

اصول کلی در سهام‌دایی

سمزدایی چیست؟

- سمزدایی فرایندی است که توسط آن اثرات یک ماده از یک فرد وابسته، با روش مؤثر و بی خطر رفع می گردد، به شکلی که علائم ترک در حداقل ممکن باشد (WHO, 2006)
- سمزدایی کلیه فرایندی است که یک شخص را از مصرف یک ماده مشخص با روش مؤثر و بی خطر رها می کند (American Society of Addiction Medicine, 2000)

سمزدایی چیست؟

- سمزدایی فرایندی است که توسط آن اثرات یک ماده از یک فرد **وابسته**، با روش **مؤثر و بی خطر** رفع می‌گردد، به شکلی که **علائم ترک در حداقل ممکن** باشد (WHO, 2006)
- سمزدایی کلیه فرایندی است که یک شخص را از مصرف یک ماده مشخص با روش **مؤثر و بی خطر** رها می‌کند (American Society of Addiction Medicine, 2000)

هدف از سهم‌زدایی

- کاهش علایم ترک تا حدی که برای شخص قابل تحمل باشد.
 - بنا به خواست بیمار
 - میزان حمایت اجتماعی بیمار
- روش بی‌خطر باشد.
- تا حد امکان با حداقل محدودیت باشد.

بررسی بیمار

- بررسی روانی - اجتماعی
 - وضعیت مصرف مواد
 - وضعیت روانی - اجتماعی
 - بررسی روانپزشکی
- بررسی وضعیت عمومی
 - معاینه فیزیکی
 - تست‌های آزمایشگاهی
- نشانه‌ها و علائم ترک
 - Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

وضعیت مصرف مواد

- نوع ماده
- میزان مصرف
- دفعات مصرف
- تعداد دفعات درمان
- روش درمان‌های قبلی
- میزان بهبودی بعد از هر درمان
- علل عودهای قبلی
- میزان آمادگی برای تغییر

وضعیت روانی - اجتماعی

- میزان حمایت اطرافیان از بیمار
- وضعیت اقتصادی

بررسی روانپزشکی:

● سابقه مشکلات روانپزشکی

- افسردگی
- اضطراب
- هیپومانیا
- پسیکوز
- سابقه وجود تروما
- آسیب به خود
- سوءاستفاده فیزیکی یا جنسی

● وضعیت روانی فعلی

● بررسی وضعیت اورژانس‌ها

- افکار خودکشی
- دیگرکشی
- قصد خشونت

معاینه فیزیکی

- وضعیت ظاهری
 - بهداشت
 - بوی مواد
 - سوء تغذیه
 - وضعیت مردمکها
- رفتار:
 - کلام نامفهوم
 - علایم رفتاری مصرف مواد
 - علایم رفتاری سندروم ترک
- پوست:
 - سوختگیها
 - پارگیها / خودزنیها
 - آبسههای پوستی
 - سلولیت
 - جای تزریق
 - زردی
 - تعریق
- وضعیت گوارشی
 - بزرگی کبد
 - تندرns کبد
- سیستم ایمنی
 - لنفادنوپاتی
- قلبی - عروقی
 - فشار خون
 - ضربان قلب
 - صداهای غیر طبیعی قلب
 - ادم
- تنفسی
 - تعداد تنفس
 - رال / ویز
 - سرفه
- سیستم تناسلی
 - ترشحات
 - معاینه لگن در زنان
 - آتروفی بیضه در مردان
 - ژنیکوماستی در مردان
- نورولوژی
 - اختلالات شناختی / حافظه
 - معاینه حسی / حرکتی
 - لرزش
 - آتاکسی

انجام تست‌های آزمایشگاهی

- Serum electrolytes
- BUN and creatinine
- CBC with differential and platelet count
- Liver function tests, AST, ALT, PT or INR, albumin
- Urinalysis
- Pregnancy test
- Toxicology tests for drugs of abuse
- Hepatitis B and C / HIV-Ab / VDRL
- PPD for TB

نکات کلی در درمان‌های پرهیزمدار

- سم‌زدایی به تنهایی درمان نیست. بلکه اولین قدم درمان است.
- یک درمان واحد برای همه مصرف‌کنندگان مواد موجود نیست (Matching of therapy).
- پیش‌آگهی در هیچ‌یک از روش‌ها خوب نیست.
- شدت علائم ترک بیش از آنکه به روش شما بستگی داشته باشد، به انگیزه مراجعه‌کننده برای ترک بستگی دارد.
- پرستاری و مشاوره مناسب در کاهش علائم ترک بسیار مؤثرند.
- در افرادی که برای سم‌زدایی مراجعه می‌کنند، لغزش‌ها در طول این دوره کمتر از همیشه گزارش می‌گردند.
- سم‌زدایی داروهای مخدر (اوپیوئیدی) بیشترین علائم بالینی (نه خطرناک‌ترین) را ایجاد می‌نماید.

علائم و نشانه‌های جسمی علایم ترک

علائم و نشانه‌های جسمی	شدت	مرحله
<ul style="list-style-type: none"> ■ اشکریزش ■ آبریزش بینی ■ تعریق ■ خمیازه ■ بی‌قراری ■ بی‌خوابی 	درجه ۱	علائم اولیه سندروم ترک
<ul style="list-style-type: none"> ■ گشاد شدن مردمک‌ها ■ سیخ شدن موها ■ درد عضلات و مفاصل ■ درد شکم 	درجه ۲	
<ul style="list-style-type: none"> ■ افزایش ضربان و فشار خون ■ افزایش تنفس ■ تب ■ بی‌اشتهایی ■ تهوع ■ بی‌قراری شدید 	درجه ۳	سندروم ترک پیشرفته
<ul style="list-style-type: none"> ■ استفراغ ■ اسهال ■ دهیدراتاسیون ■ افزایش قند خون ■ افت فشار خون ■ وضعیت curled up 	درجه ۴	

انتخاب بیماران برای درمان نگهدارنده

موارد استفاده و عدم استفاده مطلق و قطعی

رضایت داوطلبانه و آگاهانه بیمار

وابستگی یا اعتیاد به مواد افیونی

موارد استفاده و عدم استفاده نسبی:

- ۱- وابستگی سنگین به مواد افیونی
- ۲- وابستگی به مواد افیونی سنگین
- ۳- معتادان تزریقی
- ۴- بیمارانی که از سایر درمانهای اعتیاد پاسخ مطلوب نگرفته اند

۵- بیماران که مصرف کننده سنگین مواد افیونی بویژه کراک و هروئین تزریقی هستند ولی **انگیزه ای** برای درمان و توقف مصرف ماده افیونی غیرمجاز خود ندارند

۶- بیماران که بواسطه مصرف مواد مخدر دچار **آسیبهای**

عدیده اجتماعی شده یا در معرض آن قرار دارند

۷- **زندانیان** و افرادی که در معرض خطر زندانی شدن بواسطه اعتیاد یا عوارض آن هستند نیز کاندیدای مناسب درمان نگهدارنده هستند

۸- افرادی که آلوده به **اچ آی وی**، **هیپاتیت بی** یا **سی** هستند در اولویت استفاده از درمان نگهدارنده قرار دارند

۹- درمان نگهدارنده برای معتادانی که دچار **آسیبهای شدیدتر** روانی، اجتماعی، خانوادگی، جسمی و اقتصادی گشته اند، توصیه می شود

۱۰- وجود **علائم و بیماری های روانپزشکی** همراه مانند ابتلا به بیماریهای خلقی، پسیکوز، اختلالات شخصیت، طیف مشکلات اضطرابی

۱۱- بهتر است اشخاص زیر ۱۸ سال در درمان نگهدارنده وارد نشوند.

متادون چیست؟

متادون یک داروی ضددرد مخدر طولانی اثر است که در کنار مشاوره و سایر خدمات روانی، اجتماعی برای درمان اعتیاد به مواد افیونی استفاده می شود

درمان نگهدارنده با متادون چیست؟

درمان نگهدارنده با متادون عبارت است از: «جایگزینی قانونی مصرف مواد مخدر غیرمجاز و غیرقانونی، با متادون خوراکی که خالص، بهداشتی تهیه می شود»

درمان نگهدارنده با متادون در صورتی که به نحو اصولی اجرا
شود می تواند:

وسوسه مصرف مواد افیونی غیرقانونی را از بین ببرد و در نتیجه
کمک می کند که فرد از مواد غیرقانونی جدا شود.

اثرات مصرف سایر مواد افیونی را مسدود نماید..

کیفیت زندگی را به طور کلی ارتقاء دهد

وضعیت سلامت روانی و جسمی را بهبود بخشد

عوارض جانبی درمان با متادون

- ❖ یبوست
- ❖ تعریق زیاد
- ❖ تغییر میل جنسی
- ❖ خشکی دهان
- ❖ خواب آلودگی

ختم درمان

بررسی فواید و ضررهای قطع متادون

- میزان بالاتر عود
 - درگیری با قانون
 - مرگ ومیر. (مطالعه ی ۳۰ ساله Rosenbaum)
- کاهش ۷۵٪ در مورتالیتی در درمان. / بیشتر از علل طبیعی -- در مقایسه با علل غیر طبیعی در بالغین مصرف کننده جوان (-overdose violence)
- حفظ استقلال فردی و کاهش وابستگی به سیستم درمان

بررسی فواید و ضررهای قطع متادون

- تمایل تعداد قابل توجه بیماران برای ختم درمان علیرغم پروگنوز ضعیف
- لزوم توضیح فواید و مضار قطع متادون
- ادامه خدمات فردی - خانوادگی - گروهی بعد از رسیدن به دوز صفر
- ارجاع به سایر سیستمهای درمانی (جلوگیری از عود - NA - ...) در صورت نیاز

علل خروج از درمان

- تکمیل درمان
- اخراج از درمان
- غیبت
- زندانی شدن

روش معمول اتمام درمان

- تصمیم‌گیری جداگانه در هر بیمار
- کاهش دوز تا ۱۰٪ در فواصل ۵ تا ۱۰ روزه
- استفاده از سایر روشها در دوز ۳۰ میلی‌گرم

روش ديگر اتمام درمان

- دوز بالاي ۸۰ ميلي گرم: هر هفته ۱۰ ميلي گرم کاهش دوز
- دوز ۴۰ تا ۸۰ ميلي گرم: هر هفته ۵ ميلي گرم
- دوز کمتر از ۴۰ ميلي گرم: هر هفته ۲/۵ ميلي گرم

کلونیدین در ختم درمان

- شروع با ۰/۱ mg و اندازه گیری فشار خون يك ساعت بعد
- افزایش دوز بین ۰/۶ تا ۱/۲ میلی گرم به تدریج در سه روز اول در دوزهای منقسم با توجه به شدت علائم محرومیت
- فاصله دوزها هر چهار تا شش ساعت
- ادامه درمان به مدت يك هفته
- کنترل روزانه فشار خون و نبض
- در صورت افت فشار کمتر از ۹۰/۵۰ یا نبض کمتر از ۵۰ در طی درمان. تعویق نوبت مصرف کلونیدین تا بالا رفتن فشار و افزایش نبض
- کنترل علائم حیاتی در فواصل کوتاهتر در چند روز اول در صورت لزوم
- دادن بخشی بیشتر از دوزها در هنگام خواب
- کاهش تدریجی دوز کلونیدین بعد از هفته اول درمان و قطع در طی ۲-۴ روز برای پیشگیری از افزایش فشار خون برگشتی

کلونیدین در ختم درمان

- کنترل درد با داروهای ضد درد ضد التهابی
- استفاده از بنزودیازپین در صورت لزوم

بوپرنورفین در ختم درمان

- تجویز دوز معادل و کاهش تدریجی در ده روز
- تجویز دوز معادل یا دوز مناسب و کاهش در ۴ هفته : هفته اول ۲۵% و هفته های بعد ۵۰%
- استفاده از دوز پایین کلونیدین در روزهای پایانی و چند روز بعد از قطع بوپرنورفین

درمان نگهدارنده با متادون در گروه های خاص

درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری



عوارض مصرف مواد در بارداری

- زنان باردار وابسته به ترکیبات افیونی به دلایل در معرض خطر افزایش یافته تجربه عوارض بارداری و سایر بیماریها هستند:
- مراقبت ناکافی بارداری
- عوامل مرتبط با سبک زندگی شامل سیگار کشیدن، تغذیه نامناسب، توجه ناکافی به وضعیت سلامتی، رفتارهای پرخطر جنسی، سطوح بالای محرومیت و استرس
- دوره های مکرر مسمومیت و ترک که می تواند به جنین آسیب زده یا زایمان زودرس یا سایر عوارض را القا کند

عوارض شایع طبّی

کم خونی	فلبیت	اچ‌آی‌وی
باکتری‌می/اسپتی‌سمی	پنومونی	سیفلیس
بیماری قلبی، خصوصاً آندوکاردیت	به‌داشت دهان ضعیف	کزار
سلولیت	بیماری‌های منتقله از راه جنسی	سل
ادم	کلامیدیا	عفونت‌های مجاری ادرار
دیابت بارداری	کوندیلوماتا آکومیناتوم	سیستیت
هپاتیت (حاد و مزمن)	گونوره‌آ	پیلونفریت
فشار خون بالا/تاکیکاردی	هرپس	اورتریت



عوارض شایع بارداری و زایمان

- پارگی جفت
- کوریوآمیونیوت
- مرگ داخل رحمی
- تأخیر رشد داخل رحمی
- خروج مکونیوم داخل رحمی
- نمرات آپگار پایین
- نارسایی جفت
- خونریزی بعد از زایمان
- پره‌اکلامپسی
- زایمان زودرس
- پارگی زودرس غشاءها
- ترومبوفلیت عفونی
- سقط خودبخودی



تشخیص اعتیاد در بارداری

- 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 علائم و نشانه های محرومیت را ادغام نمود.
- 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.

- در صورت مواجهه با بیماریهای 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 میکند.
- استفاده از آنتاگونیستهای 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.



درمان نگهدارنده با متادون بعنوان درمان استاندارد

- درمان نگهدارنده با متادون به صورت اساسی نوسانات در سطوح خونی مواد اُپیوئیدی مادر را کاهش داده و بدین ترتیب از جنین در برابر چرخه های مکرر مسمومیت و محرومیت محافظت میکند.
- درمان نگهدارنده با متادون در بیماران باردار همان منافی را دربردارد که در سایر بیماران به صورت عمومی دیده می شود.
- درمان نگهدارنده با متادون 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 خطر ناهنجاریهای جنینی را افزایش نمی دهد.

متادون یا بوپرنورفین

- از آن جا که پژوهش های بیشتری بر روی ایمنی و اثربخشی متادون در مقایسه با بوپرنورفین وجود دارد، درمان نگهدارنده با متادون بر بوپرنورفین ارجحیت دارد، و بعنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد افیونی در دوران بارداری در نظر گرفته می شود.
- پژوهشهای جدید نشان می دهند درمان نگهدارنده با متادون از نظر ماندگاری در درمان بر بوپرنورفین ارجحیت دارد اما سندرم ترک نوزادی به صورت معنی داری با بوپرنورفین از متادون کمتر است.

- 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 میشوند. 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 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.
- بعلاوه، 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 خطرناک مصرف مواد افیونی عوارض تکاملی طولانی مدت اندکی دارد.

دوز متادون

- با پیشرفت بارداری به علل زیر زیست فراهمی متادون کاهش می یابد:
- افزایش سوخت و ساز
- افزایش حجم پلاسما
- افزایش پروتئین های پلاسما که به متادون متصل می شوند
- متابولیسم جفتی متادون
- به همین دلیل ممکن است لازم باشد در سه ماهه دوم و سوم دوز متادون افزایش داده شود.

- استفاده از دوز پایین متادون در دوران بارداری خطر بروز سندرم پرهیز نوزادی را پایین نمی آورد.
- بعلاوه، کاهش دوز متادون می تواند منجر به تداوم مصرف مواد و افزایش خطر هم برای مادر و هم جنین شود.
- مطالعات درمان نگهدارنده با متادون در بارداری نشان داده است استفاده از رژیم «دوز کافی» با افزایش وزن، کاهش مصرف مواد غیرقانونی و بهبود پایبندی به مراقبت بارداری مادر باردار و افزایش وزن تولد و دور سر، طولانی شدن بارداری و بهبود رشد نوزادان متولد شده از زنان روی درمان نگهدارنده با متادون همراه است.

القاء و تثبيت

- دوز متادون زنان باردار بايد بر اساس همان ملاكهايي تعيين شود كه در ساير بيماران انجام ميشود.
- زنانی كه پيش از بارداری متادون ميگرفتند بايد در اوایل بارداری با همان دوز به درمان خود ادامه دهند.
- اگر زن باردار بر روی متادون نباشد، توصيه ميشود كه درمان به روش استاندارد سرپايی برای بيمار القاء شود يا بيمار در بيمارستان (برای به طور میانگين ۳ روز) بستری تا وضعيت ارزيابی از نظر بارداری و وابستگي فیزیولوژیک به مواد افیونی انجام و درمان نگهدارنده با متادون شروع شود.

- برای زنان بارداری که درمان نگهدارنده به صورت سرپایی القاء می شود، یک پروتکل وسیعاً پذیرفته شده دادن دوزهای اولیه متادون ۱۰ تا ۲۰ میلیگرم در روز است.
- باید از بیمار خواسته شود در پایان روز برای ارزیابی پیگیری مراجعه نماید و بر اساس پاسخ درمانی دوز اولیه را می توان با ۱۰ تا ۲۰ میلیگرم متادون بیشتر تکمیل نمود.

- در صورت القای درمان به صورت سرپایی دو نوبت ویزیت در روز باید تا زمان تثبیت بیمار ادامه یابد.
- اگر شواهدی از مسمومیت یا محرومیت ظاهر شود، باید دوز متادون بلافاصله تصحیح شود. اکثر زنان باردار در عرض ۴۸ تا ۷۲ ساعت بر روی متادون تثبیت میشوند.
- در جایگاه های سرپایی، که معمولاً امکان پایش جنین وجود ندارد، ثبت حرکات جنین در فواصل زمانی معین اهمیت بالایی دارد.

دوز منقسم

- تغییرات دوران بارداری باعث کاهش نیمه عمر متادون و افزایش نسبت اوج به نشیب متادون می شود، به همین دلیل کاربرد رژیمهای دوز منقسم متادون در سه ماه دوم و سوم بارداری پذیرفته شده است، اما پژوهشهای تجربی در خصوص اثرات آن بر سطوح خونی مادر و جنین محدود است.
- در سه ماهه دوم و سوم تجویز متادون در دوزهای منقسم ۱۲ ساعته بهتر میتواند علایم محرومیت و وسوسه مواد افیونی و مصرف هم زمان مواد محرک را کاهش دهد.

درمان بازگیری از متادون

- بازگیری از متادون در زنان باردار توصیه نمیشود، زیرا خطر عود به مصرف مواد با این روش درمانی بسیار بالاست.
- بازگیری از ترکیبات افیونی در سه ماهه اول بارداری با افزایش خطر عوارض زایمان همراه باشد.
- بازگیری از ترکیبات افیونی در سه ماهه سوم بارداری میتواند با دیسترس و مرگ جنین همراه باشد.
- بنابراین مهم است که زنان باردار در سه ماهه اول یا سوم علائم محرومیت را تجربه نکنند.
- اگر بازگیری در طول بارداری مورد نظر قرار گیرد، باید در سه ماهه دوم انجام گیرد.

- کاهش دوز صرفاً باید در صورتی انجام پذیرد که وضعیت بارداری بااثبات باشد.
- شدت و سرعت کاهش دوز متادون باید منعطف و متناسب با علائم تجربه شده توسط زن باردار باشد.
- باید از علائم محرومیت تا حد ممکن اجتناب شود، زیرا منجر به دیسترس قابل توجه برای جنین میشود.
- پایش دقیق بارداری و جنین باید در طول دوره کاهش دوز انجام شود.
- برای بازگیری از متادون، کاهش دوز متادون به میزان یک تا دو و نیم میلیگرم در روز در بیماران بستری و دو و نیم تا ده میلیگرم در هفته در بیماران سرپایی معمولاً بیخطر در نظر گرفته می شود.
- بازگیری از متادون باید در صورت ایجاد استرس جنینی یا تهدید به زایمان زودرس متوقف گردد.

تداوم درمان پس از زایمان

- پس از تولد نوزاد با توجه به برگشت تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر دوز متادون باید کاهش داده شود.
- پیشنهاد می شود پس از زایمان درمان در زنانی که پیش از بارداری روی متادون بوده اند با دوز مشابه پیش از بارداری و در زنانی که درمان نگهدارنده را در طول بارداری شروع کرده اند، با دوز تقریباً نصف دوز سه ماهه سوم تداوم یابد.
- هر چند، داده های تجربی تأییدکننده این رویه ها محدود است و هر گونه کاهش دوز باید بر اساس نشانه های دریافت بیش از حد دارو، علائم محرومیت یا سطوح خونی متادون بیمار باشد.

شیردهی

- شیردهی مزایایی متعددی دارد که شامل پیوند مادر- کودک، تغذیه و پیشگیری از بیماریهای 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 سوءمصرف کند یا
- به بیماری دیگری که ممنوعیت شیردهی محسوب می گردد مبتلا باشد.

- هیاتیت 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 یافت می شود.
- بنابراین، شواهد علمی موجود از محدودیت دوز روزانه متادون در زنان شیرده حمایت نمی کند.

سندرم ترک نوزادی

- نوزادان متولد شده از مادران وابسته به مواد افیونی یا مادران روی درمان نگهدارنده با متادون ممکن است پس از تولد دچار علائم محرومیت از مواد افیونی شوند که به آن در طب اعتیاد «سندرم ترک نوزادی» گفته می شود.
- سندرم ترک نوزادی درمان نشده می تواند باعث بروز دیسترس قابل توجه و در موارد نادر تشنج در نوزاد شود.
- وقوع و شدت ترک نوزادی بسیار غیرقابل پیش بینی است.

نشانه های سندرم ترک نوزادی

نشانه های شایع

- تحریک پذیری و آشفتگی خواب
- آب ریزش بینی
- مکیدن مشت
- گریه همراه با جیغ
- مدفوع آبکی
- بیشفعالی عمومی
- مکش ناکارآمد هنگام شیر خوردن
- وزن گیری کم
- دوست نداشتن نورهای شدید
- لرزش
- افزایش تعداد تنفس

نشانه های غیرشایع

- خمیازه کشیدن
- استفراغ
- تولید موکوس افزایش یافته
- پاسخ افزایش یافته به صدا
- تشنج (نادر)

دوز متادون مادر و میزان سندرم ترک نوزادی

- تعیین رابطه بین دوز متادون مادر و سندرم ترک نوزادی دشوار است
- شواهد قانع کننده ای وجود ندارد که نشان داد کاهش دوز متادون از سندرم ترک نوزادی پیشگیری می کند.
- هر چند در چند مطالعه رابطه معنی دار بین محرومیت نوزادی و دوز متادون مادر گزارش شده است، بیشتر مطالعات هیچ رابطه ای بین این دو نیافته اند.

درمان سندرم ترک نوزادی

- به دلیل نیمه عمر طولانی تر متادون، سندرم ترک نوزادی ناشی از متادون ممکن است از هرئین طولانی تر باشد
- با مراقبت و در صورت نیاز دارودرمانی مناسب، سندرم ترک نوزادی بدون عارضه خاصی قابل درمان است.

درمان دارویی باید در نوزادانی که علائم ترک شدید نشان می دهند در نظر گرفته شود. اندیکاسیون های درمان دارویی عبارتند از:

- تشنج
- از دست دادن وزن (شیر نخوردن، اسهال و استفراغ، دهیدراتاسیون)
- خواب بد
- تب

درمان های دارویی سندرم ترک نوزادی

محلول مورفین

- محلول خوراکی مورفین هیدروکلراید ۰/۰۵٪ که در هر میلی لیتر آن ۰/۵ میلی گرم مورفین وجود دارد.
- شروع درمان با دوز ۰/۰۵ تا ۰/۱ میلی گرم/کیلوگرم
- با توجه به شدت علائم محرومیت این دوز هر ۳-۴ ساعت تا رسیدن به دوز حداکثر ۲ میلی گرم/کیلوگرم/روز تکرار می شود.

● **اُپیوم تینکچر**

- هر میلی لیتر محلول حاوی ۰/۴ میلی گرم مورفین است.
- برای آماده سازی ۱ میلی لیتر اُپیوم تینکچر به ۲۴ میلی لیتر آب افزوده شده و ۲۵ میلی لیتر محلول خوراکی مورفین ۰/۴٪ به دست می آید.
- درمان با دوز ۰/۴ میلی گرم/کیلوگرم/روز خوراکی در ۶ تا ۸ دوز منقسم شروع می شود.
- دوز ۰/۴ میلی گرم/کیلوگرم/دوز تا زمان دستیابی به کنترل یا رسیدن به دوز حداکثر ۲ میلی گرم/کیلوگرم/روز افزایش داده می شود.

- فنوبار بیتال (۵-۷ میلی گرم/کیلوگرم/روز در سه دوز منقسم به منظور ایجاد سطح پلاسمایی ۵۰-۱۷۰ میکرومول/لیتر)
- پاره گوریک (اُپیوم تینکچر کامفورت شده)
- متادون

ملاحظات درمانی در بیماری های طبی

همراه

- برخی بیماری های طبی در افراد وابسته به ترکیبات افیونی با شیوع بالاتری دیده می شود که می تواند بر سیر درمان نگهدارنده با متادون تأثیر منفی داشته باشد.
- شناسایی و برنامه ریزی برای درمان این مشکلات طبی در خود مرکز درمانی یا از طریق ارجاع به سایر جایگاه های ارائه کننده خدمات نقش مهمی در ارتقای سلامت مراجعان و بهبود برآیندهای درمانی دارد.

تشخیص مشکلات طبی همراه

- بیماران هنگام ورود به درمان نگهدارنده با متادون و سپس به صورت دوره ای باید مورد ارزیابی و معاینه فیزیکی از نظر مشکلات طبی همراه قرار گیرند.
- انجام آزمایش های پاراکلینیکی پایه شامل شمارش کامل خون، قند خون ناشتا، کلسترول، تری گلیسیرید و آزمایش های کارکرد کبدی و کلیوی برای تمام بیماران توصیه می شود.
- در بیمارانی که دارای سابقه رفتارهای پرخطر جنسی هستند آزمایش سیفلیس و سایر عفونت های منتقله از راه جنسی شامل هپاتیت ب و اچ آی وی و آزمایش هپاتیت سی و اچ آی وی در افراد دارای سابقه رفتارهای پرخطر تزریق توصیه می شود.

- در صورت تداوم رفتارهای پرخطر جنسی یا تزریق لازم است آزمایش های ذکر شده هر ۶-۱۲ ماه تکرار گردد.
- به استثنای آزمایش HIV، این آزمایش ها را می توان در طول ارزیابی های معمول انجام داد.
- آزمایش اچ آی وی نیاز به اجازه کتبی بیمار همراه با مشاوره قبل و بعد از آزمایش دارد.

عفونت های شایع

- آندوکاردیت
- عفونت های بافت نرم
- فاشئیت نکروزان
- بوتولیسم زخم
- سل
- سیفلیس
- کلامیدیا
- گونوره آ
- هپاتیت ب
- هپاتیت سی
- اچ آی وی

سیر درمان _ طول درمان

به یاد داشته باشیم:

اعتیاد یک بیماری مزمن عودکننده است

معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی

طبق طبقه بندی DSM

- وجود سه مورد (و بیشتر) از موارد زیر در یک دوره ۱۲ ماهه:
 - بروز علائم ترک در صورت عدم مصرف مواد (مانند آبریزش بینی، پا درد یا اسهال)، یا لزوم مصرف مواد برای اجتناب از بروز علائم ترک
 - تحمل، به معنای نیاز به افزایش تدریجی مقدار مصرف برای دستیابی به اثر دلخواه، یا عدم برخورداری از اثر دلخواه در صورت ادامه مصرف مقدار قبلی.
 - مصرف به میزان یا مدتی بیش از انتظار خود فرد
 - تمایل دائمی یا کوشش های ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف
 - صرف زمان زیادی در فعالیت های لازم برای تهیه، مصرف یا بهبود آثار ناشی از ماده --
 - ادامه مصرف مواد علیرغم ایجاد مشکلات جسمی و روانی.
 - قطع یا کاهش فعالیت های مهم شغلی، اجتماعی، و تفریحی به دلیل مصرف مواد

درمان نگهدارنده با متادون - کاهش آسیب

- اهداف درمان: : بازگرداندن بیمار به يك زندگي عادی، یاری به جذب مجدد وی در جامعه (social reintegration)
- توجه به سایر اقدامات کاهش آسیب در صورت لزوم (آموزش روش‌های کم‌خطرتر مقاربت و تزریق و نیز توزیع کاندوم و وسایل استریل تزریق)

انتخاب بیمار مناسب برای درمان با متادون

- مصرف تزریقی مواد افیونی (اولویت اول)
- سایر موارد: بیماری مزمن روانی- حداقل ۳ بار عود پس از درمان - اختلالات شخصیتی (کلاستر B) - سابقه زندان- جنسیت زن
- بیماران خاص

آگاه سازی بیمار از فارماکولوژی متادون

- برای استفاده مطمئن از متادون لازم است بیمارانی که دچار مشکل سوء مصرف مواد هستند فارماکولوژی آن را درک کنند
- خطر مصرف نامناسب (شاخص درمانی پایین متادون)
- تأثیر آهسته در روزهای اول
- اثر جمعی متادون (اتصال متادون به آلبومین و سایر پروتئینها در ریه، کلیه، کبد و طحال و تعادل تدریجی میان خون و بافتها)
- نیمه عمر طولانی متادون (تجویز تک دوز در روز)
- خطر جدی مسمومیت در استفاده همزمان از سایر مواد و داروهای تضعیف کننده دستگاه مرکزی عصبی

آگاه سازی بیمار از فارماکولوژی متادون

- عدم مصرف حتی المقدور سایر داروها به دلیل اثر احتمالی بر متابولیسم متادون
- توجه به مصرف الکل و سیگار (کاهش سطح متادون)
- لزوم احتیاط در رانندگی در هفته‌های اول درمان

آموزش اثرات و عوارض متادون

- تعریق شبانه
- تهوع و استفراغ
- تغییر در عادت ماهیانه (بهبود با متادون)
- کاهش اشتها (اوایل درمان)
- افت فشار خون
- خواب آلودگی
- مشکلات دهان و دندان
- یبوست

آموزش اثرات و عوارض متادون

- مشکلات در خواب
- کاهش میل جنسی
- افزایش وزن

ارزیابی خطر مسمومیت با متادون

خطر مسمومیت بالاتر در موارد زیر:

- اولین مراجعه برای درمان با متادون
- سوء مصرف و وابستگی به چند ماده به طور همزمان
- میزان تحمل نامشخص بیمار
- اختلال بارز کارکرد کبدی
- مصرف همزمان داروهای بالا برنده سطح متادون
- بیماری بارز سیستم تنفسی
- سابقه مسمومیت با متادون

دوره های درمان

- (القا) Induction
- (تثبیت) Stabilization
- (نگهدارنده) Maintenance

دوره القا induction

- دوز اولیه ۱۵-۳۰
- کنترل بیمار تا دو ساعت
- افزایش دوز بعد از ۳ روز
- افزایش آهسته با دوز کم
- تذکر در مورد خطر مسمومیت ناشی از مصرف همزمان سایر مواد
- عدم ارتباط روشن بین مصرف سنگین و دوز انتهایی متادون

دوره تثبیت stabilization

- معیارهای افزایش دوز شامل :
 - (۱) علائم و نشانه های محرومیت
 - (۲) ادامه مصرف ماده
 - (۳) وسوسه مداوم برای مصرف
 - (۴) عدم بلوک نئشگی

دوره تثبیت stabilization

- تعدیل دوز هر ۳-۴ روز
- افزایش دوز ۵-۱۰ میلیگرم
- ۲-۶ هفته طول دوره تثبیت
- دوز معمول ۶۰-۸۰ میلیگرم
- ارجاع در صورت عدم تنظیم دوز با ۱۲۰ میلیگرم

دوره نگهدارنده maintenance

- افزایش دوز هر چند وقت یک بار
- ایجاد تحمل از علل شایع افزایش دوز
- افزایش دوز ۵-۱۰ میلیگرم

دوز مناسب متادون

- در برنامه های مختلف دوزهای مختلفی مورد آزمایش قرار گرفته است.
- در TOS دوز ۳۰ mg نیز مفید ذکر شده است
- مقایسه دوزهای ۳۰-۵۰-۱۰۰ میلیگرم عدم تفاوت در ماندگاری در درمان ولی نتایج ادرار منفی بیشتر در دوزهای بالاتر را گزارش کرده است.
- نتیجه ی (outcome) مشابه در دوزهای ۸۰-۱۶۰ در مطالعات دوسر کور (DOUBLE BLIND)
- تحمل تا دوز ۸۰۰ میلیگرم در صورت افزایش تدریجی
-

ویژگیهای درمانگر موثر

- توجه به معانی مختلف متادون در بیمار و نگرانیهای آنها
- اتحاد درمانی therapeutic alliance از پیشگوهای پایدار نتیجه ی نهایی در انواع مختلف روشهای درمانی است
- TA سه جزء کلیدی دارد. (۱) پیوند درمانگر و بیمار، (۲) توافق در اهداف حاصله، (۳) توافق در روش رسیدن به اهداف
- Cartwright: درمانگر موثر ترکیب ۳ عامل را دارد: (۱) مشروعیت نقش، (۲) کفایت نقش (تجربه بالینی)، (۳) عزت نفس

ویژگیهای درمانگر موثر

- اگر matching بین درمانگر و بیمار ممکن نبود آلترتاتیو آن برای درمانگر آن است که خود را هر چه طبیعی تر بدون دوری گرفتن از شخصیت خود نشان دهد.
- توجه به زبان - دقت در زبان بدن - استفاده از مصاحبه انگیزشی -
- حفظ کفایت درمانگر عامل حیاتی در بهبود برنامه های جایگزینی است
- استفاده از انواع مختلف مداخلات درمانی بسته به نیاز بیمار مفید تر است تا استفاده کلی از روشهای جامعتر

Take home (دوز منزل)

۳ معیار اولیه:

- (۱) ثبات بالینی (۲) طول زمان در درمان (۳) توانایی در نگهداری
- در جریان قرار دادن همسر یا اطرافیان و هشدار در مورد مصرف افراد عادی یا کودکان
- ثبت دقیق اطلاعات در پرونده
- ترتیب افزایش دوز منزل به صورت: (یک روز به ازای هر ... ماه درمان یا تستهای ادرار منفی)

Take home (دوز منزل)

ارزیابی مجدد یا کاهش دوز منزل :

- رفتار پرخطر
- عدم ثبات بالینی
- استفاده مشکل زازالکل یا سایر مواد-
- علایم محرومیت . وسوسه یا درخواست برای متادون بیشتر-
- نشت داروبه بیرون یا فروش یا گزارش مصرف پیش از موقع یا دزدیده شدن متادون—برهم زدن قوانین
- ارزیابی وضعیت روانی در این مواقع ضرورت دارد که دادن دارو کسی رابه خطر نیندازد

Take home (دوز منزل)

- در نظر گرفتن استثناها:
 - بیماری مدیکال – ناتوانی مدیکال
 - بحرانهای خانوادگی یا شخصی
 - مسایل شغلی
 - مسافرت

Take home دوز منزل

- مدیریت عود (بررسی مجدد میزان T.H). با یک بار مصرف نباید T.H را کم کرد
- استفاده از آزمایشهای ادرار برای کم یا اضافه کردن: به ازای هر تست + یا - یک نوبت کاهش یا افزایش
- پزشک فرد تصمیم گیرنده برای ورود بیمار به MMT است.
- بیمار حق اعتراض دارد.

مدت درمان

• ۲ نگرش در درمان MMT وجود دارد:

(۱) اعتیاد یک پدیده بیولوژیک و ناشی از مصرف ماده مخدر است متادون در درمان نقش اساسی دارد و باید بطور دراز مدت یا شاید مادام العمر ادامه یابد.

(۲) اعتیاد عمدتاً پدیده ای اجتماعی و روانشناختی است و مصرف ماده مخدر صفات زمینه ای شخص را تشدید می دهد. MMT کمکی برای مداخله های روانشناختی می تواند باشد.

مدت درمان

در مطالعات مدت درمان در MMT با پیش آگهی همبستگی دارد

□ Stimmel در ۱۹۷۹ عود ۸۶٪ در درمان کمتر از ۱ سال، ۷۹٪ عود در درمان بین ۱-۲ سال، و عود ۶۷٪ در ۲-۳ سال درمان را در بیماران MMT گزارش کرد.

□ Ball&Ross (۱۹۹۱): رابطه معکوس بین مدت درمان با مصرف هرویین و انجام جرم وجود دارد

□ Kang & Deleon (۱۹۹۳): زمان در MMT قویترین پیشگوی مصرف تزریقی هرویین در بیماران است

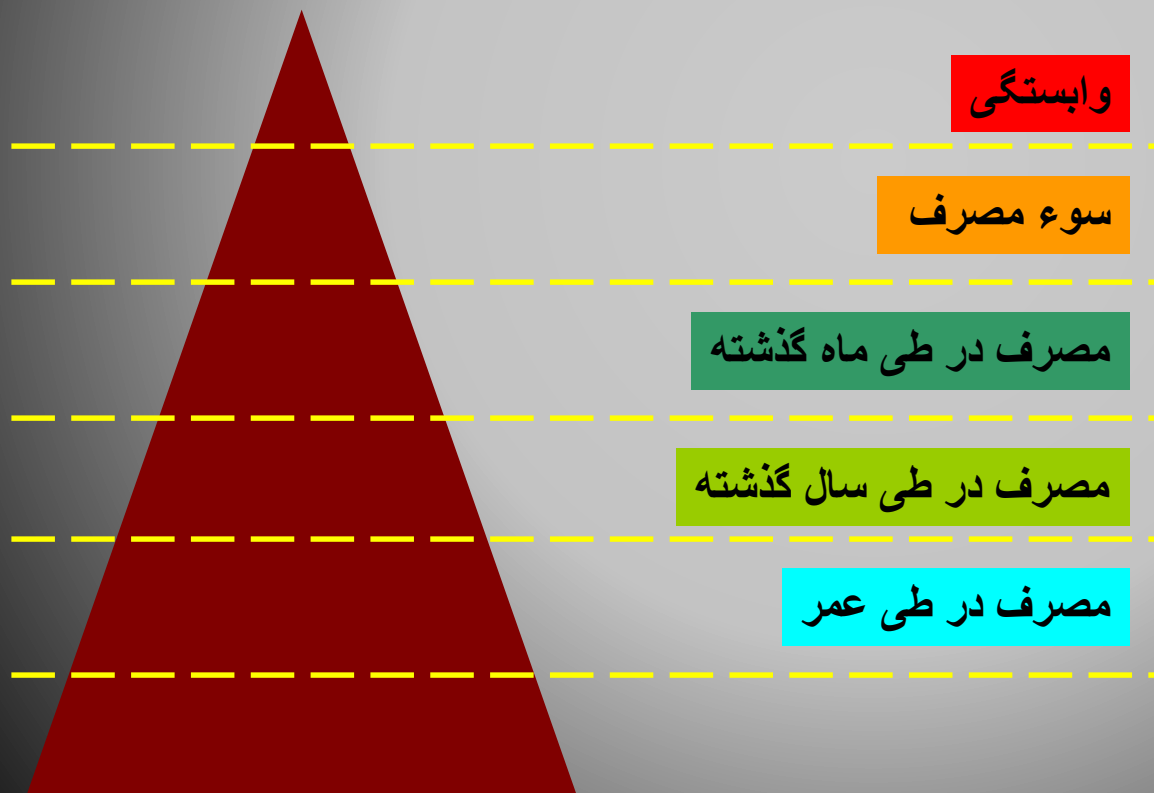
OUTCOM سرانجام درمان

- عدم وجود شاخصهای قطعی برای پیشگویی عاقبت درمان
- ...
- بعضی از شاخصهای قبل از درمان مانند سن بالا - تاهل باسرانجام بهتر همراه است
- -- سابقه جنایی-مشکلات روانشناختی-تاریخچه کاری نامناسب با سرانجام نامناسبتر مرتبط دانسته شده اند
- میزان مشاوره بیشتر از شاخصهای همراه با سرانجام بهتر است
- از سایر فاکتورهای موثر دوز کافی- کادر تعلیم دیده-روش و سیاستهای روشن

سیر بهبود

- کاهش در مصرف ماده مخدر
- کاهش در رفتار مجرمانه
- ایجاد ثبات در زندگی بیمار
- کاهش رفتارهای پرخطر (تزریق مشترک -)
- کاهش هزینه های اجتماعی مصرف
- رفتار سازنده اجتماعی

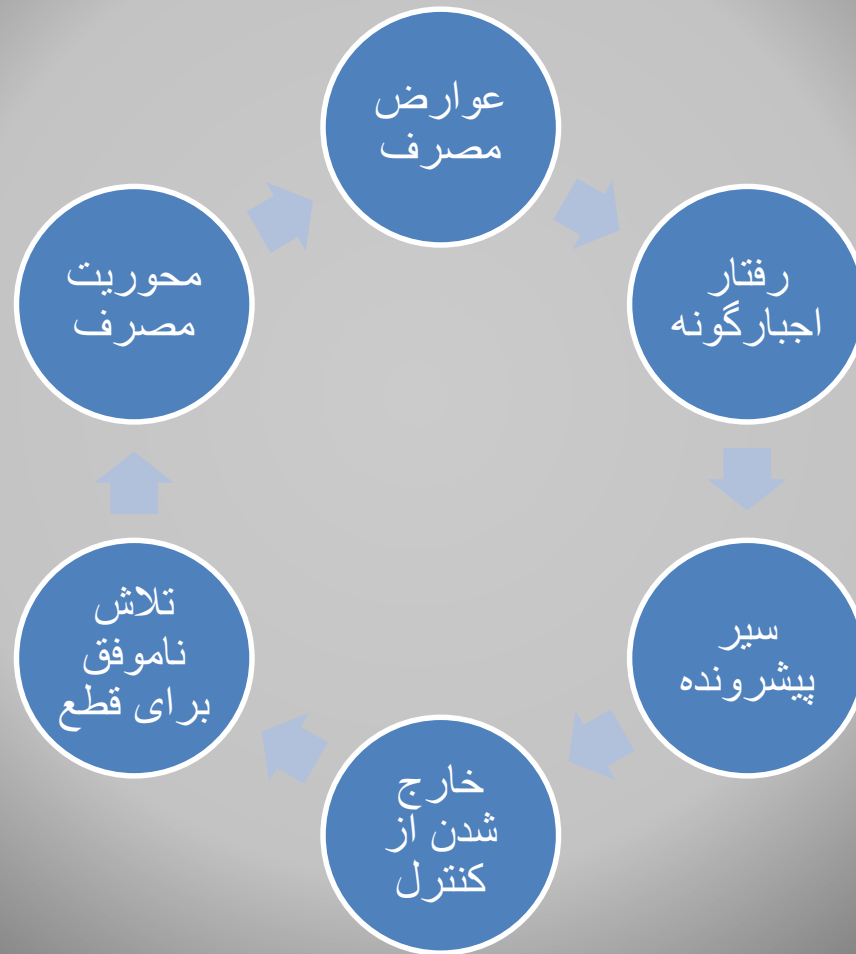
مراحل مختلف مصرف غیر طبی یک ماده



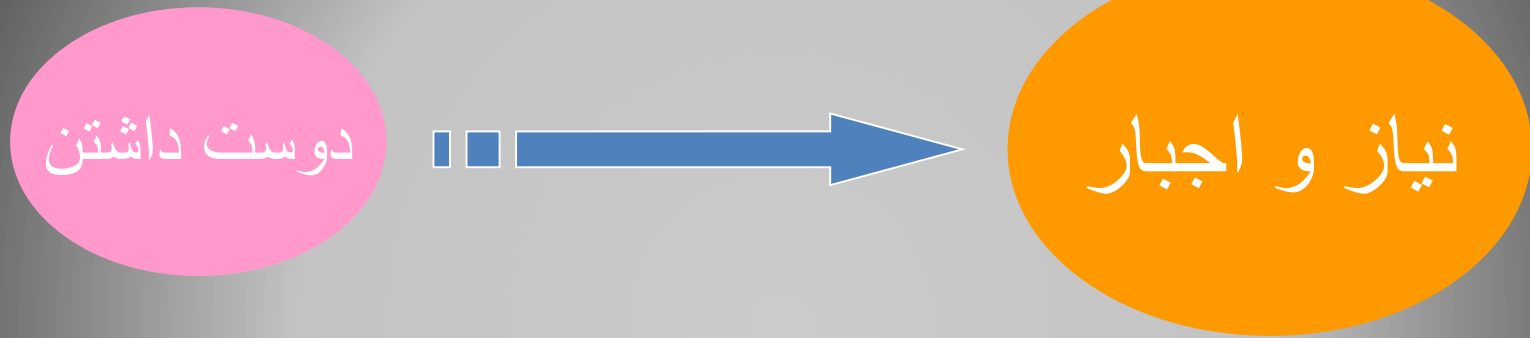
بسیاری معتقدند که معتادان:

- دروغگو
- بی مسئولیت
- گریزان از واقعیت
- غیر قابل اعتماد
- بی انگیزه برای ترک
- در انکار
- برون افکن
- پر خاشگر
- فریبکار
- از نظر اخلاقی بی بندوبار
- بی برنامه
- نامنظم
- خودخواه
- زیاده خواه
- شیاد
- زبان باز
- پر ادعا
-

ارکان اعتیاد



جنبه اجبارگونه



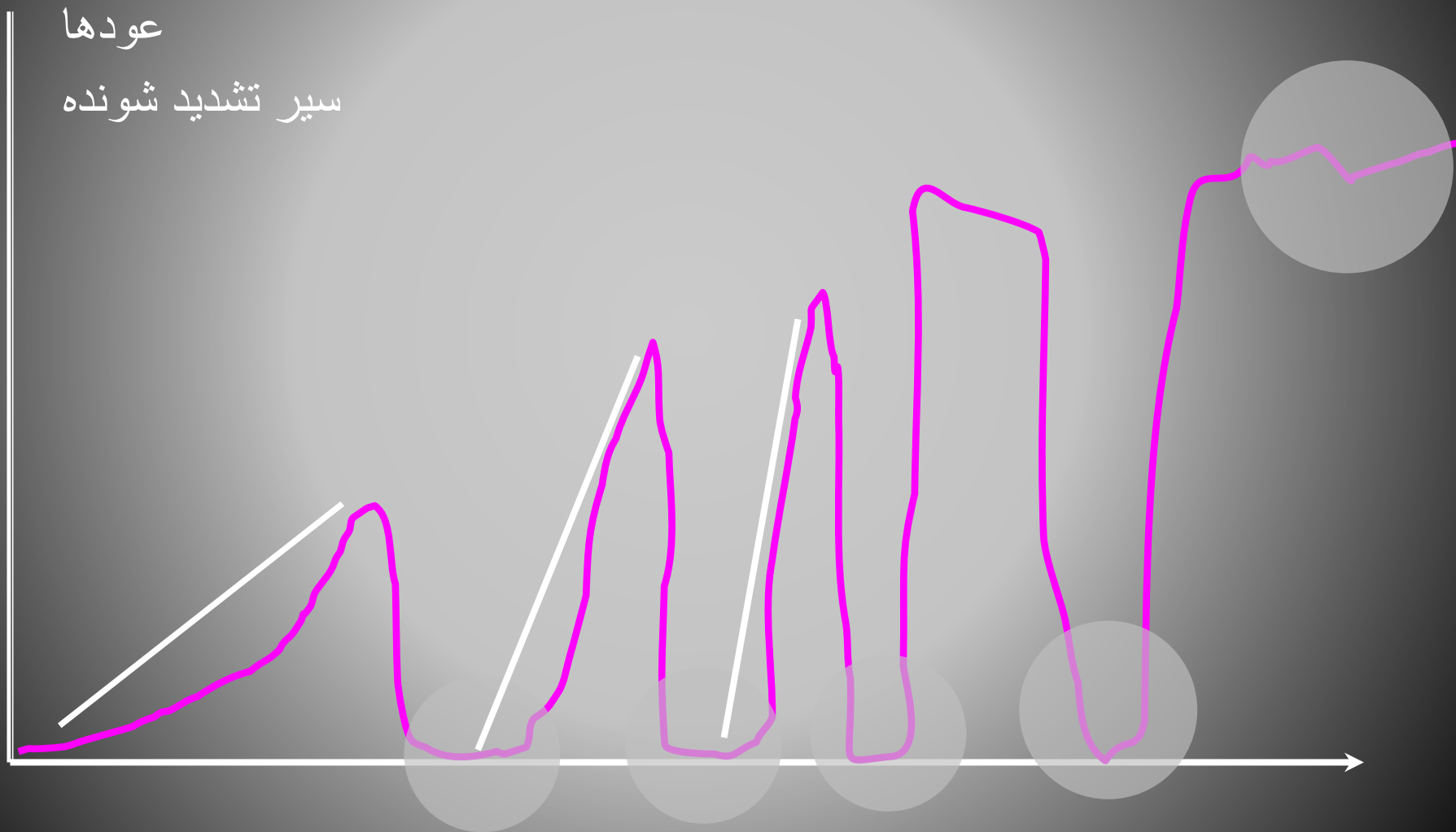
سير پیشرونده و تحمل

تلاش ناموفق برای قطع و مسئله عود

- معتادان اکثراً می توانند مصرف خود را متوقف کنند
- به راحتی به آزمایش منفی میرسند
- مشکل آنها در این است که نمی توانند جدایی را استمرار بخشند

معتادان اکثراً در جدا شدن از مصرف
مشکل ندارند. مشکل در دور ماندن از
مصرف است

سیر معمول یک رفتار اعتیادی



نگرانی ها

- مرگ بیمار بر اثر مسمومیت با متادون
- مرگ بیمار بر اثر مصرف خودسر مواد مخدر
- ریزش و خروج از درمان

راهکارها

- ارتباط خوب بیمار و درمانگر
- آموزش بیمار
 - متادون چیست
 - تداخل مصرف مواد با متادون
 - نیت درمانگران در این مرحله
- دوز مناسب
 - خیلی کم: مصرف خود سر
 - خیلی زیاد: مسمومیت با متادون

چند نکته مهم درباره دوز

- نیمه عمر متادون ۲۰ ساعت است
- ۷۰ میلی گرم فرد بالغ عادی را می کشد
- ۳۰ میلی گرم کودک زیر ۷ سال را می کشد
- ۳۰ میلی گرم فرد بالغ نرمال هوشیار را نمی کشد

• به فرد خواب آلود متادون ندهید!!

فرایند مرحله ۱

- از شب قبل مصرف مواد را متوقف نماید
- روز بعد با علایم محرومیت اندک پذیرش گردد
- ۳۰ میلی متادون بگیرد
- ۲ ساعت صبر کنید
- ارزیابی نمایید

هدف

- افزایش تدریجی متادون تا رسیدن به ثبات

نشانه های ثبات

- مصرف مواد مخدر دیگر بر بیمار اثر نمی کند
 - مصرف مواد مخدر غیر مجاز متوقف می گردد
 - امکان مسمومیت حذف می شود
 - آزمایش های ادرار منفی می شود
 - وسوسه بتدریج قطع می شود
- بیمار تنها به مصرف متادون بسنده می کند
 - غیبت از درمان دیده نمی شود

راهکار

وسوسه

آزمایش ادرار مثبت (بیش از ۵ تا ۱۰ درصد موارد)

مصرف مواد به گزارش بیمار یا اطرافیان

وقفه و غیبت از درمان

گزارش بیمار مبنی بر لذتبخش بودن مصرف اخیر

دوز مرحله ۱

افزایش دوز به میزان ۵-۱۰ میلی گرم

ارزیابی ۱ هفته بعد

هدف

• نگهداری بیمار در مرحله ثبات تا بهبودی شاخص ها

– روانی

– جسمانی

– خانوادگی

– اقتصادی

– شغلی

– اجتماعی

– قانونی

راهکارها

- استمرار در مرحله ثبات
- افزودن مداخلات غیر دارویی
 - رواندرمانی
 - حرفه آموزشی
 - آموزش فردی و خانوادگی
 - مددکاری
 - برنامه های بازتوانی
 - ورزش

ادعا می کند متادون کم است

متادون بیش از ۸۰ میلی است

متادون کمتر از ۸۰ میلی است

علائم کمبود
متادون نمی خواند

علائم دال بر کمبود
متادون است

متادون را افزایش دهید

تاکید بر دادن
بینش به بیمار

متادون را
افزایش دهید

مسمومیت با متادون و سایر اپیوئیدها

حداکثر اثرات درمانی و سمی

- وریدی _____ ۱۰ دقیقه
- عضلانی _____ ۳۰ دقیقه
- خوراکی ، زیر جلدی _____ ۹۰ دقیقه

زمان بروز اثرات

- وریدی و استنشاقی _____ بلافاصله بعد از مصرف
- خوراکی _____ دقایق تا ساعتها

دلایل مسمومیت

- در افراد بالغ عمدتاً عمدی است .
- در خانمها بیشتر از آقایان است .
- در خانمهای متاهل بیشتر از مجرد است .
- در آقایان مجرد شیوع بیشتری از متاهلین دارد.
- در بچه ها عمدتاً به صورت تصادفی اتفاق می افتد .

علائم و نشانه های مسمومیت

- میوز ، دپرسیون تنفسی و کاهش سطح هوشیاری تریاد مطرح کننده مسمومیت با اپیوئیدها است.

علائم حیاتی :

- برادیکاردی
- تاکیکاردی بدنبال مسمومیت با مپریدین یا ساعات اولیه مسمومیت با دیفنوکسیلات.
- هیپوتانسیون بویژه از نوع ارتوستانیک .
- علت آن گشادی عروق محیطی است مثلاً بعلت آزاد شدن هیستامین در مسمومیت با مرفین
- هیپوترمی
- برادی پنه — — آپنه

سر و گردن

□ میوز به صورت مردمکهای (Pin Point) که نسبت به آن تحمل ایجاد نمی شود.

□ علت آن تاثیر بر هسته (ادینگر - وستفال عصب زوج III مغزی)

□ نکته : میدریاز در موارد ذیل دیده می شود:

□ - هیپوکسی - مسمومیت با پیریدین

□ - هیپوتانسیون - مسمومیت با کدئین

□ - اسیدوز متابولیک شدید - مسمومیت با

پنتازوسین

□ - مسمومیت همزمان - مسمومیت با

دیفنو کسيلات

علائم قلبی - عروقی

□ هیپوتانسیون

□ آریتمی های قلبی بیشتر بصورت برادی آریتمی

□ تاکیکاردی

□ سیانوز

□ هیپرتانسیون ریوی

□ نکته: نورپروپوکسی فن باعث بلوک قلبی ، تاخیر
هدایتی و آریتمی های بطنی می شود.

علایم ریوی

- دپرسیون تنفسی (کاهش تعداد و عمق تنفس) — ایست تنفسی

- علت : اثر مستقیم بر روی مرکز تنفس در Mid Brain

- کاهش حساسیت مرکز تنفس به دی اکسید کربن

- آسم حاد و Bronchoconstriction

- Pneumonitis

- هیپوکسی

- NCPE

- علت : هیپوکسی — کاهش قطر عروق ریوی — افزایش

- فشار مویرگهای ریوی — نشت مایع به فضای بینابین

- آلونولها

- بطور شایع در مصرف بیش از حد هرئین وریدی ، متادون

- خوراکی و پروپوکسی فن ایجاد می شود.

علايم گوارشي

- کاهش حرکات دستگاه گوارش

یبوست — ایلئوس

- نکته: نسبت به عارضه یبوست تحمل ایجاد نمی شود.

- مهار تهوع و استفراغ

علت: تحریک منطقه chemoreceptor در بصل النخاع

— عدم تحریک پذیری بعدی

- افزایش تون اسفنکتر

علت: افزایش تون عضلات صاف

علايم ادراری

□ احتباس ادراری

□ گلو مرونفریت

□ میو گلوپین اوری

□ ATN

□ پروتئین اوری

□ نفریپاتی که معمولاً بدنبال مصرف مزمن اتفاق می افتد.

علايم نورولوژيك

- کاهش سطح هوشیاری
- **افوری**
- دیسفوریا و هالوسیناسیون
- ترمور ، هیپورفلکسی و تشنج
- **نکته** : تشنج بدنبال مسمومیت با پروپوکسی فن ، مپریدین ، هروئین و مرفین و فنتانیل
- **نکته** : با تجویز نارکان تشنج ناشی از پروپوکسی فن ، هروئین مرفین و فنتانیل بهبود می یابد.
- تشنج ناشی از مپریدین با تجویز نارکان تشدید می شود
— داروی انتخابی دیازپام است .

ارزشیابی و یافته های پاراکلینیکی

□ اندازه گیری الکترولیتها U/A ,Cr ,BUN ،

□ اندازه گیری کراتینین کیناز سرم

□ بررسی گاز خون شریانی

□ الکتروکاردیوگرافی و Cardiac

Monitoring

□ گرافی قفسه صدري

درمان

در درمان باید به موارد ذیل توجه شود:

- **Airway Management**
- **Naloxone Administration**
- **Hemodynamic Support**

شستشوی دستگاه گوارش:

- بعلت بروز ناگهانی کوما یا تشنج بهتر از ایجاد استفراغ بوسیله تجویز اپیکا خودداری شود.
- بهترین کار تخلیه محتویات معده بوسیله NG.Tube یا Oral Tube است
- نکته: بهترین زمان برای انجام شستشوی معده در خلال یک ساعت اول بعد از مسمومیت است .
- زغال فعال شده با دوز $1 - 2 \text{ gr/kg}$ باید تجویز شود.

آنتی دوت تراپی:

- نارکان باید در مسمومیت با اپیوئیدها تجویز شود.

- **mg I.V. Bolus ۰/۴-۰/۸ Loading Dose:**

- اگر پاسخی مشاهده نشد هر ۲-۵ دقیقه می توان ۲mg نارکان را تجویز نمود تا حداکثر ۱۰mg

Maintenance Dose : 2/3 Loading Dose in 100cc Serum / I.V.

Infusion/ Over 1 hour

□ نکته: نارکان را می توان به صورت داخل لوله تراشه،

زیر جلدی، زیر زبانی، عضلانی و داخل استخوانی تجویز نمود.

- شروع اثر ۱-۳ دقیقه بعد از تزریق وریدی
- حداکثر اثر ۵-۱۰ دقیقه بعد از تزریق وریدی
- نیمه عمر ۱۰-۳۰ دقیقه
- طول مدت اثر ۳۰-۹۰ دقیقه

□ بیشترین اثر نالوکسان بر روی گیرنده μ می باشد و تمایل ناچیزی

برای گیرنده کاپا و سیگما دارد

نالمن (Nalmefene):

- یک آنتاگونیست جدیدتر با طول اثر بیشتر است.
- دوز اولیه ۱mg-۰/۵ است.
- طول مدت اثر ۸-۴ ساعت است.

درمان NCPE:

- آنتی دوت تراپی موثر نمی باشد چون عارضه فوق بعلت اثر مستقیم اپیوئیدها بر روی گیرنده های مربوطه به وجود نیامده است.
- ونتیلاسیون و اکسیژناسیون مناسب باید صورت گیرد.
- تجویز اکسیژن با ماسک و در موارد شدیدتر استفاده PEEP و ونتیلاتور .

درمان هیپوتانسیون:

Trendelenberg Position •

Fluid Therapy •

Vasopressor Drugs_ •

درمان تشنج

پیش آگهی و عوارض

- در صورت اقدامات درمانی مناسب پیش آگهی خوب است
- دپرسیون تنفسی در عرض ۴-۳ ساعت بطور کامل بر طرف می شود.
- ادم ریوی غیر قلبی با اقدامات مناسب در عرض ۵-۲ روز کاملاً بر طرف می شود.
- عوارض احتمالی عبارتند از:
- نارسایی کلیوی و آسیب CNS ثانویه به تشنج طولانی مدت .

ترخیص

□ بیمار شکایت خاصی نداشته باشد

□ کلیه علائم بالینی برطرف شده باشد

□ کلیه اختلالات پاراکلینیکی برطرف شده باشد

□ حداقل ۶ ساعت از آخرین دوز نازکانه دریافتی

گذشته باشد.