

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:
Bitva Vahdani, M.D
Assistant professor of
psychiatry
April 2021

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



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*

Child Neglect and Substance Abuse



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

پرومکل تشخیصی و درمانی

وابستگی به مواد افیونی در کودکان و نوجوانان

پاییز ۱۳۹۹

علائم غیر اختصاصی تظاهرات مصرف مواد در نوجوان

- ۱- دیر به خانه آمدن بعد از مدرسه
- ۲- نوسانات خلقی
- ۳- تحریک پذیر 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 سوءمصرف
- ۱۲- پیدا شدن مواد یا وسایل مصرف در وسایل فرزند



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.

Screening

غربالگری

پرسشنامه **CRAFFT** - آزمون غربالگری کوتاه برای سوءمصرف 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

Assessment

ارزیابی

✓ برقراری ارتباط مؤثر میان شما و مراجع

✓ اخذ شرح حال عوامل مؤثر

✓ تاریخچه شکل گیری اختلالات مصرف مواد

✓ سایر اطلاعات درباره عوامل خطر رشدی

✓ شروع و پیشرفت علایم روانپزشکی و مصرف مواد

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

Treatment Planning

تعیین جایگاه درمانی

برای انتخاب سطح و جایگاه ارائه 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/زندگی

Indications of treatment

اندیکاسیون های درمان

- ✓ درمانهای 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 ارائه شود.
- ✓ در کودکان زیر 12 سال وابسته به مواد افیونی بازگیری از مواد افیونی با کلونیدین و دارودرمانی 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 نالتراکسون می تواند یک راهبرد اولیه مناسب در دارودرمانی 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.

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 بهبودی، امن و حمایت کننده باشد (بعد 6).

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 دچار 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

Psychosocial Interventions

مداخلات روانی اجتماعی

مصاحبه انگیزشی

مداخلات روانی اجتماعی

خانواده درمانی اختصاصی

درمان شناختی، رفتاری

اهداف رویکردهای مبتنی بر خانواده

- ✓ آرایه آموزش های روانشناختی 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 فعالیتهای 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 سنی 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 نالتراکسان در کودکان زیر 12
سال کافی نیست، استفاده از این رویکرد درمانی را توصیه نمیگردد.

Treatment Plan (12-18 years)

برنامه درمان کودکان و نوجوانان (۱۲-۱۸ سال)

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

در صورتی که یک اقدام به بازگیری با بوپرنورفین موفق نبوده یا برخی شاخصهای نشاندهنده خطر بالا وجود داشته باشد، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین 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
- ✓ تخریب 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 اُپیوئیدی تجویز شده همچون ترامادول) در نوجوانان در نظر گرفته شود.

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

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

✓ سن بالای 16 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 می تواند چندین ماه باشد و به شدت وابستگی، مشکلات در سایر حوزه های کارکردی و میزان حمایت خانوادگی بستگی دارد.

Clonidine treatment

راهنمای بازگیری کلونیدین

- ✓ در کنترل علائم 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 علائم محرومیت استفاده شود.
 - ✓ کلونیدین به صورت قرص خوراکی آبی 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.

Clonidine treatment

راهنمای بازگیری کلونیدین

- ❖ تجویز دوز شروع 0/1 – 0/05 میلی گرم دو بار در روز، این دوز را میتوان در مقادیر 0/1 – 0/05 میلی گرم روزانه تا حداکثر 1/2 میلی گرم در روز افزایش داد.
- ❖ دوز دارو بر حسب شدت علائم محرومیت و تحمل بیمار به عوارض جانبی شامل افت فشار خون وضعیتی تنظیم میشود.
- ❖ در هر نوبت معاینه و پس از هر تغییر دوز ارزیابی از نظر نبض، فشار خون و عوارض جانبی ضروری است.
- ❖ پزشک درمانگر موظف است که در صورت کاهش ضربان قلب به زیر 55 یا افت فشار خون سیستولیک زیر 90 یا دیاستولیک زیر 60 میلی متر جیوه آن نوبت تجویز دارو را متوقف نماید.
- ❖ لازم است که دوز دارو به مدت 5-7 روز ثابت نگه داشته شود.
- ❖ پزشک درمانگر دوز دارو را در مقادیر 0/1-0/2 میلی گرم هر 2-4 روز کاهش داده و قطع نماید.
- ❖ لازم است که پزشک در طول معاینات کاهش دوز دارو نیز، فشار خون بیمار را ارزیابی نماید. در صورت وقوع افزایش فشار خون برگشتی سرعت کاهش دوز را کاهش دهد.

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 حداکثر 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 حداکثر 1200 میلی گرم در روز) محاسبه و تجویز گردد.

✓ تهوع و استفراغ

- در نوجوانان دیفن هیدرامین یا هیدروکسی زین با دوز 25-100 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 2-4 میلی گرم تجویز شود. بعد از هر نوبت که بیمار شکمش شل کار کرده 1-2 میلی گرم تا حداکثر 16 میلی گرم در روز می تواند تجویز گردد.

Buprenorphine

بوپرنورفین

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

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

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

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 ۲۴-۳۶ 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 اندیکاسیون دارد

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، 12 ساعت پس از آخرین مصرف تریاک و 24 – 36 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 5-10 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 زیرزبانی اجتناب کند.
- ✓ شروع درمان با تجویز 2-4 میلی گرم بوپرنورفین زیرزبانی

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 (بدین 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 2-4 میلی گرم (تا حداکثر 14-16 میلی گرم روزانه) میتوان دوز دارو را افزایش داد.

✓ تجویز تحت نظارت دارو

Transfer from Methadone to Buprenorphine

تغییر از متادون به بوپرنورفین

در بیماران تثبیت 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 علائم 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 می تواند در نظر گرفته شود.

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

Buprenorphine maintenance treatment

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

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

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

✓ درمان نگهدارنده با بوپرنورفین عموماً یک هدف درمانی در نوجوانان به حساب نمیا ید گرچه اقلیتی از نوجوانان ممکن است از یک دوره تثبیت/درمان نگهدارنده و سپس کاهش دوز سود ببرند. 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 روانپزشکی همبود بستگی دارد.

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 5-10 میلیگرم به صورت تحت نظارت به بیمار تجویز میشود.
- ❖ 4 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.

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 علائم محرومیت در ارزیابی مجدد 5-10 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 علائم عینی محرومیت و دوز روز قبل میتواند 5-10 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.

Methadone Maintenance treatment

درمان نگهدارنده با متادون

- ✓ درمان نگهدارنده با متادون می تواند یک گزینه درمانی مناسب در نوجوانان بزرگتری باشد که به سایر روشهای درمانی پاسخ کافی ندهاند.
- ✓ لازم است که دوز اولیه متادون 5-10 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 4 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.
- ❖ پایبندی ضعیف یا قطع مصرف نالترکسون به صورت قابل ملاحظه ای خطر بیش مصرف کشنده را بالا میبرد. 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.

Thanks For Your Attention



از توجه شما سپاسگزارم