



آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی دهستانی تهران
معاونت درمان

آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ انواع مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب:

- ۱- مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد
- ۲- مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد
- ۳- مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد
- ۴- مرکز اقامتی خودیاری گروه های همتا
- ۵- مرکز اقامتی بلند مدت اجتماع درمان مدار(TC)
- ۶- مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست
- ۷- مرکز مشاوره بیماری های رفتاری
- ۸- مرکز کاهش آسیب



آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

- ✓ شرایط و ضوابط اختصاصی مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد مخدر و روان گردان
- مجوز بهره برداری منوط به تأمین تجهیزات عمومی و ملزومات پزشکی توسط موسس خواهد بود.
- مسئول فنی مراکز باید متخصص روانپزشکی یا پزشک حائز شرایط (دوره دیده) و دارای پروانه نظام پزشکی معتبر باشد.
- فعالیت مرکز/ واحد در تمام روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل (به استثناء روز جمعه) الزامی است.
- پرسنل درمانی مرکز سرپایی (به ازاء هر نوبت کاری) باید حداقل شامل افراد زیر باشد:
 - روانپزشک یا پزشک دوره دیده حداقل یک نفر
 - روانشناس / مشاوره (واجد مدرک کارشناسی یا بالاتر) دوره دیده حداقل یک نفر
 - پرستار / بهیار / ماما / کاردان هوشبری و تکنسین اطاق عمل و فوریت های پزشکی حداقل یک نفر



آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ وظایف مسئول فنی

- پزشکان درمانگر و مسئول فنی در دوره های بازآموزی ۵ ساله خود باید حداقل ۵۰ امتیاز از برنامه مدون بازآموزی را به برنامه های آموزشی در زمینه اعتیاد، روانپزشکی و عفونی (ایدز و هپاتیت) اختصاص دهند.
- ثبت شرح حال، گزارش پیشرفت بیمار، برای همه بیماران الزامی است و مسئولیت این امر با مسئول فنی می باشد.
- حداقل مدت قرارداد مسئول فنی به مدت یک سال می باشد.
- حضور فعال در ساعت تعیین شده در مرکز
- در صورتیکه مسئول فنی در مرکزی نخواهد بکار ادامه دهد می بایست سه ماه قبل مراتب را بطور کتبی به مؤسس مربوطه اعلام و در ظرف این مدت مؤسس موظف است نسبت به معرفی مسئول فنی جایگزین اقدام نماید.



آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ وظایف مسئول فنی

- درخواست آزمایشات کبدی پیش از شروع درمان و در طول درمان
- انجام آزمایش ادار جهت سنجش مورفین و متامفتامین
- در صورت ترک مرکز درمانی توسط مسئول فنی و عدم انجام وظایف بدون هماهنگی و رعایت مقررات لازم، کلیه مسئولیت های قانونی مرکز درمانی تا زمان تعیین تکلیف مسئول فنی جدید به عهده وی خواهد بود.
- مسئولیت کلیه امور درمانی مطابق با پروتکلهای ابلاغی در مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب با مسئول فنی خواهد بود.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ استاندارد فضای فیزیکی مرکز

- ۱- اتاق معاینه پزشک به متراز حداقل ۸ مترمربع
- ۲- اتاق روانشناس / مشاوره حداقل ۸ مترمربع
- ۳- اتاق تحويل دارو و مراقبت های پرستاری و احیاء حداقل ۱۰ مترمربع
- ۴- اتاق انتظار با قابلیت استفاده جهت گروه درمانی در ساعات خاص حداقل ۱۶ مترمربع
- ۵- انبار داروهای مخدر باید درب آهنی یا گاو صندوقی و پنجره های آهنی و محکم محافظت شده باشد و دارای سیستم اعلام و اطفا حریق و اعلام سرقت بوده به نحوی که به نزدیک ترین مرکز انتظامی متصل باشد.



آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ نکات قابل توجه

- ۱- هرگونه تغییر و جابجایی کارکنان فنی و نیروهای تخصصی مراکز باید با اطلاع معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی باشد.
- ۲- تعطیلی موقت یا دائم لازم است کتاباً به اطلاع معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی رسانده شود و در صورت تأیید معاونت درمان و پس از تعیین تکلیف بیماران، تعطیلی موقت مجاز خواهد بود.
- ۳- تغییر شیفت یا تغییر ساعت کاری مرکز باید با اطلاع معاونت درمان باشد
- ۴- در صورت عدم حضور مسول فنی، حداقل برای سه ماه مسول فنی دیگر مرکز یا پزشک واحد شرایط دیگری بادرخواست موسس با صدور حکم از طرف معاون درمان میتواند به عنوان جایگزین فعالیت نمایند اما در صورت که بیش از سه ماه مسول فنی امکان حضور ندارد باید نسبت به تعویض وی اقدام گردد



آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ نکات قابل توجه

۵- موسس در صورت عدم حضور یا تخلف مسول فنی از وظایف قانونی میتواند با ارایه مستندات و مدارک تعویض وی را از معاونت درمان درخواست کند

۶- مراکز حق به کارگیری پزشکان و کارکنان در بخش دولتی را در ساعات اداری ندارند در صورت تخلف موجب لغو موقت پروانه بهره برداری و در صورت تکرار لغو دائم توسط کمیسیون ماده ۲۰ خواهد بود



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی دهستانی تهران
معاونت درمان

آشنایی با آیین نامه ها و مقررات مراکز درمان سوء مصرف مواد

✓ نکات قابل توجه

- ۷- انجام سم زدایی به رو شریع یا فوق شریع UROD در مراکز ممنوع می باشد.
- ۸- مؤسس موظف است اصل یا تصویر پروانه های قانونی را به نحوی نصب نماید که برای تمام مراجعین قابل رویت باشد.
- ۹- تعرفه های مصوب مراجع قانونی در معرض دید و دسترس متلاطیان قرار گیرد.
- ۱۰- برای تخلفات پزشکی در مراکز، کمیسیون ماده ۱۱ رسیدگی به تخلفات امور پزشکی و برای خرید و فروش داروهای مخدر خارج از ضوابط، دادگاه انقلاب اسلامی مرجع رسیدگی خواهد بود.



با سپاس از توجه شما

الله



کارگاه آموزشی

درمان اختلال استفاده از مواد افیونی با

داروهای آگونیست افیون

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

دکتر علی محبی زنگنه
عضو مرکز ملی مطالعات و پژوهش اعتیاد دانشگاه تهران

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

مقدمه

- معضل مصرف و وابستگی به مواد مخدر مشکل پیچیده و چند وجهی است؛ علل مصرف مواد بسیار متنوع و مربوط به عوامل متعددی است که شامل عوامل اجتماعی، اقتصادی و بین فردی و فردی است و اغلب تشخیص علت اصلی آن دشوار است.
- حل این معضل نیز در بسیاری از مواقع مشکل تر از فهم علل و عوامل سبب ساز و تسهیل کننده آن است.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

مقدمه

□ وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی در مراحل پیشرفته تر و به خصوص مصرف هروئین همراه با مخاطرات بسیاری برای فرد و جامعه است. بسیاری از معتادان به هروئین قادر نیستند علی رغم درمان های مختلف به وضعیت پرهیز مدوام دست یابند و در صورت نبود درمانی محافظت کننده، ناگزیر به ادامه حیاتی خواهند بود که تا آخر عمر تنها حول محور تهیه و مصرف مواد دور می زند.

مقدمه

- تعداد مصرف کنندگان هروئین بسیار سریع و رشد صعودی دارد.
- هروئین به روش های تدخینی، کشیدنی و تزریقی قابل مصرف می باشد و تقریبا ۱۸ تا ۲۰ درصد آنها از شیوه تزریقی استفاده می کنند و شاید نزدیک به یک پنجم بیماران مصرف کننده مواد افیونی را مصرف کنندگان هروئین تشکیل می دهند و مابقی مصرف تریاک و شیره خوراکی دارند.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

مقدمه

- اگر چه در بسیاری از موارد معتادان به تریاک کمابیش از نظر شغلی فعال هستند اما طبیعت اعتیاد به هروئین به علت شدت دوره های نشئگی و خماری به گونه ای است که امکان کار کردن را از فرد معتاد سلب می کند.
- اغلب معتادان به مواد مخدر به خصوص هروئین ، جوان و در بهترین سنین بهره وری هستند، لذا آسیبی که جامعه از خروج این افراد از چرخه کار می بیند قابل توجه است.
- یکی از علل شایع و برجسته HIV (ویروس نقص ایمنی – ایدز) اعتیاد تزریقی می باشد و همچنین هپاتیت B و C در بسیاری از معتادان تزریقی نسبت به جمعیت غیر معتاد شیوع بسیار بالاتری دارد.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

مقدمه

- همچنین مرگ و میر ناشی از سوء مصرف در اکثر کشورها در حال افزایش می باشد و علت این مرگ و میر اغلب مصرف بیش از اندازه و مسمومیت مرگ بار متعاقب آن است.
- در بعضی موارد نیز مسمومیت تعمدآ و به علت افسردگی به وقوع می پیوندد که به علت عدم مراجعه روان پزشکی درمان نشده است.
- اصولاً اختلالات روان پزشکی همراه در بسیاری از موارد مشاهده می شوند.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

جنبه هایی از کاهش عوارض اعتیاد به قرار زیر است:

- (1) حذف علائم محرومیت و ترک
- (2) حذف مسئله تزریق
- (3) کاهش مسمومیت ناشی از مواد مخدر
- (4) حذف عوارض ناشی از فاصله های مواد مخدر
- (5) کاهش پرداخت به شبکه قاچاق و کاهش درآمد آنان
- (6) استفاده از فرصت درمان نگهدارنده برای بازگشت به جامعه

تعریف داروهای آگونیست افیونی

- داروهای آگونیست افیونی موادی هستند که همانند مواد افیونی طبیعی (تریاک) و نیمه صناعی (هروئین) برگیرنده مو (م) اپیوئیدی اثر می گذارند.
- متادون و لومتادیل استات (LAAM) آگونیست خالص گیرنده مو هستند. بوپرورفین که آگونیست نسبی گیرنده مو و آنتاگونسیت نسبی گیرنده کاپا است نیز در این دسته قرار دارد. از دیگر داروهای این دسته می تواند به سولفات مورفین و تنطوراپیوم (OT) اشاره نمود.

درمان نگهدارنده

مزایای جایگزین سازی آگونیست افیونی بجای مخدر افیونی غیرمجاز:

- (1) آگونیست خوراکی و غیر تزریقی است.
- (2) آگونیست از مواد افیونی خالص به طور بهداشتی تهیه شده است.
- (3) با قیمت ارزان تر از مواد مخدر یا حتی مشابه رایگان ارائه می شود
- (4) ترکیبات دارای اثر ملایم و بطئی هستند. نیمه عمر هروئین ۸ دقیقه - کراک ۱ تا ۲ ساعت (۳ تا ۴ بار در روز) - متادون ۲۰ ساعت روزانه - بوپرنورفین ۷۲ ساعت روزانه و نداشتن نشئگی.
- (5) تمجیز ک شکل تزریقی بوپرنورفین که با اثر سریع سبب اعتیاد می شود.
- (5) ماده آگونیست با دوز معین و کافی ارائه می شود.

درمان نگهدارنده

مزایای جایگزین سازی آگونیست افیونی بجای مخدر افیونی غیرمجاز:

۶) در محیط های سالم عرضه می شود

۷) داروی آگونیست توسط درمان گر با صلاحیت به قصد درمان عرضه می شود

۸) عرضه آگونیست به صورت قانونی است

۹) نظارت دقیق بر مصرف

۱۰) ثبت و بررسی پیشرفت درمان

۱۱) خدمات مکمل

۱۲) آزمایشات U/A

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

جایگاه درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست از قبیل متادون در کاهش آسیب

□ در الگوی بهداشتی درمانی کاهش آسیب، هدف اصلی کاهش خطرات ناشی از مصرف است و نه پرهیز از مصرف. آنچه چنین الگویی را موجه می سازد این واقعیت است که گروه قابل توجهی از مصرف کنندگان مواد علی رغم ورود به سیستم درمانی به مصرف مواد غیر قانونی خویش ادامه خواهند داد. برای پیشگیری از بروز عواقب منفی در این افراد انجام اقدام های کاهش آسیب کمک کننده است. این اقدام ها شامل آموزش روش های کم خطرتر مقابله و تزریق و نیز توزیع کاندوم و وسایل استریل تزریق می باشد.

خطرهای ناشی از درمان با متادون و اقدام‌های پیشگیرانه و درمانی لازم

اقدام	خطر
<ul style="list-style-type: none"> ▪ مصرف خوراکی متادون تحت نظارت تیم درمانی ▪ دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ عدم آشنایی پزشک با دارو ▪ فارماکوکینتیک پیچیده ▪ بازار سیاه ▪ بیمار متادون را در اختیار افراد دیگر قرار دهد
<ul style="list-style-type: none"> ▪ توضیح در مورد خطر مسمومیت به بیمار ▪ مراقبت تنگاتنگ بیمار ▪ دقت و ظرافت در تنظیم دوز درمانی 	<p style="text-align: center;">خطر بالای مسمومیت در ده روز اول درمان</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ رقیق کردن متادون تجویز شده جهت بردن به منزل تا حداقل ۲۰۰ میلی لیتر ▪ دقت در انتخاب بیمارانی که دارو به منزل می‌برند. 	<p style="text-align: center;">تزریق متادون برده شده به منزل</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ تأکید بر نگهداری دارو دور از دسترس دیگران خصوصاً کودکان ▪ تأکید بر سمیت دارو برای افراد خارج از برنامه درمان با متادون 	<p style="text-align: center;">مسومیت اتفاقی اطرافیان بخصوص کودکان، از طریق متادون برده شده به منزل</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ برقراری راپو (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، صدای تنفسی اضافی، کاهش عمق و بسامد تنفسی، سیانوز 	<p style="text-align: center;">مرگ ناشی از مصرف چند ماده همزمان با مصرف متادون</p>

خطرهای ناشی از درمان با متادون و اقدام‌های پیشگیرانه و درمانی لازم

اقدام	خطر
<ul style="list-style-type: none">▪ توضیح به بیمار در مورد خطر رانندگی و کار روی ماشین‌های بالقوه خطرناک تا زمان تنظیم سطح خونی	سوانح و تصادفات
<ul style="list-style-type: none">▪ ارزیابی خطر خودکشی▪ ارزیابی وضعیت روان پزشکی▪ شک زیاد پزشک به وجود خطر خودکشی▪ ارجاع به مراکز دارای امکانات درمان روان‌پزشکی در صورت نیاز	بیماری‌های روانپزشکی همراه بخصوص خطر خودکشی
<ul style="list-style-type: none">▪ برقراری راپو و ارتباط مناسب درمانی با بیمار	قطع درمان

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

جایگاه درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست از قبیل متادون در کاهش آسیب

- درمان نگهدارنده با متادون یکی از اقدام های پر اهمیت و کلیدی است که در راستای اهداف کاهش آسیب انجام می شود . این درمان امکان عدم استفاده از مواد غیر قانونی را برای بیمار فراهم آورده و عملأً نیاز به تزریق را منتفی می سازد. در عین حال مصرف منظم و دراز مدت متادون خود از عود مجدد مصرف غیر قانونی پیشگیری می کند. به دنبال این درمان دارویی عموماً وضعیت روانی و جسمانی بیمار بهبود می یابد.
- پس اهداف درمان با متادون عبارتند از: بازگرداندن بیمار به یک زندگی عادی، یاری به جذب مجدد وی در جامعه و نگاه داشتن بیمار در درمان تا زمانی که وی از آن سود ببرد.



ارتباط با
بیمار

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

مشخصات فردی بیمار

- شامل: نام ، نام خانوادگی، نام پدر ، تاریخ تولد ، شماره شناسنامه ، شماره ملی ، محل تولد ، جنسیت، سن ، وضعیت تأهل و تحصیلات
- معمولاً نشانی محل سکونت و تلفن های تماس و شرایط تماس نیز درج می شود.
- راز داری در این قسمت، بسیار مهم است و حفظ نکردن آن حتی می تواند عواقب قانونی برای درمان گران در پی داشته باشد.
- یکی دیگر از راه های ارتقاء راز داری برای بیماران، جدا کردن اطلاعات فردی بیمار از بقیه پرونده است؛ در این حالت مشخصات فردی از جمله نام و نشانی محل سکونت و تلفن های بیمار از پرونده درمانی جدا شده و در محلی دیگر نگهداری می شود.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

سابقه سوء مصرف مواد مخدر

- کسب اطلاع از تاریخچه مصرف مواد مخدر مختلف در بیماران بسیار مهم و الزامی است.
- لازم است سابقه سوء مصرف دسته های عمدہ مواد مخدر از جمله انواع مواد افیونی به تفکیک ، الكل ، مواد محرک، حشیش، توهمند زاها ، داروهای آرام بخش و نیکوتین در طی عمر بیمار به سال قید شود.
- اولین باری که بیمار هر یک از مواد مذکور را تجربه کرده (و نه اینکه لزوماً به آن معتاد شده باشد) در چند سالگی بوده است؟
- علاوه بر بیان سوء مصرف در طی عمر ، تعداد روزهای مصرف هر یک از مواد به تفکیک در ۳۰ روز گذشته نیز حائز اهمیت است.

اصل درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

سابقه بیش مصرف مواد مخدر و مسمومیت

- سابقه مسمومیت با مواد افیونی جایگاه خاصی در درمان نگهدارنده دارد.
- بیمارانی که سابقه مسمومیت با مواد افیونی دارند خصوصاً بستری در بیمارستان، کاندیداهای خوبی برای درمان نگهدارنده هستند.
- بر عکس، این بیماران در درمان های پرهیز مدار ، دچار مشکل شده و در برخی مواقع به خصوص در سه ماه اول بعد از سم زدایی دچار مسمومیت مرگ بار می شوند.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

سابقه درمان های قبلی در زمینه اعتیاد

- در مان گر باید نمایی از سابقه اقدامات درمانی قبلی بیمار و مدتی که بیمار به واسطه هر یک از روش های درمانی از مواد مخدر دور بوده ، به دست آورده.
- تعدد سم زدایی های ناموفق یا دوره های پرهیز کوتاه ، متعاقب توقف مصرف مواد مخدر از جمله شرایطی است که استفاده از درمان نگهدارنده توصیه می شود.
- جالب است بدانید که با افزایش دفعات سم زدایی نا موفق نیاز بیمار به متادون به رسیدن به نقطه ثبات افزایش می یابد.
- همچنین بین سم زدایی های متعدد و امکان مسمویت بعدی با مواد افیونی ، همبستگی مثبتی وجود دارد.
- اقدام به هر گونه مداخله درمانی در ماه قبل از ورود به درمان نگهدارنده اهمیت ویژه ای دارد و باید به طور مجزا پرسیده شود.
- سابقه حضور در جلسات معتادان گمنام و آشنایی با روش ها آنها نیز از اهمیت خاصی برخوردار است و لازم است مورد توجه قرار گیرد.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

سابقه رفتارهای پر خطر و مخاطره آمیز

- درمان نگهدارنده ابزار نیرومندی در کاهش آسیب است
- منجر به کاهش تزریق و برخی رفتارهای خطر آفرین در زمینه انتقال HIV می شود.
- اطلاع داشتن از رفتارهای پر خطر بیماران ضروری است به ویژه تزریق اشتراکی مواد مخدر و ارتباطات جنسی حفاظت نشده که باید مورد توجه قرار گیرد.
- سابقه زندانی شدن در طی عمر و علت آن نیز از اهمیت بالایی برخوردار است.
- سابقه زندان به ویژه به دلیل مواد مخدر ارتباط نزدیکی با آلودگی به عفونت HIV و هپاتیت C دارد.
- افرادی که زندانی هستند یا در سال های قبل زندانی شده اند از جمله مهم ترین کاندیدهای دریافت درمان نگهدارنده هستند.

مشکلات طبی و روان پزشکی

- آگاهی از مشکلات طبی عمدی در بیمار و مصرف داروهای مختلف در زمان مراجعه برای درمان نگهدارنده الزامی است.
- سابقه مشکلات روان پزشکی و تجربه حالاتی مانند افسردگی، اضطراب، پرخاشگری شدید، افکار و اقدام به آسیب به خود و خود کشی و تجربه توهم و پسیکوز به صورت مجزا در طی عمر و ۳۰ روز گذشته ارزیابی و بررسی شود.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر

وضعیت خانوادگی و اجتماعی

- درمان نگهدارنده یک درمان جامع و فراگیر است؛ بنابراین اطلاع از وضعیت اجتماعی – اقتصادی و خانوادگی بیماران ضروری است.
- شرایط سکونت و افرادی که بیمار در طی ماه قبل از ورود به درمان با آنها زندگی کرده است.
- وضعیت شغلی وی اعم از شاغل تمام وقت ، نیمه وقت ، بیکار ، بازنشسته ، در حال تحصیل یا خانه دار در جریان سه ماه گذشته.
- درآمد بیمار در ماه قبل از ورود به درمان.
- بستگان درجه یک در قید حیات و وجود اعتیاد در آنها.
- جو کلی عاطفی خانواده یا اطرافیان بیمار و میزان حمایتی که بیمار از آنها دریافت می نماید.
- وجود افراد مصرف کننده مواد مخدر در محل سکونت بیمار.

معاینات بالینی و علائم حیاتی

- در بدو ورود به درمان، معاینه عمومی توسط پزشک درمان گر الزامی است.
- یافته های معاینه و علائم حیاتی باید در پرونده بیمار ثبت شود.



درمان نگهدارنده با

متادون MMT

درمان نگهدارنده با متادون MMT

معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با متادون MMT

۱) وابستگی به مواد افیونی بر اساس معیارهای DSM

۲) مصرف تزریقی (کسی که در ماه گذشته حداقل یک بار سوءصرف

تزریقی مواد داشته است)

۳) سن بالای ۱۸ سال

درمان نگهدارنده با متادون MMT

۴) موافقت کتبی با درمان نگهدارنده با متادون
(تبصره: با تایید روانپزشک، تا حداقل ۲۰ درصد از بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون که دارای یکی از شرایط زیر باشند را می توان از میان مصرف کنندگان غیرتزریقی مواد افیونی (به خصوص مصرف کنندگان هروئین) انتخاب نمود:

درمان نگهدارنده با متادون MMT

شرایط بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون:

۱) بیماری مزمن روانی مطابق متون معتبر

۲) حداقل ۳ بار عود پس از درمان در مراکز معتبر (مستندات درمان های قبلی باید پیوست پرونده فعلی بیمار شود)، در بیماری که حداقل ۳۰ سال سن یا حداقل ۱۰ سال سابقه مصرف مواد داشته باشد.

۳) اختلالات شخصیتی (کلاستر B) (آنچه در این اختلالات پرنگ است آسیب به کسانی است که با افراد مبتلا در ارتباط هستند)

۴) جنس زن

۵) سابقه زندان

درمان نگهدارنده با متادون MMT

به طور خلاصه می توان گفت درمان متادون در مصرف کنندگان اپیوم انتخاب بهتری می باشد.



درمان سهم زدایی و نگهدارنده

با بوپرنورفین (BMT)

درمان سم زدایی و نگهدارنده با بوپرنورفین (BMT)

معیارهای ورود به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین (BMT)

- اندیکاسیون های درمان با بوپرنورفین
- ❖ تشخیص وابستگی به مواد افیونی مطابق با معیارهای DSM
- ❖ تمایل بیمار به درمان با بوپرنورفین
- ❖ عدم وجود موارد منع درمانی (مثل حساسیت به بوپرنورفین)

درمان سم زدایی و نگهدارنده با بوپر نورفین (BMT)

به طور خلاصه برای درمان تمامی موارد سوء مصرف مواد می توان از بوپر نورفین به عنوان درمان جایگزین استفاده کرد ولی در صورتیکه مقدار مصرف و سابقه مصرف چند ماده افیونی با یکدیگر و سابقه روش های متعدد مصرف از قبیل تزریق و تدخین به طور همزمان توسط فرد معتاد انجام گردد نمی توان با قرص بوپر نورفین جهت بیمار درمان جایگزین شروع نمود.



درمان سهم زدایی و نگهدارنده

با شربت تنفس (OT)

شربت تنفس (OT)

در مواردی که شخص قادر به مصرف متادون و بوپر نورفین نمی باشد و یا سابقه حساسیت به هر دوی این مواد را دارد و یا بر حسب تمایل فرد و خواسته بیمار می توان از شربت تنفس (OT) بهره جست.

اصول درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر



محرك ها

حرک ها:

- در حرک ها از قبیل آمفتابامین یا متامفتامین می توان از روان درمانی و ماتریکس و مداخلات اجتماعی بهره جست؛
- در صورت وجود بیماری های همراه استفاده از روان پزشک و درمان دارویی بیماری های همراه به طور همزمان باید انجام شود.

اصل درمان اعتیاد و آشنایی با درمان های دارویی در مصرف کنندگان انواع مواد مخدر



مداخلات روان شناختی

مداخلات روان شناختی :

□ مداخلات روان شناختی می تواند به واسطه ایجاد تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی سهم بسزایی در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی داشته باشد و البته در مجموع می توان گفت که مداخلات روان شناختی در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون و داروهای آگونیست در کوتاه مدت اثربخش بوده اما در طولانی مدت در صورت توقف اقدامات درمانی تأثیر چندانی در کیفیت زندگی نخواهد داشت.

بَا تَشْكُرٍ ازْ حُسْنٍ تَوْجِهٌ شَمَا

درمان اختلال مصرف افیونی در بارداری

Treatment of Opioid Use
Disorder in Pregnancy



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Present by:
Bita Vahdani, M.D
Assistant professor of
psychiatry

Email: bita.vahdani@gmail.com



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

What does evidence-based harm reduction during pregnancy look like?

The following harm reduction strategies have strong evidence of effectiveness in the scientific literature and in practice as ways of supporting pregnant and new mothers who use alcohol and drugs.

- Education and outreach, including sharing information about safer drug use and distributing clean needles and other supplies⁴⁻⁸
- Low barrier access to services which emphasize physical and emotional safety, relationship-building, have short or no waitlists, and are provided in an accessible geographical location^{7, 9-10}
- Collaboration between health care and child welfare sectors^{7, 9-12}
- Buprenorphine and methadone maintenance treatment¹³⁻¹⁴
- Provision of food vouchers, daily hot lunches, and prenatal vitamins¹⁵⁻¹⁷
- Testing for Sexually Transmitted Infections and other sexual health services¹⁸
- Addiction counseling, including help with quitting smoking^{4, 7, 19}
- Assistance with transportation and child care to attend appointments^{4, 7-8, 10}
- Access to integrated program models (e.g., on-site pregnancy-, parenting-, or child-related services offered with addiction services or coordinated referrals to other health and social services)^{2, 4-5, 7, 20}



Research shows that harm reduction activities and approaches during pregnancy can:

- Increase engagement and retention in prenatal services and addiction treatment^{4, 6-8, 21}
- Increase referrals to other health and social services and increase engagement in services following birth^{6-7, 21}
- Reduce alcohol and drug use and improve nutrition^{4, 7-8, 18, 21}
- Reduce health care costs^{6, 21-22}
- Improve health outcomes for women and their babies, including fewer preterm births and babies born with low birth weight^{6, 20-21, 23}
- Increase the number of babies discharged home with their mothers following birth^{4, 7-8, 21}
- Encourage breastfeeding, early attachment and improve early childhood development outcomes^{4, 7, 24-25}





Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

مداخلات معطوف به مادران مصرف کننده مواد

- ✓ نوزادان متولد شده از زنان مصرف کننده مواد در معرض خطر بالا برای نارسی، وزن کم تولد و رشد جسمی معیوب هستند.
- ✓ برنامه هایی که خدمات بارداری، فرزند پروری و مراقبت های کودکان در درمان سوء مصرف مواد ادغام می کنند برای پاسخ به این مشکل طراحی شده اند.
- ✓ در یک متا آنالیز نتایج ۱۰ مطالعه بر روی پیامدهای تولد نوزادان متولد شده از مادران شرکت کننده در این برنامه ها بررسی شد.
- ✓ در مقایسه با نوزادان مادرانی که روی درمان نبودند، مادران شرکت کننده در برنامه درمان وزن تولد بالاتر، دور سر بزرگتر، عوارض تولد کمتر، آزمایش مثبت از نظر مواد کمتر و قرارگیری در طبقه وزن تولد بهتر نشان دادند.
- ✓ زنان روی درمان به صورت معنی داری در جلسات مراقبت بارداری بیشتر شرکت کردند و میزان زایمان زودرس در آنها بیشتر بود.

Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A: Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: A Meta-analytic review. Addict Res Theory 2011, 19(6):542-555.

✓ در یک مرور نظام مند دیگر روی ۱۳ مطالعه (۲ کار آزمایی بالینی، ۳ مطالعه شبه تجربی، ۸ مطالعه کو هورت روی ۷۷۵ کودک) نشان داد درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری همراه با حداقل یک مراقبت فرزند پروری با بهبود رشد (اندازه اثر کوچک تا بزرگ) و بهبود کارکرد هیجانی و رفتاری (اندازه اثر بزرگ) کودک همراه است.

✓ مطالعات مقایسه ای نشان می دهند نوزادان زنان شرکت کننده در برنامه های درمان ادغام یافته در مقایسه با نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده مواد که روی درمان نبودند از نظر رشد و نمو (قد، وزن، دور سر) وضعیت بهتری دارند و اندازه اثر مداخله در تمام مطالعات بزرگ بود.

✓ مطالعاتی که خدمات ادغام یافته و غیر ادغام یافته را مقایسه کردند نشان دادند خدمات ادغام یافته از نظر کارکرد هیجانی و رفتاری بر خدمات غیر ادغام یافته ارجح هستند هر چند این تفاوت کوچک است.

Niccol A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse Negl.* 2012 Apr;36(4):308-22. doi: 10.1016/j.chabu.2011.10.007. Epub 2012 Apr 5.



شیوع مصرف در دوران بارداری



- ۳.۱٪ زنان در سینین باروری حداقل یک بار در سال گذشته یک ماده غیرقانونی (شامل الكل) مصرف داشتند.
(وزارت بهداشت، پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۹۰-۱۳۸۹)
- در یک مطالعه روی ۲۱۸۹ زن باردار مراجعه کننده به ۱۵ کلینیک بارداری بیمارستان های آموزشی شهر تهران در سه ماهه های دوم و سوم بارداری (میانگین سنی ۲۵ سال)، مصرف داروها، سیگار و مواد غیرقانونی در طول بارداری مورد بررسی قرار گرفت: (طوفیان و رمضان زاده، ۲۰۰۸)
 - مصرف فعلی سیگار ۷٪
 - مصرف فعلی مواد ۰.۲٪
- در یک مطالعه در میان ۱۰۰۶۲۰ مورد زایمان در بیمارستان های مهدیه، طالقانی، اکبرآبادی و امام حسین شهر تهران در یک دوره ۵ ساله (صالح گرگانی ۲۰۱۲) گزارش شخصی مصرف مواد در ۵۱۹ مادر باردار (۰.۵٪) مثبت بود.

- فراوانی مواد مورد مصرف
 - تریاک ۶۲.۶%
 - کراک هروئین ۲۰.۳%
 - هروئین ۳.۹%
 - مت آمفتامین ۳.۹%
 - حشیش ۱.۷%
 - چند ماده ای ۷.۵%

در این مطالعه مصرف مواد با پیامدهای زایمان و نوزادی ضعیف تری همراه بود.

- ✓ پیامدهای بارداری

زایمان زودرس، وزن کم تولد، خون ریزی بعد از زایمان

- ✓ پیامدهای نوزادی

پذیرش در بخش نوزادان، مرگ و میر بالاتر



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders

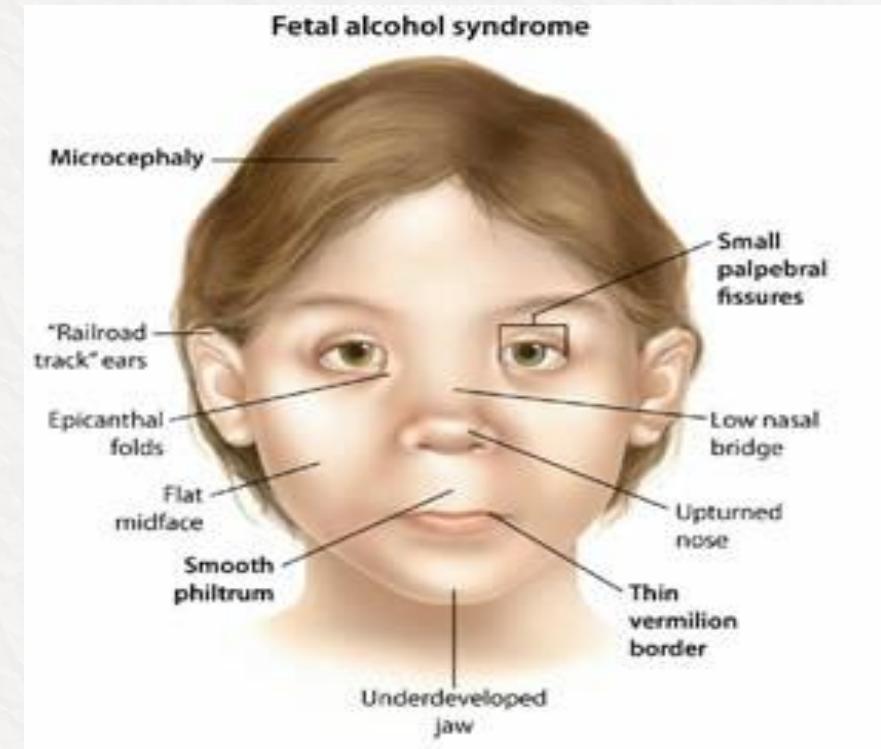


WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

آیا مصرف مورفین در دوران بارداری تراوتوژنیک است؟

برخلاف الكل و مت
امفتابامین مورفین
تراوتوژنیک نیست

Neonatal Abstinence Syndrome



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Side effects

عوارض

عوارض مصرف مواد افیونی در بارداری

زنان باردار وابسته به ترکیبات افیونی به دلایل زیر در معرض خطر افزایش یافته تجربه عوارض بارداری و سایر بیماریها هستند:

- ✓ مواجه جنین با دوره های مکرر مسمومیت و محرومیت از مواد افیونی
- ✓ عوامل مرتبط با سبک زندگی همچون تغذیه نامناسب، سیگار کشیدن، ابتلا به عفونت ها و...
- ✓ دریافت مراقبت بارداری ناکافی



Iranian National Center
for addiction Studies



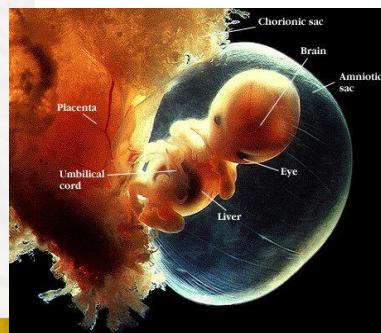
Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

عوارض شایع طبی مصرف مواد افیونی در بارداری

کم خونی	فلبیت	اج آی وی
باکتریمی/اسپتی سمی	پنومونی	سیفلیس
بیماری قلبی، خصوصاً اندوکاردیت	بهداشت دهان ضعیف	کزار
سلولیت	بیماری های منتقله از راه جنسی	سل
ادم	کلامیدیا	عفونت های مجاری ادرار
دیابت بارداری	کوندیلوماتا آکومیناتوم	سیستیت
هپاتیت (حاد و مزمن)	گونوره آ	پیلوفریت
فشار خون بالا/تاکیکاردي	هرپس	اورتیت



عوارض شایع بارداری و زایمان در مصرف مواد افیونی

- | | | | |
|-----------------------|---|------------------------|---|
| خونریزی بعد از زایمان | ● | پارگی جفت | ● |
| پره‌اکلامپسی | ● | کوریوآمنیونیت | ● |
| زایمان زودرس | ● | مرگ داخل رحمی | ● |
| پارگی زودرس غشاء‌ها | ● | تأخير رشد داخل رحمی | ● |
| ترومبوفلوبیت عفونی | ● | خروج مکونیوم داخل رحمی | ● |
| سقوط خودبخودی | ● | نمرات آپگار پایین | ● |
| | | نارسایی جفت | ● |



Diagnosis

تشخیص

تشخیص اعتیاد به مواد افیونی در بارداری

برخی زنان وابسته به مواد افیونی ممکن است نشانه های بارداری مثل خستگی، سردرد، تهوع و استفراغ، دل پیچه را به محرومیت از مواد افیونی نسبت دهند.

بسیاری از زنان معتاد به مواد افیونی آمنوره ایجاد شده در اثر سبک زندگی پراسترس و ناسالم را با ناباروری اشتباه می گیرند.

برای تشخیص اعتیاد به مواد افیونی و سایر مواد در زنان باردار باید اطلاعات به دست آمده از شرح حال پزشکی و مواد، معاینه فیزیکی، آزمایش مواد و علایم و نشانه های محرومیت را ادغام نمود.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Diagnosis

تشخیص

در صورت مواجهه با

- بیماری های همراه با مصرف مواد (برای مثال هپاتیت، اندوکاردیت باکتریایی، سلولیت)
- مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری و
- ناهنجاریهای رشد جنین توضیح داده نشده (برای مثال تأخیر رشد داخل رحمی) بررسی بیشتر از نظر اعتیاد اهمیت بالایی پیدا می کند.

استفاده از آنتاگونیست های مواد افیونی برای تشخیص اعتیاد در زنان بارداری مطلقاً ممنوع است، زیرا حتی القای محرومیت خفیف میتواند باعث زایمان زودرس یا سایر عوارض جانبی جنینی گردد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Standard treatment

درمان استاندارد

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین به صورت اساسی نوسانات در سطوح خونی مواد آپیوئیدی مادر را کاهش داده و بدین ترتیب از جنین در برابر چرخه های مکرر مسمومیت و محرومیت محافظت می کند.

درمان نگهدارنده در بیماران باردار همان منافعی را دربردارد که در سایر بیماران به صورت عمومی دیده می شود.

درمان نگهدارنده دسترسی به مراقبت بارداری و نوزادی را افزایش داده و از این طریق خطر عوارض زایمانی و جنینی، تأخیر رشد داخل رحمی و مرگ و میر و بیماریهای نوزادی را کاهش می دهد.

مواجهه داخل رحمی با متادون یا بوپرنورفین خطر ناهنجاریهای جنینی را افزایش نمی دهد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child

Barbara K. Zedler¹, Ashley L. Mann¹, Mimi M. Kim², Halle R. Amick¹, Andrew R. Joyce¹, E. Lenn Murrelle¹ & Hendrée E. Jones^{3,4}

Venebio Group, LLC, Richmond, Virginia, USA,¹ Center for Biobehavioral Health Disparities Research, Division of Community Health, Duke University, Durham, NC, USA,² UNC Horizons, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA³ and Departments of Psychiatry and Behavioral Sciences and Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA⁴

American Journal of Obstetrics & Gynecology
MFM

Volume 2, Issue 3, August 2020, 100179

Systematic Review

Maternal

Buprenorphine-naloxone use in pregnancy: a systematic review and metaanalysis

Heather M. Link MD, MPH ^a✉, Hendree Jones PhD ^b, Lauren Miller MD ^d, Karol Kaltenbach PhD ^c, Neil Seligman MD ^e

Show more ^

<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100179>

[Get rights and content](#)



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Systematic Reviews and Meta- and Pooled Analyses

Prenatal Buprenorphine Versus Methadone Exposure and Neonatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis

Susan B. Brogly*, Kelley A. Saia, Alexander Y. Walley, Haomo M. Du, and Paola Sebastiani

* Correspondence to Dr. Susan Brogly, Department of Epidemiology, Boston University School of Public Health, 715 Albany Street, Talbot 419-E, Boston, MA 02115 (e-mail: sbrogly@bu.edu).

Initially submitted February 27, 2014; accepted for publication June 25, 2014.

Increasing rates of maternal opioid use during pregnancy and neonatal withdrawal, termed neonatal abstinence syndrome (NAS), are public health concerns. Prenatal buprenorphine maintenance treatment (BMT) versus methadone maintenance treatment (MMT) may improve neonatal outcomes, but associations vary. To summarize evidence, we used a random-effects meta-analysis model and estimated summary measures of BMT versus MMT on several outcomes. Sensitivity analyses evaluated confounding, publication bias, and heterogeneity. Subjects were 515 neonates whose mothers received BMT and 855 neonates whose mothers received MMT and who were born from 1996 to 2012 and who were included in 12 studies. The unadjusted NAS treatment risk was lower (risk ratio = 0.90, 95% confidence interval (CI): 0.81, 0.98) and mean length of hospital stay shorter (-7.23 days, 95% CI: -10.64, -3.83) in BMT-exposed versus MMT-exposed neonates. In treated neonates, NAS treatment duration was shorter (-8.46 days, 95% CI: -14.48, -2.44) and morphine dose lower (-3.60 mg, 95% CI: -7.26, 0.07) in those exposed to BMT. BMT-exposed neonates had higher mean gestational age and greater weight, length, and head circumference at birth. Fewer women treated with BMT used illicit opioids near delivery (risk ratio = 0.44, 95% CI: 0.28, 0.70). Simulations suggested that confounding by indication could account for some of the observed differences. Prenatal BMT versus MMT may improve neonatal outcomes, but bias may contribute to this protective association. Further evidence is needed to guide treatment choices.

Treatment Planning

تعیین جایگاه درمانی

زنان باردار مصرف کننده مواد افیونی باید در فرآیند ارزیابی و شروع درمان نگهدارنده با متادون اولویت داده شوند.

گاهی زنان روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست باردار می شوند. در این گونه موارد باید بیماران را تشویق نمود تا پایان بارداری درمان نگهدارنده خود را قطع نکنند.

برخی زنان وقتی متوجه میشوند که باردار شده اند، تمایل بالایی پیدا می کنند که مصرف داروی آگونیست خود را قطع کنند.

در چنین شرایطی بازگیری (سم زدایی) از مواد افیونی یک گزینه درمانی پرخطر محسوب می شود، زیرا احتمال عود پس از بازگیری بالاست و عود اثرات منفی بر سیر بارداری و زایمان خواهد داشت.

به علاوه، علایم بازگیری از مواد افیونی شدید می تواند باعث القای سقط خودبخودی در سه ماهه اول یا زایمان زودرس در سه ماهه سوم بارداری گردد. درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست در مقایسه با خطرات مصرف مواد افیونی عوارض تکاملی طولانی مدت اندکی دارد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Neonatal Abstinence Syndrome

سندرم پرهیز نوزادی

سندرم پرهیز نوزادی

نیازهای شایع

نمایش کشیدن

استفراغ

تشنج

پاسخ افزایش یافته به صدا

نیازهای شایع

تحریک پذیری و آشفتگی خواب

آب ریزش بینی

مکیدن مشت

گریه همراه با جیغ

مدفوع آبکی

بیش فعالی عمومی

مکش ناکارآمد هنگام شیر خوردن

وزن گیری کم

دوست نداشتن نورهای شدید

لرزش

افزایش تعداد تنفس



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Treatment

درمان



درمان سندروم پرهیز نوزادی

سندروم پرهیز نوزادی در درمان نگهدارنده با بوپر نوروفین از درمان نگهدارنده با متادون کمتر و شدت پایین تر است.

نوزاد پس از به دنیا آمدن از مادر مصرف کننده مواد افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست باید حداقل ۳ تا ۵ روز پس از زایمان در بیمارستان تحت نظر گرفته شود.

در صورت مواجهه با علایم سندروم پرهیز نوزاد باید به صورت فوری جهت بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادی ارجاع شود.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Postpartum treatment

درمان پس از زایمان

تداوم درمان پس از زایمان

ضرورت دارد زایمان تمام مادران باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد در بیمارستان صورت پذیرد.

در صورت تولد در منزل در مادران وابسته به مواد افیونی و/یا تحت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرnofین، مادر و نوزاد باید برای بررسی از نظر سندروم پرهیز نوزادی به صورت فوری به بیمارستان ارجاع شوند.

پس از تولد نوزاد با توجه به برگشت تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر دوز متادون یا بوپرنورفین باید کاهش داده شود.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Breastfeeding

شیردهی

شیردهی در مادران وابسته به مواد افیونی

شیردهی مزایای متعددی دارد که شامل پیوند مادر- کودک، تغذیه و پیشگیری از بیماری های کودکی می شود.

باید زنان روی درمان نگهدارنده با متادون را به شیردهی تشویق کنیم مگر آن که مادر:

- ✓ اچ آی وی مثبت باشد
- ✓ مواد غیرقانونی همچون شیشه یا الکل سوء مصرف کند
- ✓ به بیماری دیگری که ممنوعیت شیردهی محسوب می گردد مبتلا باشد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Breastfeeding

شیردهی

هپاتیت سی دیگر یک مورد ممنوعیت شیردهی به حساب نمی‌آید.

گرچه متادون در شیر مادر قابل ردیابی است، اما مطالعات نشان داده اند، انتقال متادون به داخل شیر مادر صرف نظر از دوز مادر بسیار جزئی است.

فقط مقادیر اندکی متادون در شیر مادران روی دوز متادون بالای ۱۸۰ میلی گرم در روز یافته می‌شود.

بوپرنورفین در شیر مادر ترشح می‌شود اما چون این دارو زیر زبانی است جذب ناچیزی دارد.

بنابراین، شواهد علمی موجود از محدودیت دوز روزانه متادون یا بوپرنورفین در زنان شیرده حمایت نمی‌کند، بر عکس مادران باردار تحت درمان باید قویاً به شیردهی تشویق شوند.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

شیردهی و مواد: جمع بندی

Breastfeeding

شیردهی

مواد افیونی غیرقانونی:

ممنوع	هروئین
ممنوع	تریاک
ممنوع	کدئین
مجاز	مورفین با دوز کنترل درد در زایمان
مجاز	متادون و بوپرورفین
ممنوع	مواد محرک (شیشه) - مصرف مستمر
به مدت ۲۴ ساعت ممنوع	مواد محرک - مصرف گاهگاهی
ممنوع	الكل



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

ملاحظات خاص پس از تولد

فاصله گذاری بین تولدها
عدم تمایل به نگهداری فرزند
صلاحیت سرپرستی
تداوم مصرف مواد در مادر
صرف مواد در پدر
معضلات مرتبط با سوعرفتار
نداشتن شرایط نگهداری
وضعیت اقتصادی، اجتماعی ضعیف



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Thanks For Your Attention



از توجه شما سپاسگزارم



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

درمان اختلال مصرف افیونی در کودک و نوجوان

Treatment of Opioid Use Disorder in Child and Adolescent



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health



Present by:
Bita Vahdani, M.D
Assistant professor of
psychiatry
April 2021

Email: bita.vahdani@gmail.com
Office: 021-40223720
021-40223430



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Prevalence and patterns of tobacco, alcohol, and drug use among Iranian adolescents: A meta-analysis of 58 studies



Alireza Ansari-Moghaddam ^a, Fatemeh Rakhshani ^{a,b}, Fariba Shahraki-Sanavi ^{a,*}, Mahdi Mohammadi ^a, Mahmoodreza Miri-Bonjar ^a, Nour-Mohammad Bakhshani ^a

^a Health Promotion Research Center, Epidemiology & Biostatistics Department, Zahedan University of Medical Sciences, Doctor Hesabi Square, Zahedan 9817667993, Iran
^b Shahid Beheshti University of Medical Sciences, District 1, Daneshjou Blvd., Tehran 1983963113, Iran

ARTICLE INFO

Article history:

Received 31 May 2015

Received in revised form 22 November 2015

Accepted 22 November 2015

Available online xxxx

Keywords:

Smoking

Drinking

Drug use

Adolescents

Iran

ABSTRACT

Adolescence is the critical age when adopting high-risk and health-threatening behaviors including smoking, drug and alcohol use is at its peak. Accordingly, this meta-analysis aimed to provide comprehensive nationwide estimates of tobacco, alcohol, and drug use among Iranian adolescents; and to compare their habits with other societies.

Electronic databases, including PubMed, Medline, Embase, Google scholar and National Persian databases of SID, Magiran, and IranMedex were utilized in identifying relevant articles. The included studies were those having publications of quantitative estimates and standard errors of the prevalence of cigarette and drug use among 14–19-year-old high school students in Iran from 2000 to 2014. Random-effects meta-analyses were done including a total of 80,588 high school students.

The most common drugs among adolescents in Iran were hallucinogens [25.3% (95% CI: 23.9–26.8)], sleeping pills and tranquilizers [25% (95% CI: 24–26.1)], hookah [23.1% (95% CI: 22.2–23.9)], opiates [22% (95% CI: 21.3–22.7)] and central nervous system (CNS) stimulants [20.1% (95% CI: 19.1–21.1)]. Furthermore, overall estimates for cigarette smoking, alcohol and chewing tobacco/Pan/Nas in the participants were 16.8% (95% CI: 16.4–17.2), 14.7% (95% CI: 14.2–15.3) and 10.0% (95% CI: 8.7–11.4), respectively. However, there was some heterogeneity in the pattern of drug use across the country ($P < 0.01$). Additionally, the risk of smoking, drinking and drug use by boys was considerably greater than girls. Moreover, data showed a varying trend of drug use over three studied periods of time.

In conclusion, a diverse pattern and trend of tobacco smoking, alcohol drinking and drug use among adolescents in Iran was verified. Therefore, preventive and control measures (i.e. education) provided in schools should be compatible with age groups, with emphasis being laid on pattern of use in different parts of the country.

© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.



Drug prevention interventions and policies (UNODC/WHO 2018)

A. Early childhood

- Education

B. Middle childhood

- Parenting skills programs
- Community-based multi-component initiatives
- Personal and social skills education
- Classroom environment improvement programs
- Policies to retain children in school
- Addressing mental health disorders

C. Early adolescence

- Prevention education based on social competence and influence
- School policies on substance use
- School-wide programs to enhance school attachment
- Addressing individual psychological vulnerabilities
- Mentoring



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health



Child Neglect and Substance Abuse



سازمان
جمهوری اسلامی
جمهوری اسلامی
وزارت بهداشت، رفاه اجتماعی و تأمین
معافت درمان

دیپرخانه شورای راهبردی تدوین راهنمای سلامت

پویل تشییی و دلاني

واستکی به مواد افونی در کودکان و نوجوانان

پاییز ۱۳۹۹



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

علام غیراختصاصی تظاهرات مصرف مواد در نوجوان

- ۱- دیر به خانه آمدن بعد از مدرسه
 - ۲- نوسانات خلقی
 - ۳- تحريك پذير شدن
 - ۴- نقض قوانین و مقررات خانه
 - ۵- افت نمرات
 - ۶- از دست دادن علاقه به تفریحات
 - ۷- تغییر در شبکه دوستان
 - ۸- تغییر در عادات فیزیولوژیک همچون خواب و اشتها
- ۹- پنهانکاری، دروغ گفتن، دزدیدن پول یا وسایل منزل
 - ۱۰- تظاهرات آشکار مسمومیت مواد
 - ۱۱- کم شدن یا گم شدن داروهای نسخه ای واجد پتانسیل سوءصرف
 - ۱۲- پیدا شدن مواد یا وسایل مصرف در وسایل فرزند



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health



HELP

Screening

غربالگری

اصول راهنمای غربالگری و شناسایی زودرس مشکلات سلامت روان و مصرف مواد در کودکان و نوجوانان عبارتند از:

- ✓ رازداری
- ✓ پرهیز از آسیب،
- ✓ اخذ رضایت و موافقت آگاهانه،
- ✓ استفاده از یک فرآیند غربالگری علمی،
- ✓ محافظت از اطلاعات جمع آوری شده حین غربالگری و تضمین استفاده مناسب از آن
- ✓ پیوند با خدمات ارزیابی و درمان.

❖ غربالگری مصرف مواد باید در محیط خصوصی، بدون حضور والدین یا مراقبان انجام شود.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Screening

غربالگری

پرسشنامه CRAFFT- آزمون غربالگری کوتاه برای سوئمصرف مواد در نوجوانان

C- آیا تا کنون سوار ماشینی بوده اید که راننده آن (فرد دیگری یا خود شما) الکل یا مواد مصرف کرده باشد؟

R- آیا تاکنون الکل یا مواد را برای آرام کردن خود، داشتن احساس بهتر درباره خود یا احساس راحتی در جمع مصرف کرده‌اید؟

A- آیا تاکنون الکل یا مواد را زمانی که تنها هستید مصرف کرده‌اید؟

F- آیا اعضای خانواده یا دوستان شما تاکنون به شما گفته اند که باید مصرف الکل یا مواد خود را کم کنید؟

F- آیا تاکنون کارهایی را که هنگام مصرف الکل یا مواد انجام داده اید، فراموش کرده اید؟

T- آیا تاکنون در حال مصرف الکل یا مواد دچار مشکل شده اید؟

2* مورد یا بیشتر مطرح کننده مشکل جدی است



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Assessment

ارزیابی

✓ بررسی سیر زمانی عالیم اختلالات مصرف مواد و سایر اختلالات روانپزشکی

✓ شروع و پیشرفت عالیم روانپزشکی و مصرف مواد

✓ سایر اطلاعات درباره عوامل خطر رشدی

✓ تاریخچه شکل گیری اختلالات مصرف مواد

✓ اخذ شرح حال عوامل مؤثر

✓ برقراری ارتباط مؤثر میان شما و مراجع



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

برای انتخاب سطح و جایگاه ارایه درمان ارایه چند بعدی در حوزه های زیر باید انجام پذیرد:

- بعد 1- مسمومیت و محرومیت
- بعد 2- بیماریها و عوارض طبی
- بعد 3- بیماریها و عوارض هیجانی، رفتاری و شناختی
- بعد 4- آمادگی برای تغییر
- بعد 5- عود، تداوم مصرف یا پتانسیل تداوم مشکل
- بعد 6- محیط بهبودی/ازندگی

Treatment Planning

تعیین جایگاه درمانی



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Indications of treatment

اندیکاسیون های درمان

✓ در مانهای دارویی وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان باید در پس زمینه یک برنامه روانی، اجتماعی جامع برای پاسخ به نیازهای خود فرد و خانواده او ارایه شود.

✓ در کودکان زیر 12 سال وابسته به مواد افیونی بازگیری از مواد افیونی با کلونیدین و دارودمانی علامتی با استفاده از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، داروهای آنتی هیستامین و لوپرامید توصیه میگردد.

✓ در نوجوانان بالای 12 سال بازگیری با بوپرنورفین و تداوم درمان با نالترکسون می تواند یک راهبرد اولیه مناسب در دارودمانی باشد.

✓ در صورت عدم پاسخ درمانی کافی به بازگیری با بوپرنورفین یا شدت بالای وابستگی به مواد افیونی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین باید در نظر گرفته شود.

✓ در صورت عدم پاسخ درمانی کافی به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در نوجوانان بالای 16 سال، درمان نگهدارنده با متادون میتواند در نظر گرفته شود.

✓ درمان دارویی و روانشناختی اختلالات روانپزشکی همبود در بهبود پیامدهای درمانی اهمیت اساسی دارد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Outpatient service

درمان سرپایی

✓ خطر عوارض جدی و تهدیدکننده حیات در طول دوره قطع مصرف مواد وجود نداشته باشد (بعد 1).

✓ بیماری یا اختلال طبی یا روانپزشکی حاد یا اورژانسی وجود نداشته باشد (ابعاد 1 و 2).

✓ سابقه عودهای مکرر در دستیابی به اهداف اولیه درمان در درمان سرپایی وجود نداشته باشد (بعد 4).

✓ محیط خانواده و زندگی فرد برای دستیابی به بھبودی، امن و حمایت کننده باشد (بعد 6).



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Inpatient service

درمان بستری

- ✓ لازم است مراجعانی که از یک اورژانس طبی یا روانپزشکی رنج میبرند (ابعاد 1 تا 3) در سطح بستری خدمات درمانی را دریافت نمایند.
- ✓ مراجعانی که یک اورژانس طبی یا روانپزشکی ندارند (ابعاد 2 و 3)، اما به دلیل مشکلات همبود (غیراورژانسی) هیجانی، شناختی و رفتاری (بعد 3)
- ✓ در دستیابی به اهداف اولیه درمان سرپایی مکرراً چار شکست شده اند (بعد 5 ارزیابی)
- ✓ به دلیل نداشتن محیط بهبودی مناسب (بعد 6 ارزیابی)
- ✓ امکان ارایه درمان سرپایی برای آنها فراهم نیست، از درمان اقامتی نفع میبرند



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Psychosocial Interventions

مداخلات روانی اجتماعی



مصاحبه انگیزشی

مداخلات روانی اجتماعی

خانواده درمانی اختصاصی

درمان شناختی، رفتاری

اهداف رویکردهای مبتنی بر خانواده

- ✓ ارایه آموزش های روانشناسی درباره اختلالات مصرف مواد که مقاومت خانواده در درمان را کاهش داده، تقویت انگیزه و درگیری در برنامه درمان
- ✓ کمک به والدین و خانواده جهت شروع و حفظ مراجعه نوجوان در درمان متناسب و دستیابی به پرهیز
- ✓ کمک به والدین و خانواده در ایجاد مجدد ساختار با تعیین حدود و پایش دقیق فعالیتها و رفتارهای نوجوان
- ✓ بهبود ارتباطات در میان اعضای خانواده
- ✓ وارد کردن سایر اعضای خانواده در درمان یا گروههای حمایتی

Treatment Plan < 12years

برنامه درمان کودکان زیر ۱۲ سال

- ✓ مطالعات نشان میدهد مصرف مواد در کودکان زیر 12 سال کمتر تقویت کننده است
بروز وابستگی به مواد در این دوره سنتی غیرشایع بوده
- ✓ در صورت وجود با مشکلات شدید به لحاظ ناپایداری وضعیت خانواده و محیط همراه
است
- ✓ در درمان وابستگی به مواد افیونی در کودکان ارزیابی و مداخله درباره موضوعاتی
نظیر مصرف مواد در خانواده، کودک آزاری، صلاحیت سرپرستی والدین و...
اهمیت اساسی دارد.
- ✓ در صورت وجود وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی در کودکان استفاده از درمان
علامتی با استفاده از کلونیدین و درمانهای علامتی دیگر توصیه میگردد.
- ✓ شواهد درباره ایمنی و اثربخشی درمان نگهدارنده با نالترکسان در کودکان زیر 12
سال کافی نیست، استفاده از این رویکرد درمانی را توصیه نمیگردد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Treatment Plan (12-18 years)

برنامه درمان کودکان و نوجوانان (۱۲-۱۸ سال)



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

در نوجوانان وابسته به مواد افیونی بازگیری با بوپرورفین خط اول درمان بوده و در صورت تناسب تداوم درمان با نالترکسان خوراکی توصیه میشود.

در صورتی که یک اقدام به بازگیری با بوپرورفین موفق نبوده یا برخی شاخصهای نشاندهنده خطر بالا وجود داشته باشد، درمان نگهدارنده با بوپرورفین می تواند از ابتدا در نظر گرفته شود.

ملاکهای نشاندهنده خطر بالا عبارتند از:

- ✓ مصرف تزریقی مواد
- ✓ عفونت اچ آی وی، هپاتیت سی
- ✓ زندانی بودن
- ✓ بارداری
- ✓ سابقه بیش مصرفی مکرر
- ✓ تخرب شدید ناشی از اعتیاد به مواد افیونی که با مشکلات شدید تنظیم هیجانی، افت شدید عملکرد تحصیلی، درگیری در فعالیت های غیر قانونی

Treatment Plan (12-18 years)

برنامه درمان کودکان و نوجوانان (۱۲-۱۸ سال)

بوپرنورفین به صورت بازگیری یا نگهدارنده به عنوان دارودرمانی انتخابی در وابستگی به مواد افیونی (اعم از مواد افیونی غیرقانونی و داروهای اپیوئیدی تجویز شده همچون ترامادول) در نوجوانان در نظر گرفته شود.

درمان نگهدارنده با متادون جزء در موارد استثناء باید برای اشخاص زیر ۱۸ سال مورد استفاده قرار گیرد.

موارد استثنای ورود به درمان نگهدارنده با متادون در نوجوانان وابسته به مواد افیونی عبارتند از:

- ✓ سن بالای ۱۶ سال،
- ✓ ملاکهای خطر بالا نظیر مصرف هروئین، تزریق مواد، عفونت اچ آی وی و هپاتیت سی، زندانی بودن، سابقه بیش مصرفی مکرر و تخریب شدید ناشی از اعتیاد به مواد افیونی
- ✓ عدم پاسخ به درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

طول مدت درمان نگهدارنده در این گروه از بیماران می‌تواند چندین ماه باشد و به شدت وابستگی، مشکلات در سایر حوزه‌های کارکردی و میزان حمایت خانوادگی بستگی دارد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Clonidine treatment

راهنمای بازگیری کلونیدین

- ✓ در کنترل علایم و نشانه های محرومیت کودکان (زیر 12 سال) وابسته به ترکیبات افیونی، درمان بازگیری با کلونیدین توصیه میشود.
- ✓ کلونیدین میتواند به عنوان درمان کمکی در انتهای دوره بازگیری با بوپرنورفین در تخفیف علایم محرومیت استفاده شود.
- ✓ کلونیدین به صورت قرص خوارکی آنی رهش با دوز 0/2 میلی گرم در فارماکوپه کشور ما در دسترس است.

در بازگیری با کلونیدین توجه به نکات زیر لازم است:

- ❖ اندازه گیری فشارخون و ضربان قلب پایه
- ❖ توضیح کامل در باره اثرات دارو و سیر مورد انتظار در درمان به بیمار و خانواده/مراقبان
- ❖ به بیمار توضیح داده شود که استحمام با آب داغ یا دوش طولانی نگیرد، زیرا منجر به اتساع وریدی و افت فشار خون می گردد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Clonidine treatment

راهنمای بازگیری کلونیدین

- ❖ تجویز دوز شروع ۰/۱ - ۰/۵ میلی گرم دو بار در روز، این دوز را میتوان در مقادیر ۰/۱ - ۰/۵ میلی گرم روزانه تا حداقل ۱/۲ میلی گرم در روز افزایش داد.
- ❖ دوز دارو بر حسب شدت عالیم محرومیت و تحمل بیمار به عوارض جانبی شامل افت فشار خون وضعیتی تنظیم میشود.
- ❖ در هر نوبت معاينه و پس از هر تغییر دوز ارزیابی از نظر نبض، فشار خون و عوارض جانبی ضروری است.
- ❖ پزشك درمانگر موظف است که در صورت کاهش ضربان قلب به زیر ۵۵ یا افت فشار خون سیستولیک زیر ۹۰ یا دیاستولیک زیر ۶۰ میلی متر جیوه آن نوبت تجویز دارو را متوقف نماید.
- ❖ لازم است که دوز دارو به مدت ۷-۵ روز ثابت نگه داشته شود.
- ❖ پزشك درمانگر دوز دارو را در مقادیر ۰/۱-۰/۲ میلی گرم هر ۴-۲ روز کاهش داده و قطع نماید.
- ❖ لازم است که پزشك در طول معاينات کاهش دوز دارو نیز، فشار خون بیمار را ارزیابی نماید. در صورت وقوع افزایش فشار خون برگشتی سرعت کاهش دوز را کاهش دهد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Clonidine treatment

راهنمای بازگیری کلونیدین

❖ عوارض جانبی کلونیدین شامل افت فشار خون، خشکی دهان، خواب آلودگی و برادیکاردی می شود.

➢ داروهای کمکی مورد استفاده در سم زدایی با کلونیدین:

✓ درد

- در نوجوانان ایبوپروفن با دوز 200-400 میلیگرم هر 4 ساعت در صورت لزوم، تا حداقل 1200 میلی گرم در روز
- در کودکان 6-12 سال ایبوپروفن با دوز 10-4 میلی گرم/کیلوگرم/دوز تا 4 بار در روز (تا حداقل 1200 میلی گرم در روز) محاسبه و تجویز گردد.

✓ تهوع و استفراغ

- در نوجوانان دیفن هیدرامین یا هیدروکسی زین با دوز 100-25 میلی گرم، هر 6-8 ساعت در صورت نیاز در کودکان دیفن هیدرامین یا هیدروکسی زین با دوز 1 میلی گرم/کیلوگرم/دوز، هر 6-8 ساعت در صورت نیاز

✓ اسهال

- لوپرامید 2 میلی گرم با دوز شروع 4-2 میلی گرم تجویز شود. بعد از هر نوبت که بیمار شکمش شل کارکرده 1-2 میلی گرم تا حداقل 16 میلی گرم در روز می تواند تجویز گردد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Buprenorphine

بوپرنورفین

بازگیری از بوپرنورفین در دو فاز به شرح زیر اجرا میشود:
(یک) القاء و (دو) بازگیری.

اهداف مرحله القا عبارت است قطع مصرف مواد افیونی غیرمجاز و انتقال بیمار به بوپرنورفین، به طوری که:

- (1) نشانه ها و علایم محرومیت کاملا کنترل شده یا ناچیز باشد
- (2) شروع بوپرنورفین باعث القای سندرم محرومیت در بیمار نشود
- (3) علایم و نشانه های تجویز دوز بیش از حد مورد نیاز بروز نکند



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Buprenorphine treatment

راهنمای بازگیری با بوپرنورفین

► لازم است که جهت به حداقل رساندن خطر القای علایم محرومیت در دریافت اولین دوز بوپرنورفین حداقل به مدت ۸ ساعت از آخرین مصرف هروئین، ۱۲ ساعت از آخرین مصرف تریاک و ۳۶-۲۴ ساعت از آخرین مصرف متادون بیمار گذشته باشد.

► محرومیت از مواد افیونی القاء شده در صورت وقوع در عرض ۱-۳ ساعت از اولین دوز شروع، در عرض ۶ ساعت به حداکثر رسیده و سپس فروکش میکند.

► در صورت وقوع محرومیت شدید استفاده از داروهای کمکی همچون کلونیدین انديکاسيون دارد



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Buprenorphine induction

القاء درمان با بوپرنورفین

- ✓ ویزیت بیمار و مشاهده علایم عینی محرومیت از مواد افیونی (شدت محرومیت 13 یا بیشتر در COWS)
- ✓ شروع درمان حداقل ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف هروئین یا کراک، ۱۲ ساعت پس از آخرین مصرف تریاک و ۳۶ - ۲۴ ساعت پس از آخرین مصرف متادون
- ✓ توضیح کامل اثرات دارو به بیمار و خانواده
- ✓ اخذ موافقت آگاهانه نوجوان و رضایت آگاهانه والد/مراقب/قیم قانونی
- ✓ لازم است که بیمار دارو را به مدت ۱۰-۵ دقیقه بدون صحبت کردن زیر زبان خود نگاه دارد. به بیمار توضیح داده میشود که در طول این مدت میتواند آب دهان خود را قورت دهد اما باید از قورت دادن قرصهای زیر زبانی اجتناب کند.
- ✓ شروع درمان با تجویز ۴-۲ میلی گرم بوپرنورفین زیر زبانی



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Buprenorphine induction

القاء درمان با بوپرنورفین

✓ تحت نظر گرفتن بیمار به مدت 2 ساعت و تجویز 0-4 میلی گرم داروی بیشتر در صورت نیاز (بین ترتیب دوز روز اول بیمار در دامنه 2-8 میلی گرم تعیین میشود).

✓ در جایگاه بستری در نوجوانان بزرگتر (وزن بالای 70 کیلوگرم) افزایش دوز در روز اول تا 12 میلی گرم مجاز است.

✓ در روزهای بعدی در صورت نیاز روزانه 4-2 میلی گرم (تا حداقل 16-14 میلی گرم روزانه) میتوان دوز دارو را افزایش داد.

✓ تجویز تحت نظارت دارو



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Transfer from Methadone to Buprenorphine

تغییر از متادون به
بوپرنورفین

در بیماران ثبت شده بر روی متادون میتوان بیمار را ابتدا به بوپرنورفین منتقل نموده و سپس بازگیری را با استفاده از این دارو انجام داد هر چند انتقال از دوزهای بالاتر از **20-30 میلی گرم** متادون به بوپرنورفین امکانپذیر نیست، زیرا باعث القای علایم محرومیت شدید میشود، بنابراین در صورت دریافت دوز بالای متادون لازم است ابتدا دوز متادون بیمار به زیر **20-30 میلی گرم** در روز رسیده سپس بیمار به بوپرنورفین منتقل گردد.

در انتقال از متادون به بوپرنورفین لازم است حداقل **24-36 ساعت** بین آخرین دوز متادون و اولین دوز بوپرنورفین فاصله زمانی در نظر گرفته شود.

در صورتی که در طول درمان بازگیری با بوپرنورفین لغزش‌های مکرر به مصرف مواد غیرمجاز رخ دهد، انتقال به درمان نگهدارنده بوپرنورفین می‌تواند در نظر گرفته شود.

در طول دوره بازگیری از مواد افیونی بیمار باید حداقل هفتاهای **2 بار** و در صورت نیاز بیشتر توسط پزشک ویزیت شود.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Buprenorphine maintenance treatment

درمان نگهدارنده با بوپرورفین

پس از القای درمان با بوپرورفین در یک نوجوان وابسته به مواد افیونی، جهت ورود به درمان نگهدارنده نیاز است که دوز دارو تدریجاً افزایش یافته (تا حداقل 24 میلی گرم در روز) تا حدی که انسداد اپیوئیدی در فرد ایجاد نماید، بیمار وارد درمان نگهدارنده با بوپرورفین خواهد شد.

✓ در صورتی که در یک برنامه درمان بازگیری با بوپرورفین سرپایی بیمار دچار لغزش های مکرر در درمان شود، ضروری است که انتقال به درمان نگهدارنده با بوپرورفین یا سطح مراقبت با جامعیت بالاتر (بستری) در نظر گرفته شود.

✓ درمان نگهدارنده با بوپرورفین عموماً یک هدف درمانی در نوجوانان به حساب نمی آید گرچه اقلیتی از نوجوانان ممکن است از یک دوره ثبتیت/درمان نگهدارنده و سپس کاهش دوز سود برند. طول مدت درمان نگهدارنده در این گروه از بیماران می تواند چندین ماه باشد و به شدت وابستگی، مشکلات در سایر حوزه های کارکردی شامل اختلالات روانپردازی همبود بستگی دارد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Methadone induction in adolescents

القاء درمان با متادون در نوجوانان

- ❖ آموزش کافی درباره روش درمانی انتخاب شده به بیمار و خانواده یا سرپرست بیمار داده میشود.
- ❖ اولین دوز متادون حداقل ۸ ساعت پس از آخرین مصرف مواد افیونی غیرقانونی تجویز میشود.
- ❖ آزمایش ادرار از نظر مواد افیونی مثبت بوده یا بیمار علایم آشکار محرومیت از مواد افیونی دارد.
- ❖ دوز شروع ۱۰-۵ میلیگرم به صورت تحت نظارت به بیمار تجویز میشود.
- ❖ ۴ ساعت بعد بیمار مجدداً ویزیت و بر اساس حضور و شدت علایم مسمومیت یا محرومیت در خصوص تجویز دوز بیشتر در روز اول تصمیمگیری میشود.
- ❖ در نوجوانان دوره زمانی تحت نظر گرفتن بیمار بعد از دوز اول متادون به دلیل نیمه عمر متفاوت متادون طولانی تر است.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Methadone induction in adolescents

القاء درمان با
متادون در نوجوانان

❖ مقیاسهای شدت محرومیت نظیر COWS به پایش شدت محرومیت میتواند کمک کند.

❖ در صورت وجود علایم محرومیت در ارزیابی مجدد 10-5 میلی گرم متادون دیگر جهت رفع نشانه های محرومیت عینی تجویز میشود.

❖ در القای سرپایی درمان با متادون در نوجوانان توصیه میشود حداکثر دوز روز اول از 20 میلی گرم فراتر نرود، هر چند در درمان بستری که امکان مراقبت 24 ساعته وجود دارد میتوان مقادیر کمتر دوز را در فواصل کوتاهتر به بیمار تجویز نمود. در درمان بستری توصیه میشود فواصل بین تغییرات دوز حداکثر هر 4-6 ساعت باشد.

❖ پزشک درمانگر در روزهای دوم و سوم بسته به شدت علایم عینی محرومیت و دوز روز قبل میتواند 10-5 میلی گرم افزایش در دوز دارو داشته باشد.

❖ توصیه میشود در طول هفته اول بیش از 30 میلی گرم به دوز روز اول افزوده نشود.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Methadone Maintenance treatment

درمان نگهدارنده با متادون



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

- ✓ درمان نگهدارنده با متادون می تواند یک گزینه درمانی مناسب در نوجوانان بزرگتری باشد که به سایر روش‌های درمانی پاسخ کافی نداده‌اند.
- ✓ لازم است که دوز اولیه متادون ۱۰-۵ میلی گرم باشد.
- ✓ به علت نیمه عمر طولانی و متغیر متادون دوره تحت نظر به لحاظ ارزیابی از نظر پاسخ درمانی مورد انتظار از یک دوز منفرد حداقل ۴ ساعت است. هر گونه نیاز جهت دریافت دوز بیشتر باید پس از ویزیت پزشک درمانگر انجام شود.
- ✓ به طور کلی در خصوص تجویز مکرر دوز و القای سریع متادون خصوصاً در نوجوانان باید احتیاط نمود.
- ✓ القای درمان با متادون بر اساس پروتکلهای مشخص انجام شده و دوز روزانه خصوصاً در شروع درمان از مقادیر مشخصی نباید بیشتر باشد.

Naltrexone treatment

درمان با نالتروکسان

نالترکسون از طریق مسدود ساختن اثرات تقویت کننده ترکیبات افیونی به حفظ پرهیز از این مواد کمک میکند. هر چند تجویز این دارو بدون عارضه نیست.

استفاده از درمان با نالترکسون خوراکی (50 میلی گرم روزانه) به عنوان بخشی از یک برنامه روانی، اجتماعی پیشگیری از عود جامع در آن دسته از بیماران انتخاب شده ای میتوان در نظر گرفت که واجد خصوصیات زیر هستند:

- سن بیماران بیشتر است. (حداقل 12 سال).
- انگیزه بالایی به این نوع درمان دارند.
- از حمایت خانوادگی مناسب برخوردارند.
- از خطرات و عوارض جانبی مصرف آن مطلع هستند.

❖ پاییندی ضعیف یا قطع مصرف نالترکسون به صورت قابل ملاحظه ای خطر بیش مصرف کشنده را بالا میرد. ضروری است که جهت تمامی نوجوانان در شروع درمان نالترکسون، یک کارت هشدار پزشکی صادر شود که سایر پزشکان درمانگر را از ملزومات بی دردی در موارد اورژانس مطلع میسازد.



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

Thanks For Your Attention



از توجه شما سپاسگزارم



Iranian National Center
for addiction Studies



Regional Capacity Building and Research
Center for Treatment of Drug Use Disorders



WHO Collaboration Center on Substance
Use Disorders and Mental Health

درمانهای دارویی وابستگی به نیکوتین

(جلسه ۱)

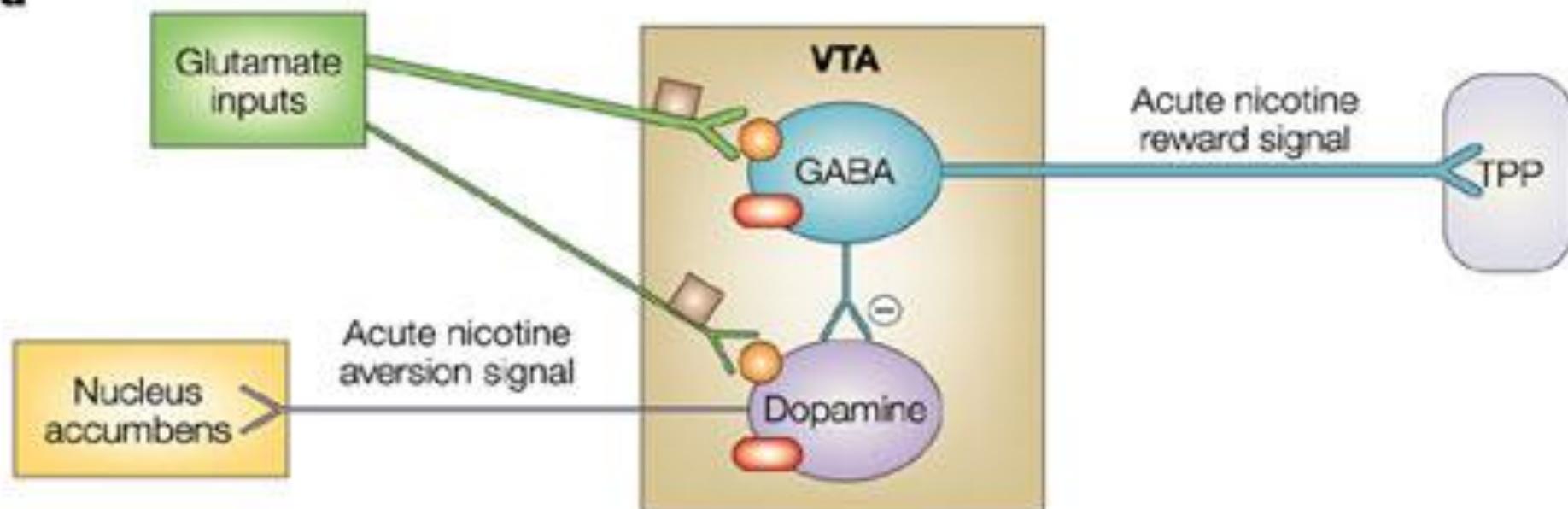
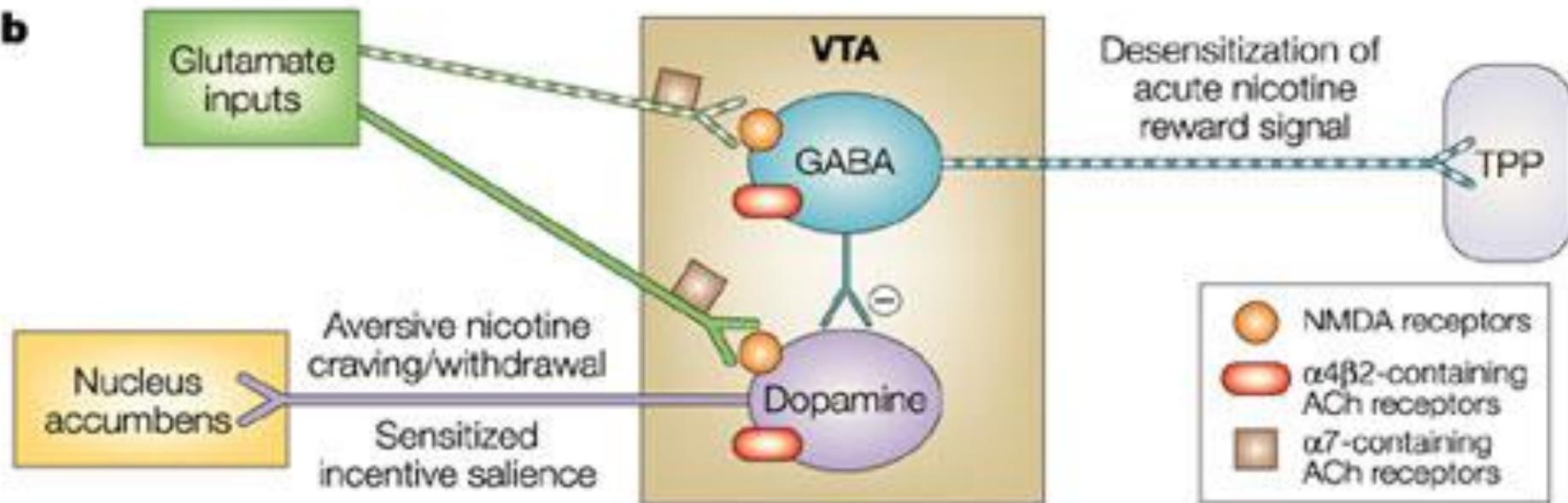


دکتر آرش نیک خلق

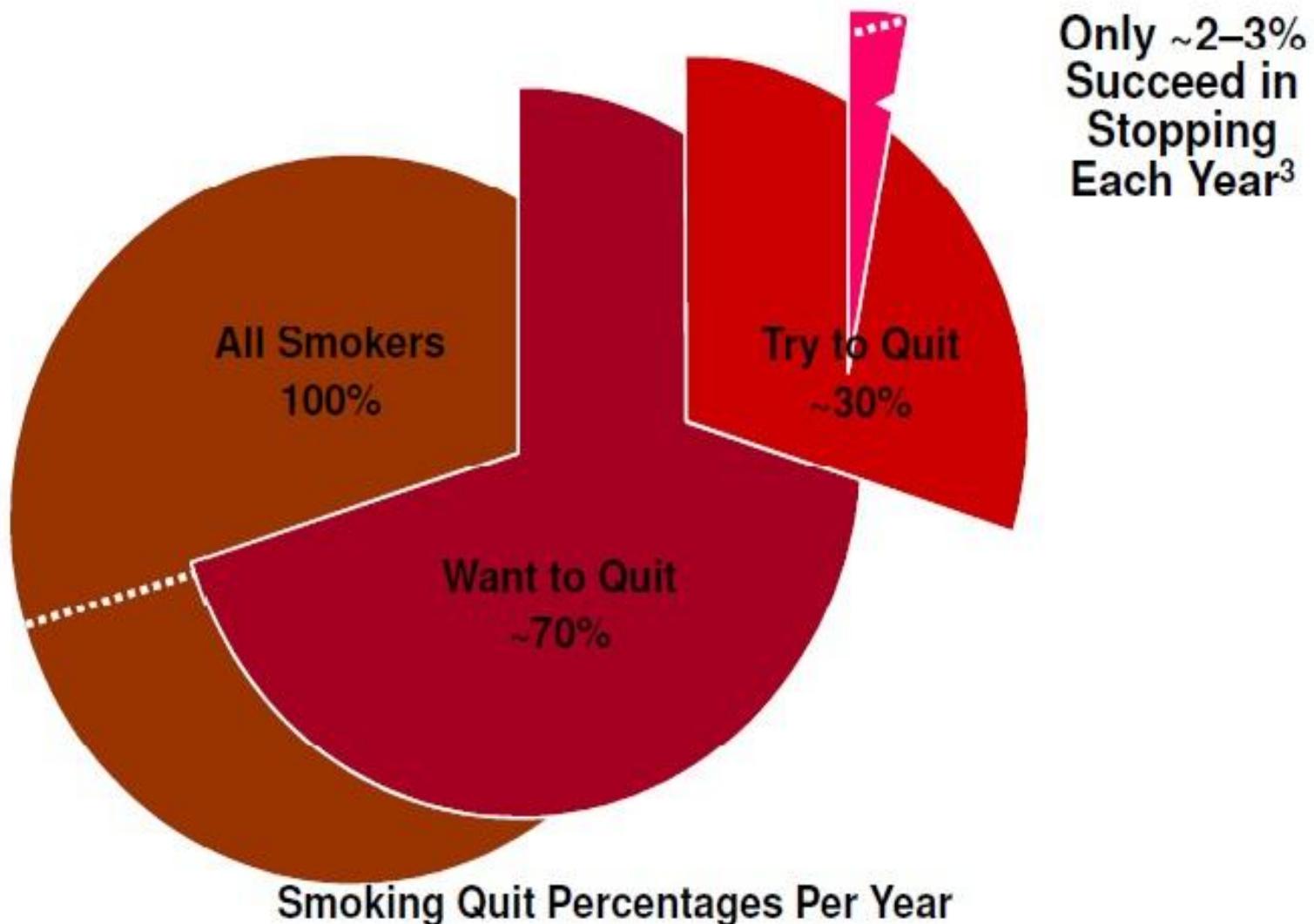
- پژوهش درمانگر اعتیاد به نیکوتین مرکز ملی مطالعات اعتیاد
- دبیر علمی - پژوهشی انجمن زندگی بدون دخانیات
- دکترای تخصصی مطالعات اعتیاد
- مربي آموزش کنترل دخانیات سازمان بهداشت جهانی حوزه مدیترانه شرقی

اعتیاد به نیکوتین

- دلیل اساسی اصرار افراد در استفاده از دخانیات است و این مصرف مداوم تنباکو باعث ایجاد بسیاری از بیماری‌ها می‌شود.
- در گزارش‌هایی که از پژوهش‌های میدانی گستردگی منتج شده؛ و مبنای دارویی اعتیاد به دخانیات را توصیف می‌کند به سه نتیجه گیری عمده میرسد:
 - ۱. سیگار و سایر اشکال تنباکو اعتیاد آور هستند.
 - ۲. نیکوتین ماده مخدر موجود در تنباکو است که باعث اعتیاد می‌شود.
 - ۳. فرآیندهای دارویی و رفتاری که اعتیاد به دخانیات را تعیین می‌کند مشابه آنهاست که اعتیاد به مواد مخدر مانند هروئین و کوکائین را تعیین می‌کند.

a**b**

Smokers want to quit





آزمون تعیین میزان وابستگی به نیکوتین (فاگشتروم)

- ۱- چه مدت پس از برخاستن از خواب اولین سیگار خود را روشن می کنید؟
طی ۵ دقیقه (امتیاز ۳) ۳۰-۵ دقیقه (۲) بعد از ۳۰ دقیقه (۱)
- ۲- آیا خودداری از سیگار کشیدن در مکان های ممنوع نظیر مسجد، کتابخانه، سینما و مکان های مشابه برای شما مشکل است؟
بلی (۱) خیر (۲)
- ۳- صرفنظر از کدام سیگار در طی روز بیش از همه شما را آزار می دهد؟
اولین سیگار صبح (۱) سایر سیگارهای طول روز (۰)
- ۴- چه تعداد سیگار در روز می کشید؟
۱۰ نخ و کمتر (۰) ۱۱ تا ۲۰ نخ (۱) ۲۱-۳۰ نخ (۲) ۳۱ نخ یا بیشتر (۳)
- ۵- آیا در ساعات اولیه صبح بیشتر از سایر مواقع سیگار می کشید؟
بلی (۱) خیر (۰)
- ۶- آیا هنگامی که آنقدر بیمارید که بیشتر روز را در بستر به سر می برد، باز هم سیگار می کشید؟
بلی (۱) خیر (۰)

سندرم قطع نیکوتین



Feeling irritable or cranky



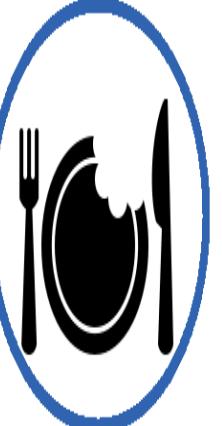
Trouble sleeping, insomnia



Headaches



Stomach pain



Increased appetite



Nausea



Trouble concentrating



Feeling lightheaded



Coughing



Anxiety



Weight gain



Dry mouth

تکنیک 4D

- فرمول 4D راهکار رفتاری برای غلبه بر محرک ها و موقعیت های پر خطر
 - Delay
 - Deep Breathing
 - Drink
 - Distract

داروهای موثر برای وابستگی به تنباکو

- به جز مواردی که از نظر پزشکی منع مصرف دارد یا با جماعت خاصی که برای آنها شواهد کافی برای اثربخشی وجود ندارد (زنان باردار، افراد سیگاری سبک و نوجوانان).
- هفت داروی خط اول (۵ نیکوتین و ۲ غیر نیکوتین)
 - بوپروپیون SR
 - وارنیکلین
 - آدامس نیکوتینی
 - نیکوتین استنشاقی
 - پاستیل نیکوتینی
 - اسپری بینی نیکوتین
 - چسب نیکوتین

موارد مصرف درمانهای دارویی در ترک دخانیات

- افرادی که به طور قابل توجهی به نیکوتین وابسته هستند باید جایگزین نیکوتین و/یا درمان دارویی را برای کمک به ترک آن در نظر بگیرند. علائم وابستگی شدید به نیکوتین در افراد سیگاری عبارتند از:
 - سیگار کشیدن بیش از ۱۰ عدد در روز
 - سیگار کشیدن در عرض ۵ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب
 - سیگار کشیدن حتی در هنگام بیماری
 - بیدار شدن در شب برای سیگار کشیدن
 - سیگار کشیدن برای کاهش علائم ترک
- هر چه این موارد بیشتر اعمال شوند، وابستگی جدی تراست.

برای آمادگی تا روز ترک به دستورات زیر عمل کنید

- نوع سیگار خود را عوض کنید.
- سیگارها را نصفه بکشید.
- دست سیگار کشیدنتان را عوض کنید.
- بسته‌ای سیگار نخرید.
- هر روز روشن کردن اولین سیگار روز را به تاخیر بیندازید.
- به هر کدام از سیگارهایی که روشن می‌کنید فکر کنید.
- آب بنوشید.
- بدون سیگار از منزل یا محل کار خارج شوید.
- زیر سیگاری‌ها را خالی نکنید.

موارد منع مصرف یا احتیاط در درمان با نیکوتین جایگزین

- بیماران قلبی اخیر ، سابقه سکته مغزی و اختلالات عروقی، زنان باردار و شیر ده
- آنژین ناپایدار، آریتمی شدید قلبی از دیگر موارد منع مصرف نیکوتین می باشد.
- -سابقه آسم و بیماریهای تنفسی در مصرف کنندگان فرم استنشاقی.
- -سابقه حساسیتهای پوستی در مصرف کنندگان پچ های پوستی.
- -سابقه اختلالات گوارشی در مصرف کنندگان فرمهای خوراکی.
- -موارد نسبی ممنوعیت استعمال: کهیر ، اگزما، پسوریازیس، بیماریهای کبدی یا کلیوی، زخم معده و اثنی عشر، دیابت وابسته به انسولین، پر کاری تیروئید

آدامس نیکوتین



آدامس نیکوتین

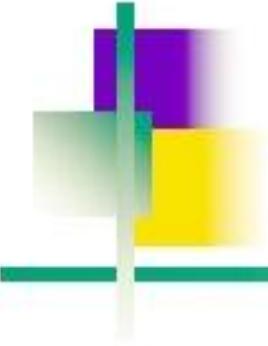
- اولین نوع درمان جایگزین که توسط سازمان غذا و دارو تائید شده.
- -در مصرف نوع دو میلیگرمی آن سطح خونی نیکوتین به کمتر از نصف حالت سیگار کشی می رسد.
- -در دو نوع ۲ و ۴ میلیگرمی در بازار موجود است.
- -عوارض احتمالی: مزه تند و بد، التهاب گلو، امکان عادت به آن، تهوع، احساس ناراحتی در فک و دهان، التهاب گلو، ایجاد ناراحتی و اختلال در معده و روده.

آدامس نیکوتین

- مانند آدامس معمولی استفاده نمی شود. بعد از چند بار جویدن بین گونه و فضای زیر دندان پارک می شود. (نیکوتین بیشتر در دهان شما جذب می شود).
- هر ۱ تا ۲ ساعت به تنهایی برای کنترل علائم ترک مصرف میشود، یا ممکن است در صورت نیاز برای هوس شدیدتر هنگام استفاده همراه با چسب نیکوتین استفاده شود.
- برای بهترین نتایج، مطمئن شوید که با دوز مناسب شروع کنید. آدامس نیکوتین دارای دو دوز (۲ میلی گرم و ۴ میلی گرم) است.
- دوز مناسب برای شما بستگی به این دارد که معمولاً اولین سیگار خود را هر روز چه زمانی می خورید و در حال حاضر چقدر سیگار می کشید.

عوارض جانبی

- درد دهان یا فک (آن را مانند آدامس نجوید - در مورد نحوه استفاده بیشتر بدانید).
- ناراحتی معده، سکسکه، و بzac بیش از حد (نحوید، مکیدن یا قورت ندهید؛ دوز کمتری را امتحان کنید یا بین دوزها بیشتر صبر کنید).
- سبکی سر، حالت تهوع/استفراغ، سوزش گلو و دهان به دلیل دریافت بیش از حد نیکوتین خیلی سریع (دستورالعمل‌های استفاده را مرور کنید - مانند آدامس نجوید).



NICOTINE GUM: CHEWING TECHNIQUE SUMMARY

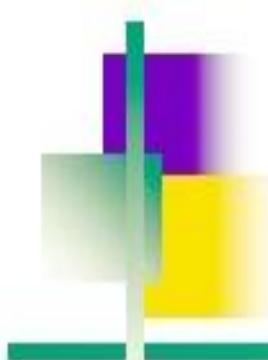
Chew again
when peppery
taste or tingle
fades



Park between
cheek & gum

Chew slowly

Stop chewing at
first sign of peppery
taste or tingling
sensation



NICOTINE GUM: DOSING (cont'd)

Recommended Usage Schedule for Nicotine Gum

Weeks 1–6	Weeks 7–9	Weeks 10–12
1 piece q 1–2 h	1 piece q 2–4 h	1 piece q 4–8 h

DO NOT USE MORE THAN 24 PIECES PER DAY.

چسب پوستی حاوی نیکوتین



چسب نیکوتین Nicotine patch

- چسب را روی پوست تمیز، خشک و بدون مو در قسمت بالای بدن قرار دهید. مکان های معمول برای قرار دادن چسب عبارتند از: بالای سینه، بازو، شانه، پشت یا بازو داخلی. از گذاشتن پچ روی نواحی پوست تحریک شده، چرب، اسکار یا آسیب دیده خودداری کنید
- پس از استفاده از چسب، دست های خود را با آب و صابون بشویید تا نیکوتینی که ممکن است هنگام استفاده از چسب به انگشتانتان وارد شده باشد، بشویید
- برای جلوگیری از تحریک پوست، چسب را هر روز در ناحیه ای از قسمت بالای بدن خود قرار دهید. از پوشیدن پچ در یک مکان بیش از یک بار در هفته خودداری کنید. اگر پچ شل شد یا افتاد، آن را با یک وصله جدید جایگزین کنید.
- برای مدیریت هتروسوسه می توانید استفاده از چسب و آدامس یا قرص را شروع کنید، یا در صورت ادامه علائم ترک، می توانید بعداً آدامس یا پاستیل اضافه کنید. چسب ها می توانند سطح ثابتی از نیکوتین را در بدن فراهم کنند تا به کاهش اشتها کمک کند، در حالی که آدامس یا قرص پاستیل را می توان برای تسکین سریع تر هوسها استفاده کرد.

فواید چسب نیکوتین

- آن را در ابتدای روز چسبانده، سپس آن را فراموش کنید.
- آن را زیر لباس قرار دهید تا پنهان شود.
- می توان با سایر داروهای جایگزین نیکوتین مانند قرص و آدامس استفاده کرد.
- دوز ثابت نیکوتین را در طول روز فراهم می کند.
- قابل نگهداری در حمام
- در چندین قوت موجود است که می توانید به مرور زمان آنها را کاهش دهید تا از طریق ترک نیکوتین راحت شوید.
- عوارض جانبی به طور کلی جزئی هستند و قابل مدیریت هستند.
- بدون نسخه در دسترس است (بدون نسخه)

معایب چسب نیکوتین

- شما نمی‌توانید میزان نیکوتین آزاد شده را تغییر دهید. اگر علائم ترک دارید، ممکن است نیاز به افزایش دوز یا افزودن داروی دیگری داشته باشد.
- اگر پوست حساسی دارید ممکن است تحریک کننده باشد.
- عوارض جانبی احتمالی (و آنچه می‌توانید در مورد آنها انجام دهید):
 - قرمزی، خارش یا سوزش پوست (هر روز پچ را به محل دیگری بچرخانید).
 - سردد (یک پچ با دوز کمتر را امتحان کنید).
 - اختلالات خواب مانند مشکل در خوابیدن و رویاهای واضح (لکه را در شب بردارید).

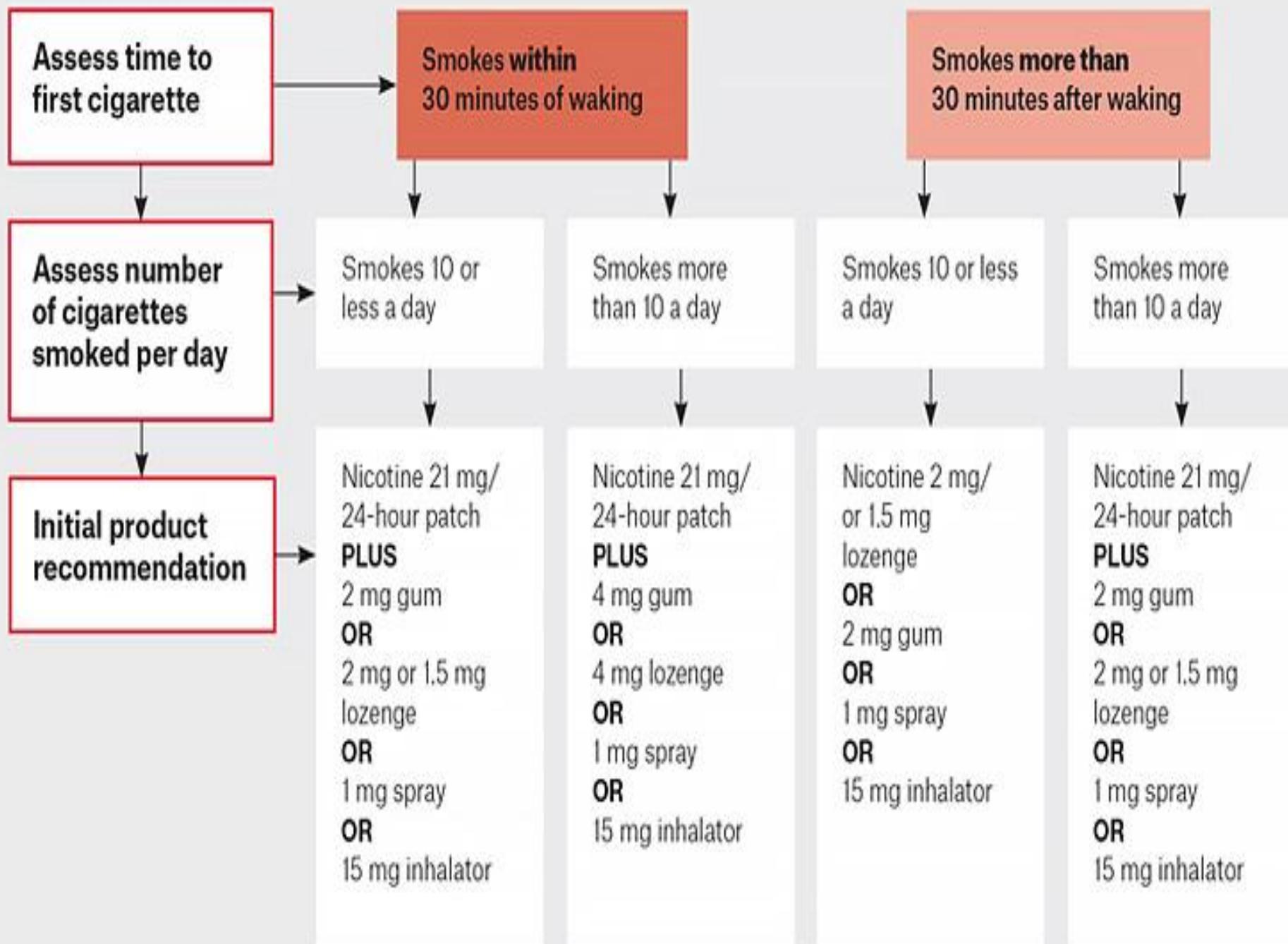
احتیاطات و موارد منع مصرف

- حمله قلبی در دو هفته اخیر.
- مشکل جدی ریتم قلب
- درد در قلب شما (آنژین) که جدی است یا بدتر می شود.
- آرژی به نوار چسب یا سایر مشکلات جدی پوستی مانند پسوریازیس و اگزما.
- ممکن است باردار باشد یا در حال شیردهی باشد
- کمتر از ۱۸ سال سن دارد.



WHAT IS THE NICODERM CQ PATCH?







افشانه(اسپری) نیکوتین

- در سیگاریهای قهار بیشتر کاربرد دارد.
- بدلیل امکان اعتیاد به روش استفاده از این نوع افشانه ها، استفاده طولانی مدت و نیز استفاده در افرادی که امکان اعتیاد آنان زیاد است توصیه نمی گردد و در افراد عادی حد اکثر بعد از سه ماه مصرف کم شود.
- عوارض : سرفه، التهاب سینوسها، آبریزش از بینی و دهان و چشم، عطسه
- منع مصرف : این روش در افراد دچار آسم آلرژی یا بیماریهای ریوی توصیه نمی شود



قرصهای مکیدنی نیکوتین

- با مصرف این قرصها بعد از ۱۵-۲۰ دقیقه اثرات مشخص می‌گردد که در مقایسه با سیگار و افشانه و چسب نیکوتین، فرد کاهش اشتیاق به نیکوتین را دیرتر به دست می‌آورد. لذا توصیه می‌گردد فرد منتظر شروع علائم نباشد و آنرا به طور منظم استفاده نماید. معمولاً تعداد ۸-۱۰ عدد در روز کفايت کرده و به فرد تذکر داده شود که قرص را به آرامی مصرف کند تا غلظت مناسبی برای او مهیا گردد.
- ارزانی و در دسترس بودن این قرصها از مزایای آن می‌باشد. ولیکن اثر بخشی در مقایسه با آدامس و چسب و افشانه کمتر است.

راهنمای تغذیه همراه با نیکوتین درمانی



- غذاهایی که محیط بدن و در نتیجه ادرار را اسیدی می کنند، باعث دفع نیکوتین شده و نیاز به بدن را به آن افزایش می دهند. لذا در درمان با نیکوتین جایگزین بهتر است از این مواد تا حدی پرهیز شده و حتی المقدور از آنها اجتناب گردد.
- سوسیس، کالباس، غذاهای پخته شده در مایکروویو، الکل، جوانه گندم، پنیر، بادام زمینی، چای پررنگ، جگر، دل و قلوه، سیرابی، ماء الشعیر، آب میوه های ترش، نوشابه، قمهوه، گوشت قرمز، دانه های روغنی، عدس.... از این دسته اند.
- و بر عکس موادی که محیط بدن را قلیایی می کنند با نگهداری نیکوتین در بدن در زمان ترک توصیه می شود. اسفناج، برگ چغندر، جو دوسر، سیب، هویج، سبزیجات برگ پهن، سیب زمینی، سوپ سبزیجات، کدو پخته، خیار، موز و دیگر میوه جات رسیده و شیرین توصیه می گردد

تأثیر مصرف دخانیات در اثر بخشی داروها



اثرات مصرف دخانیات روی داروهای مسکن

- علاوه بر اینکه تاثیر منفی دخانیات روی مسکن‌های ساده مانند استامینوفن به اثبات رسیده. ولی عمدۀ تداخل دخانیات در اثر بخشی مسکن‌های مخدر خود را نشان می‌دهد. به طوریکه افراد سیگاری اگر در مواردی مانند سنگ کلیه و دیگر موارد مشابه، نیاز به مسکن‌های قوی و مخدر داشته باشند، اثر بخشی این داروها با اشکال مواجه خواهد شد. همچنین در افراد معتاد سیگاری با افزایش اعتیاد به دخانیات نیاز آنان به مواد مخدر نیز بیشتر می‌گردد. این پدیده به دو دلیل قابل توجیه است یکی تسريع از بین رفتن کبدی این داروها به واسطه دخانیات و دیگری مصرف دارو برای از بین بردن علایم نشانگان محرومیت از نیکوتین می‌باشد.

تاثیر دخانیات در روی داروهای دستگاه گوارش

- ترکیبات سمی موجود در سیگار علاوه بر از بین بردن اثرات داروهای ضد اسید مانند رانیتیدین و سایمتیدین، خود با تحریک ترشح اسید معده، کاهش خونرسانی در دستگاه گوارش و افزایش تحرک معده و روده باعث مقاومت به درمانهای رایج در زخم معده و روده می‌گردد.

تاثیر دخانیات روی داروهای دستگاه تنفسی

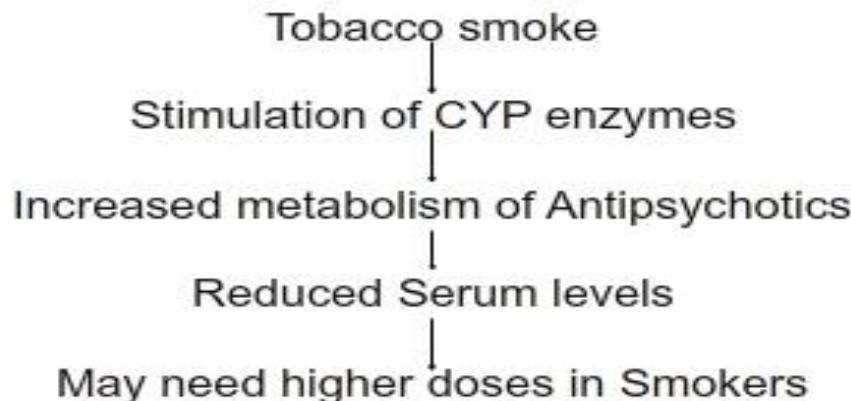
- اثر بارز آن را در داروهای باز کننده مجاری تنفسی که عمدتاً در آسم و برونشیت به کار می‌رود، می‌یابیم. این اثرات بقدری آشکار است که حتی در اشخاصی که در معرض دود دست دوم سیگار نیز قرار دارند، نیز نیاز به تغییر مقدار دارو داریم. در عین حال اثرات تحریکی دود دخانیات و ایجاد تنگی مجاری تنفسی و نیز غلیظ شدن ترشحات مجاری بواسطه فلچ مژک‌ها (ناشی از دود سیگار) نیز این مسئله را تشدید می‌نماید.

تداخل مصرف دخانیات با داروها



Antipsychotics

- Tobacco smoke interacts with Antipsychotics like **Olanzapine, Clozapine, Haloperidol, Thioridazine, Chlorpromazine and Fluphenazine** and reduces their serum levels.

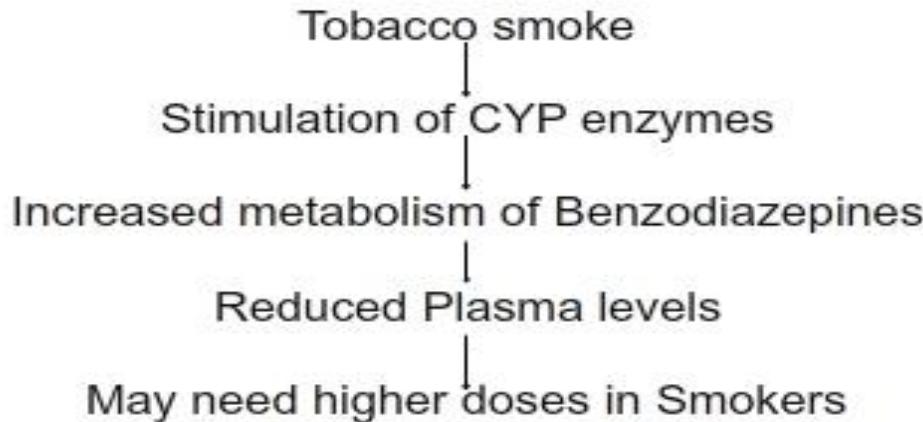


تداخل مصرف دخانیات با داروها

Hypnotics and Anxiolytics



- Smoking interacts with Hypnotics and Anxiolytics like **Benzodiazepines** (*Aprazolam, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Diazepam, Loprazolam, Lorazepam, Lormetazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Temazepam*) and **Zolpidem** and decreases their plasma levels.

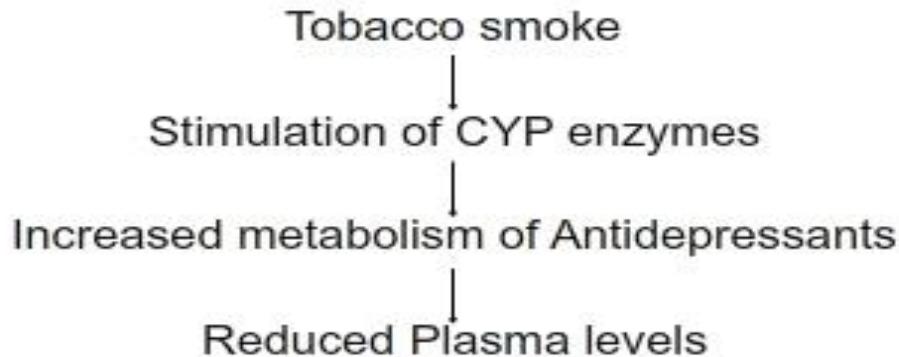


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Antidepressants

- Smoking reduces the plasma levels of Antidepressants like **Duloxetine (SNRIs)**, **Fluvoxamine (SSRIs)** and **TCA**s (**Amitriptyline**, **Clomipramine**, **Imipramine**, **Nortriptyline**).

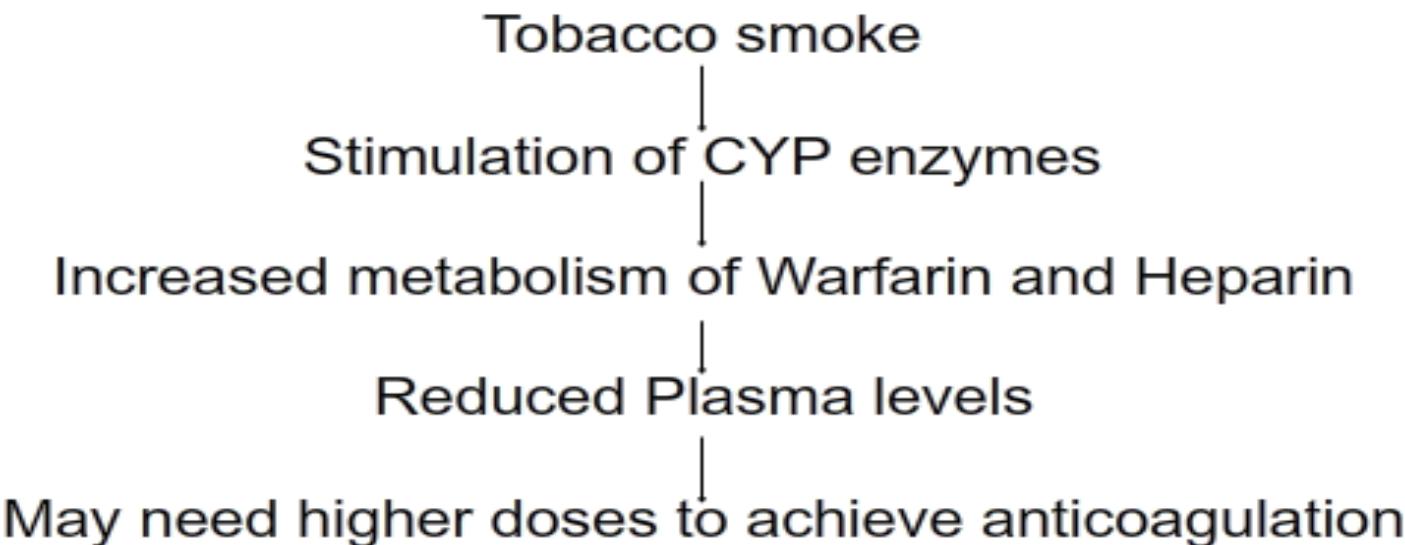


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Anticoagulants

- Tobacco smoke interacts with Anticoagulants like Warfarin and Heparin and reduces their plasma levels.

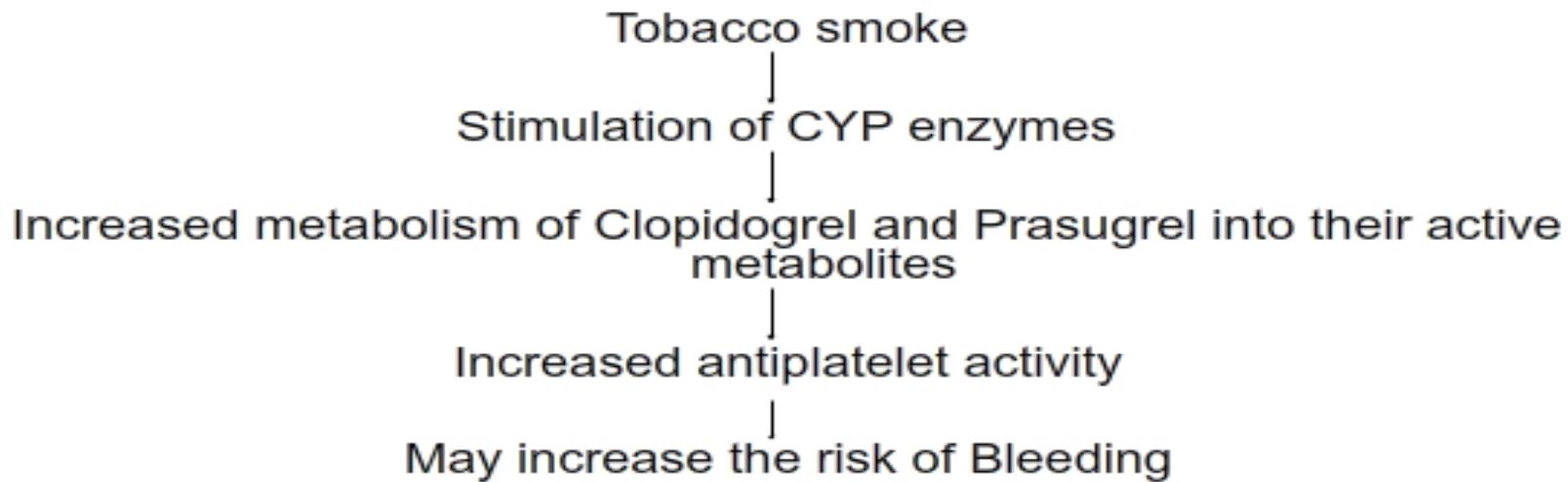


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Antiplatelets

- Smoking interacts with Antiplatelets like *clopidogrel and prasugrel* and increases their antiplatelet efficacy.

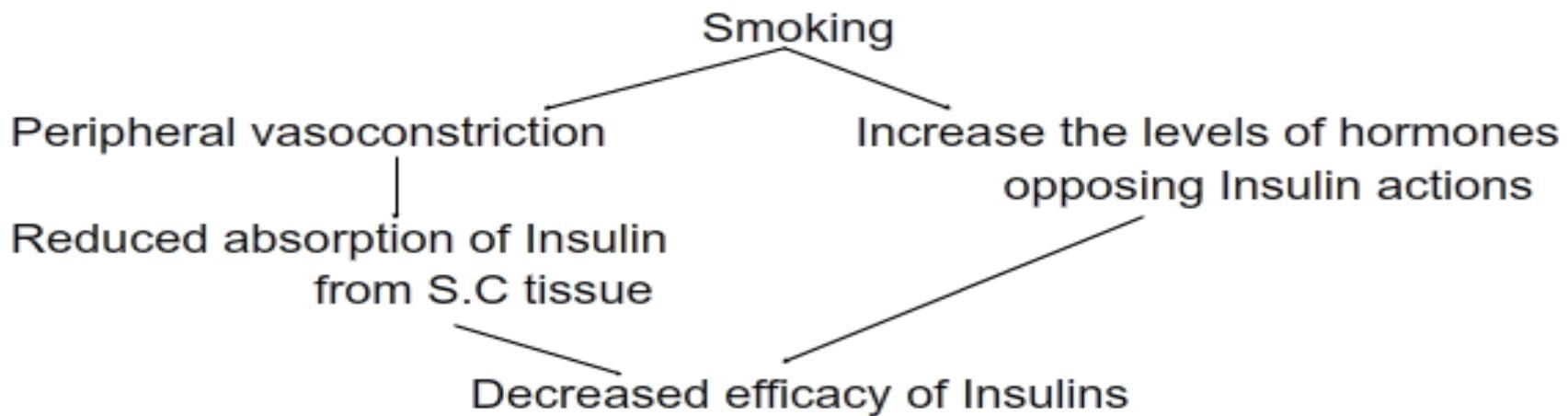


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Insulin

- Smoking interacts with insulin by both pharmacokinetic and pharmacodynamic mechanisms to reduce its efficacy.

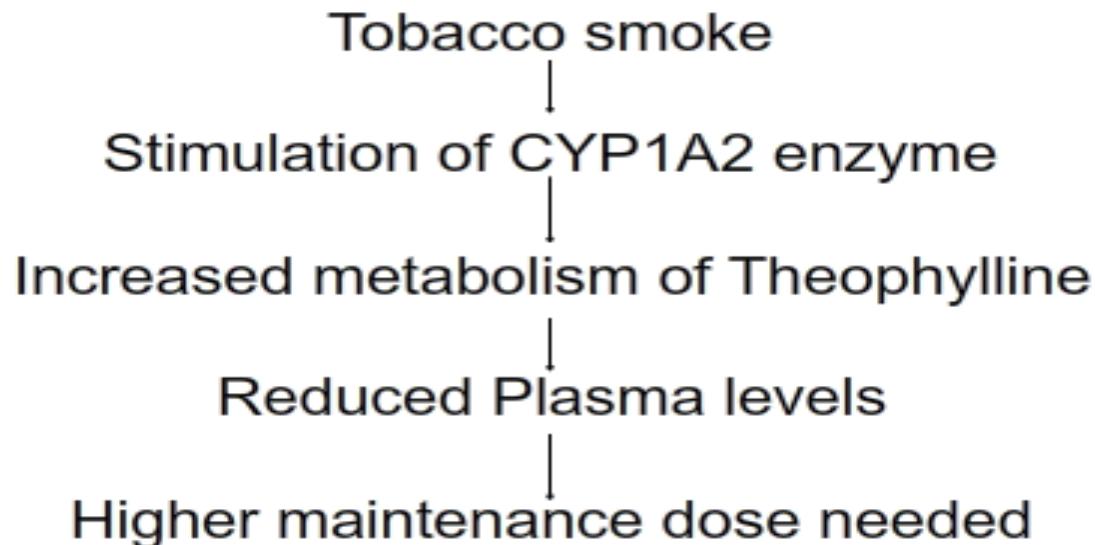


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Theophylline

- Maintenance doses of Theophylline are considerably higher in smokers due to its interaction with the tobacco smoke.

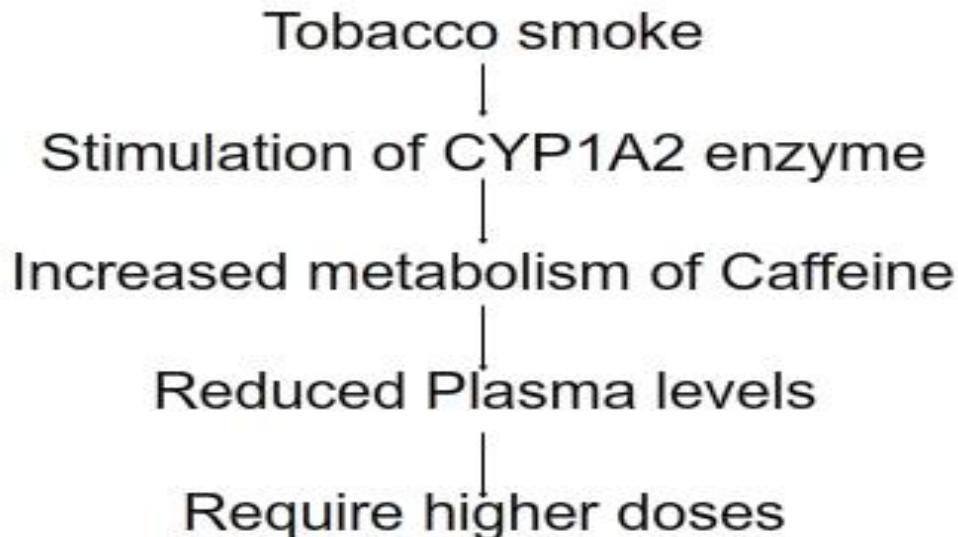


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Caffeine

- Caffeine is highly dependent on CYP1A2 for its metabolism. Smokers require up to four times more caffeine than non-smokers.

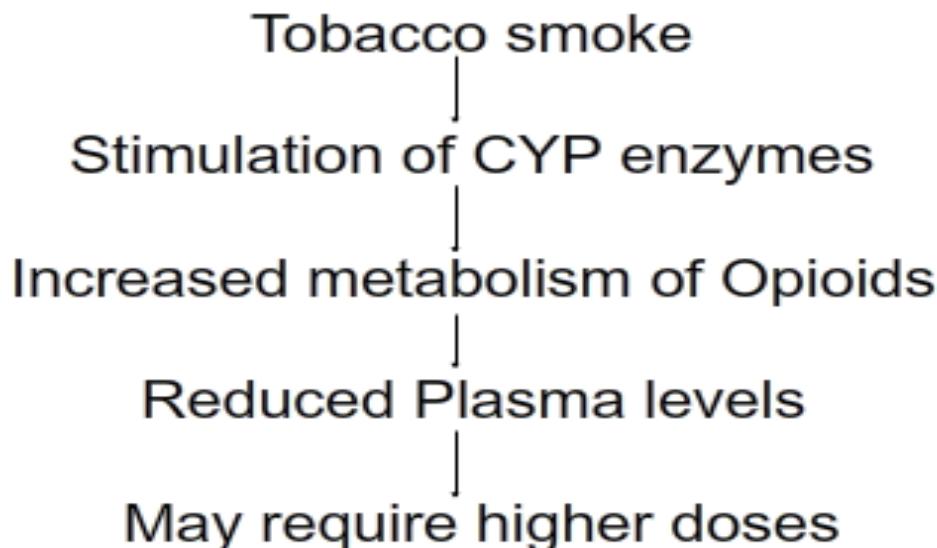


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Opioids

Smoking decreases the plasma levels of Opioids such as *Methadone, Dextropropoxyphene, Fentanyl, Hydrocodone, Oxycodone, Morphine, Nalbuphine and Pethidine (Meperidine)*.

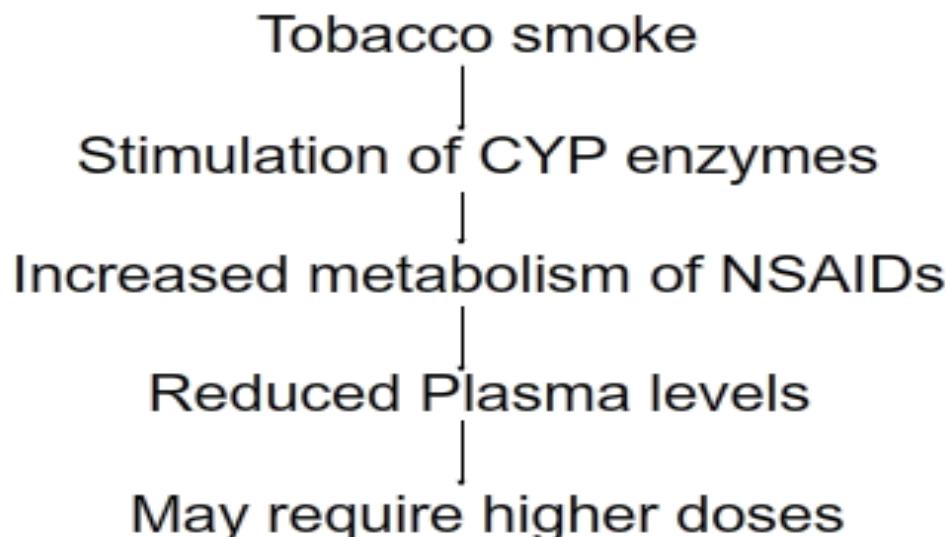


تداخل مصرف دخانیات با داروها



NSAIDs

- Smoking decreases the plasma levels of NSAIDs such as Diflunisal, Phenazone and Phenylbutazone.

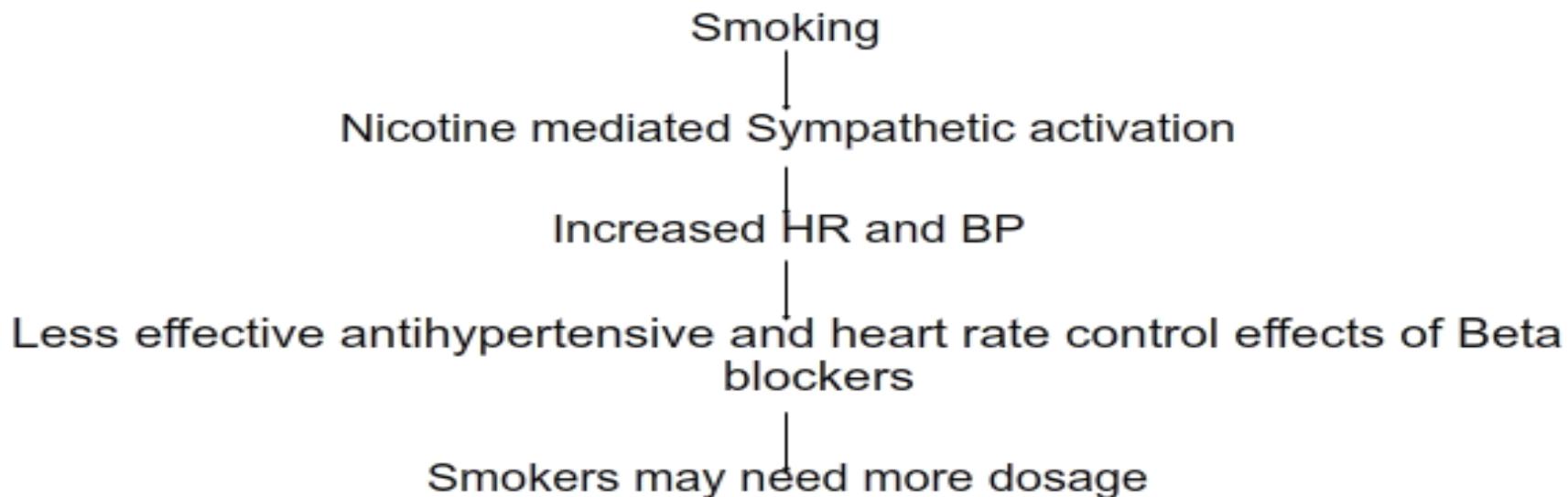


تداخل مصرف دخانیات با داروها

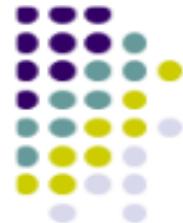


Beta blockers

- Smoking interacts with Beta blockers and reduces their efficacy.

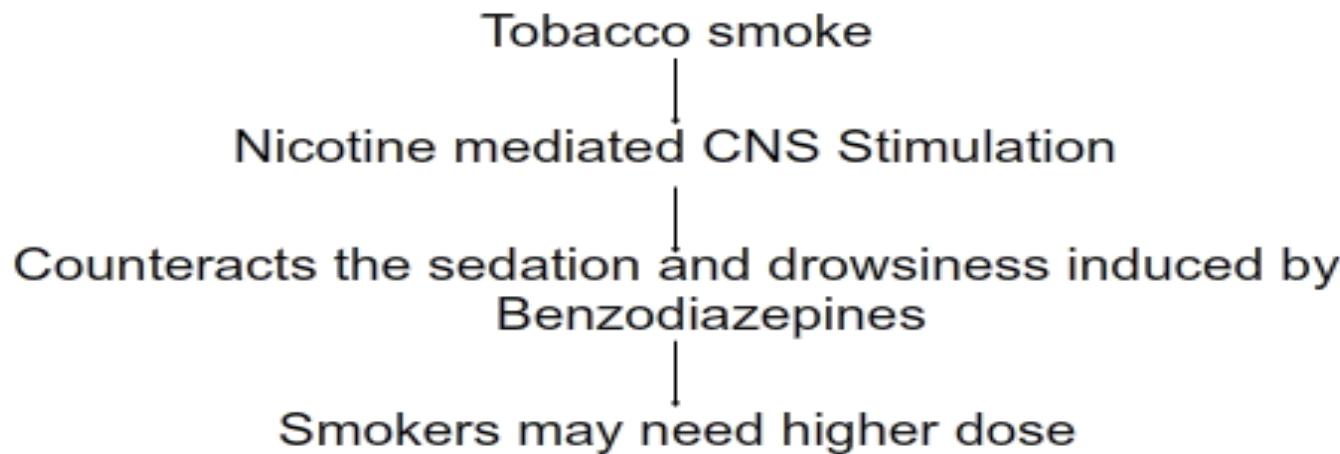


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Benzodiazepines

- Tobacco smoke interacts with Benzodiazepines like diazepam and chlordiazepoxide pharmacokinetically and pharmacodynamically and reduces their therapeutic efficacy.

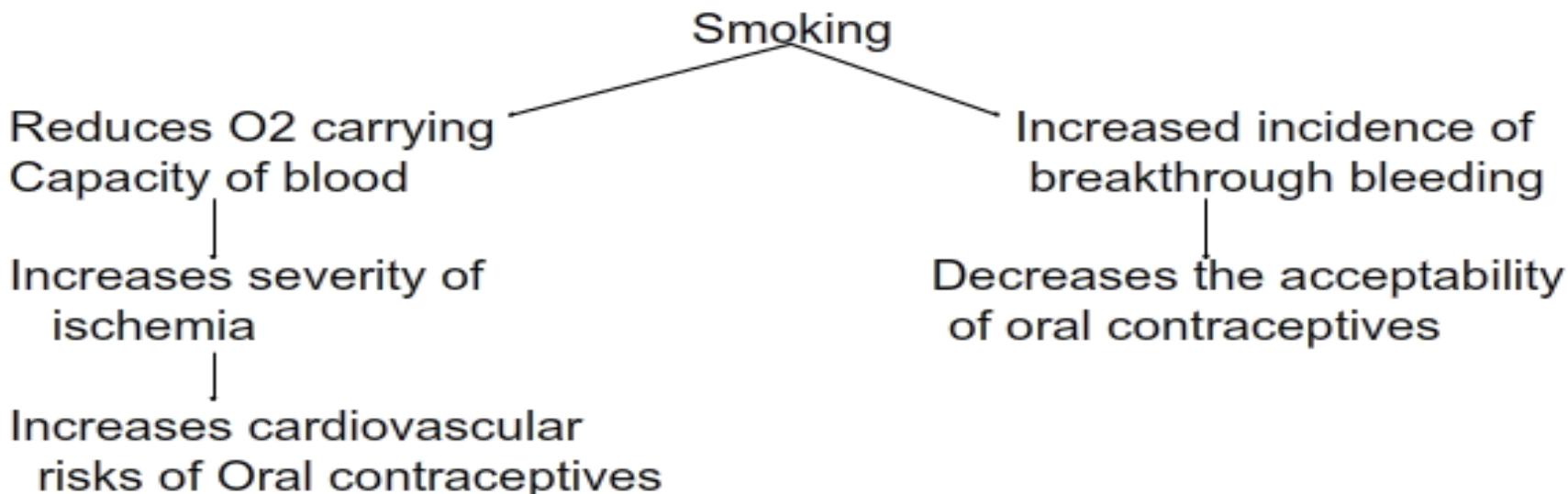


تداخل مصرف دخانیات با داروها

Combined oral contraceptive pill



- Oral contraceptive pills are contraindicated in 35 years or older women who smoke 15 or more cigarettes per day.

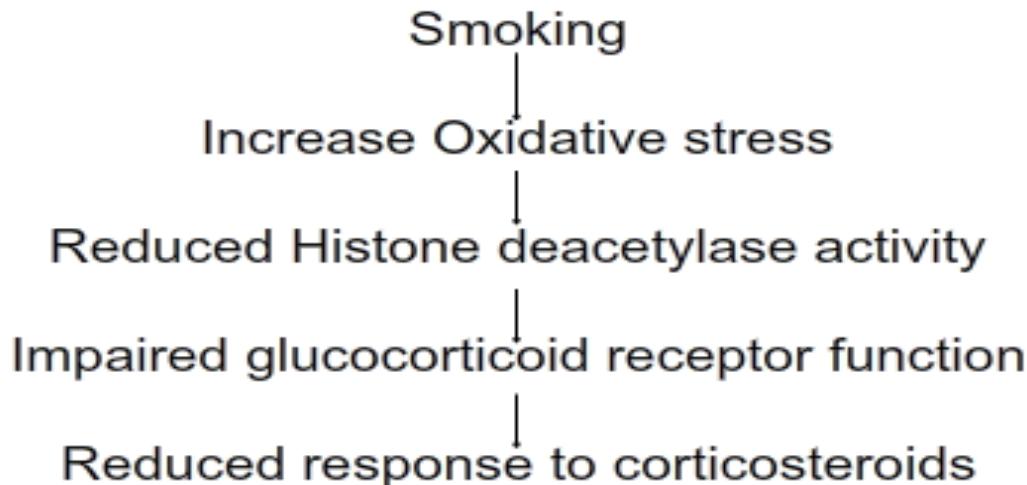


تداخل مصرف دخانیات با داروها

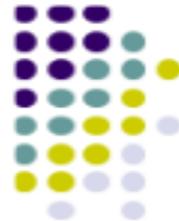


Inhaled corticosteroids

- Smokers with asthma may have less of a response to inhaled corticosteroids such as Beclomethasone, Budesonide and Fluticasone.

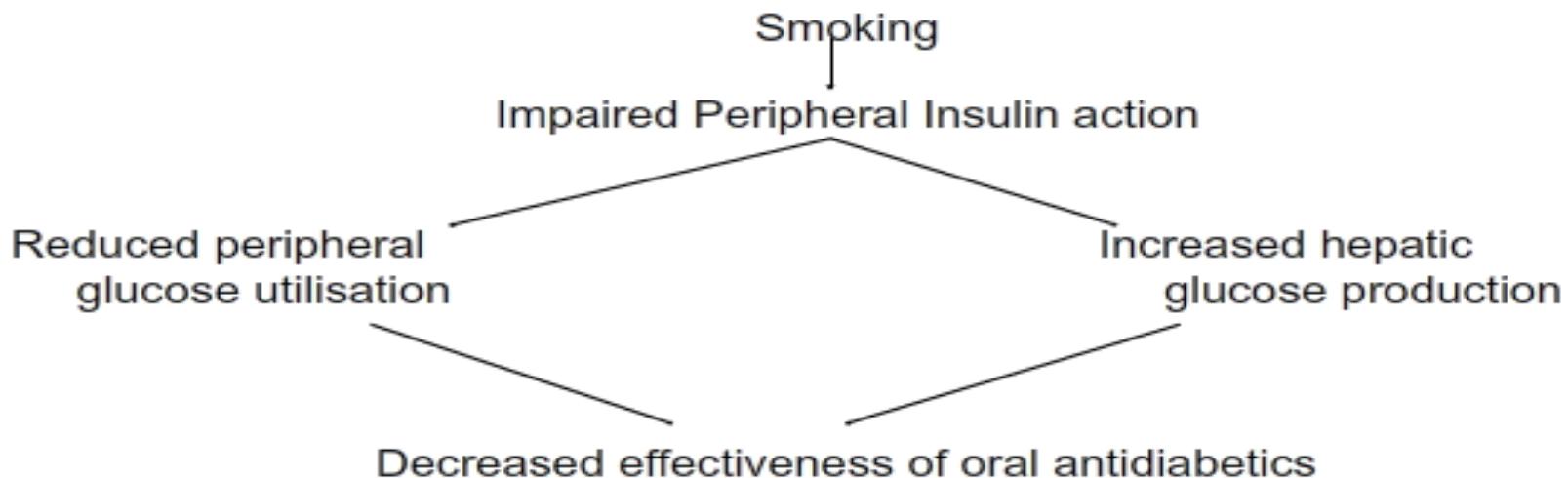


تداخل مصرف دخانیات با داروها



Oral Antidiabetics

- The effectiveness of oral antidiabetics is reduced by smoking.



تأثیر قطع دخانیات بر روی اثر بخشی داروها

- افراد مصرف کننده که به واسطه بیماری ،دارو مصرف می کنند همزمان با ترک دخانیات می بایست مقدار بعضی از داروها را تحت نظر پزشک متخصص خود تغییر داده و تنظیم کند. چه بسا عدم توجه به این مسئله در مواردی باعث عوارض ناخواسته در فرد می گردد و تجربه شیرین ترک دخانیات را با مشکل مواجه می کند. لذا در صورت مصرف داروها به ویژه اقلامی مانند تئوفیلن، متادون، تیوریدازین، هپارین و وارفارین، داروهای تنظیم ضربان قلب و فشار خون ... حتما با پزشک معالج خود، مشورت نمایید



Thank you!

Questions
Comments
Stories

