهارکننده بر CYP 3A4	• فلوکستین، فلووکسامین، سرتالین • ونلافاکسین، نفازودون • کلوتریمازول، کتوکونازول • پروژسترون، اتینیل استرادیول، دگزامتازون، تستوسترون • نیفدیپین، وراپامیل، دیلتیازم • اریترومايسين، کلاریترومایسین • کینیدین، میدازولام، دیازپام، سیکلوسپورین، وین بلاستین، بروموکریپتین، سایمتیدین، لیدوکائین، آفلاتوکسین B
با سایر مکانیسم‌های فارماکوکینتیک	• پروپوکسی فن، دیسولفیرام • آلپورینول • کلرامفنیکل، سیپروفلوکساسین، ایزونیازید
فارماکودینامیک	الکل (در مصرف حاد)، بنزودیازپین ها، داروهای سه حلقه‌ای

داروهای که سطح خونی متادون را پایین می‌آورند

به واسطه اثر القاکنده بر CYP 3A4	• فنوباریتال، فنی توین، پریمیدون • ریفامپین و ریفاپوتین • گلوکوکورتیکوئیدها • زایدوودین، ریتانوویر
سایر مکانیسم‌ها	الکل (در مصرف مزمن) و سیگار

تداخلات دارویی متادون

- مصرف با بوپرنورفین ، نالتراکسون، نالوکسان و ترامادول کنتراندیکه است.
- داروهای فلوکستین، فلووکسامین، سرترالین، سیتالوپرام (کمتر)، امپرازول، سایمتدین، وراپامیل، دیلتیازم، نیفیدپین، ضد ویروس ایدز، کلوتریمازول، اریترومايسين، ديازپام سطح خونی متادون را بالا میبرند.
- داروهای ضد صرع مانند فنوباربیتال، فنی توئین، کاربامازپین و پریمیدون (بجز والپروات و بنزودیازپینها)، داروهای ضد سل مانند ریفامپین و ریفابوتین و گلوکوکورتیکوئیدها سطح خونی متادون را کاهش میدهند.

تداخلات دارویی متادون...

- القای آنزیمهای کبدی سبب افزایش غلظت پلاسمایی متابولیت فعال لوومتادیل و بروز مسمومیت میشود.
- متادون سبب افزایش غلظت پلاسمایی دزیپرامین و فلووکسامین میشود.
- متادون غلظت زیدوودین را افزایش داده و خطر مسمومیت در دوز استاندارد وجود دارد.
- تداخل دارویی کشنده با MAOIs همراه با مصرف اویپوئید، فنتانیل و میریدین دیده شده ولی با متادون و لوومتادیل و بوپرنورفین مشاهده نشده است.

توجهات خاص

• موارد منع مصرف:

1. حساسیت به متادون
2. سابقه حمله آسم همراه با دیپرسیون تنفسي
3. مصرف بالاي الكل
4. ضربه به سر اخير، افزايش ICP
5. درمان با MAO
6. بيماري كرون يا كوليت اولسروز فعال
7. اختلال شديد كار كرد كبدي ، اسپاسم مجاري صفراوي

• موارد احتياط:

1. افراد مسن
2. اختلال كار كرد كبدي
3. هيپوتيرويديسم، فنوكروموسيتوم و اختلال كار كرد فوق كليوي

اشکال دارویی متادون

دوزاژ	شکل دارویی
پنج میلیگرم/ سی سی	شربت
5 میلیگرم	قرص متادون
20 میلیگرم	
40 میلیگرم	
20 میلیگرم	قرص باز شونده در آب
40 میلیگرم	

تاثیر درمان نگهدارنده در بارداری

- از آسیبهای ناشی از ناخالصی مواد جلوگیری می کند.
- مقدار مصرف متادون مشخص و مصرف آن منظم است.
- از بروز دوره های خماری که احتمال سقط و کاهش رشد جنین یا مرگ درون رحمی را افزایش می دهد جلوگیری می کند.
- نارسایی جنین را کاهش می دهد.
- اختلالات رشد درون رحمی را کاهش می دهد.
- مراجعه برای مرافبتهای بارداری را افزایش می دهد.
- تا سه ماه پس از زایمان ادامه و سپس کاهش یابد.
- در دوران بارداری به دلیل افزایش حجم پلاسمایی و سوخت و ساز متادون نیاز به متادون افزایش می یابد.

Pregnancy & MMT

- neonatal outcomes for women addicted to heroin, significantly improves :

1. Methadone maintenance
2. combined with effective psychosocial services
3. regular obstetric monitoring

- در دوران حاملگی متادون باید با حداقل دوز موثر تجویز شود.

- در این دوران اقدام به ترک یا پرهیز حتی المقدور انجام نشود.

- متابولیسم دارو در سه ماهه سوم افزایش می یابد.

- افزایش دوز در سه ماهه سوم ممکن است ضرورت یابد.

- بهتر است در دو دوز منقسم داده شود.

- متادون هیچ اثر تراژوژن شناخته شده ای ندارد.

Pregnancy & MMT

maintenance program reduces the risk of:

- malnutrition
- infection
- preterm labor
- spontaneous abortion
- preeclampsia
- eclampsia
- abruption placenta
- septic thrombophlebitis.

Neonatal Methadone Withdrawal Symptoms

● علایم ترک نوزدان شامل:

1. ترمور یا لرزش
2. گریه با صدای زیر
3. افزایش قوام عضلات و فعالیت نوزاد
4. اختلال خواب و تغذیه
5. کبودی لکه لکه
6. خمیازه
7. تعریق
8. پوسته پوسته شدن پوست
9. حملات تشنجی

Neonatal Methadone Withdrawal Symptoms

● شربت پارگوریک:

1. شربت با نسبت 1 به 25 تریاک
 2. دوز شروع 0.05-0.1 میلی به ازای هر کیلو هر 4-6 ساعت
 3. دوز درمانی 0.5 میلی به ازای هر کیلو افزایش داده می شود تا پاسخ درمانی ایجاد شود.
 4. 10% دوز هر 2 تا 3 روز کم می شود.
- عوارض: سدیشن، یبوست، اوردوز (کاهش رفلکسها)، ناركوز عمیق، هیپوتونی، کما و حتی مرگ
- در صورت علایم مسمومیت نباید نالوکسان تجویز شود چون خطر تشنج دارد. (بیشتر اقدامات ساپورتیو) مگر در مسمومیت شدید.

Neonatal Methadone Withdrawal Symptoms...

- الگزیل مرفین (1 میلی در سی سی): 0.2 به صورت خوراکی شروع و هر 4-6 ساعت افزایش، 3-5 روز ادامه و سپس هر 2-3 روز 10% کاهش دوز
- فنوباربیتال:
 1. ابتدا لودینگ دوز 20 میلیگرم
 2. سپس 10 میلیگرم
 3. سطح خونی باید به بیش از 40 میلیگرم در میلی برسد.
 4. دوز نگهدارنده 2-5 میلیگرم در هر دوز هر 8-12 ساعت به مدت 72 ساعت ادامه
 5. سپس کاهش دوز با 15% دوز اولیه هر 24 ساعت

درمان نگهدارنده با متادون

- عدم رعایت دستورات دارویی در MMT منجر به بروز علائم ترک می شود.
- این امر سبب تقویت مصرف متادون می شود.
- در این حالت درمان شناختی رفتاری ضرورت کمتری پیدا میکند.
- برخی معتادین به هروئین که از انگیزه بالا و پذیرش اجتماعی مناسب برخوردارند سالها در برنامه درمانی بدون شرکت در برنامه حمایت روانی اجتماعی باقی میمانند.
- مطالعات نشان داده که متادون در دوزهای بالاتر از 60 میلیگرم در روز موثرتر است.

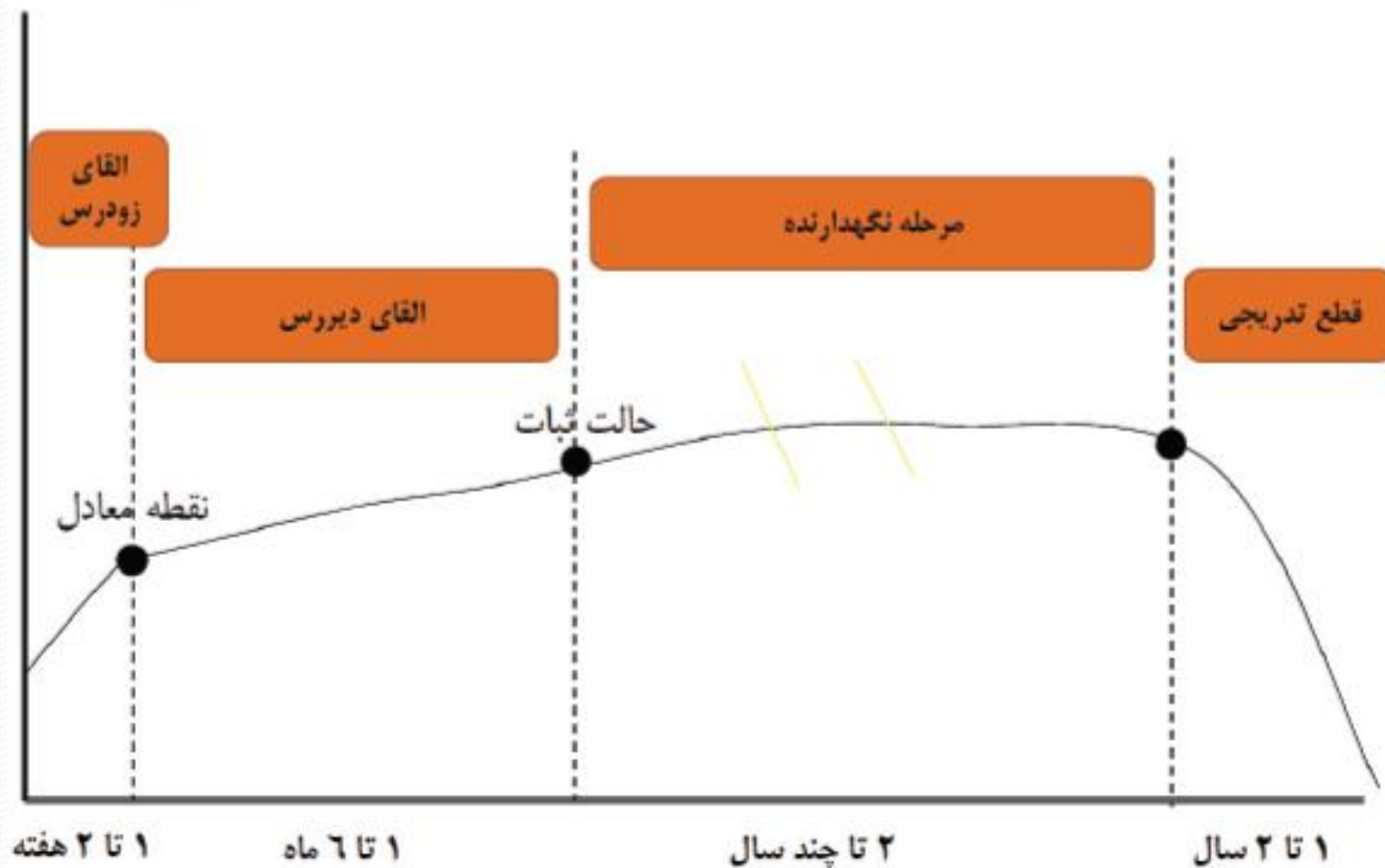
روش و مقدار تجویز متادون

- متادون با دوز 10-40 میلیگرم (3 تا 4 بار در روز) شروع میشود.
- به تدریج با توجه به تحمل بیمار دوز افزوده شده تا به 60-100 میلیگرم برسد.
- بهتر است قرص ها کوبیده شده و به صورت پودر محلول در آب مصرف شود.
- برنامه درمان ممکن است تا آخر عمر ادامه یابد.
- با توجه به نظر بیمار، اطرافیان و پزشک معالج قطع آن بعد از 2-5 سال پیشنهاد می شود.
- قرص متادون به هیچ عنوان به صورت نسخه کلی نباید به بیماران عرضه گردد.

مراحل ارائه و تجویز متادون به بیماران

- القای اولیه یا زودرس (فاز 1)
- دوره القای دیررس یا پایدارسازی (فاز 2)
- مرحله نگهدارنده
- جداشدن تدریجی و ختم درمان

مقدار آگونیست



چرخه درمان نگهدارنده با متادون

دوره القا (early Induction):

- جهت شروع ، گذشت حداقل 12 ساعت از آخرین دوز مصرفی یا معادل زمانی حداقل دو وعده مصرفی (فاصله زمانی دو وعده مصرفی اگر 3 ساعت است ، آخرین زمان مصرف 6 ساعت)
- وجود علائم ترک بهترین زمان برای شروع متادون
- بیمار در هنگام شروع متادون نباید نشئه، sedate یا خواب آلود باشد.
- بعد از تجویز اولین دوز به مدت 2 ساعت در مرکز کنترل شود.
- اگر علائم داشت 10 میلیگرم اضافه و 2 ساعت دیگر تحت نظر باشد.
- در صورت وجود علائم 10mg اضافه (حداکثر 50 میلیگرم در طی 3 روز)
- اثرات تهدید کننده حیات، میتواند چندین ساعت پس از مصرف رخ دهد.
- اکثر مرگ ها در روزهای سوم و چهارم رخ می دهد.

دوره القا (early Induction)....

1. دوز آغازین در مصرف هروئین 15 تا 30 و در تریاک 10 تا 20 میلیگرم در روز اول در یک دوز (30 میلیگرم حداکثر دوز)
2. در صورت مصرف پایین 15 میلیگرم شروع و 2 ساعت بعد پس از بررسی علائم ترک 10 میلیگرم افزوده میشود.
3. start low, go slow (حداکثر 50 میلیگرم طی 3 دوز در روز)
4. بیمار باید حداقل علائم ترک را داشته باشد.
5. علائم مسمومیت (خواب آلودگی، کلام پریده بریده، عدم تعادل، تنفس آهسته، افت فشارخون و سرگیجه و احساس سبکی سر، کند شدن حرکات و افزایش زمان واکنش، تهوع و اسهال و سردمک کوچک و حتی سرسوزنی) مرتباً چک شود.
6. روز دوم دوز قبلی و در صورت علائم ترک 5-10 میلیگرم اضافه و 2 ساعت تحت کنترل و این روش قابل انجام در روزهای بعد

دوره القا (early Induction)....

- نقش همدلانه و حمایتگرانه پزشک تحمل علایم ترک را بیشتر و خطر مسمومیت را کاهش می دهد.
- کاهش علایم ترک افزایش ماندگاری در درمان
- این دوره 7-14 روز طول میکشد.
- به دلیل نیمه عمر طولانی خطر مسمومیت، حتی در صورت دوز ثابت تا 5 روز (5 نیمه عمر) و مخصوصا در افراد بالای 40 سال
- هدف این مرحله:
- کاهش وسوسه
- کاهش احساس دیسترس
- کاهش رفتارهای پرخطر، تزریق و تهیه مواد
- ثبات نسبی رفتاری

دوره پایدارسازی

:(stabilization or late induction)

- افزایش دوز هفته ای به میزان 5 تا 10 میلیگرم تا به دوز 120 الي 80 میلیگرم برسد(در عرض 1 تا 6 ماه به دوز مناسب میتوان دست یافت).
- اهداف القای دیررس:
 1. حذف علائم ترک و محرومیت
 2. حذف احساس وسوسه
 3. نبود احساس سرخوشی ناشی از مصرف مواد
 4. عدم مصرف مواد مخدر سنگین (کراک و هروئین)
 5. عدم تکرار اوردوز و مسمومیت
 6. ارتباط و حضور منظم در کلینیک
 7. وجود آزمایش منفی
 8. تغییر کیفیت زندگی و حذف رفتارهای پرخطر و رفتارهای غیرقانونی
 9. توانایی مراقبت از دوز منزل، شرایط سکونت پایدار و امن

دوره نگهدارنده:

- هدف نگهداری بیمار در وضعیت پایداری تا بهبود و اصلاح شاخص های فردی و اجتماعی و شغلی و خانوادگی و روانی
- ممکن است 2-5 سال طول بکشد.
- گاه این شاخص ها به طور کامل احراز نمی شود و درمان تا آخر عمر ادامه می یابد.
- عمدتاً در این دوره دوز ثابت است یا با توجه به جثه گاه تغییراتی دارد.
- در این دوره به علت ایجاد تحمل، ممکن است، افزایش دوز در طول سال 10% نیاز باشد.
- عده ای بدون حمایت قاطع اجتماعی قادر به پیشرفت در این مرحله نیستند.
- در این مرحله مداخلات روانشناختی و مددکاری اهمیت ویژه دارد.

جدا شدن تدریجی و ختم درمان

- در صورت تایید روانپزشک و تمایل بیمار فرایند مرحله 4 شروع میشود.
- کاهش دوز خیلی آهسته و 5-10 میلیگرم در ماه
- هرچه کاهش دوز آهسته تر باشد بهتر است.
- هر مرحله که فرایند درمان بیمار را اذیت کند کاهش دوز متوقف میشود.
- هیچ محدوده زمانی برای مرحله 3 و 4 وجود ندارد.
- در صورت علایم زیر کاهش دوز قطع شود:

1. وسوسه زیاد
2. علایم ترک که بیش از 3 روز طول بکشد.
3. مصرف مواد مخدر
4. اختلال خواب و علایم افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و
5. اختلال عملکرد شغلی

برنامه کاهش مقدار متادون

میزان کاهش مناسب	دوز نگهدارنده روزانه
10 میلیگرم در ماه	80 میلیگرم >
5 میلیگرم در ماه	40-80 میلیگرم
2.5 میلیگرم در ماه	40 میلیگرم <

حداقل دفعات ویزیت توسط پزشک

مرحله قطع تدریجی	درمان نگهدارنده سال اول- سال دوم به بعد		القاء دیررس	القاء اولیه	اقدام درمانی
هر دو هفته یک بار	ماهیانه یک بار	ماهیانه دو بار	هفته ای یک بار	هفته اول روزانه	ویزیت
				سپس هفته ای سه بار	

ارائه دوز مقرر

- در طول چند هفته دوز مصرفی را باید تا حداقل 70 میلیگرم در روز افزایش داد.
- حداکثر دوز مصرفی معمولاً 120 میلیگرم در روز است.
- دوزهای بالاتر باید از سوی موسسات نظارتی تایید شود.
- مقادیر بالاتر از 60 میلیگرم در روز بیشتر با پرهیز کامل مواد غیر قانونی همراه بوده است.
- مدت درمان نباید از قبل تعیین شود.
- مطالعات نشان داده که درمانهای طولانی مدت چند ساله در پیشگیری از عود موثرتر بودند.
- بیش از 80% افرادی که درمان MMT را خاتمه می دهند، سرانجام ظرف 2 سال مجدداً به مصرف مواد غیر قانونی روی می آورند.

ارائه دور مقرر...

- دارو در حضور کادر درمان خورده میشود و خوردن دارو با چک کردن دهان بیمار تایید شود.
- بهترین زمان مصرف صبح بین ساعت 8-10
- قرص کوبیده و خرد شود یا شربت مصرف شود.
- قاعده کلی تجویز دوز واحد حتی در منزل می باشد.
- در زنان باردار دوز منقسم
- در صورت سابقه فروش یا گم کردن دارد، دوز واحد توصیه می شود.
- فواید دوز واحد:

1. نظارت راحت تر
2. مراجعه یک بار در روز
3. اشتغال ذهنی کمتر به متادون

ارائه دوز مقرر...

- در مرحله القای اولیه در صورت نیاز به دوز منقسم، دوز بعدی هم در مرکز باید تجویز شود.
- در صورت علائم ترک بیمار و نیاز به تجویز دوز در منزل با تایید روانپزشک پس از مرحله القای اولیه، یک سوم دوز تحویل گردد.
- در فردی که متابولیسم متادون بالایی دارد یا داروی خاص (القا کننده آنزیم های کبدی) مصرف میکند.
- اغلب موارد مسمومیت و مرگ ناشی از متادون در خواب رخ می دهد.
- زمان مصرف دوز منزل حداقل 5 ساعت قبل از خواب باشد.
- در دوره القای اولیه تجویز متادون بعد از ساعت 6 ممنوع است.
- بعد از بروز تحمل در هفته های بعد دوز شبانه گاهی بلامانع است.
- در مرحله القای اولیه برای کاهش علائم کلونیدین و بنزودیازپین تجویز نشود. در صورت نیاز آنتی هیستامین و NSID

استفراغ دوز مصرفی

- در صورت استفراغ:
- تا 15 دقیقه پس از مصرف: کل دوز دوباره داده شد.
- 15 الی 30 دقیقه پس از مصرف: 50% دوز متادون مجدداً داده شود.
- 30 دقیقه یا بیشتر پس از مصرف: لزومی به تجدید دوز نیست.
- حتی الامکان بهتر است گزارش بیمار مبنی بر استفراغ مثبتی بر شواهد باشد.

Take home

- نگرانی از مرگ و میر و مسمومیت
- نگرانی از مصرف نادرست داروی آگونیست (تزریق)
- مفقود شدن داروی آگونیست
- عرضه دارو به دیگران
- استفاده از دوز منزل به عنوان ابزار پاداش و ایجاد حس مسئولیت
- اصلاح و تنظیم سبک زندگی بیماران
- کاهش همکاری و ماندگاری در درمان
- مشکلات اجرایی برای مراکز درمانی (در صورت مراجعه روزانه)
- ❖ عامل زمان و ثبات رفتاری بیمار دو فاکتور مهم در تجویز دوز منزل می باشد.

Take home

- در صورتی که وضعیت بیمار به هر علتی تثبیت نشده باشد، دادن دوز منزل ممنوع است.
- در شرایط ذیل نیز دادن دوز منزل ممنوع است:
 - - افراد بی‌خانمان
 - - وجود لغزش‌های متعدد
 - - وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه
- قبل از ارائه دوز منزل، بیمار باید فرم مخصوص تعهدنامه را امضا کند.
- دوزهای برده شده به منزل حتماً در فرم بیمار قید می‌گردند.
- بیمار مسئول متادون تجویز شده جهت دوز منزل است، در صورت گم کردن متادون، دوز جایگزینی ارائه نخواهد شد.

نشانه ثبات رفتاری

- مصرف مواد مخدر و محرک ندارد.
- آزمایشات مورفین منفی است.
- غیبت از درمان ندارد.
- در جلسات رواندمانی شرکت میکند. (12 هفته اول درمان و پس از در صورت نیاز)
- افکار و اقدام به خودکشی و خودزنی ندارد.
- سابقه مسمومیت و اووردوز ندارد.
- مقررات مرکز را رعایت میکند.
- هزینه درمان خود را می پردازد.

Take home

- در دو ماه اول درمان بردن متادون به منزل ممنوع است.
- در صورت تغییر محل سکونت باید هماهنگی جهت معرفی به مرکز درمانی جدید توسط مرکز درمانی قبلی بعمل آید
- در صورتی که وضعیت بیمار تثبیت شده باشد (عدم وجود تست مثبت برای 8 هفته و تایید تیم درمانی)، پزشک می‌تواند به شرح زیر دوز منزل بیمار را تجویز نماید:
- در ماه سوم درمان برای روزهای آخر هفته
- در ماه چهارم يك روز درمیان
- در ماه پنجم حداقل مراجعه دو روز در هفته ضروری است.
- از ماه ششم به بعد حداقل مراجعه يك بار در هفته ضروری است (مراجعه بیمار به واحد هیچ‌گاه از يك بار در هفته کمتر نمی‌شود)
- در صورت بستری بیمارستانی دوز درمانی به پرسنل آن بیمارستان تحویل می‌گردد.

دستورالعمل جدید دوز منزل

پله	زمان و شرایط لازم	میزان دوز منزل
پله 1	مرحله قبل از ثبات رفتاری	فقط ایام تعطیل رسمی
پله 2	ثبات رفتاری برای یک ماه	ایام تعطیل + یک روز در هفته
پله 3	ثبات رفتاری برای 2 ماه	ایام تعطیل + 2 روز در هفته
پله 4	ثبات رفتاری برای 3 ماه	ایام تعطیل + 3 روز در هفته
پله 5	ثبات رفتاری برای 4 ماه	ایام تعطیل + 4 روز در هفته
پله 6	ثبات رفتاری برای 5 ماه	ایام تعطیل + 5 روز در هفته

دوز منزل.....

- برگشت به پله اول:

1. اقدام به خودکشی
2. مسمومیت با مواد مخدر
3. اقدام به فروش متادون
4. غیبت بیش از 6 روز از درمان

- برگشت به پله قبل:

1. مصرف مواد مخدر و محرک
2. آزمایش مثبت
3. امتناع از آزمایش
4. دو بار آزمایش مثبت در یک ماه

غیبت

- در صورت غیبت حتی تا سه روز تحمل به متادون و سایر مواد افیونی (در صورتی که بیمار در این فاصله مواد مصرف نکرده باشد) تا حد قابل توجهی کاهش می‌یابد.
- طی چند روز می‌توان با توجه به تحمل بیمار مقدار متادون را به اندازه اولیه افزایش داد.
- اگر غیبت پنج روز یا بیشتر باشد بدن قسمت اعظم متادون را دفع کرده است.
- اگر غیبت بین 3 تا 5 روز باشد، مقدار متادون تجویزی باید نصف شود.
- در صورت غیبت بیش از 5 روز، اگر مقدار تجویزی بیش از 40 میلی‌گرم بوده، باید به 40 میلی‌گرم و کمتر از آن تقلیل داده شود.
- در صورت غیبت بیش از 5 روز با مقدار تجویزی کمتر از 40 میلی‌گرم، مقدار تجویزی 5 تا 20 میلی‌گرم کاهش داده می‌شود، یعنی به مقدار تجویز اول درمان بسیار نزدیک می‌شود.

آزمایش ادرار

- دلایل انجام:

- 1. نقش پیشگیرانه در مصرف مواد

- 2. آگاه سازی درمانگر از وضعیت بیمار

- 3. بررسی مواجهه بیمار با مواد مخدر

- 4. ابزاری برای مشارکت خانواده

- 5. ابزاری برای مداخلات رفتاری شناختی

- نتیجه آزمایش محرمانه و بدون اجازه بیمار حق نداریم به خانواده اطلاع بدیم. (مگر زیر 18 سال، MR و مهجور یا دمانس)

- در سه ماه اول هفتگی، ماه چهارم تا ششم هر دو هفته و سپس ماهیانه

آزمایش ادرار...

- مشاهده مستقیم موقع انجام آزمایش ادرار لازم نیست.
- ترجیحا به روش کروماتوگرافی در غیر اینصورت کیت های یک بار مصرف
- بیمار باید از نتیجه مطلع شود. هدف پایش درمان بوده نه انجام اقدامات تنبیهانه
- نتیجه آزمایش فقط جنبه درمانی داشته و فاقد ارزش قضایی و انتظامی است.
- نتیجه یک بار آزمایش مبنای تصمیمات و اقدامات درمانی قرار نگیرد.
- نمیتوان بیمار را به دلیل امتناع از آزمایش از درمان خارج کرد. ولی از دوز منزل محروم می گردند.
- آزمایش مثبت مکرر مبنای قطع درمان یا حذف از خدمات نمی باشد.

خسته نباشید

