



متادون در درمان اعتیاد به مواد مخدر

دکتر سحر خوشنام فر
دکتر داروساز

زیرا نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خویش ارزش‌های خانواده را زیر سؤال می‌برد. عدم پذیرش ارزش‌ها سنتی و رایج، صفات ضداجتماعی از قبیل پرخاشگری، اعتماد به نفس پایین و فقدان مهارت مقاومت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران نیز در بروز اعتیاد بسیار موثر است. در ضمن در ۷۰ درصد موارد به همراه اعتیاد اختلالات روانپزشکی دیگر از قبیل افسردگی و اختلالات وسواسی نیز

■ **متادون در درمان اعتیاد به مواد مخدر**
آگاهی از عوامل زمینه‌ساز اعتیاد از یک سو شناسایی افراد در معرض خطر شده و از سوی دیگر انتخاب درمان‌های مناسب و اقدامات حمایتی و مشاوره‌ای را برای معتادان تسهیل می‌نماید. عوامل گوناگونی در بروز اعتیاد در یک فرد تاثیرگذار خواهد بود. دوران نوجوانی به‌عنوان پرمخاطره‌ترین سن در این زمینه مطرح می‌باشد.

و اعمال خلاف، مشاغل کاذب و حاشیه‌نشینی از جمله عوامل زمینه‌ساز می‌باشند. عوامل اجتماعی و اقتصادی حاکم بر جامعه هم در شیوع اعتیاد بسیار موثر خواهد بود. در جوامعی که مصرف مواد جزئی از آداب و رسوم و نشانی از تمدن و وسیله پذیرایی است و نیز در جوامعی که امکانات تفریحی و فرهنگی جهت ارضای نیازهای طبیعی جوانان از قبیل کنجکاو، تنوع‌طلبی، هیجان و ماجراجویی وجود ندارد، بسترهای اعتیاد هموارتر خواهد بود.

توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت از روستاها، کم‌سواد، فقدان مهارت‌های شغلی و عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تامین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقا فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می‌کشاند.

■ عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر

در اثر مصرف طولانی مواد مخدر علاوه بر اعتیاد فرد دچار یبوست مزمن، تیره شدن رنگ پوست، کاهش میل جنسی، به هم خوردن دوره‌های قاعدگی در زنان، کاهش وزن و سوء تغذیه، پایین آمدن سطح سلامتی به علت بی‌توجهی به وضعیت بهداشت فردی، تغییر ساعات خواب و بیداری، خواب‌آلودگی و چرت زدن در طول روز و افسردگی خواهد شد. علاوه بر آن اعتیاد تزریقی مشکلاتی از قبیل آبسه‌ها و عفونت‌های پوستی، کزاز، ایدز و هپاتیت را برای بیماران به همراه خواهد داشت. بر اساس آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت

وجود دارد. شرایط و موقعیت‌های خاص مانند ترک تحصیل، بی‌خانمان، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماری‌ها یا دردهای مزمن و حوادثی مانند از دست دادن عزیزان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز فرد را در معرض ابتلا به اعتیاد قرار می‌دهد. خانواده نیز به‌عنوان اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد بسیار موثر خواهد بود. ناآگاهی والدین و ارتباط ضعیف آن‌ها با فرزندان، خانواده‌های متشنج و از هم گسیخته و وجود الگوهای نامناسب در خانواده بسیار مهم خواهد بود، که در مورد اخیر کودکان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی کرده و رفتار مشابهی در پیش می‌گیرند. تاثیر دوستان نیز در این امر جدی است. نوجوانان نیازمند تعلق به یک گروه هستند و اغلب پیوستن به گروه‌هایی که مواد مصرف می‌کنند بسیار آسان است. هر چه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروه‌ها بیشتر می‌شود، به طوری که تقریباً در ۶۰ درصد موارد اولین مصرف به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد.

مدرسه نیز به‌عنوان مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی می‌تواند در کاهش اعتیاد و یا بسترسازی جهت شیوع بیشتر آن تاثیرگذار باشد. فقدان مقررات جدی منع مصرف مواد در مدارس، استرس‌های شدید تحصیلی و عدم حمایت معلمان از نیازهای عاطفی و روانی دانش‌آموزان بسیار بسیار مهم است. محل سکونت فرد نیز در گرایش وی به مصرف مواد بسیار بااهمیت است. شیوع خشونت

بهداشت درمان و آموزش پزشکی علت ۵۸ درصد موارد ثبت شده آلودگی به ویروس نقص ایمنی (HIV) اعتیاد تزریقی بوده است. با در نظر گرفتن این که تقریباً تمامی زنان ثبت شده آلوده به این ویروس را همسران این افراد تشکیل می‌داده‌اند، تاثیر سایر رفتارهای پرخطر این انسان‌ها بر خود، خانواده و جامعه روشن‌تر می‌شود. در سال‌های اخیر مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد در کشور ما در حال افزایش بوده است. این میزان در سال ۱۳۸۲ به ۴۲۹۶ نفر رسید که نسبت به سال قبل از آن ۷۰ درصد افزایش نشان می‌دهد.

■ کاربرد متادون در درمان اعتیاد

متادون هر چند که خود یک داروی مخدر محسوب می‌گردد، اما در درمان اعتیاد برای دو هدف به کار می‌رود. کاربرد اول این دارو در سم‌زدایی از فرد معتاد می‌باشد، مدت متوسط سم‌زدایی با متادون ۳ تا ۴ هفته می‌باشد. در این روش متادون برای فرد معتاد تجویز شده و سپس طی ۱۰ تا ۱۴ روز به تدریج کاهش یافته و سپس قطع می‌گردد. سم‌زدایی صرفاً جزئی از یک برنامه درمانی بلند مدت پیشگیری از عود اعتیاد می‌باشد و درمان کامل تلقی نمی‌شود. کاربرد دوم متادون در درمان نگهدارنده و طولانی مدت معتادین می‌باشد. در این روش مقدار دارو به تدریج افزایش داده می‌شود تا جایی که علائم ترک مشهود نباشد و ولع مصرف مواد غیرقانونی نیز به واسطه مصرف متادون به حداقل برسد. درمان نگهدارنده به مدت

طولانی برای حداقل چندین ماه و معمولاً بیش از یک سال و گاهی مادام‌العمر انجام می‌شود. در کسانی که به درمان نگهدارنده نیاز داشته باشند در صورت قطع این درمان اغلب پس از مدت بسیار کوتاهی عود اتفاق می‌افتد و بیمار به مصرف مجدد مواد غیرقانونی روی خواهد آورد. حال این سؤال مطرح است که مصرف متادون به عنوان یک داروی مخدر خود نوعی اعتیاد محسوب نمی‌گردد؟ در پاسخ به این سؤال آشنایی با واژه «کاهش آسیب» ضروری است. کاهش آسیب‌های ناشی از مواد در شرایطی که افراد توانایی و یا علاقه لازم برای ترک را ندارند لازم است. در تعریف این واژه این واقعیت که فرد مصرف‌کننده تصمیم دارد به مصرف خود ادامه دهد مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در اقدامات کاهش آسیب فرض بر این است که در حال حاضر فرد مصرف‌کننده به مصرف خود ادامه می‌دهد و ما ناچاریم این واقعیت را بپذیریم، هر چند که این به معنای تایید ادامه مصرف مواد از سوی ما نمی‌باشد. کاهش آسیب قدم اول در کاهش و ترک کامل مصرف مواد می‌باشد در عین حال با برخورد محترمانه با معتاد برنامه‌های کاهش آسیب می‌توانند در تشویق بیمار برای شرکت در برنامه‌های درمانی موثر باشد. بنابراین تعریف جامع و کلی از کاهش آسیب عبارتست از: سیاست یا برنامه‌ای که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشد، هر چند که فرد مصرف‌کننده به مصرف مواد خود ادامه می‌دهد. این روش باعث

■ نحوه سم‌زدایی با متادون

هدف از سم‌زدایی با متادون تخفیف علائم ناشی از ترک مصرف مواد مخدر است. طول متوسط سم‌زدایی با متادون در این پروتکل ۲ تا ۳ هفته است. بعضی از علائم ترک ممکن است حین درمان یا به دنبال اتمام آن باقی بماند بنابراین استفاده از سایر داروهای کمکی برای درمان علامتی توصیه می‌شوند. برای کاهش پیامدهای منفی جنبی درمان یا متادون همانند فروش در بازار آزاد و مسمومیت لازم است بیماران برای دریافت متادون به‌طور روزانه مراجعه و دوز روزانه خویش را در حضور پرسنل درمانی دریافت نمایند. قرص متادون نباید به هیچ عنوان به‌صورت نسخه کلی به بیماران عرضه گردد.

به دنبال سم‌زدایی با متادون کاهش تحمل به مواد افیونی رخ می‌دهد لذا مقدار قبلی و معمول مصرف این مواد از قبیل تریاک یا هرویین حال برای فرد معتاد ممکن است کشنده باشد.

برای تنظیم میزان دوز اولیه توجه به مقدار و نحوه مصرف مواد مخدر ضروری است. درمان سم‌زدایی بسته به میزان و نوع ماده مصرفی با ۱۰ تا ۳۰ میلی‌گرم متادون آغاز می‌شود. (در ۲۴ ساعت اول نباید بیش از ۳۰ میلی‌گرم متادون تجویز شود). برای بسیاری از معتادان به تریاک حدود ۲۰ میلی‌گرم متادون برای شروع کافی است. دوز روزانه را به آهستگی افزایش داده تا علائم محرومیت برطرف شود. افزایش بیش از اندازه سریع می‌تواند به مسمومیت یا خواب‌آلودگی منجر گردد. حداکثر

تغییرات رفتاری آگاهانه در فرد معتاد از رفتارهای مخاطره آمیز مانند اعتیاد تزریقی به موادی چون هرویین به سمت رفتارهای کم‌خطرتر مانند اعتیاد خوراکی به متادون می‌گردد.

بنابراین درمان نگهدارنده با متادون هر چند که خود نوعی وابستگی به این داروست اما مساوی با اعتیاد تلقی نمی‌گردد. زیرا فرد به علت مصرف منظم این دارو از دور باطل «مصرف، نشئگی، خماری، جستجوی نوبت بعدی مواد و مصرف مجدد» رها می‌شود. این مساله باعث بازگشت مجدد فرد به جامعه و معطوف ساختن توان وی به سایر زمینه‌های زندگی خواهد شد. بنابراین درمان نگهدارنده با متادون نه تنها مصرف مواد غیرقانونی را کاهش داده و زندگی بیمار را ثبات می‌بخشد، بلکه مصرف خودسرانه داروها را کاهش داده و از ارتکاب اعمال غیرقانونی می‌کاهد. در ضمن رفتارهای پرخطر بخصوص تزریق مشترک که همراه با خطر انتقال بیماری‌ها پاتوژن خونی همانند ایدز و هیپاتیت است را کاهش می‌دهد. با وجود موفقیت اثبات شده این روش درمانی در بسیاری از کشورهای جهان در صورت تجویز سهل‌انگاران و غیرمسئولانه ممکن است مخاطراتی جدی ایجاد گردد. متادون دارویی بالقوه سمی با شاخص درمانی پایین است، یعنی مقدار داروی مورد نیاز برای درمان به مقدار سمی این دارو بسیار نزدیک است، خصوصاً مصرف توأم آن با مواد و داروهای دیگر خطرات بالقوه زیادی به همراه دارد، لذا تجویز و ارایه آن باید با دقت و احتیاط بسیار انجام شود.

دوز مورد نیاز در سم‌زدایی معمولاً از ۶۰ میلی‌گرم تجاوز نمی‌کند. پس از دستیابی به حداکثر میزان متادون دوز به آرامی کاهش داده می‌شود. (۳ تا ۱۰ درصد) بهتر است پس از کاهش دوز به ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم این میزان برای چند روز حفظ گردد. میزان ۱۰ میلی‌گرم را می‌توان به ۷/۵ میلی‌گرم و پس از چند روز به ۵ میلی‌گرم و سپس به ۲/۵ میلی‌گرم کاهش داده و پس از آن قطع کرد. گاهی استفاده از داروهای کمکی نظیر کلونیدین و بنزودیازپین‌ها برای تخفیف علائم ترک ناشی از کاهش متادون ضرورت می‌یابد. باید توجه داشت سم‌زدایی با متادون یا هر روش دیگری به خودی خود به معنای درمان اعتیاد نیست بلکه پس از دوره سم‌زدایی باید بیمار پیگیری شده و از روش‌های دارویی و غیردارویی برای پیشگیری از عود وی استفاده گردد.

■ درمان نگهداری با متادون

وابستگی به مواد افیونی براساس معیار DSM ۱۷، مصرف مواد مخدر تزریقی، سن بالای ۱۸ سال، حداقل ۳ بار عود پس از درمان در مراکز معتبر، جنس زن و سابقه زندان از جمله معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد. عواملی از جمله درجه تحمل به مواد افیونی، وضعیت جسمی بیمار از جمله وضعیت کبدی وی، مدت زمان پس از آخرین مصرف، احتمال سوء مصرف هم‌زمان الکل یا بنزودیازپین‌ها توسط بیمار و وزن بیمار در تعیین مقدار اولیه متادون در درمان نگهدارنده موثر می‌باشد. درمان نگهدارنده در دو مرحله صورت

می‌گیرد. مرحله اول شامل دوره القا Induction و پایداری Stabilization می‌باشد. در بیماران وابسته به هرویین دوز شروع متادون ۱۵ تا ۳۰ میلی‌گرم در روز اول است. در بیماران وابسته به تریاک مقادیر کمتر (اغلب ۲۰ میلی‌گرم) برای شروع مناسب است. چنانچه میزان مصرف مواد غیرقانونی بیمار بالاتر بوده که نیاز به دوزهای بالاتر را در روز اول ضروری می‌سازد، می‌توان دارو را به صورت دوز منقسم تجویز نمود، به طوری که ابتدا ۱۵ تا ۲۰ میلی‌گرم تجویز شده و دو ساعت بعد علائم ترک ارزیابی می‌گردد. توصیه می‌شود در روز اول بیمار بیش از ۴۰ میلی‌گرم متادون دریافت نکند. بهتر است دوز مصرفی در سه روز اول ثابت نگاه داشته شود، زیرا نیمه عمر متادون حدوداً ۲۵ ساعت است و طی سه روز اول سطح خونی به ۸۷/۵ درصد وضعیت پایدار خواهد رسید. بعد از رسیدن به دوز ۴۰ میلی‌گرم در روز بهتر است افزایش دوز یک روز درمیان و به میزان حداکثر ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم در روز انجام شود. پس از رسیدن به دوز ۸۰-۶۰ میلی‌گرم بهتر است افزایش دوز در هر هفته از ۵ الی ۱۰ میلی‌گرم تجاوز نکند. ممکن است برخی بیماران با ۵۰ میلی‌گرم پایدار شوند و بعضی از آن‌ها تا ۱۲۰ میلی‌گرم در روز برای پایدار شدن نیاز داشته باشند. دوز بهینه متادون که برای افراد مختلف متفاوت است، دوزی است که در آن علائم ترک مشهود نمی‌باشد. نشئگی ناشی از مواد کوتاه اثر مانند هرویین رخ نمی‌دهد و ولع مصرف مواد و عوارض مسمومیت به حداقل می‌رسد، ضمن آنکه علائم خواب آلودگی نیز رخ

فوق نیازمند سال‌ها درمان نگهدارنده می‌باشد.

■ اشکال دارویی متادون

در حال حاضر قرص‌های ۵، ۲۰ و ۴۰ میلی‌گرم، شربت ۵mg/ml و آمپول ۵mg/ml از این دارو در بازار دارویی ایران موجود می‌باشد.

شایان ذکر است سطح خونی متادون به آهستگی و در طی ۳-۴ ساعت پس از مصرف آن به حداکثر می‌رسد. نیمه عمر این دارو طولانی و حدود ۲۵ ساعت می‌باشد. متابولیسم متادون کبدی است و در صورت اختلال کارکرد کبدی باید افزایش مقدار دارو با احتیاط انجام شود.

نمی‌دهد. دو مرحله فوق (القا و پایدارسازی) مجموعاً حدود ۶ هفته بطول می‌انجامد. با اتمام پایدارسازی بیماران، مرحله دوم تحت عنوان دوره نگهدارنده (Maintenance) آغاز می‌شود. در این مراحل قاعدتاً بایستی بیمار تقریباً به‌طور کامل عاری شده باشد و وسوسه وی جهت مصرف در حداقل ممکن باشد. به دنبال پایدارسازی ممکن است هر چند وقت یک بار به افزایش دوز متادون باشد، که معمولاً لزومی به افزایش بیش از یک بار در ماه نیست. یکی از علل شایع افزایش دوز ایجاد تحمل است. در مرحله نگهدارنده متغیرهای روانی، شغلی، اجتماعی و خانوادگی بیمار بهبود می‌یابد، ولی باید توجه داشت که گاهی مشاهده بهبود در عوامل

منابع

1. Hilton BA. Thomson R. Moore – Dempsey L. Janzen RG. Harm Reduction Theories and strategies for control of HIV : a review of literature. J Adv Nurs 2001; 33 (3) : 357-370
2. Zaric GS. Barnett PG. Brandeau ML. HIV Transmission and the cost-effectiveness of Methadone Maintenance. Am J Pub Health 2000; 90(7): 1100-1111

3. Fellin DA. Oconnor PG. Chawarski M. Methadone Maintenance in Primary Care : a randomized controlled trial. J Am Med Assoc 2001; 267(14) : 1724-1731
4. Hiltunen AJ. Eklund C. Withdrawal from MMT. Reasons for not trying to quit methadone. Ear Addict Res; 2002.

