



سمزدایی سریع و سمزدایی با کلونیدین در بیماران وابسته به مواد افیونی

دکتر محمدمهدی بدیعی*، دکتر مهرداد افتخار**

چکیده

هدف: این بررسی با هدف مقایسه‌ی دو برنامه‌ی درمانی سمزدایی سریع (نالترکسون/کلونیدین) و سمزدایی مرسوم (کلونیدین) انجام شده است.

روش: این بررسی بر روی ۵۴ نفر بیمار وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی ایران که به تصادف در دو گروه جای داده شده بودند، انجام گردید. ۲۸ نفر در گروه A (نالترکسون/کلونیدین) و ۲۶ نفر در گروه B (کلونیدین) بررسی شدند. گردآوری داده‌ها به کمک مصاحبه‌ی بالینی بر پایه‌ی معیارهای تشخیصی DSM-IV و یک پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و الگوی مصرف مواد انجام شده است. برای بررسی آماری از آزمون‌های توصیفی، t و خی‌دو بهره گرفته شد.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، الگوی مصرف مواد و میزان ریزش در پی‌گیری یک‌ماهه همسان بودند. شدت علائم محرومیت در دو گروه یکسان و به‌طور کلی در سطح متوسط ارزیابی گردید. میزان تکمیل دوره‌ی درمان نیز در دو گروه تفاوتی نداشت (گروه A ۹۴٪ و گروه B ۹۶٪)، اما مدت زمان بستری در گروه A به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه B بود (پنج روز در برابر نه روز). عوارض جانبی شدید در دو گروه دیده نشد. از نظر میزان باقی ماندن در درمان و عود در پی‌گیری یک ماه پس از درمان دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند. میزان عود پس از یک ماه در گروه A ۵۰٪ و در گروه B ۴۶٪ برآورد گردید.

نتیجه: با توجه به شدت علائم محرومیت در سطح متوسط، دوره‌ی کوتاه سمزدایی، نبود عوارض شدید و امکان شروع سریع درمان با نالترکسون برای درمان نگهدارنده، برنامه‌ی درمانی سمزدایی سریع با نالترکسون به‌همراه کلونیدین به عنوان روشی مؤثر پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه: کلونیدین، نالترکسون، وابستگی به مواد افیونی، سمزدایی سریع، اعتیاد

* روانپزشک، مرکز اورژانس‌های اجتماعی بهزیستی استان تهران، تهران، خیابان دربند، خیابان شهید احمدی زمانی، مرکز اورژانس اجتماعی هاجر (نویسنده مسئول).
E-mail: badiei@med.scap.com

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

مقدمه

اگر چه درمان علائم ترک مواد افیونی (سم‌زدایی^۱) به‌تنهایی درمان کامل وابستگی به این مواد به‌شمار نمی‌رود (ماتیک^۲ و هال^۳، ۱۹۹۶)، در بیشتر روش‌های درمانی دراز مدت به‌عنوان گام نخست شناخته شده است (کلبر^۴ و ریوردان^۵، ۱۹۸۲). با آن‌که رویکرد انتخابی کنونی به درمان درازمدت نگهدارنده با متادون نیز با کاهش مصرف مواد غیرقانونی باعث بهبودی سلامت بدنی و افزایش کارکرد اجتماعی معتادان گردیده است (شورای روانپزشکی اعتیاد^۶، ۱۹۹۴)، تکمیل درمان و روی آوردن به دیگر روش‌های بازتوانی از جمله جامعه درمانی^۷ و گروه‌های نا همگون^۸ نیاز به روش مؤثر بازگیری از متادون دارد (گوینگ^۹، علی^{۱۰} و وایت^{۱۱}، ۲۰۰۳).

در سال‌های اخیر روش معمول ترک مصاد افیونی، جایگزین کردن متادون با مواد افیونی و کاهش میزان مصرف آن تا قطع کامل بود (کلبر و ریوردان، ۱۹۸۲). اما دودلی ناشی از مصرف یک ماده‌ی اعتیادآور در درمان وابستگی به افیون، محدودیت‌های قانونی در نسخه کردن متادون و مشکلات علائم محرومیت در بازگیری از خود متادون از نارسایی‌های این روش به‌شمار می‌رفت (فارل^{۱۲}، ۱۹۹۴).

کاربرد مصاد آنتاگونیست گیرنده‌ی افیون در سم‌زدایی به دهه‌ی ۱۹۷۰ باز می‌گردد (برن^{۱۳}، گوسوپ^{۱۴} و استرنج^{۱۵}، ۱۹۹۹). بررسی‌ها نشان داده‌اند که تزریق نالوکسون (تنها آنتاگونیست در دسترس در آن زمان) اگر چه علائم شدیدی را پدید می‌آورد، ولی کاهش دوره‌ی ترک را به‌دنبال دارد (رسنیک^{۱۶}، کستنبام^{۱۷}، واشتون^{۱۸} و پول^{۱۹}، ۱۹۷۷). اما کاربرد گسترده‌ی مواد آنتاگونیست تا کشف اثرات داروهای آگونیست گیرنده‌ی α_2 به‌علت تحمل کم و درخواست اندک معتادان گسترش چندانی نیافت. از هنگامی که تأثیر تحریک‌کننده‌های α_2 پیش سیناپسی بر مهار فعالیت آدرنرژیک (آقاجانیان^{۲۰}، ۱۹۸۲) و ویژگی‌های آنها به‌عنوان مهار کننده‌ی بخشی از علائم نشانگان

محرومیت از مواد افیونی (گلد^{۲۱}، پتلاش^{۲۲} و اکستین^{۲۳}، ۱۹۸۲) شناخته شد، در برنامه‌های درمانی فراوانی مواد آنتاگونیست افیون همراه با کلونیدین (آگونیست α_2) با هدف سم‌زدایی سریع به کار برده شده (فیش‌بین^{۲۴}، روزوموف^{۲۵} و کاتلر^{۲۶}، ۱۹۹۳) که روش‌های درمانی سم‌زدایی سریع و فوق سریع^{۲۷} نامیده شده‌اند.

در زمینه‌ی روش‌های فوق سریع که معمولاً با بیهوشی عمومی یا رخوت زیاد انجام می‌شود، اگر چه هنوز به خوبی بررسی نشده‌اند ولی وجود خطر بیهوشی، هزینه‌ی زیاد و روشن نبودن دستاوردهای دراز مدت درمانی مطرح است (پفاب^{۲۸}، هیرتل^{۲۹} و زیلکر^{۳۰}، ۱۹۹۹).

در سم‌زدایی سریع برنامه‌های درمانی چندی پیشنهاد گردیده است که نمی‌توان هیچ‌کدام را "روش استاندارد" دانست (سادوک^{۳۱} و سادوک، ۲۰۰۳). فراتحلیل انجام شده توسط گوینگ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که اگر چه کاربرد آنتاگونیست افیون همراه با کلونیدین از نظر شدت علائم محرومیت همانند روش رایج (با کلونیدین) است، ولی در بیشتر بررسی‌ها با علائم اسهال، استفراغ و دل‌بریوم در ساعت‌های آغاز درمان همراه بوده که به پایش^{۳۲} و حمایت بالایی نیاز داشته است. هم‌چنین میزان تکمیل دوره‌ی درمان از ۵۴٪ (اوکانر^{۳۳} و همکاران، ۱۹۹۷) و ۵۶٪ (آمبریشت^{۳۴}

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| 1- dctoxification | 2- Mattick |
| 3- Hall | 4- Kleber |
| 5- Riordan | |
| 6- Council on Addiction Psychiatry | |
| 7- therapeutic community | |
| 8- heterogeneous category | |
| 9- Gowing | 10- Ali |
| 11- White | 12- Farrell |
| 13- Bearn | 14- Gossop |
| 15- Strang | 16- Resnick |
| 17- Kestenbaum | 18- Washton |
| 19- Poole | 20- Aghajanian |
| 21- Gold | 22- Potlash |
| 23- Extein | 24- Fishbain |
| 25- Rosomoff | 26- Cutler |
| 27- ultra rapid | 28- Pfab |
| 29- Hirtl | 30- Zilker |
| 31- Sadock | 32- monitoring |
| 33- O' Connor | 34- Umbricht |

و همکاران، ۱۹۹۹) تا ۹۵٪ (جرا^۱ و همکاران، ۱۹۹۵) گزارش شده است، که به نظر می‌رسد به رژیم‌های درمانی متفاوت بستگی داشته باشد. در یک بررسی گذشته‌نگر، تقوی (۱۳۸۰) روش سم‌زدایی سریع را در یک مرکز روانپزشکی به کار برد و میزان بسالای تکمیل دوره‌ی درمان، نبود علائم شدید محرومیت و نبود عوارض شدید را گزارش کرد.

این پژوهش با هدف بررسی بیشتر این روش درمانی به صورت کنترل شده انجام گردیده است. به بیان دیگر بررسی حاضر با دو هدف انجام شده است: نخست مقایسه‌ی شدت علائم محرومیت، عوارض جانبی و میزان تکمیل دوره‌ی درمان در روش سم‌زدایی سریع با نالترکسون و کلونیدین با روش مرسوم کلونیدین؛ و دوم بررسی دستاوردهای درمانی پس از سم‌زدایی.

روش

این بررسی از نوع پژوهش‌های آزمایشی است و به روش تصادفی و همراه با گروه کنترل انجام گردیده است. با همه‌ی کسانی که برای ترک افیون به درمانگاه مرکز آموزشی- درمانی روانپزشکی ایران مراجعه نمودند (۹۸ نفر در طی ۶ ماه از ۸۲/۵/۱ تا ۸۲/۱۰/۳۰) توسط دستیار روانپزشکی، مصاحبه‌ی بالینی برپایه‌ی DSM-IV^۲ انجام و در صورت تشخیص وابستگی به مواد افیونی، داشتن سن ۱۸ تا ۴۰ سال و نداشتن: ۱- بیماری جسمی شدید (با بررسی EEG، شمارش کامل سلول‌های خونی، آزمایش‌های کلیه و کبد و در صورت نیاز مشاوره با پزشک متخصص داخلی)، ۲- اختلال شدید دیگر روانپزشکی، پسیکوز یا اختلال خلقی دو قطبی، ۳- افکار خودکشی و دیگرکشی، ۴- آزمایش بارداری مثبت، و ۵- تشخیص وابستگی به چند ماده، با اخذ رضایت کتبی آگاهانه به تصادف در یکی از دو گروه A (نالترکسون + کلونیدین) یا B (کلونیدین) جای داده شدند.

ویژگی‌های جمعیت شناختی و الگوی مصرف مواد شرکت‌کنندگان، در هنگام بستری به کمک پرسش‌نامه‌ای گردآوری گردید و برنامه‌ی درمانی در گروه A بدین صورت انجام شد.

در آغاز درمان ۰/۲ میلی‌گرم کلونیدین و ۳۰ میلی‌گرم اکسازپام به صورت خوراکی و یک‌جا به شرکت‌کنندگان داده می‌شد و ۲ ساعت بعد، نالترکسون به صورت سوسپانسیون (۵۰ میلی‌گرم در ۵۰ میلی‌لیتر نرمال سالین) و به مقدار یک سی‌سی هر دو ساعت در روز اول، دو سی‌سی هر دو ساعت در روز دوم و پنج سی‌سی هر دو ساعت در روز سوم به صورت خوراکی به بیماران داده می‌شد. به همراه آن چهار وعده‌ی ۰/۱ میلی‌گرمی در روز اول، چهار وعده‌ی ۰/۲ میلی‌گرمی در روز دوم و چهار وعده‌ی ۰/۱ میلی‌گرمی در روز سوم از قرص کلونیدین به بیماران داده می‌شد. از اکسازپام (۹۰ میلی‌گرم)، پرومتازین (۱۰۰ میلی‌گرم) و ایبوپروفن (تا ۳۰۰۰ میلی‌گرم) در چهار دوز بخش‌شده به‌عنوان درمان کمکی بهره گرفته شد. در روز چهارم در صورت منفی بودن آزمایش تحمل نالوکسون، بیماران با تجویز روزانه ۵۰ میلی‌گرم نالترکسون به صورت خوراکی و قطع تدریجی اکسازپام در دو هفته، از مرکز مرخص و برای ویزیت هفتگی به درمانگاه ارجاع می‌شدند.

در گروه B برنامه‌ی درمانی با کلونیدین ۰/۰۵ میلی‌گرم چهار بار در روز اول، ۰/۱ میلی‌گرم چهار بار در روز دوم و ۰/۲ میلی‌گرم سه بار در روز سوم که می‌توانست تا ۱/۲ میلی‌گرم در روز افزایش یابد، آغاز گردید. از روز چهارم میزان کلونیدین روزانه ۵۰٪ کاهش داده شد تا قطع شود. درمان‌های کمکی مشابه گروه A بود و در روز هشتم در صورت منفی شدن آزمایش تحمل نالوکسون، بیمار با نسخه‌ی دارویی مشابه گروه A مرخص می‌شد و در صورت تحمل

1- Gerra
2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

نشدن آزمایش نالوکسون، درمان ادامه می‌یافت و آزمایش دوباره در روز بعد انجام می‌گردید.

از آغاز بستری، علائم حیاتی بیماران هر ۶ ساعت کنترل و بروز عوارض جانبی، افت فشار خون به پایین‌تر از ۹۰/۶۰ میلی‌متر جیوه، دلیریوم، اسهال یا استفراغ نیز یادداشت می‌گردید. در ساعت‌های ۶، ۳۶ و ۷۲ پس از آغاز درمان، علائم عینی^۱ و ذهنی^۲ محرومیت از مواد افیونی به کمک مقیاس عینی علائم ترک مواد افیونی (OOWS)^۳ و مقیاس ذهنی علائم ترک مواد افیونی (SOWS)^۴ ارزیابی می‌شد (هندلسمن^۵ و همکاران، ۱۹۸۷). مقیاس عینی شامل ۱۳ مورد (با نمره‌ی صفر یا یک) خمیازه، آبریزش بینی، سیخ‌شدن موها، تعریق، اشک ریزش، لرزش^۶ دست‌ها، گشادی مردمک‌ها بیشتر از ۳ میلی‌متر، گر گرفتن یا سرما سرما شدن، بی‌قراری، استفراغ، انقباضات عضلانی، دل پیچه و اضطراب، و مقیاس ذهنی نیز شامل احساس علائم یادشده به همراه احساس تهوع، درد عضلانی و تمایل به مصرف مواد، در مجموع شانزده مورد (با نمره‌ی صفر تا چهار) بود. این مقیاس‌ها در بررسی‌های بل^۷ و همکاران (۱۹۹۹)، فارل (۱۹۹۴) و مک‌گرگور^۸، علی، وایت، توماس^۹ و گوینگ (۲۰۰۲) نیز به‌کار رفته و توسط گوسوپ (۱۹۹۰) از نظر اعتبار و روایی در مصرف‌کنندگان مواد افیونی بررسی شده‌اند. هندلسمن و همکاران (۱۹۸۷) برای روایی و پایایی این ابزار به ترتیب ضریب‌های همبستگی ۰/۷۳ و ۰/۶۸ را گزارش نموده‌اند.

پس از ترخیص، بیماران به مدت چهار هفته (هر هفته یک‌بار) پی‌گیری می‌شدند، باقی‌ماندن در درمان با نالترکسون به کمک آزمایش تحمل نالوکسون در آنان بررسی می‌گردید و ادامه مصرف نالترکسون تا ۶ ماه به آنان توصیه می‌شد.

گرچه بهتر بود بررسی میزان عود با پی‌گیری طولانی‌تری انجام گردد، متأسفانه این امر به‌علت

محدودیت‌های مالی و اجرایی و نبود برنامه‌های درمانی غیردارویی امکان‌پذیر نبود. برپایه‌ی معیارهای DSM-IV می‌توان فروکش اولیه را به مدت یک ماه یا بیشتر بررسی نمود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون خی‌دو و آزمون t تحلیل گردید.

یافته‌ها

در طی ۶ ماه، از کل وابستگان مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی- درمانی روانپزشکی ایران ۳۸ نفر به علت نداشتن شرایط ورود به پژوهش و ۶ نفر به علت تمایل نداشتن به بررسی وارد نشدند. در نتیجه ۵۴ بیمار (۵۲ مرد و ۲ زن) وابسته به مواد افیونی در دو گروه A (۲۸ نفر) و B (۲۶ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه همسان بودند (جدول ۱).

میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه A ۲۹/۴ سال (با انحراف معیار ۵/۶) و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه B ۲۷/۶ سال (با انحراف معیار ۵/۰) بود و آزمون آماری t تفاوت معنی‌داری میان دو گروه نشان نداد. ویژگی‌های الگوی مصرف مواد در دو گروه A و B نیز در جدول ۲ دیده می‌شود.

میانگین مقدار ماده‌ی مصرفی به گرم در گروه A ۱/۴۶ (انحراف معیار ۰/۸۶) و در گروه B ۱/۴۰ (انحراف معیار ۰/۷۵) می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار نشد. همین‌طور میانگین طول مدت وابستگی در گروه A ۶/۹۳ سال (انحراف معیار ۳/۸۴) و در گروه B ۶/۶۹ سال (انحراف معیار ۳/۴۵) بود که از نظر آماری معنی‌دار نشد.

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1- objective | 2- subjective |
| 3- Objective Opioid Withdrawal Scale | |
| 4- Subjective Opioid Withdrawal Scale | |
| 5- Handelsman | 6- piloerection |
| 7- tremor | 8- Bell |
| 9- McGregor | 10- Thomas |

ذهنی و چه به صورت عینی حتی در نخستین ساعت‌های آغاز درمان (ساعت ۶) کمتر از نصف شدت کلی بود؛ علائم ذهنی با میانگین ۳۱/۷۹ (انحراف معیار ۱۸/۰۰) و علائم عینی با میانگین ۶/۷۱ (انحراف معیار ۳/۷۲).

مقایسه‌ی میانگین شدت علائم محرومیت به کمک آزمون t از نظر عینی و ذهنی در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد (نمودار ۱ و ۲). در گروه A به‌طور کلی میانگین علائم محرومیت چه به صورت

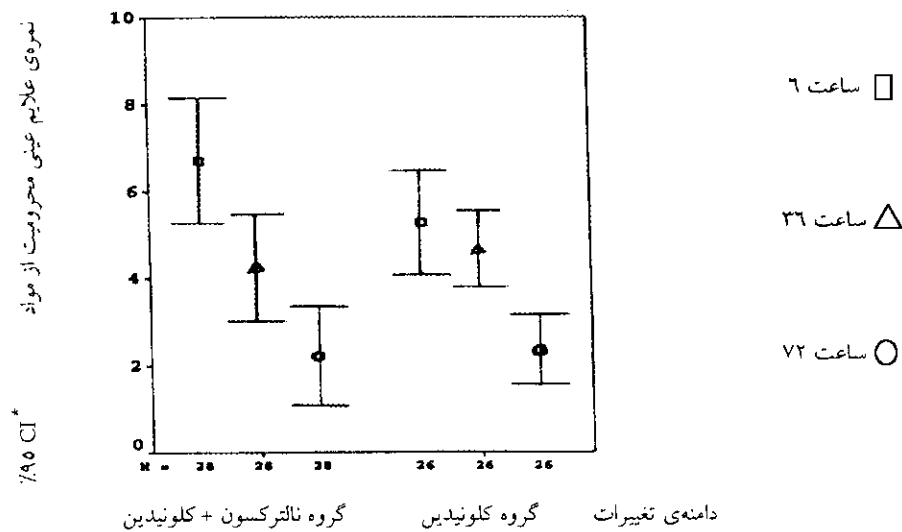
جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در بررسی برحسب گروه‌ها

| متغیر | گروه A | | گروه B | | داده‌های آماری |
|--------------|--------------|-------------|---------------|----------------------|----------------|
| | فراوانی (%) | فراوانی (%) | نمره‌ی نمره‌ی | درجه‌ی سطح معنی‌داری | |
| جنس | مرد | ۲۶ (۹۲/۹) | ۲۶ (۱۰۰) | ۰/۴۹۱ | N.S. |
| | زن | ۲ (۷/۱) | ۰ (۰) | | |
| میزان تحصیلی | بی‌سواد | ۳ (۱۰/۷) | ۱ (۳/۸) | ۲/۶۴۴ | N.S. |
| | ابتدایی | ۲ (۷/۱) | ۵ (۱۹/۲) | | |
| | تا سیکل | ۹ (۳۲/۱) | ۹ (۳۴/۶) | | |
| | تا دیپلم | ۱۲ (۴۲/۹) | ۹ (۳۴/۶) | | |
| | دانشگاهی | ۲ (۷/۱) | ۲ (۷/۷) | | |
| شغل | بی‌کار | ۱۶ (۵۷/۱) | ۱۴ (۵۳/۸) | ۲/۳۹۶ | N.S. |
| | کار تمام‌وقت | ۵ (۱۷/۹) | ۵ (۱۹/۲) | | |
| | کار نیمه‌وقت | ۵ (۱۷/۹) | ۷ (۲۶/۹) | | |
| | خانه‌دار | ۲ (۷/۱) | ۰ (۰) | | |
| بیماری همراه | ندارد | ۲۶ (۹۲/۹) | ۲۵ (۹۶/۲) | ۰/۲۷۹ | N.S. |
| | دارد | ۲ (۷/۱) | ۱ (۳/۸) | | |

جدول ۲- مقایسه‌ی الگوی مصرف مواد در دو گروه

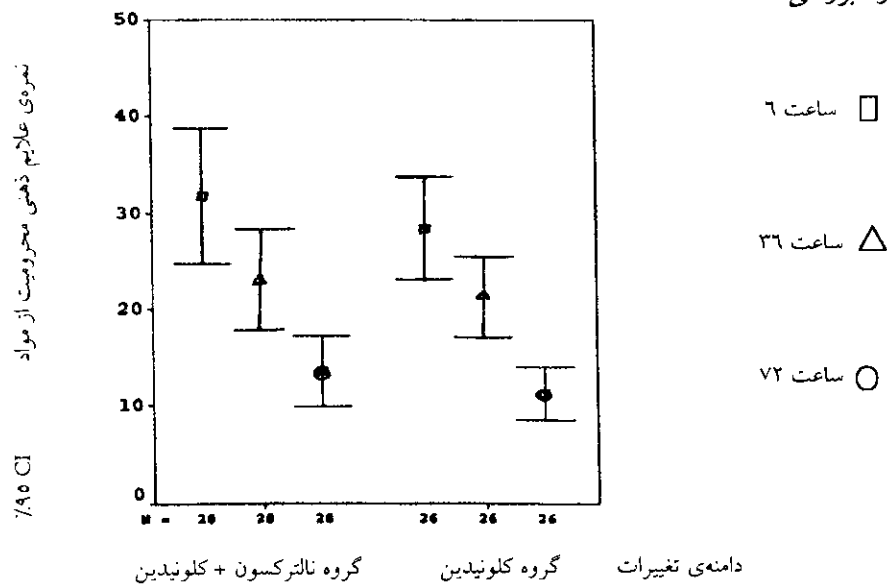
| متغیر | گروه A | | گروه B | | داده‌های آماری |
|--------------------|-------------|-------------|---------------|----------------------|----------------|
| | فراوانی (%) | فراوانی (%) | نمره‌ی نمره‌ی | درجه‌ی سطح معنی‌داری | |
| نوع ماده‌ی مصرفی | تریاک | ۱۳ (۴۶/۴) | ۱۴ (۵۳/۸) | ۱/۵۸۱ | N.S. |
| | هروین | ۱۵ (۵۳/۶) | ۱۱ (۴۲/۳) | | |
| | شیره | ۰ (۰) | ۱ (۳/۸) | | |
| روش مصرف | تدخین | ۱۱ (۳۹/۳) | ۱۱ (۴۲/۳) | ۰/۵۲۳ | N.S. |
| | خوراکی | ۷ (۲۵) | ۸ (۳۰/۸) | | |
| | تزریقی | ۱۰ (۳۵/۷) | ۷ (۲۶/۹) | | |
| | سابقه‌ی ترک | دارد | ۱۹ (۶۷/۹) | ۱۳ (۵۰/۰) | |
| ندارد | ۹ (۳۲/۱) | ۱۳ (۵۰/۰) | | | |
| سوء مصرف سایر مواد | ندارد | ۲۳ (۸۱/۸) | ۲۱ (۸۰/۸) | ۱/۳۵۲ | N.S. |
| | بنزودیازپین | ۱ (۳/۸) | ۰ (۰) | | |
| | الکل | ۱ (۳/۸) | ۲ (۷/۷) | | |
| | حشیش | ۳ (۱۰/۷) | ۳ (۱۱/۵) | | |

نمودار ۱- میانگین و دامنه‌ی انحراف معیار نمره‌ی علایم عینی محرومیت در ساعت‌های ۶، ۳۶ و ۷۲ پس از آغاز درمان در دو گروه مورد بررسی



* Confidence Interval

نمودار ۲- میانگین و دامنه‌ی انحراف معیار نمره‌ی علایم ذهنی محرومیت در ساعت‌های ۶، ۳۶ و ۷۲ پس از آغاز درمان در دو گروه مورد بررسی

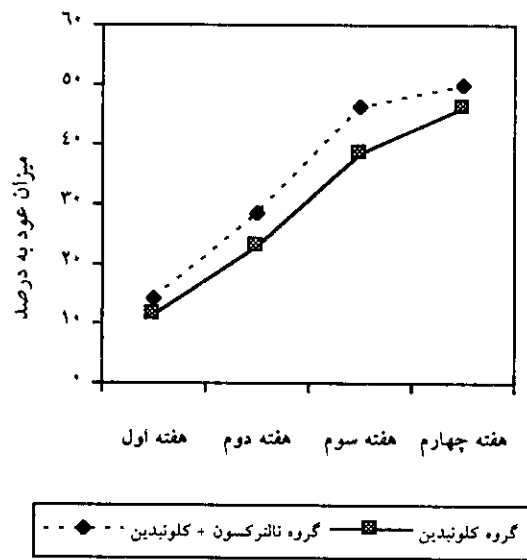


از نظر میزان تکمیل دوره‌ی درمان تفاوت معنی‌داری میان دو گروه دیده نشد. از ۲۸ نفر در گروه A، ۲۶ نفر دوره‌ی درمان را تکمیل نمودند (۹۳٪) و در گروه B، از ۲۶ نفر تنها یک نفر پیش از پایان دوره، با رضایت شخصی درمان را رها کرد (۹۶٪). مدت بستری در بیمارستان به‌طور معنی‌داری در گروه نالتراکسون + کلونیدین کمتر بود ($p < 0.001$, $df = 52$).

تفاوت معنی‌داری در میانگین مدت بستری در گروه A، ۵ روز (انحراف معیار ۱/۳) و در گروه B، ۹ روز (انحراف معیار ۲/۴) بود. در پی‌گیری پس از پایان دوره‌ی درمان و مرخص‌شدن، در هفته‌ی اول ۱۹ نفر از گروه A (۶۸٪) و ۱۶ نفر از گروه B (۶۱٪) بر درمان نگهدارنده با نالتراکسون باقی‌مانده بودند که از نظر آماری تفاوت

معنی داری نداشتند و تا پایان هفته‌ی چهارم نیز در گروه A، ۵ نفر (۱۸٪) و در گروه B، ۵ نفر (۱۹٪) در برنامه‌ی درمانی باقی مانده و بقیه‌ی افراد دوباره به مصرف مواد روی آورده بودند. میزان ریزش^۱ در گروه A، ۹ نفر (۳۲/۱٪) در برابر ۹ نفر (۳۴/۶٪) در گروه B بود که تفاوت معنی دار آماری نداشتند (نمودار ۳).

نمودار ۳- میزان عود طی ۴ هفته پی‌گیری در دو گروه مورد بررسی



عوارض جانبی از جمله افت فشار خون به کمتر از ۹۰/۶۰ میلی‌متر جیوه، اسهال یا استفراغ شدید، بروز علائم دلیریوم یا دردهای شدید که نیاز به درمان اضافه داشته باشند در زمان اجرای پژوهش در هیچ یک از شرکت کنندگان دیده نشد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی اثربخشی برنامه‌ی درمانی سم‌زدایی سریع می‌باشد، اگر چه به دلیل حجم کم آزمودنی‌ها، تعمیم نتایج آزمون باید با احتیاط صورت گیرد و نظر به این که بیشتر شرکت کنندگان در آزمون مرد بودند (۹۳/۵٪)، نمی‌توان

یافته‌های پژوهش را به زنان تعمیم داد. شدت علائم محرومیت چه به صورت ذهنی و چه به صورت عینی حتی در ساعت‌های نخست آغاز درمان در حد متوسط ارزیابی گردید که این یافته‌ی پژوهش هم‌سو با برخی بررسی‌های انجام شده (جرا و همکاران، ۱۹۹۵؛ جرا و همکاران، ۲۰۰۰؛ برن، بنت^۲، مارتین^۳، گوسوپ و استرنج، ۲۰۰۱؛ بوتنول^۴، برن، گوسوپ و استرنج، ۲۰۰۰) بوده است. اما این یافته‌ها با بررسی‌های اوکانر و همکاران (۱۹۹۵، ۱۹۹۷) و بل و همکاران (۱۹۹۹) متفاوت است. شاید دلیل آن استفاده‌ی یک جا از دوز ۱۲/۵ میلی‌گرم نالتراکسون در آغاز درمان در این بررسی‌ها باشد، زیرا در بررسی حاضر در نخستین روز آغاز درمان این مقدار نالتراکسون در دوزهای کم و بخش شده در طی روز تجویز شد و این روش همانند روش به کار برده شده در بررسی‌های جرا و همکاران (۱۹۹۳)، برن و همکاران (۲۰۰۱) و بوتنول و همکاران (۲۰۰۰) بود. شمار افرادی که با کامل کردن دوره‌ی سم‌زدایی سریع از بیمارستان مرخص شدند، ۲۶ نفر از ۲۸ نفر (۹۳٪) در گروه A بود که اگر چه در مقایسه‌ی بین دو گروه تفاوت معنی داری دیده نشد، اما در مقایسه با سایر بررسی‌های انجام شده چشم‌گیر به نظر می‌رسد. اوکانر و همکاران (۱۹۹۷) میزان باقی ماندن در درمان را در ۷ روز نخست درمان ۵۰ تا ۶۰٪ گزارش نمودند، اما جرا و همکاران (۱۹۹۵) که یک برنامه‌ی درمانی همانند این برنامه را به کار برده‌اند، این میزان را ۹۴٪ گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر مدت لازم برای بستری در بیمارستان در گروه نالتراکسون + کلونیدین به‌طور معنی داری ($p < 0.001$) کوتاه‌تر از گروه کلونیدین بود (۵ روز در برابر ۹ روز) که هم‌خوان با بررسی‌های جرا و همکاران (۱۹۹۵ و ۲۰۰۰) و آمبریش و همکاران (۱۹۹۹) می‌باشد. از آنجا که در کشور ما شمار وابستگان به مواد افیونی تا ۵٪ جمعیت عمومی برآورد

1- drop-out
2- Benneth
3- Martine
4- Buntwal

می‌شود (مکری^۱، ۲۰۰۲)، بهره‌گیری از روشی که با هزینه کم و در زمانی کوتاه‌تر بتواند در زمینه‌ی بازگیری افراد وابسته به افیون کمک نماید و فرد را از حالت وابستگی، به سوی روش‌های درمانی نگهدارنده بکشانند و به‌ویژه با میزان ریزش کمتر همراه باشد، بسیار سودمند خواهد بود. گفتنی است که بررسی‌های زیادی از جمله برن، گوسوپ و استرنج (۱۹۹۶)، برور^۲، رضایی^۳ و بایلی^۴ (۱۹۹۸)، چارنی^۵ و همکاران (۱۹۸۲)، جرا و همکاران (۱۹۹۵)، کلبس، توپازیان^۶، گاسپاری^۷، ریوردان و کاستن^۸ (۱۹۸۷) و کویان‌کوگلو^۹ (۱۹۹۵)، سودمندی درمان نگهدارنده با نالترکسون را تأیید نموده و حتی آن را به عنوان جایگزینی مناسب به‌جای درمان نگهدارنده با آگونیس (متادون) پیشنهاد کرده‌اند (اوکانر و دیوید^{۱۰}، ۲۰۰۰).

در این پژوهش هیچ‌گونه عارضه‌ی جانبی که نیاز به درمان اضافی داشته باشد دیده نشد. میزان بروز دلیریوم در ساعت‌های نخست آغاز ترک از ۶٪ در بررسی اوکانر و همکاران (۱۹۹۵) تا ۱۰۰٪ در بررسی بل و همکاران (۱۹۹۹) گزارش شده است. در بررسی‌های آنان روش‌های دیگری برای ترک به‌کار برده شده و از داروهای کمکی متفاوتی بهره گرفته شده بود. جرا و همکاران (۱۹۹۵ و ۲۰۰۰) که از یک برنامه‌ی درمانی همانند این برنامه بهره گرفته بود و درمان‌های کمکی وی نیز تا اندازه‌ای همانند روش بررسی حاضر بود از نظر بروز عوارض جانبی یافته‌هایی همانند این بررسی گزارش نمود.

یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش از نظر میزان باقی‌ماندن در درمان با نالترکسون پس از یک ماه با دیگر پژوهش‌هایی که از درمان‌های غیر دارویی بعدی کمک نگرفته‌اند، از جمله وینینگ^{۱۱}، کاستن و کلبس (۱۹۸۸) و برن و همکاران (۲۰۰۰) هم‌سو است، اما نسبت به پژوهش‌هایی که برنامه‌های درمانی غیر دارویی از جمله گروه درمانی، خانواده درمانی، شرکت در گروه‌های ناهمگون یا درمان اجتماع‌مدار را به برنامه‌ی درمانی افزوده‌اند پایین‌تر است که خود گویای

سودمندی این روش‌های درمانی در اداره‌ی ترک مواد افیونی است.

به‌طور کلی این روش سم‌زدایی سریع مواد افیونی با شدت متوسط علائم محرومیت، میزان بالای تکمیل دوره‌ی درمان و مدت کوتاه بستری انجام شدنی است. این روش درمانی عوارض جانبی شدیدی ندارد. اگر چه میزان عود یک ماهه‌ی آن و ریزش در این بررسی چشم‌گیر بود، اما این شاید به طبیعت بیماری که با میزان بالای عود همراه است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) یا محدودیت‌های پژوهش بازگردد.

پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر دستاوردهای درمانی، پی‌گیری پس از درمان دست‌کم تا ۱۲ ماه انجام گردد.

سپاسگزاری

این بررسی با همکاری کارکنان بخش ۲ مرکز آموزشی-درمانی روانپزشکی ایران، بخش پذیرش و درمانگاه آن مرکز که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند و سرکار خانم سودابه طاهری که در زمینه‌ی تایپ این نوشتار همکاری نمودند، میسر گردید. بدین‌وسیله از همه‌ی این عزیزان سپاسگزاری می‌شود.

منابع

تقوی، ارسیا (۱۳۸۰). بررسی عوارض ترک در روش مسومیت‌زدایی سریع در طی یکسال از اسفند ۱۳۷۹ تا اسفند ۱۳۸۰ در بیمارستان نواب صفوی. پایان‌نامه‌ی تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

Aghajanian, G.K. (1982). Central noradrenergic neurons: A locus for the functional interplay between

- | | |
|----------------|-------------|
| 1- Mokri | 2- Brewer |
| 3- Rezac | 4- Bailey |
| 5- Charney | 6- Topazian |
| 7- Gaspari | 8- Kosten |
| 9- Koyuncuoglu | 10- David |
| 11- Vining | |

alpha-2-noradrenoreceptors and opiate receptors.

Journal of Clinical Psychiatry, 43, 20-24.

Bearn, J., Benneth, J., Martine, T., Gossop, N., & Strang,

J. (2000). The impact of naloxone/ lofexidine combination treatment on the opiate withdrawal syndrome. *Addiction Biology*, 6, 147- 156.

Bearn, J., Gossop, M., & Strang, J. (1996). Randomized double-blind comparison of lofexidine and methadone in the in-patient treatment of opiate withdrawal. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 87-91.

Bearn, J., Gossop, M., & Strang, J. (1999). Rapid opiate detoxification treatments. *Drug and Alcohol Review*, 18, 75-81.

Bell, J. R., Young, M. R., Masterman, S. C. Morris, A., Mattick, R. P., & Bammer, G. (1999). A pilot study of naltrexone accelerated detoxification in opioid dependence. *Medical Journal of Australia*, 171, 26-30.

Brewer, C., Rezae, H., & Bailey, C. (1998). Opioid withdrawal and naltrexone induction in 48-72 hours with minimal drop-out, using a modification of the clonidine-naltrexone technique. *British Journal of Psychiatry*, 153, 340-343.

Buntwal, N., Bearn, J., Gossop, M., & Strange, J. (2000). Naltrexone and lofexidine combination treatment compared with conventional lofexidine treatment for in-patient opiate detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 183-188.

Charney, D. S., Heninger, G. R., Sternberg, D. E., Hafstad, K. M., Giddins, S., & Landis, D. H. (1982). Adrenergic receptor sensitivity in depression: Effects of clonidine in depressed patients and healthy subjects. *Archives of General Psychiatry*, 39, 290-294.

Council on Addiction Psychiatry (1994). Position statement on methadone maintenance treatment.

American Journal of Psychiatry, 151, 792-796.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (EMCDDA) (1999). Annual report on the state of drugs problem in the European Union. *Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities*.

Farrell, M. (1994). Opiate withdrawal. *Addiction*, 89, 1471-1475.

Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., & Cutler, R. (1993). Opiate detoxification protocols: A clinical manual. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 53-56.

Gerra, G., Caccavari, R., Reali, N., Bonvicini, P., Delsignore, R., Passeri, M., & Brambilla, F. (1993). Noradrenergic and hormonal responses to physical exercise in adolescents: Relationship to anxiety and tolerance to frustration. *Neuropsychobiology*, 27, 65-71.

Gerra, G., Marcato, A., Caccavari, R., Fontanesi, B., Delsignore, R., Fertoni, G., Avanzini, P., Rustichelli, P., & Passeri, M. (1995). Clonidine and opiate receptor antagonist in the treatment of heroin addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 35-41.

Gerra, G., Zaimovic, A., Rustichelli, P., Fontanesi, B., Zambelli, U., Timpano, M., Bocchi, C., & Delsignore, R. (2000). Rapid opiate detoxification in outpatient treatment: Relationship with naltrexone compliance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 185-191.

Gerra, G., Zaimovic, A., Giust, F., DiGennaro, C., Zambelli, U., Gardini, S., & Delsignore, R. (2001). Lofexidine versus clonidine in rapid opiate detoxification.

- Journal of Substance Abuse Treatment*. 21, 11-17.
- Gold, M.S., Potlash, A.L., & Extein, I. (1982). Clonidine: Inpatients studies from 1978 to 1981. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 35-43.
- Gossop, M. (1990). The development of a short opiate withdrawal scale (SOWS). *Addictive behaviors*, 15, 487-490.
- Gowing, L., Ali, R., & White, J. (2003). Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal (Cochrane Review). *Oxford Cochrane Library*, 1, 1-24.
- Handelsman, L., Cochrane, K.J., Aronson, M.J., Ness, R.A., Rubinstein, K.J., & Kanof, P.B. (1987). Two new rating scales for opiate withdrawal. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 13, 293-308.
- Kleber, H.D., Topazian, M., Gaspari, J., Riordan, C.E., Kosten, T. (1987). Clonidine and naltrexone in the outpatients treatment of heroin withdrawal. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 1-17.
- Kleber, H.D., & Riordan, C.E. (1982). The treatment of narcotic withdrawal: A historical review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 30-34.
- Koyuncuoglu, H. (1995). The combination of tizanidine markedly improves the treatment with dextromethorphan of heroin addicted outpatient. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 33, 13-19.
- Mattick, R.P., & Hall, W. (1996). Are detoxification programmes effective? *Lancet*, 347, 97-100.
- McGregor, C., Ali, R., White, J.M., Thomas, P., & Gowing, L. (2002). A comparison of antagonist-precipitated withdrawal under anesthesia to standard inpatient withdrawal as a precursor to maintenance naltrexone treatment in heroin users: Outcomes at 6 and 12 months. *Drug & Alcohol Dependence*, 68, 5-14.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian medicine*, 5, 184-190.
- National Institute of Health, (NIH). (1999). Effective medical treatment of Heroin Addiction. *JAMA*, 280, 1934-1943.
- O'Connor, P.G., Waugh, M.E., Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Diakogiannis, I.A., & Schottenfeld, R.S. (1995). Primary care based ambulatory opioid detoxification: The results of a clinical trial. *Journal of General Internal Medicine*, 7, 532-534.
- O'Connor, P.G., Carroll, K.M., Shi, J.M., Schottenfeld, R.S., Kosten, T.R., & Rounsaville, B.J. (1997). Three methods of opioid detoxification in a primary care setting: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 127, 526-530.
- O'Connor, P.G., & David, A. (2000). Pharmacologic treatment of heroin-dependent Patients. *Annals of Internal Medicine*, 133, 40-54.
- Pfab, R., Hirtl, C., & Zilker, T. (1999). Opiate detoxification under anesthesia: No apparent benefit but suppression of thyroid hormones and risk of pulmonary and renal failure. *Journal of Toxicology*, 37, 43-50.
- Resnick, R.B., Kestenbaum, R.S., Washton, A., & Poole, D. (1977). Naloxone precipitated withdrawal: A method for rapid induction onto naltrexone. *Clinical pharmacology and Therapeutics*, 21, 409-413.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2003). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*, (9th ed). Lippincott Williams & Wilkins, U.S.A.

Sadock,B.J.& Sadock,V.A.(2000). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.), Lippincott Williams & Wilkins; Baltimore. (pp. 1038- 1063).

Umbricht,A.Montoya,I.D.,Hoover,D.R.,Demuth,K.L.,Chiang,C.T.,& Perston,K.L.(1999). Naltrexone shortened opioid detoxification with buprenor-

phine. *Drug & Alcohol Dependence*, 56, 181-190.

Vining,E.,Kosten,T.R.,& Kleber,H.D.(1988). Clinical utility of rapid clonidine naltrexone detoxification for opioid abusers. *British Journal of Addiction*, 83, 567-575.

Andeesheh
Va
Raftar
انديشه و رفتار

۲۱۳