

معاونت سلامت
دفتر سلامت روانی- اجتماعی و مدارس

ضمیمه پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست
(درمان با بوپرنورفین)

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

بهار 1385

فصل اول - خواص فارماکولوژیک بوپرنورفین

بوپرنورفین مشتق نیمه صناعی تبااین^۱ است، و تبااین یکی از آلكالوئیدهای فنانتین^۲ طبیعی، مشتق گیاه خشخاش بوده و در اپیوم هم وجود دارد. بوپرنورفین، آگونیست نسبی گیرنده مو^۳ و آنتاگونیست قوی گیرنده کاپا^۴ می‌باشد. آگونیستهای نسبی گیرنده مو، به گیرنده مو متصل شده و آن را فعال می‌کنند، اما این فعال کردن کمتر از آگونیستهای کامل صورت می‌پذیرد. به این معنا که با وجود اپیوئید بودن و داشتن عوارض خاص اپیوئیدها همچون سرخوشی و تضعیف سیستم تنفسی، حداکثر اثر آن کمتر از آگونیستهای کامل اپیوئید مانند هروئین و متادون است. به دلیل میل ترکیبی^۵ زیاد به گیرنده مو، با اپیوئیدهای دیگر رقابت می‌کند و اثرات آنها را بلاک می‌کند، و موجب جدا شدن مورفین، متادون، و اپیوئیدهای دیگر از گیرنده می‌گردد. به همین دلیل در بیماری که در بدنش مورفین وجود دارد، ایجاد علائم ترک می‌کند. دیگر آگونیست های گیرنده مو نمیتوانند بوپرنورفین را از گیرنده جدا کنند، و بنابراین نمیتوانند اثر آگونیستی اپیوئید روی گیرندهای داشته باشند که قبلاً توسط بوپرنورفین اشغال شده است. این مسئله در مورد آنتاگونیست های گیرنده مو نیز صادق است، یعنی نالوکسان و دیگر آنتاگونیستهای گیرنده مو نمیتوانند بوپرنورفین را از گیرنده جدا کرده و ایجاد علائم ترک کنند. سرعت آهسته جدا شدن بوپرنورفین از گیرنده مو مسئول مدت اثر طولانی آن، این بودن در مصرف مقادیر زیاد و وابستگی فیزیکی کم است. به همین جهت می‌توان آن را یک بار در روز، یک روز در میان یا با فاصله ای طولانیتر تجویز نمود. بوپرنورفین در دوزهای پایین به اندازه کافی اثرات آگونیستی اپیوئید دارد و بنابراین موجب از بین رفتن علائم ترک می‌گردد. (در عمل این دارو در دوز های پایین چندین برابر از مورفین قوی تر است). با افزایش دوز دارو، اثرات آگونیستی آن به صورت خطی افزایش می‌یابد تا جایی که به سطح ثابت^۶ می‌رسد و پس از آن افزایش دوز دارو با افزایش اثرات آن همراه نیست. این پدیده را ” اثر سقف“ می‌نامند. به همین دلیل در مقایسه با آگونیستهای کامل اپیوئید خطر کمتری از نظر سوء مصرف، وابستگی و عوارض جانبی دارد. بوپرنورفین در دوزهای بالاتر، مانند یک آنتاگونیست عمل می‌کند، یعنی گیرندهها را اشغال میکند، ولی آنها را فعال نمیکند، و هم‌زمان آگونیستهای کامل را از گیرندههای خود جدا می‌کند یا آنها را بلاک میکند. بیشترین تاثیر درمانی بوپرنورفین در محدوده 16 تا 32 میلی‌گرم می‌باشد.

از بوپرنورفین برای درمان دردهای حاد و مزمن نیز استفاده می‌شود. اگرچه بهتر است برای درمان درد از داروهای معمول ضد درد استفاده گردد، اما در صورت لزوم دوز مورد نیاز برای درمان درد (3/ تا 6/ میلی‌گرم) بسیار کمتر از دوز لازم برای درمان سم‌زدایی یا نگهدارنده وابستگی به مواد اپیوئیدی می‌باشد. نیز در درمان درد دوز بوپرنورفین به صورت منقسم تجویز می‌شود، چرا که اثر ضد درد بوپرنورفین برای 6 تا 9 ساعت دوام دارد.

^۱ thebaine

^۲ phenanthrene

^۳ μ

^۴ κ

^۵ affinity

^۶ plateau

^۷ ceiling effect

فرم‌های دارویی بوپرنورفین با نام‌های تجاری subutex (فقط بوپرنورفین) و suboxone (ترکیب بوپرنورفین و نالوکسان به نسبت 4 به 1) در سال 2002 توسط FDA جهت درمان وابستگی به مواد افیونی مورد تایید قرار گرفتند. هر دوی این قرص‌ها به شکل‌های 2 و 8 میلی‌گرمی وجود دارند. اضافه شدن نالوکسان به بوپرنورفین احتمال سوء مصرف بوپرنورفین را کاهش می‌دهد، به این معنی که اگر این ترکیب به صورت وریدی استفاده شود، به دلیل جذب قابل ملاحظه نالوکسان علائم ترک ایجاد می‌گردد. لازم به ذکر است که در مصرف زیر زبانی تنها 10% از نالوکسان جذب می‌شود، بنابراین موجب ایجاد علائم ترک در بیمار نمی‌گردد. اما در مصرف تزریقی به دلیل جذب بالای نالوکسان، احتمال ایجاد علائم ترک در بیمار بالاست. نالوکسان روی جذب بوپرنورفین اثری ندارد. بوپرنورفین به میزان 96% اتصال پروتئینی دارد. متابولیسم آن کبدی و از طریق آنزیم CYP4503A4 است، و متابولیت آن به نام نوربوپرنورفین فعال می‌باشد.

Route of Administration	Buprenorphine Bioavailability Relative to Intravenous Route of Administration	Buprenorphine Bioavailability Relative to Intramuscular Route of Administration	Buprenorphine Bioavailability Relative to Sublingual Solution Route of Administration
Intravenous	100%	—	—
Intramuscular	70%	100%	—
Sublingual Solution	49%	70%	100%
Sublingual Tablet	29%	42%	50-70 %

زیست دستیابی^۸ آن در مصرف خوراکی به دلیل وسیع بودن متابولیسم روده‌ای، و نیز اثر عبور اول کبدی^۹ کم است. اما در مصرف زیر زبانی زیست دستیابی متفاوتی دارد. در مصرف زیرزبانی پس از 30 تا 60 دقیقه میزان آن در سرم به اوج می‌رسد. نمودار دفع آن دو مرحله‌ای و اولین قله آن در 3 تا 5 ساعت اول و قله دوم پس از 24 ساعت است. نیمه عمر آن 24 تا 60 ساعت و به طور متوسط 37 ساعت می‌باشد در دوز کم (2 تا 4 میلی‌گرم) اثرات تا 12 ساعت باقی می‌ماند و لی در دوز بالا (16 تا 32 میلی‌گرم) اثرات 48 تا 72 ساعت باقی می‌ماند. دفع آن به میزان 30% در ادرار و 70% در مدفوع اتفاق می‌افتد. به دلیل جدا شدن کند بوپرنورفین از گیرنده‌های اپیویدی مغز، می‌توان آن را به صورت درمان یک روز در میان یا سه بار در هفته داد.

طبق مطالعات، بوپرنورفین با دوزهای متوسط متادون و LAAM^{۱۰} در درمان نگهدارنده اپیوئید برابری می‌کند. اما در کسانی که میزان بالاتری از وابستگی جسمی داشته و نیاز به دوزهای بالاتر متادون دارند، درمان انتخابی نمی‌باشد. از طرفی از آنجا که بوپرنورفین در مقایسه با متادون سندرم ترک ملایم‌تری ایجاد می‌کند، برای ترک اپیوئید انتخاب بهتری است. مطابق با مطالعات انجام شده، تجویز بوپرنورفین صرفنظر از دوز آن میزان ولع برای مصرف مواد مخدر را در عرض 4 هفته کاهش می‌دهد.

طبق جدول کنوانسیون مواد مخدر سال 1971 که در سال 1988 مورد بازبینی مجدد قرار گرفته است، بوپرنورفین جزء دسته سوم داروهای مخدر می‌باشد. یعنی تولید، تجارت و توزیع آن می‌بایست با مجوز و تحت کنترل بوده و تنها به مقاصد درمانی یا پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد.

1-1 اثرات بر فرد مصرف‌کننده

^۸ bioavailability

^۹ first pass effect

^{۱۰} levo – alpha – acetyl - methadol

در افرادی که وابسته به مواد اپیوئیدی نیستند، مصرف بوپرنورفین به صورت زیر زبانی موجب اثرات آگونستی اپیوئید می‌شود. **هرچند این علائم از آگونست خالص اپیوئیدی کمتر است**. این اثرات با دوزهای بالاتر بوپرنورفین، بیشتر بوده و مدت طولانی‌تری باقی می‌ماند. اما در دوزهای درمانی تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر آماری با پلاسبو از جهت تأثیر بر فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس، اشباع اکسیژنی، و دمای بدن نداشته است.

در افراد با وابستگی بالا به اپیوئیدها، مصرف بوپرنورفین ایجاد علائم ترک می‌کند. در مطالعه‌های انجام شده، مصرف بوپرنورفین در فردی که روزی 60 میلی‌گرم متادون مصرف می‌کند، موجب ایجاد علائم ترک می‌شود. اما در فردی با مصرف کمتر از 30 میلی‌گرم متادون، بوپرنورفین می‌تواند اثرات آگونستی اپیوئیدی داشته باشد، بنابراین احتمال سوء مصرف آن وجود دارد. البته در صورتی که بوپرنورفین در فاصله زمانی کمی از مصرف اپیوئید استفاده شود، مثلاً کمتر از 2 ساعت، حتی در بیمار با مصرف کم مواد اپیوئیدی، می‌تواند ایجاد علائم ترک کند.

تجویز مکرر بوپرنورفین، در فرد ایجاد وابستگی می‌کند، اما به دلیل نسی بودن خاصیت آگونستی، میزان این وابستگی بسیار کمتر از آگونست‌های کامل اپیوئیدها است. همچنین سندرم ترک بوپرنورفین، نسبت به آگونست‌های کامل، شدت کمتر و شروع کندتری دارد.

بوپرنورفین نسبت به مورفین و هروئین، سرخوشی، رخوت و افت تنفسی کمی ایجاد می‌کند. تضعیف تنفسی ناشی از بیش مصرف بوپرنورفین (با بوپرنورفین/نالوکسان) نیز از سایر اپیوئیدها کمتر است. حتی دوزهای بالا، تا 100 برابر دوزی که آنالژزی می‌دهد، ایجاد اثرات خطرناک تنفسی نمی‌کند.

در استفاده طولانی مدت از بوپرنورفین شواهدی از صدمه به اندام‌ها وجود ندارد. هرچند گاهی افزایش **خفیف** در آنزیم‌های کبدی دیده شده است. نیز اختلالی در عملکرد شناختی یا روانی - حرکتی با درمان نگهدارنده با بوپرنورفین وجود ندارد.

1-2 احتیاط‌های لازم

خطر بیش‌مصرف با بوپرنورفین کمتر از متادون و LAAM است، با این حال می‌تواند باعث ضعف تنفسی گردد. در مصرف همزمان بوپرنورفین و بنزودیازپین مواردی از مرگ گزارش شده است. به دلیل اثرات آگونستی اپیوئید، قابلیت سوء مصرف وجود دارد، به خصوص توسط افرادی که وابستگی فیزیکی به اپیوئیدها ندارند. اضافه شدن نالوکسان به بوپرنورفین در فرم دارویی suboxone احتمال سوء مصرف و خروج غیرقانونی دارو از درمانگاه را کاهش می‌دهد.

باید به بیمار توضیح داده شود که در شرایط بیماری‌های اورژانسی، پزشک درمانگر می‌بایست از مصرف بوپرنورفین توسط بیمار اطلاع حاصل کند. نیز در مورد خطر جدی بیش‌مصرف، در صورت استفاده همزمان بنزودیازپین‌ها، داروهای ضد افسردگی، الکل و داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور باید به بیمار هشدار داد.

از آنجایی که بوپرنورفین می‌تواند بر توانایی‌های جسمی و ذهنی مورد نیاز برای انجام اعمالی همچون رانندگی، به خصوص در دوره القا اثر بگذارد، باید به بیمار توضیح داده شود که تا زمانی که از عدم تأثیر بوپرنورفین بر عملکرد خود مطمئن نشده است، از رانندگی و کار با وسائل خطرناک خودداری کند. نیز در مورد احتمال افت ارتوستاتیک فشار خون باید به بیمار توضیح داد.

- **باید توجه داشت که اثرات خواب آوری بوپره نورفین کمتر از متادون است (این نکته هم مثبت و هم منفی است)**

1-3 عوارض جانی

عوارض جانی بوپرنورفین، که بیشتر در اوائل درمان اتفاق می‌افتند، به شرح ذیل می‌باشند؛

- ضعف تنفسی^{۱۱}: ضعف تنفسی تهدید کننده حیات به مراتب کمتر از زمانی است که یک آگونست خالص گیرنده μ مانند هروئین یا متادون مصرف شود. با این حال این عارضه به خصوص در مصرف وریدی دارو برجسته می‌باشد. تعدادی از مرگ و میرهای گزارش شده در مورد بیمارانی بوده است که دارو را به صورت وریدی، به خصوص همراه با بنزودیازپین‌ها مورد سوء مصرف قرار داده‌اند. نیز در مصرف همزمان با دیگر تضعیف‌کننده‌های تنفسی مانند الکل و دیگر مواد مخدر این خطر افزایش می‌یابد. مصرف این دارو در بیمارانی مبتلا به اختلالات ریوی مانند بیماری انسدادی مزمن ریوی^{۱۲} و هیپوکسی باید با احتیاط بیشتری صورت پذیرد.
- باید توجه داشت که به دلیل اشغال طولانی گیرنده‌های μ توسط بوپرنورفین، نالوکسان تضعیف تنفسی ناشی از آن را برطرف نمی‌کند.
- ضعف سیستم مرکزی عصبی^{۱۳}: این عارضه نیز در صورت مصرف همزمان بنزودیازپین‌ها، فنوتیازین‌ها، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، الکل و دیگر تضعیف‌کننده‌های سیستم مرکزی عصبی با احتمال بیشتری اتفاق می‌افتد.
- وابستگی^{۱۴}: تجویز مزمن دارو موجب وابستگی به دارو، از نوع وابستگی به مواد اپیوئیدی می‌شود، و در نتیجه قطع ناگهانی دارو علائم ترک ایجاد می‌گردد. سندرم ترک نسبت به سندرم ترک مواد مخدر، خفیفتر است و ممکن است دیرتر ظاهر شود.
- هیپاتیت و مشکلات کبدی: در مطالعات، هیپاتیت و زردی در بعضی از بیمارانی مبتلا به سوء مصرف مواد که تحت درمان با بوپرنورفین قرار می‌گیرند، گزارش شده است. اما ثابت نشده است که این مشکلات ربطی به مصرف بوپرنورفین داشته باشد. به نظر می‌رسد بین مصرف تزریقی بوپرنورفین و افزایش آنزیم‌های کبدی ارتباطی وجود داشته باشد. علائم کبدی، از افزایش موقتی و بدون علامت ترانس‌آمینازها تا نارسایی کبدی، نکرروز، سندرم هپاتورنال و انسفالوپاتی کبدی گزارش شده است. در بسیاری از موارد وجود آنرمالی‌های قبلی در آنزیم‌های کبدی، عفونت با ویروس هیپاتیت B و C، استفاده همزمان از داروهای با خاصیت

^{۱۱} respiratory depression

^{۱۲} chronic obstructive pulmonary disease

^{۱۳} CNS depression

^{۱۴} dependence

- سمیت کبدی، و ادامه مصرف مواد غیرقانونی تزریقی ممکن است نقش کمک کننده ای در بروز مشکلات کبدی داشته باشند. بهتر است قبل از شروع درمان، تستهای کبدی انجام شده و در طول درمان نیز به طور دوره ای چک گردد.
 - واکنشهای آلرژیک: شایعترین علائم میتواند به صورت بروز بثورات^{۱۵} پوستی، کهیر، و خارش باشد. مواردی از برونکواسپاسم، ادم آنژیونورتیک، و شوک آنافیلاکتیک گزارش شده است.
 - بوپرنورفین در آزمایشگاه فاصله QT را طولانی کرده، ولی از نظر بالینی بی‌نظمی‌های قلبی یا طولانی شدن فاصله QT گزارش نشده است. به همین جهت در حال حاضر توصیه ای برای مانیتور نوار قلبی نمی‌شود.
- احساس مزه تلخ در دهان که اغلب موارد مشکلی ایجاد نمی‌کند ولی گاهی باعث تحریک حالت تهوع در دسر ساز است
- احساس روشنی ذهن (clear mind) در اغلب بیماران دیده می‌شود بعضی از این احساس راضی هستند (احتمالاً گروه های که دارای مشاغل ذهنی هستند ویا افراد افسرده و...) و بعضی از این احساس شاکمی هستند (احتمالاً افراد دارای اضطراب) هر چند در این باره باید پژوهشهای کامل تری انجام شود ولی باید اذعان کرد که این نکته در پذیرش درمان نقش مهمی دارد

1-4 تداخلهای دارویی

- با داروهایی که متابولیسم آنها توسط سیستم سیتوکروم کبدی CYP3A4 است، تداخلهای مهم دارد.
- داروهایی که منع‌کننده سیستم سیتوکروم کبدی CYP3A4 هستند، موجب افزایش سطح سرمی بوپرنورفین می‌شوند. بعضی از این داروها عبارتند از: کتوکونازول، فلوکونازول، آنٹی‌بیوتیک‌های ماکرولیدی مانند اریتروماسین، نفازودون، گریپ فرویت، فلووکسامین، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، آمیودارون، فلوکستین و SSRI‌های دیگر، مترونیدازول، امپرازول، و رایامیل.
- داروهایی که باعث القای این سیستم آنزیمی می‌شوند، موجب می‌گردند سطح بوپرنورفین در خون کاهش یابد. نمونه این داروها فنوباربیتال، فنی‌توین، کاربامازپین، دکزامتازون، و ریگامپسین هستند.
- تضعیف‌کننده‌های دیگر سیستم عصبی مرکزی: در صورت استفاده همزمان از داروهایی مانند ضد دردهای اپیوئیدی، بنزودیازپین‌ها، فنوتیازین‌ها، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، الکل، MAOI و TRICYCLIC... باید دوز دارو را کاهش داد، حتی در بعضی از متون، به دلیل گزارش چند مورد مرگ در افراد سوء‌مصرف‌کننده بنزودیازپین، که تحت درمان با بوپرنورفین بودند، مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به عنوان منع نسبی برای درمان با بوپرنورفین عنوان شده است.
- مصرف آنتاگونیستهای سیستم اپیوئیدی با بوپرنورفین ممنوع است (مانند نالتراکسون، نالوکسان)

Substrates Inhibitors (potentially increasing blood levels of buprenorphine)^{3----p2}

Amiodarone	Nefazadone
Clarithromycin	Nelfinavir
Delavirdine	Nicardipine
Erythromycin	Norfloxacin
Fluconazole	Omeprozol
Fluoxetine	Paroxetine
Fluvoxamine	Ritonavir
Grapefruit Juice	Saquinavir
Indinavir	Sertraline
Itraconazole	Verapamil
Ketoconazole	Zafirlukast
Metronidazole	Zileuton
Miconazole	

^{۱۵} rash

3----p2

Substrates

Alprazolam	Diltiazem	Lidocaine
Amlodipine	Disopyramide	Loratadine
Astemizole	Doxorubicin	Losartan
Atorvastatin	Erythromycin	Lovastatin
Carbamazepine	Estrogens	Miconazole
Cisapride	Etoposide	Midazolam
Clindamycin	Felodipine	Navelbine
Clonazepam	Fentanyl	Nefazadone
Cyclobenzaprine	Fexofenadine	Nelfinavir
Cyclosporine	Glyburide	Nicardipine
Dapsone	Ifosfamide	Nifedipine
Delavirdine	Indinavir	Nimodipine
Dexamethasone	Ketoconazole	Ondansetron
Diazepam	Lansoprazole	

Inducers (potentially decreasing blood levels of buprenorphine)

Carbamazepine
Dexamethasone
Efavirenz
Ethosuximide
Nevirapine
Phenobarbital
Phenytoin
Primadone
Rifampin

3----p2

1-5 موارد منع مصرف

کسانی که به دارو حساسیت دارند، نباید آن را مورد استفاده قرار دهند. در افراد مسن، سابقه بیماری کبدی و ریوی، هیپوتیروئیدی، نارسایی غده آدرنال (بیماری آدیسون)، ضعف سیستم عصبی مرکزی یا کوما، هیپرتروفی غده پروستات یا تنگی پیشابراه، الکلیسم حاد، دلیریوم ترمنس^{۱۱}، باید با احتیاط مصرف شود.

^{۱۱} delirium tremens

6-1 استفاده از دارو در موارد خاص

- ضربه به سر و افزایش فشار داخل مغزی: بوپرنورفین مانند دیگر آگونیست‌های اپیوئیدی می‌تواند موجب افزایش فشار مایع مغزی نخاعی شود و بنابراین در کسانی که ضربه مغزی، ضایعات داخل مغزی، و دیگر مشکلاتی با احتمال افزایش فشار داخل مغزی دارند، باید با احتیاط مصرف شود. باید به این نکته توجه داشت که بوپرنورفین می‌تواند موجب تنگی مردمک و تغییر سطح هوشیاری شود که در بررسی بیمار ایجاد تداخل می‌کند.
- در کسانی که به دلیل بیماری صرع، تحت درمان هستند، می‌بایست بوپرنورفین با احتیاط استفاده شود، و به تداخل‌های دارویی بین بوپرنورفین و داروی مورد مصرف توجه شود.
- **باید توجه داشت که تداخل بوپره نورفین با این داروها کمتر از متادون است**
- بیماری کبدی: در بیماری کبدی متوسط و شدید، غلظت پلاسمایی بوپرنورفین بالا می‌رود. بنابراین دوز باید تنظیم شده و بیمار از نظر علائم ترک پیگیری گردد.
- **باید توجه داشت که تداخل بوپره نورفین با داروهای کاهشنده آنزیم های کبدی کمتر از متادون است**
- بیماری کلیوی: در بیماری کلیوی غلظت بوپرنورفین تفاوتی نمی‌کند. بنابراین توصیه خاصی به بیمار لازم نیست.
- حاملگی: بوپرنورفین مانند سایر اپیوئیدها از جفت رد می‌شود و بنابراین ممکن است با مصرف طولانی مدت در حاملگی، در نوزاد سندرم ترک ایجاد شود. اما به نظر می‌رسد سندرم ترک آن شدت کمتری نسبت به بقیه مواد اپیوئیدی دارد. بنابراین امنیت آن در حاملگی هنوز قطعی نیست. ضمن این که در گزارش‌های محدودی که وجود دارد، مشکل خاصی جهت استفاده از بوپرنورفین در حاملگی وجود نداشته است. FDA بوپرنورفین را جزء گروه C در حاملگی طبقه‌بندی نموده است. بهتر است در خانم‌های حامله از متادون استفاده شود، و در صورت استفاده از بوپرنورفین، از suboxone استفاده نشود.
- درد: ممکن است حالاتی پیش آید که در آن لازم به تجویز آگونیست‌های افیونی برای کاهش یا کنترل درد باشد. با توجه به خاصیت آنتاگونیستی بوپرنورفین، در این حالت لازم است بوپرنورفین قطع شود. هنگامی که درد بیمار کنترل شده و دیگر نیازی به تجویز داروهای آگونیست اپیوئیدی نباشد، می‌توان مجدداً بوپرنورفین را شروع کرد. باید توجه داشت که درمان با آگونیست‌های کامل مو برای تخفیف درد، مقاومت به اپیوئید را افزایش داده و میزان بالاتری از وابستگی جسمی ایجاد می‌کند.

7-1 فرم‌های دارویی

بوپرنورفین به فرم قرص‌های زیرزبانی (0/2 و 0/4 میلی‌گرمی و 2 و 8 میلی‌گرمی) و آمپول 3/ میلی‌گرم در میلی‌لیتر موجود است. به دلیل گزارش‌هایی مبنی بر سوءمصرف بوپرنورفین، به صورت حل کردن و تزریق عضلانی آن، فرم ترکیبی بوپرنورفین با نالوکسان به نام Suboxone (ترکیب بوپرنورفین و نالوکسان به نسبت 4 به 1) به شکل‌های 2 و 8 میلی‌گرمی ساخته شد که هر یک به ترتیب حاوی 0/5 و 2 میلی‌گرم نالوکسان می‌باشد. جذب زیرزبانی نالوکسان کم بوده، و در مصرف زیرزبانی، بیمار عمدتاً اثرات بوپرنورفین را تجربه می‌کند. اما در صورتی که این ترکیب حل شده، و به صورت وریدی مورد استفاده قرار گیرد، اثرات آنتاگونیستی نالوکسان غلبه کرده، و بیمار دچار علائم ترک می‌گردد. بنابراین احتمال سوءمصرف تا حد زیادی کاهش می‌یابد. لازم به ذکر است که مصرف این ترکیب دارویی در خانم‌های حامله توصیه نمی‌شود.

فصل دوم - درمان با بوپرنورفین

1-2 اندیکاسیون‌های درمان با بوپرنورفین

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

2-2 موارد احتیاط در درمان با بوپرنورفین

- بهتر است در بیماران حامله درمان با بوپرنورفین انجام نگیرد. درمان با متادون، انتخاب بهتری در این بیماران است.
- **افراد زیر 16 سال (مگر در موارد خاص)**
- **درمان با بوپرنورفین در زنان شیرده هنوز تایید نشده است بنابراین این بهتر است که استفاده نشود.**
- در بیمارانی که بیماری روانپزشکی درمان نشده، همراه با علائم حاد دارند، بهتر است درمان با بوپرنورفین انجام نشود. نمونه این بیماران، افرادی هستند که افکار خودکشی یا دیگرکشی دارند. از طرف دیگر، هنوز مطالعه‌ای در مورد درمان با بوپرنورفین در بیمارانی که تحت درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک یا تثبیت‌کننده خلق (مانند لیتیم) هستند، انجام نشده است.

- در بیمارانی که به طور همزمان، الکل، داروهای خوابآور و آرامبخشهایی مانند بنزودیازپینها را مورد سوء مصرف قرار میدهند، درمان سرپایی با بوپرنورفین انتخاب خوبی نیست، و احتمال بیشمصرف و مرگ وجود دارد.
- **بیماران دارای سابقه ضربه اخیریه سر، بالا رفتن فشار درون جمجمه، آسم بارز یا بیماری با مشکل مرکز تنفسی، کولیت اولسروز حاد یا بیماری کرون فعال، اسپاسم و مشکلات بارز جاری کلیوی و کبدی**
- در بیماری که سابقه حساسیت به بوپرنورفین داشته است، مصرف بوپرنورفین ممنوع است. نمونه علائم حساسیت عبارت هستند از: راش، کهیر، خارش، برونکواسپاسم، شوک آنافیلاکتیک، و ادم آنژیونورتیک. سابقه حساسیت به نالوکسون نیز، از موارد منع مصرف داروی subuxone است.

2-3 روشهای مختلف درمان با بوپرنورفین

- سم زدایی وابستگی به مواد افیونی
- درمان نگهدارنده وابستگی به مواد افیونی (متادون داروی انتخابی درمان نگهدارنده است، اما در بیمارانی که از متادون نتیجه دخواه نگرفته اند، یا با متادون دچار عوارض جانبی شدید یا غیر قابل کنترل شده اند، یا به متادون حساسیت دارند، بوپرنورفین داروی جایگزین است)
- تسکین درد: در مجموع بهتر است برای درمان درد از داروهای استاندارد استفاده شود. دوزهای لازم برای تسکین درد تقریباً 5 تا 10 برابر کمتر از دوز لازم برای درمان نگهدارنده است. نیز در درمان نگهدارنده، دوز به صورت دوز منفرد و در درمان درد به شکل دوزهای منقسم تجویز میگردد.

- باید توجه داشت که در بیماری که تحت درمان سم زدایی یا نگهدارنده با بوپرنورفین است، برای کاهش درد نباید بوپرنورفین او را افزایش داد، چون بوپرنورفین میتواند آگونیستهای اپیوئید را از گیرنده هایش جدا کرده یا آن را بلاک کند و در نتیجه ایجاد علائم ترک کند. بنابراین میبایست از ضد دردهای غیر اپیوئیدی استفاده کرد.

2-4 بررسی بیمار قبل از شروع درمان:

- به فصل 3-2، 3-3، و 3-4 پروتکل درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست مراجعه کنید.
- پس از ارزیابی کامل بیمار میبایست نکاتی را به بیمار یادآور شد:
- لازم است قبل از مصرف بوپرنورفین برای 6 تا 12 ساعت از مصرف مواد اپیوئیدی خودداری گردد.
- رضایتنامه کتبی جهت شروع درمان اخذ گردد.

2-5 چکلیست درمان با بوپرنورفین:

۱. آیا تشخیص بیمار، وابستگی به مواد مخدر است؟
۲. آیا در حال حاضر علائم بیشمصرف یا ترک وجود دارد؟ آیا خطر ترک شدید وجود دارد؟
۳. آیا بیمار علاقمند به درمان با بوپرنورفین میباشد؟
۴. آیا بیمار خطرات و منافع درمان با بوپرنورفین را میداند؟
۵. آیا انتظار میرود که بیمار همکاری خوبی در طی درمان داشته باشد؟
۶. آیا بیمار انواع مختلف درمان را میشناسد، و با این وجود موافق با درمان با بوپرنورفین است؟
۷. آیا بیمار از لحاظ روانی، وضعیت تثبیتشدهای دارد؟
۸. آیا بیمار حامله است؟
۹. آیا بیمار در حال حاضر به الکل وابسته است، یا آن را مورد سوء مصرف قرار میدهد؟
۱۰. آیا بیمار در حال حاضر به بنزودیازپینها، باربیتوراتها، یا داروهای دیگر آرامبخش و خوابآور وابسته است؟
۱۱. آیا بیمار سابقه ترکیبهای متعدد، و عودهای به دنبال آن دارد (در این صورت برای درمان نگهدارنده مناسب است، و درمان سم زدایی با بوپرنورفین درمان مناسبی برای او نیست.) ؟
۱۲. آیا بیمار قبلاً با بوپرنورفین دچار عوارض جانبی شده است؟
۱۳. آیا بیمار داروهای دیگری مصرف میکند، که ممکن است با بوپرنورفین تداخل داشته باشد؟
۱۴. آیا بیمار دچار بیماریهای جسمی و طی است که ممکن است موارد منع یا احتیاط درمانی با بوپرنورفین باشند؟
۱۵. آیا وضعیت اجتماعی بیمار مناسب است؟ به عبارت دیگر، آیا برای بیمار حمایت روانی اجتماعی وجود دارد؟

2-6 سم زدایی با بوپرنورفین:

- پس از بررسیهای اولیه و تصمیم گیری برای درمان سم زدایی با بوپرنورفین، بسته به وضعیت سلامتی بیمار و خواسته او میتوان درمان را به صورت سرپایی یا بستری انجام داد.

مصرف بوپره نورفین می تواند علائم ترک را تشدید کند این تشدید علائم در موارد زیر شدید تر است:

- 1- شدت وابستگی بالا
- 2- عدم رعایت فاصله زمانی از آخرین مصرف (توصیه میشود یا بیمار تا ظهور علائم اولیه ترک صبر کند یا فاصله زمانی برای هروئین 8 تا 6 ساعت برای تریاک 12 تا 8 ساعت و برای شیره و متادون 24 تا 36 ساعت رعایت شود.)
- 3- استفاده از دوز بالای بوپره نورفین در روز اول

2-7- درمان سریایی سمزدایی با بوپرنورفین:

می‌بایست به بیمار آموزش داده شود که برای حداقل 6 ساعت اخیر اپیوئید مصرف نشده باشد، بنابراین انتظار می‌رود که در هنگام مراجعه، بیمار علائم ترک خفیفی داشته باشد. در صورتی که هیچگونه علائم ترک وجود ندارد، می‌بایست مجدداً بیمار را از لحاظ آخرین زمان مصرف ارزیابی نمود. بهتر است در صورت امکان مدتی صبر نمود تا علائم ترک ظاهر گردد، یا شروع درمان به روز دیگری موکول گردد.

سمزدایی دارای دو فاز است: 1- القاء، 2- کاهش دوز

فاز القاء

در بیمارانی که به اپیوئیدهای کوتاه اثر وابسته هستند، میتوان مستقیماً ماده را تبدیل به بوپرنورفین کرد. البته باید علائم اولیه ترک در بیمار ظاهر شده باشد. پس از ظاهر شدن علائم ترک، به میزان 2 تا 4 میلی‌گرم بوپرنورفین زیرزبانی تجویز می‌گردد و بیمار یک ساعت بعد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در صورت وجود علائم ترک دوز تکرار می‌گردد. باید توجه داشت که حداکثر بوپرنورفین تجویزی در روز اول 8 میلی‌گرم می‌باشد. در صورتی که علائم ترک وجود نداشته باشد، میزان دارو برای روز اول کافی است. البته در روز اول احتمال دارد بیمار کمی علائم ترک را تجربه کند که به نیمه عمر ماده مصرفی ارتباط دارد، در صورتی که علائم ترک وجود داشته باشد، باید از داروهای کمکی سود جست.

البته باید به این نکته توجه داشت که تا حدی می‌توان از قبل مقدار داروی مورد نیاز را حدس زد (روش دوز معادل)

هر چند تعیین دوز معادل بعلت عدم وجود یک ارتباط خطی مشکل است ولی در دوز پایین (زیر 12 تا 16 میلی‌گرم) این امر است (12 تا 16 میلی‌گرم بوپرنورفین به روش زیر زبانی معادل 50 تا 80 میلی‌گرم متادون می‌باشد)

در روز دوم، دوز بوپرنورفین را تا 12 تا 16 میلی‌گرم میتوان افزایش داد. هدف این است که با سرعت هر چه بیشتر، بیمار تثبیت شود، علائم ترک به حداقل برسد، و مصرف مواد مخدر کاهش یابد. تنها زمانی که مصرف مواد مخدر توسط بیمار قطع شود، می‌توان مرحله کاهش دوز را شروع کرد.

فاز کاهش دوز

میتوان این فاز را از 3 روز تا چند هفته ادامه داد. در کسانی که به دلایل مختلف (مانند مسافرت، مسائل شغلی،...) نیاز به سم زدایی با سرعت بیشتر دارند، در عرض 3 روز میتوان دوز را به سرعت کاهش داده، و دارو را قطع کرد. در روش سریع هر روز 2 میلی‌گرم و در روش معمولی هر 2 تا 3 روز 2 میلی‌گرم کاهش داده شود. اگر چه در مورد بوپرنورفین مطالعه نشده، اما مطالعه در مورد روش‌های دیگر سمزدایی سریع نشان میدهد که احتمال عود بیماران در درازمدت بیشتر می‌باشد. بنابراین استفاده از بوپرنورفین، به صورت سمزدایی تدریجی ارجحیت دارد.

در بیمارانی که نیاز به سم زدایی سریع ندارند، یک دوره 10 تا 14 روزه معمولاً مناسب است. به عنوان مثال، در دوره 8 روزه سم جدول تجویز دوز به شرح زیر است:

روز درمان	دوز دارو	دامنه دارو
روز اول	6 میلی‌گرم	4 تا 8 میلی‌گرم
روز دوم	8 میلی‌گرم	4 تا 12 میلی‌گرم
روز سوم	10 میلی‌گرم	4 تا 16 میلی‌گرم
روز چهارم	8 میلی‌گرم	2 تا 12 میلی‌گرم
روز پنجم	4 میلی‌گرم	0 تا 8 میلی‌گرم
روز ششم	0 میلی‌گرم	0 تا 4 میلی‌گرم
روز هفتم	0 میلی‌گرم	0 تا 2 میلی‌گرم
روز هشتم	0 میلی‌گرم	0 تا 1 میلی‌گرم

این مرحله با ریزش بسیار بالا همراه است

*تجربیات نشان داده است که اگر دوز دارو سریعاً افزایش یافته و بعد با سرعت کمتری کاهش یابد نتیجه بهتر است. معمولاً بیشتر مشکل در زمان تبدیل به دوز 1mg اتفاق می‌افتد.

*تعیین دوز معادل هم تا حدی توصیه می‌شود:

20 تا 30 میلی‌گرم متادون 4 میلی‌گرم روز اول 6 تا 8 میلی‌گرم
10 تا 20 میلی‌گرم متادون 4 میلی‌گرم روز اول 4 تا 6 میلی‌گرم
زیر 10 میلی‌گرم متادون 2 میلی‌گرم روز اول 2 تا 6 میلی‌گرم

برای مثال برای یک مثقال تریاک به روش سیخ و سنگ

روز درمان	دوز دارو	دامنه دارو
-----------	----------	------------

روز اول	6 میلی‌گرم	4 تا 8 میلی‌گرم
روز دوم	4 میلی‌گرم	4 تا 6 میلی‌گرم
روز سوم	2 میلی‌گرم	4 تا 6 میلی‌گرم
روز چهارم	2 میلی‌گرم	2 تا 6 میلی‌گرم
روز پنجم	2 میلی‌گرم	0 تا 4 میلی‌گرم
روز ششم	1 میلی‌گرم	0 تا 2 میلی‌گرم
روز هفتم	1 میلی‌گرم	0 تا 2 میلی‌گرم
روز هشتم	1 میلی‌گرم	0 تا 1 میلی‌گرم

در صورتی که در حین این هشت روز (جز روز اول) علائم ترک بدتر شد، باید دوز دارو را افزایش داد. ضمن این که برای بعضی از علائم نیاز به تجویز داروهای دیگر است، مثلاً برای اختلال خواب بنزودیازپین تجویز می‌شود.

پس از پایان این دوره می‌بایست نالتراکسون را شروع کرد. توصیه می‌شود که اولین دوز نالتراکسون 3 تا 5 روز پس از آخرین دوز بوپرنورفین شروع شود.

2-8 درمان بستری یا بوپرنورفین:

دوره درمان بستری نیز 8 روز در نظر گرفته می‌شود. بهتر است اولین دوز بوپرنورفین زمانی داده شود که علائم ترک ظاهر شود. معمولاً حداقل 6 ساعت پس از آخرین دوز هروئین زمان مناسبی برای شروع بوپرنورفین است. دوز مناسب 4 میلی‌گرم بوپرنورفین است که به صورت زیربانی ارائه می‌شود. پس از چند ساعت بیمار از نظر علائم ترک ارزیابی می‌گردد. در صورتی که علائمی وجود نداشته یا علائم خفیف باشد، دوز دیگری برای روز اول تجویز می‌شود. در صورت وجود علائم متوسط ترک، 2 میلی‌گرم و در صورت وجود علائم شدید، 4 میلی‌گرم دیگر بوپرنورفین تجویز شود. روز دوم، 4 میلی‌گرم بوپرنورفین صبح تجویز می‌شود. بعد از ظهر مجدداً بیمار از لحاظ علائم ترک ارزیابی شده و در صورت وجود علائم ترک به همان ترتیب ذکر شده (علائم خفیف یا عدم وجود علائم: 0 میلی‌گرم، علائم متوسط: 2 میلی‌گرم، و علائم شدید: 4 میلی‌گرم بوپرنورفین) عمل خواهد شد. روز سوم، مجدداً 4 میلی‌گرم بوپرنورفین برای صبح تجویز شده و بعد از ظهر در صورتی که علامت ترک وجود نداشته یا علائم خفیف باشد، بوپرنورفین تجویز نمی‌گردد، و در صورت وجود علائم متوسط یا شدید 2 میلی‌گرم بوپرنورفین تجویز می‌گردد. روز چهارم، 2 میلی‌گرم بوپرنورفین به عنوان دوز صبح تجویز می‌شود و برای بعد از ظهر همانند روز سوم عمل می‌گردد. روز پنجم، 2 میلی‌گرم بوپرنورفین برای صبح تجویز می‌شود و برای بعد از ظهر دوزی در نظر گرفته نمی‌شود. از روز ششم تا هشتم، بوپرنورفین تجویز نمی‌شود و بیمار به صورت علامتی درمان می‌گردد. بهتر است بین قطع بوپرنورفین و شروع نالتراکسون حداقل 5 روز فاصله باشد.

2-9 درمان نگهدارنده یا بوپرنورفین:

در تعدادی از مطالعات بالینی، تأثیر بوپرنورفین به عنوان درمان نگهدارنده به اثبات رسیده است. در بعضی از این مطالعات، بوپرنورفین با داروهای پلاسیبو مقایسه شده، و در مطالعات دیگر، با متادون، یا با لوآلفا استیل متادول^{۱۷} مورد مقایسه قرار گرفته است. مطابق با این مطالعات، از نظر بالینی دوز روزانه 8 تا 16 میلی‌گرم بوپرنورفین به اندازه 60 میلی‌گرم متادون روزانه موثر می‌باشد. اندیکاسیون‌های درمان نگهدارنده یا بوپرنورفین را می‌توان بدین شرح در نظر گرفت:

- بیمارانی که معیارهای معمول درمان نگهدارنده با متادون را ندارند.
- بیمارانی که امکان حضور هر روزه در درمانگاه را ندارند و به همین دلیل برای درمان نگهدارنده با متادون مناسب نیستند. (لازم به ذکر است که در شدت مساوی باید بیمار تحت BMT پی‌گیری شدید تری نسبت به بیمار تحت درمان با MMT داشته باشد)
- بیمارانی که از درمان نگهدارنده با متادون نتیجه مطلوب نگرفته‌اند.
- الف) بعلت ساختار پروتکل درمانی
- ب) بیمارانی که ترجیح می‌دهند دوز کم متادون را ادامه دهند تا بتوانند هم زمان مواد هم مصرف کنند)
- بیمارانی که عوارض جانبی شدید یا غیر قابل کنترل با متادون دارند.
- بیمارانی که سابقه شکست‌های متعدد درمانی دارند و درمان نگه دارنده برای آنان مناسب است ولی معیارهای معمول درمان نگهدارنده با متادون را ندارند.
- آن دسته از بیماران وابسته به مواد مخدر که آسیب‌های کمتری دارند).
- بیمارانی که می‌خواهند درمان نگه دارنده متادون را پایان دهند و در حال taper کردن داروها می‌باشند
- مصرف‌کنندگان تزریقی (به خصوص مصرف تزریقی بوپرنورفین)
- بیماران تحت درمان نگه دارنده اگونستی که به هر علت می‌خواهند ناگهان درمان را قطع کنند (مثل مسافرت، زندانی شدن و...)

درمان نگهدارنده با بوپرنورفین، دارای سه فاز (دوره) است: فاز القاء، فاز تثبیت، و فاز نگهدارنده.

^{۱۷} Levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM)

تعریف مصرف تحت نظارت :

نظارت درمانگر یا پرستار یا خانواده بر مصرف دارو بصورت زیر زبانی برای مدت حداقل 5 دقیقه تا حل کامل دارو

دوره القا:

در این مرحله، هدف یافتن حداقل دوز بوپرنورفین است که در آن بیمار مصرف اپیونیدها را کاهش داده یا قطع کند، عوارض جانبی کمی داشته باشد، و وسوسه ای برای مصرف مواد نداشته باشد، یا این مصرف در حداقل میزان خود باشد. بر خلاف درمان نگهدارنده با متادون، مرحله القای درمان با بوپرنورفین اگر سریع انجام شود، راحتتر است. در القای تدریجی، احتمال بیشتری وجود دارد که بیمار از درمان خارج شود. همچنین بهتر است در فاز القا از قرصهای خالص بوپرنورفین (و نه ترکیب با نالوکسان) استفاده شود، اگرچه منع مطلقی برای استفاده از قرصهای ترکیبی وجود ندارد.

روز اول:

- بیماران وابسته به هروئین یا اپیونیدهای کوتاه اثر (مانند اکسی کدون و هیدروکدون):

بهتر است اولین دوز بوپرنورفین حداقل 6 ساعت و ترجیحاً 12 تا 24 ساعت پس از آخرین دوز هروئین داده شود. علائم ترک را در بیمار در نظر گرفته و در صورتی که علائم خفیف بود یا علامتی وجود نداشت، با 2 میلی‌گرم بوپرنورفین شروع می‌کنیم. در صورت وجود علائم متوسط تا شدید، به بیمار 4 میلی‌گرم بوپرنورفین می‌دهیم. 4 ساعت بعد مجدداً بیمار را ویزیت می‌کنیم و در صورتی که علائم ترک وجود داشت، 2 تا 4 میلی‌گرم دیگر بوپرنورفین تجویز می‌کنیم. بیشترین میزان بوپرنورفین در روز اول 8 میلی‌گرم می‌باشد. نکته مهم، دقت در تمایز علائم ترک ناشی از قطع مواد و علائم تشدید شده حاصل از اثر آنتاگونیستی دارو می‌باشد.

- بیماران وابسته به متادون یا اپیونیدهای طولانی‌اثر:

در این مورد تنها اگر عارضه جانبی شدید یا غیرقابل کنترل با متادون یا حساسیت به متادون باشد، باید بوپرنورفین داد. اگر دوز متادون بیشتر از 30 تا 40 میلی‌گرم باشد، یا در صورت تجویز بوپرنورفین به مدت کوتاهی پس از آخرین دوز متادون، احتمال ایجاد علائم ترک زیاد است. بنابراین بهتر است ابتدا دوز متادون (یا داروی طولانی اثر) به 30 میلی‌گرم یا کمتر برسد و حداقل یک هفته در این دوز بماند. همیشه توجه داشته باشید در این دوز دارو (زیر 30 میلی‌گرم) معمولاً علائم ترک بین دوز های مصرفی ظاهر می‌شود (پس اگر بیمار آماده نباشد معمولاً نتیجه چندان حاصل نمی‌شود). بعضی از بیماران، تحمل کاهش دوز را ندارند، و شروع درمان با بوپرنورفین با دوزهای بالاتر متادون در این بیماران، بسته به تصمیم پزشک و توجه به علائم ذهنی^{۱۸} و عینی^{۱۹} بیمار دارد. در این موارد بهتر است فاصله زمانی از آخرین مصرف طولانی‌تر شود 24 ساعت پس از آخرین دوز، دوز القای بوپرنورفین با 2 میلی‌گرم شروع، و پس از 4 ساعت در صورت لزوم تکرار میشود (اینجا هم بهتر است که بیش از 2 میلی‌گرم داده نشود). در این مورد نیز حداکثر دوز در 24 ساعت اول نباید از 8 میلی‌گرم بیشتر باشد. می‌توان از کلونیدین هم سود جست

روز دوم:

اگر در روز اول هیچ عارضه جدی وجود نداشته باشد، و بیمار دچار علائم ترک نشده باشد، دوز روز اول ادامه می‌یابد. در صورتی که تا حدی علائم ترک وجود داشته باشد، دوز 1 تا 4 میلی‌گرم افزایش می‌یابد. در روزهای بعد هم بر اساس وجود علائم ترک می‌توان دوز را 1 تا 4 میلی‌گرم افزایش داد. دوز مناسب که در هفته اول به دست می‌آید 12 تا 16 میلی‌گرم است، مگر در صورتی که عوارض جانبی اتفاق بیفتد. در این حالت افزایش دوز صورت نمی‌گیرد، یا دوز تا زمان از بین رفتن عوارض کاهش می‌یابد. اگر علائم ترک بعد از مصرف تشدید شود بهتر است دارو افزایش نیابد. البته بدیهی است که باید تلاش شود که در اسرع وقت دوز نگهدارنده تامین شود تا از ایجاد عوارض ترک و مصرف مجدد مواد جلوگیری شود، در غیر این صورت احتمال خروج بیمار از درمان زیاد است. در این موارد بهتر است خدمات روانشناختی قویتر شود. درکل باید دقت داشت که سطح خونی مناسب بعد از 5 تا 8 روز حاصل می‌شود

دوره تثبیت^{۲۰}:

در پایان فاز القا انتظار می‌رود که بیمار مصرف مواد غیرقانونی را کم یا قطع کرده باشد، هیچ علامت ترکی را تجربه نکند، عوارض جانبی کم داشته باشد یا اصلاً نداشته باشد، و وسوسه مصرف مواد نداشته باشد.

در این دوره هم احتمال تغییر دوز وجود دارد. ممکن است هر هفته 2 تا 4 میلی‌گرم دوز افزایش یابد. اکثر بیماران در دوز 12 تا 16 میلی‌گرم تثبیت می‌گردند، اما ممکن است دوز را تا 32 میلی‌گرم نیز افزایش داد. بهتر است تا پایان این دوره، بیمار را حداقل هفته ای یک بار ویزیت کرد، تا هم پذیرش^{۲۱} بیمار افزایش یابد، و هم احتمال لزوم افزایش دوز بررسی شود.

^{۱۸} subjective

^{۱۹} objective

^{۲۰} stabilization

^{۲۱} compliance

دوره نگهدارنده^{۲۲}:

در این دوره دوز درمانی بیمار مشخص شده و می‌توان تجویز دارو را با فاصله‌های بیشتر انجام داد. **مثلاً یک روز در میان، سه بار در هفته، هر 3 روز، هر 4 روز.** به این معنی که دوز روزانه بیمار تعیین می‌شود و بعد از آن مثلاً دوز دو روز به یک باره توسط بیمار مصرف می‌شود. **می‌توان دوز سه روز را هم یکجا خورد. نکته مهم اینکه:**

- 1- دوز دارو نباید بالای 32 میلی‌گرم برسد
- 2- باید توجه داشت که حداقل 30% بیماران این دوز را تحمل نمی‌کنند

علائم عدم تحمل شامل:
الف: افزایش وسوسه

ب: وجود آمدن علائم تدک

در این موارد باید سریعاً به دوز روزانه بازگشت.

دوز منزل^{۲۳}:

تجویز دوز منزل شرایطی توصیه می‌شود که شخص به ثبات رسیده باشد (ظرفیت لازم را برای باقی ماندن در درمان پیدا کرده باشد)

تجویز دوز منزل در مورد بوپرنورفین انعطاف بیشتری نسبت به متادون دارد.

During induction and early stabilization daily dosing is recommended.

در طول فاز القاء و ابتدای فاز تثبیت باید دار و بصورت روزانه تجویز شود
توصیه به این است که در صورت امکان و همکاری بیمار سیر ارائه داروی منزل در این روش هم مانند پروتکل MMT باشد

frequent contact with the patient increases the likelihood of compliance

فاکتور های موثر در ارائه سریعتر دوز منزل شامل:

- ۱ - میزان همکاری در درمان
- ۲ - داشتن حمایت اجتماعی مناسب

به عنوان مثال در دوره القاء هم می‌توان دوز منزل را شروع کرد. گفته می‌شود که در فاز القاء دوز منزل نباید برای بیشتر از 7 روز و در فاز تثبیت بیشتر از 30 روز تجویز گردد. مناسب نیست که دوز منزل برای بیش از یک هفته تجویز گردد

مسمومیت

احتمال کمتر است ولی وجود دارد. مصرف هم زمان الکل یا بنزو دی‌آزپین‌ها خطر را افزایش می‌دهد. از آنجا که بوپرنورفین به آسانی با آنتاگونیست نالوکسان جایگزین نمی‌شود باید از دوز های بالا (10 تا 30 برابر) استفاده شود و بهیچ عنوان نباید این مرحله درمان مسمومیت حذف گردد.

قطع بوپرنورفین:

در صورتی که به هر دلیلی (از جمله خواسته بیمار)، تصمیم به قطع بوپرنورفین گرفته شد، این کار باید به شکل تدریجی انجام بگیرد. اگرچه می‌توان قطع بوپرنورفین را به سرعت و در یک دوره سه روزه انجام داد (بهتر است در شکل بستری صورت پذیرد)، اما بهتر است تنها در موارد اورژانسی چنین اقدامی نمود، و در بقیه موارد با توجه به علائم ترک، با سرعت کمتری بوپرنورفین را قطع کرد.

روش کاهش دوز در BMT

روش کاهش دوز	دوز بوپرنورفین
هر 1 تا 2 هفته 4mg	بالای 16 mg
هر 1 تا 2 هفته 2 تا 4	8-16mg
هر 1 تا 2 هفته 2	2-8 mg
هر 1 تا 2 هفته 0.4 تا 0.8	کمتر از 2mg

عدم مراجعه (دوز فراموش شده):

معمولاً عدم مصرف بعد از 2 تا 3 روز با سندرم ترک خود را نشان می‌دهد.

۱ - اگر بیمار فقط یک رنژ مصرف نکرده است باید بدون تغییر وبا همان دوز قبلی دارو تجویز شود و دوز مصرف نشده نباید جایگزین شود

۲ - بالای سه روز باید از اول شروع کرد بخصوص اگر تست مثبت باشد

*بهترین تصمیم در این مورد بخصوص در صورت تکرار روزانه کردن بیمار است

ادامه درمان:

تعداد ویزیت:

در طی دوره تثبیت، باید حداقل هفته ای یک بار بیمار توسط پزشک ویزیت شود. هدف این است که میزان وفاداری بیمار به درمان سنجیده شود، و مشکلات درمان همراه با بیمار بررسی گردد. پس از این که دوز بیمار تثبیت شد، و آزمایش‌های بیمار، مصرف مواد مخدر را نشان نداد، می‌توان تعداد

^{۲۲} maintenance

^{۲۳} take home

ویزیتها را کاهش داد (از دو هفته یک بار، تا حداکثر ماهی یک بار). در طی ویزیت ها نکات مهمی همچون مصرف مواد در طی درمان، بیش مصرف، عوارض جانبی دارو و مسائل روانی و جسمی بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد.

آزمایشهای ادراری:

بهتر است حداقل هفته ای یک بار بیمار را از نظر مصرف مواد مخدر مورد آزمایش قرار داد. معمول-ترین راه، انجام تست ادراری مورفین است. در حال حاضر کیت های کاملی موجود است که مصرف انواع مواد مورد سوء مصرف را میسنجد. دقت کنید امکان زودتر دادن دوز منزل لزوما مساوی طولانی تر کردن آزمایشات نیست.

سایر آزمایش ها:

- ۱ - LFT پایه
- ۲ - LFT هر 6 ماه یکبار در بیماران معمولی و هر 3 ماه یکبار در بیماران HCV و مصرف کنندگان الکل

انتقال به درمان MMT

گاهی لازم است، شامل:

- ۱ - عدم تحمل دارو
- ۲ - پاسخ ناکافی به درمان BMT
- ۳ - عواض ناشی از تداخل با دیگر داروها (مثلا دردهای مکرر و نیاز به درمان با آگونیست های اپیویدی)

روش:

متادون باید بعد از 24 ساعت از آخرین مصرف بوپرنورفین شروع شود. حداکثر دوز 40 mg باشد البته بیمار در چند روز اول کمی شاکمی خواهد بود و باید با پاسخ بیمار دوز داروتنظیم شود

جدول راهنما:

دوز متادون	دوز بوپرنورفین
40 mg	8 mg
20 mg	4 mg
10 mg	2 mg

فصل سوم - موارد خاص در درمان با بوپرنورفین

3-1: بیماری همراه طی

میزان شیوع بیماری های عفونی، همچون ایدز و هپاتیت، در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد شایع - تر از جمعیت عادی است. این امر به دلیل شیوع بیشتر رفتارهای پرخطر، هم چون رفتار تزریقی، و نیز اثرات مستقیم مواد میباشد. بیماریهای دیگری هم چون اختلالات تشنجی، اندوکاردیت، لنفادم، نارسایی کلیه، ... نیز در این گروه شایعتر است. در هر مورد، باید توجهات خاص مربوط را مورد ملاحظه قرار داد. به عنوان مثال در بیماری که اندوکاردیت دارد، باید قبل از اقدامات دندانپزشکی، آنتی بیوتیک مناسب تجویز شود. در بیماری که هپاتیت دارد، باید بیشتر از تواتر معمول، تست های کبدی انجام شود. در بیمارانی که به دلیل بیماری های مختلف دارو استفاده می - کنند، باید از نظر تداخل های دارویی دقت لازم به عمل آید.

3-2: زنان حامله

درمان نگهدارنده با متادون، درمان انتخابی سوء مصرف مواد اپیویدی در زنان حامله است. اطمینان از امنیت بوپرنورفین برای درمان خانم حامله ثابت نشده، اگرچه در بعضی از مطالعات که بوپرنورفین با دوزهای مختلف (1/4 تا 24 میلی گرم در روز) تجویز شده، مشکل خاصی وجود نداشته است. در طبقه بندی FDA بوپرنورفین جزء گروه C طبقه بندی شده است. اگر بیماری حامله است، یا احتمال دارد که در طول درمان حامله شود، می بایست پزشک تصمیم بگیرد که آیا ادامه درمان با بوپرنورفین صحیح است یا نه. باید توجه داشت که تنها نوع خالص بوپرنورفین، و نه subuxone را در صورت اجبار برای درمان با بوپرنورفین در حاملگی، می توان مورد استفاده قرار داد.

3-3: نوزادان

در خون، ادرار، و مکنیوم نوزادانی که از مادران تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین به دنیا آمده اند، غلظت بالای بوپرنورفین و متابولیت های آن وجود دارد. در بعضی از مطالعات، تا نیمی

از این نوزادان دچار علائم ترک شده و نیاز به درمان داشته اند. اما علائم ترک در این مورد، نسبت به نوزادانی که از مادران تحت درمان با متادون متولد شده اند، شدت کمتری داشته است. علائم ترک ناشی از بوپرنورفین، معمولاً در عرض 2 روز اول زندگی ظاهر می‌شود، در روز سوم تا چهارم به اوج خود می‌رسد، و 5 تا 7 روز طول می‌کشد. در موارد نادری علائم ترک 6 تا 10 هفته طول کشیده است. برای درمان علائم ترک، از شربت پارگوریک استفاده می‌شود، که در ایران موجود نیست. داروهای دیگری مانند کلروپرومازین، فنوباربیتال، و بنزودیازپین ها برای تخفیف علائم ترک مورد استفاده قرار می‌گیرد.

3-4: شیردهی

بوپرنورفین در شیر مادر ترشح می‌شود، و به دلیل زیست‌دستیابی کم، نوزاد در معرض یک پنجم تا یک دهم دوز مصرفی مادر قرار می‌گیرد. در مطالعات محدودی که انجام شده است، میزان بوپرنورفین موجود در شیر مادر برای از بین بردن علائم ترک نوزادی کافی نیست. نیز قطع شیر مادر در این مطالعات، موجب ایجاد علائم ترک در نوزاد نشده است. با توجه به این مطالعات، به نظر می‌رسد مصرف بوپرنورفین در دوران شیردهی ممنوعیت نداشته باشد. با این حال، باید توجه داشت که مطالعات محدود است، و لازم است بررسی بیشتری انجام گیرد.

3-5: نوجوانان

استفاده از بوپرنورفین برای درمان اعتیاد به اپیونید در نوجوانان مطالعه نشده است. با این حال، عده‌ای معتقدند که بوپرنورفین، درمان انتخابی وابستگی به اپیونید در نوجوانان، که مدت وابستگی آنها کوتاه است، می‌باشد. به خصوص از این جهت که قطع آن ساده تر از متادون است، به نظر می‌رسد در این گروه بر متادون ترجیح داشته باشد. بنابراین، سم زدایی با بوپرنورفین، و ادامه درمان با نالتراکسون میتواند درمان مناسبی در نوجوانان باشد. در صورت عود پس از سم - زدایی، میتوان درمان نگهدارنده با بوپرنورفین را مد نظر قرار داد.

3-6: بیماری روان پزشکی همراه

در پژوهش‌های مختلف، آمار مختلفی در مورد میزان همراهی بیماری‌های روان‌پزشکی با سوء مصرف مواد ارائه شده است. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که برونر^{۲۴} و همکاران در سال 1997 بر 716 بیمار وابسته به مواد اپیونیدی انجام داده اند، 47% بیماران در طی زندگی خود دچار بیماری روان - پزشکی بوده‌اند. در بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، میزان افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، و وابستگی به الکل در بیماران وابسته به مواد اپیونیدی بیشتر از جمعیت عادی بوده است. عدم درمان بیماری‌های روان‌پزشکی همراه، موجب اختلال در درمان موثر و وابستگی به مواد افیونی می‌شود. به عنوان مثال، بیمارانی که دچار افسردگی هستند، احتمال بیشتری دارد که در طی دوره درمان، مواد غیرقانونی را مورد سوء مصرف قرار دهند. بنابراین مهم است که تشخیص بدهیم که علائم موجود، علائم بیماری اولیه یا علائم روان پزشکی هستند، یا ناشی از مصرف مواد مخدر می‌باشند. علائم بیماری اولیه با درمان با بوپرنورفین یا داروهای دیگر وابستگی به مواد افیونی، از بین نمی‌رود و نیاز به درمان جداگانه دارد. در ابتدا مهم است که علائم مهمی هم چون افکار خودکشی، دیگرکشی^{۲۵}، و علائم حاد سایکوز را تشخیص دهیم. این بیماران را می‌بایست از نظر نیاز به بستری، برای حفاظت از خود بیمار یا اعضای خانواده مورد بررسی قرار داد. نباید بوپرنورفین را در اختیار بیماری با افکار خودکشی قرار داد. در صورت عدم نیاز به بستری، باید هم‌زمان با بوپرنورفین، درمان اختلال روان‌پزشکی شروع شود.

3-7: سوء مصرف چند ماده به طور هم‌زمان

در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد اپیونیدی، مصرف هم‌زمان مواد دیگر شایع است. درمان با بوپرنورفین لزوماً باعث کاهش مصرف مواد دیگر نمی‌شود، و بهتر است مراقبت لازم از جهت درمان مواد دیگر انجام گیرد. ضمن این که در افرادی که الکل، و داروهای خواب آور و آرامبخش (مانند بنزودیازپین‌ها) را مورد سوء مصرف قرار می‌دهند، به دلیل خطر مسمومیت، بهتر است بوپرنورفین با احتیاط فراوان تجویز شود.

3-8: درمان درد همراه

بیمار مبتلا به سوء مصرف مواد که تحت درمان با بوپرنورفین قرار می‌گیرد، ممکن است به دلایل طبی یا جراحی دچار درد شود. اگرچه بوپرنورفین، خواص ضد درد قوی دارد، اما به شکلی که در درمان وابستگی مواد مورد استفاده قرار می‌گیرد، یعنی تجویز یک بار در روز، برای درد مناسب نیست. ضمن این که شروع اثر ضد درد بوپرنورفین، برای درمان دردهای حاد مناسب نمی‌باشد. بنابراین در بیمارانی که تحت درمان با بوپرنورفین هستند، برای تخفیف درد می‌بایست از داروهای ضد درد غیر اپیونیدی استفاده شود. در صورتی که این داروها در تخفیف درد موثر نباشند، درمان‌های معمول تخفیف درد انجام می‌پذیرد. به عنوان مثال، در بیماری که تحت جراحی قرار گرفته، از مورفین استفاده می‌شود. ولی باید توجه داشت که در این بیماران لازم است درمان با بوپرنورفین قطع شود. از آنجا که مدتی طول می‌کشد تا بوپرنورفین به طور کامل از بدن خارج شود، احتمالاً در ابتدا مقادیر بالاتر داروهای ضد درد اپیونیدی مورد نیاز خواهد بود، و به تدریج با خروج کامل بوپرنورفین از بدن، میزان نیاز به این داروها کاهش خواهد یافت. بیمارانی که به دلیل بیماری مزمن، نیاز به درمان طولانی مدت با داروهای اپیونیدی دارند، کاندید مناسبی برای درمان با بوپرنورفین نیستند، و متادون نگهدارنده درمان انتخابی آنان می‌باشد.

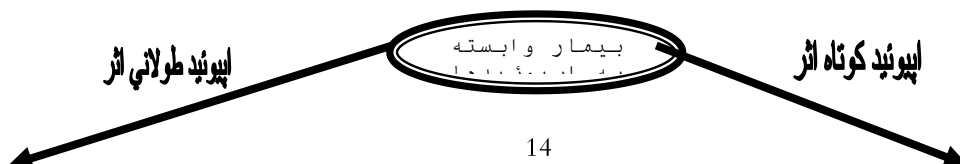
^{۲۴} Brooner

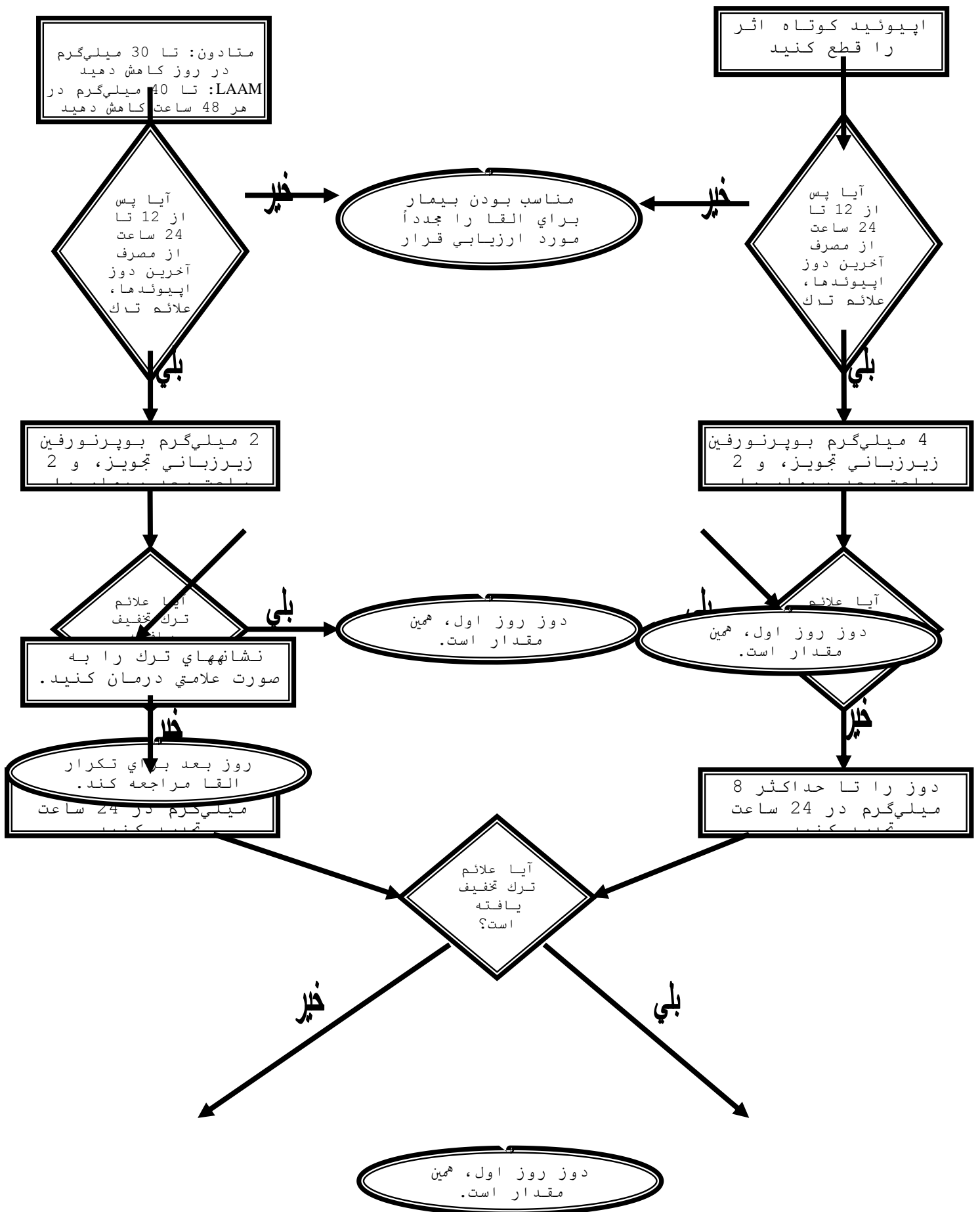
^{۲۵} homicidal

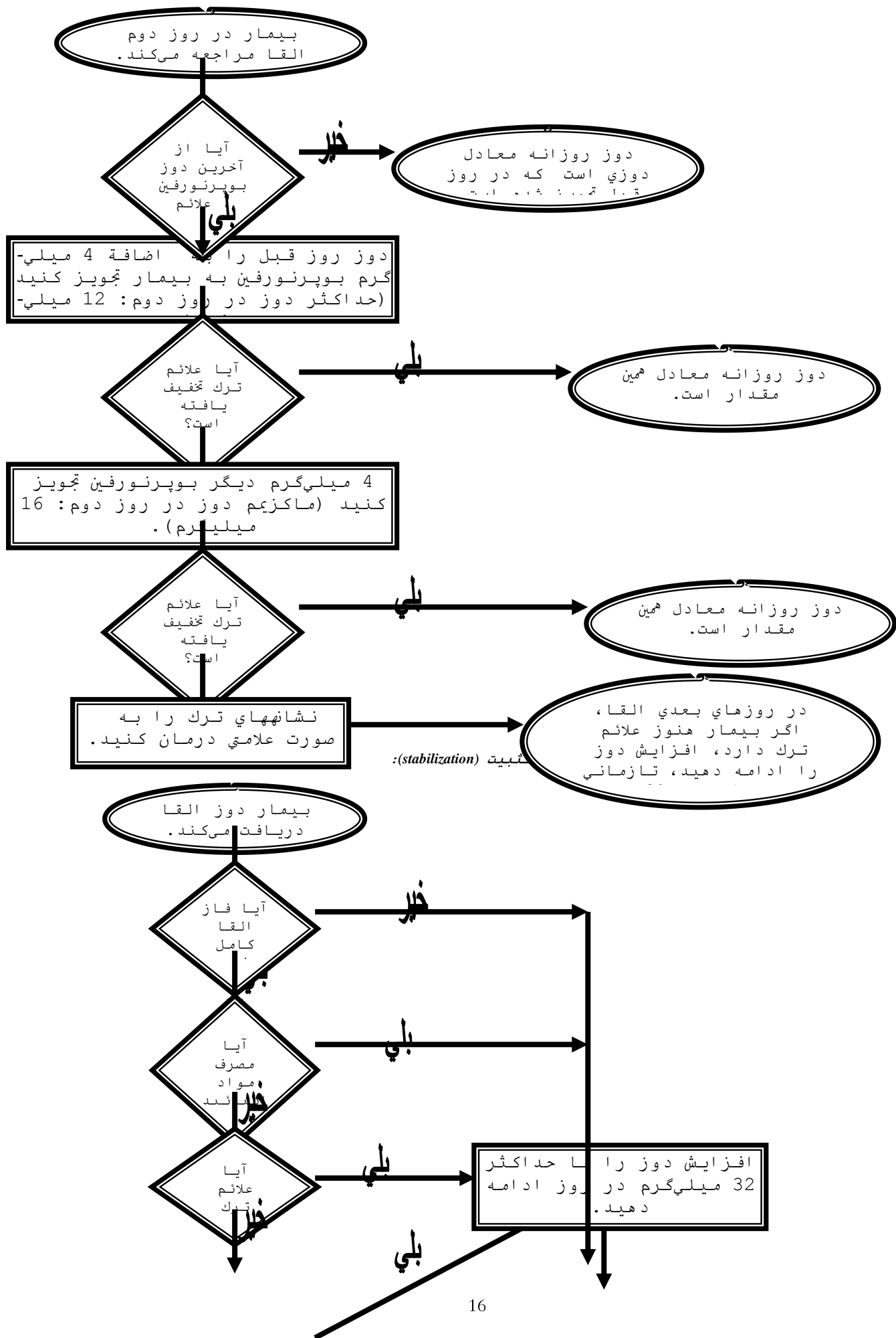
بیماران وابسته ای که بویره نورفین استفاده کرده اند:

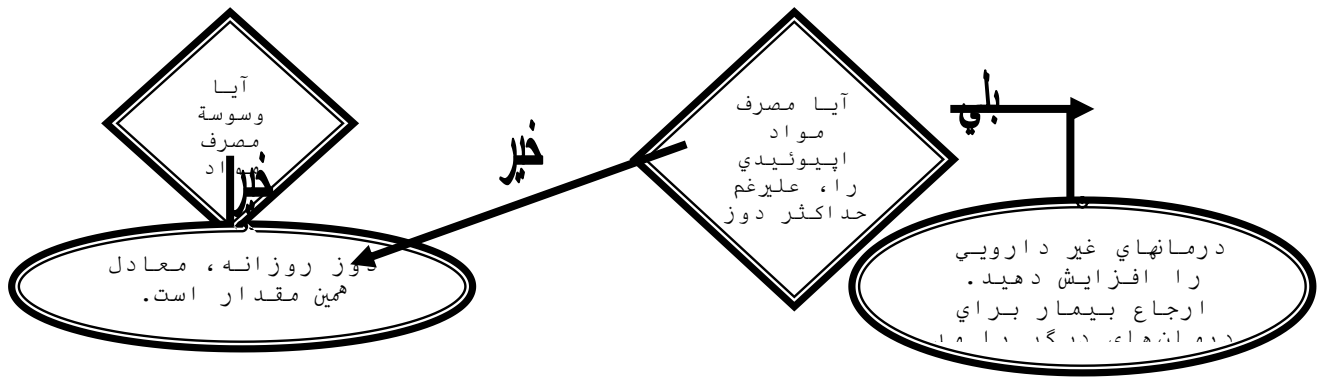
- 1- دادن اطمینان به بیمار که علائم ترک در 3 تا 6 ساعت آینده کم می شود
- 2- درمان علامتی شروع شود (پروتکل کلونیدین)
- 3- اگر علائم خیلی شدید بود از روش های دیگر استفاد کنید
- 4- دوز دارو را بهیچ عنوان افزایش ندهید

درمان نگهدارنده با بویرنورفین
فاز القا- روز اول



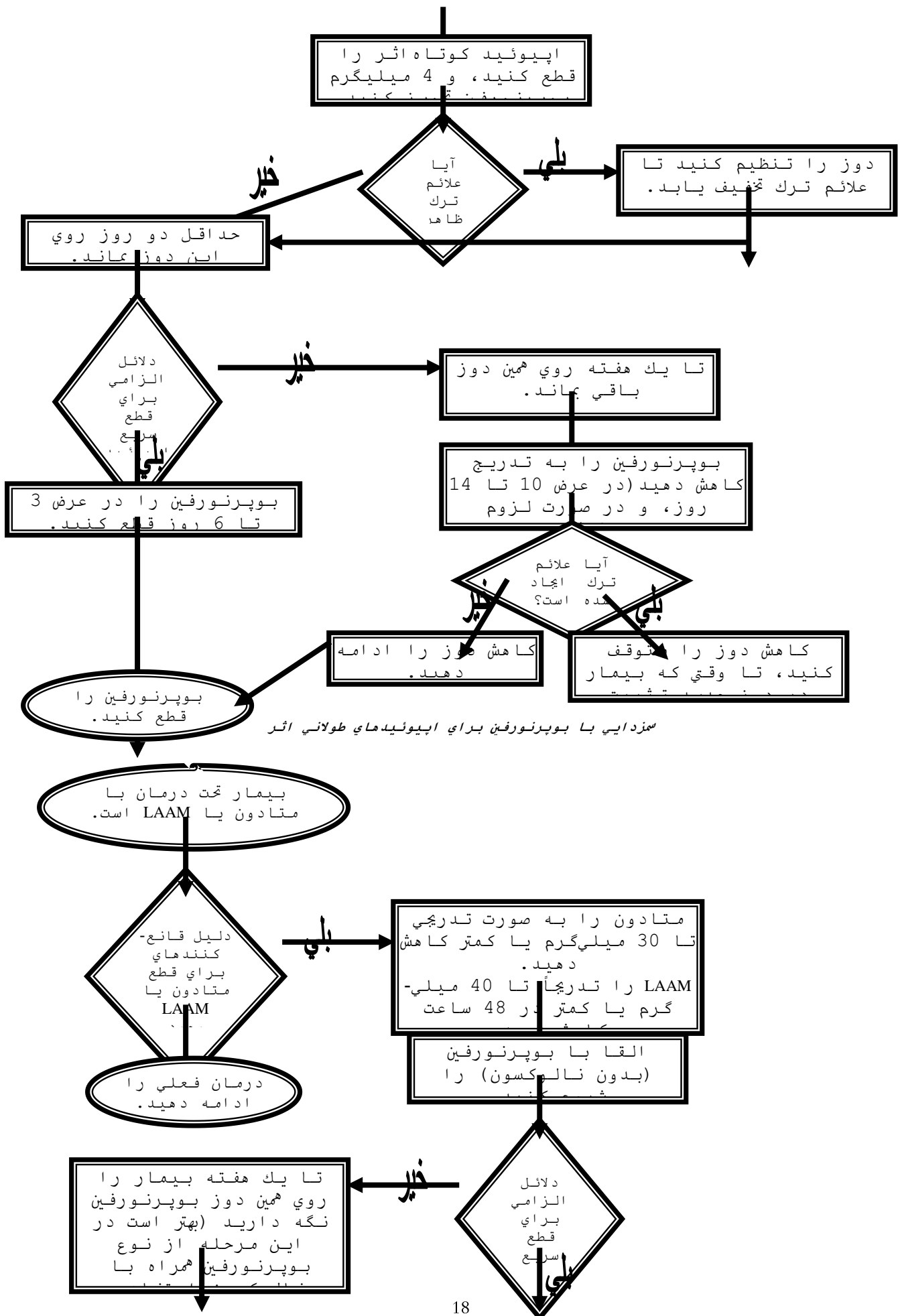




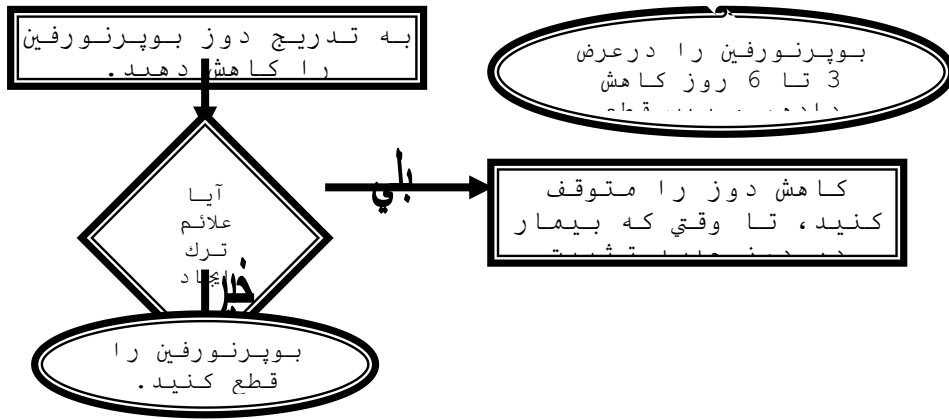


همزمانی با بوپرنورفین برای اپیوئیدهای کوتاه اثر

بیمار وابسته به اپیوئیدهای کوتاه اثر است.



سزدایی با بوپرنورفین برای اپیونیدهای طولانی اثر



فرمهای درمان با بوپرنورفین

فرم شماره 1 - تعهدنامه درمان

تاریخ

.....

اینجانب
فرزند..... شماره شناسنامه به نشانی
و شماره تلفن

.....
.....

..... که از تاریخ
..... تحت درمان سوء مصرف مواد افیونی در مرکز
درمانی قرار گرفته ام، متعهد
می شوم تمام مواردی که در 8 بند ذیل ذکر شده را کاملاً رعایت کنم. در صورت نقض هر یک از
موارد، مرکز مجاز خواهد بود بر اساس قوانین و رای کمیسیون درمانی با من برخورد کند و
مسئولیت هرگونه برخورد قانونی و اخراج از درمان بر عهده اینجانب خواهد بود.

1. مرجع تصمیم گیرنده در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو، اعضای گروه درمانی کلینیک
(شامل روانپزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر پرسنل درمانی درمانگاه) می باشد و
پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر از مسئولین گروه
اطلاعرسانی و خودیاری) یا سایر افراد ارائه شود، غیر مجاز و خطرناک خواهد بود.
2. مراجعه به درمانگاه جهت گرفتن وقت پذیرش، ویزیت های پزشکی، شرکت در جلسات روان درمانی
(شامل گروه درمانی، روان درمانی فردی و خانوادگی)، اطلاعرسانی، خودیاری، آزمایش خون و
ادرار، گرفتن یا خوردن دارو یا سایر مداخلات درمانی مستلزم رعایت انضباط، نظم و
ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.
3. رعایت بهداشت و پاکیزگی درمانگاه الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب
دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای درمانگاه ممنوع است.
4. هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با پرسنل درمانگاه یا سایر بیماران ممنوع است و با
متخلفین برخورد خواهد شد.
5. خرید و فروش بوپرنورفین، هر نوع دارو، هرگونه مواد مخدر، هر نوع ماده شیمیایی یا
اجناس دیگر در درمانگاه و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج
از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.
6. ایجاد هرگونه مزاحمت برای پرسنل درمانگاه، بیماران و خانواده ها یا همراهان غیرمجاز بوده
و با متخلف برابر قوانین برخورد خواهد شد.
7. هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار پرسنل درمانگاه یا سایر
بیماران می بایست کتیباً به مسئول فنی مرکز ارائه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این
شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.
8. ارائه هرگونه اطلاعات غلط، ابهام انگیز و بدون مشورت با واحد اطلاعرسانی، ارائه توصیه
درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده های
بیماران یا سایر مراجعان درمانگاه به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن

خطرات جسمی- روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

نام و نام خانوادگی مراجع

امضاء

فرم شماره 2
فرم اطلاعات پایه

نام و نام خانوادگی
فرزند
آدرس
.....
.....
تلفن تماس
تاریخ مصاحبه
مصاحبه کننده
سمت

میخواهم از شما چند سؤال عمومی بپرسم. همچنین یادآوری میکنم که کلیه اطلاعاتی که به من می‌دهید کاملاً محرمانه خواهد ماند.

اطلاعات دموگرافیک

1. جنس: 1. مذکر 2. مؤنث
2. چند سال دارید؟
3. وضعیت کنونی زناشویی شما چگونه است؟
 1. در حال حاضر متاهل هستم.
 2. متارکه کرده‌ام (ولی هنوز طلاق نگرفته‌ام و متاهل هستم).
 3. بیوه هستم (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).
 4. طلاق گرفته‌ام (در حال حاضر نیز ازدواج نکرده‌ام).
 5. هیچگاه ازدواج نکرده‌ام.
4. وضعیت سکونت شما در حال حاضر چگونه است؟
 1. در منزل شخصی خود (یا منزلی که متعلق به خانواده‌ام است)
 2. خانه یا آپارتمان اجاره‌ای
 3. مکان ثابتی ندارم
 4. سایر موارد (مشخص کنید).....
5. وضعیت شغلی شما در طی سه ماه اخیر چگونه بوده است؟
 1. تمام وقت (حداقل 5 روز کار در هفته، روزی 8 ساعت)
 2. پاره وقت منظم
 3. پاره وقت نامنظم
 4. محصل (و طلبه، دانشجوی، سرباز)
 5. خانه‌دار
 6. بازنشسته، ازکار افتاده یا مستمری بگیر
 7. دارای درآمد بدون کار
 8. بیکار
6. میزان تحصیلات
 1. بی‌سواد
 2. ابتدایی
 3. راهنمایی
 4. دبیرستان
 5. تحصیلات عالی

تاریخچه مصرف و درمان مواد افیونی

۱. هنگامی که برای اولین بار از مواد افیونی غیر مجاز (مانند هروئین، تریاک، شیره، مورفین، کدئین، بوپرنورفین) استفاده کردید، چند ساله بودید؟
 ۲. از چند سال پیش مصرف مواد در شما به شکل مصرف هر روزه یا اعتیاد در آمد؟

۳. در چه سنی مصرف تزریقی مواد را شروع کردید؟

۴. مصرف انواع مختلف مواد در ماه گذشته و طول عمر و راه مصرف:

راه مصرف (طبق کدهای ذکر شده در پایین جدول)	مصرف در طی عمر (سال)	تعداد روزهای مصرف در ماه گذشته	سن شروع	نوع ماده
				4.1 سیگار
				4.2 حشیش
				4.3 الکل
				4.4 تریاک
				4.5 هروئین
				4.6 شیره
				4.7 کوکائین
				4.8 مواد توهم زا
				4.9 مواد استنشاقی
				4.10 آمفتامین‌ها
				4.11 داروهای آرام‌بخش
				4.12 استروئیدهای آنابولیک
				4.13 متادون غیرقانونی
				4.14 بیش از یک ماده در روز

راه مصرف:

خوراکی = 1 / مشامی = 2 / تدخین = 3 / تزریق غیر وریدی = 4 / تزریق وریدی = 5 / هیچ وقت استفاده نکرده = 9.

۵. در ماه گذشته هزینه مواد مخدر شما به طور متوسط روزانه چقدر بوده است؟

تاریخچه اقدامات درمانی/ قضایی

۱. تا به حال چند بار اقدام به درمان اعتیاد داشته‌اید؟
بار
۲. چه روش‌هایی برای درمان طی شما استفاده شده است؟
 - با داروی شناخته شده تحت نظارت پزشک
 - با داروی شناخته شده بدون نظارت پزشک
 - بار
 - با داروی دست‌ساز
 - سایر موارد
۳. طولانی‌ترین زمانی که از مصرف ماده مخدر دور بوده‌اید، چه مدت بوده است؟
۴. دلیل مصرف دوباره مواد چه بوده است؟
۵. دلیل اقدام به درمان در وضعیت فعلی چیست؟
۶. آیا سابقه بیماری روانپزشکی یا مصرف داروهای روانپزشکی دارید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۷. آیا از بیماری مزمن طی که با زندگی معمول شما تداخل داشته باشد، رنج می‌برید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۸. آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۹. آیا به دارویی حساسیت دارید؟
خیر
بلی مشخص کنید.....
۱۰. آیا سابقه زندان یا بازداشت دارید؟
خیر
بلی مشخص کنید چند بار.....
چه مدت
علت بازداشت یا زندانی شدن

دستور العمل فرم شماره 2 (فرم اطلاعات پایه)

- این فرم تنها يك بار در بدو پذیرش بیمار تکمیل می‌گردد.
- مسئول تکمیل این فرم، پزشک یا روانشناس می‌باشد.
- در صفحه اول مشخصات بیمار نوشته می‌شود، از آنجا که جلب اطمینان بیمار به سیستم درمانی نیازمند زمان است، بهتر است برای اخذ اطلاعاتی همچون آدرس و شماره تلفن، بیمار را تحت فشار قرار نداد.
- در صفحه دوم جنس، سن، وضعیت تأهل، و وضعیت محل سکونت در سئوال‌های يك تا چهار مشخص می‌شود. در سئوال پنجم وضعیت شغلی بیمار تعیین می‌گردد. به این ترتیب که اگر در طول هفته، حداقل 5 روز و روزي 8 ساعت کار می‌کند، شغل او تمام وقت در نظر گرفته می‌شود. اگر مدت کار از این میزان کمتر اما منظم باشد، مثلاً دو روز مشخص در هفته کار می‌کند، پاره‌وقت منظم، و اگر ساعات کاری پراکنده و نامشخص است، پاره وقت نامنظم در نظر گرفته می‌شود. در صورتی که بیمار کار نمی‌کند اما دارای درآمد است، مثلاً هر ماه پول اجاره مغازه‌ای را دریافت می‌کند، مورد هفتم علامت گذاری می‌شود.
- در سئوال ششم در صفحه دوم، میزان تحصیلات بیمار قید می‌گردد. در صورتی که بیمار تحصیلات دانشگاهی داشته باشد، قسمت تحصیلات عالی علامت گذاری می‌شود.
- در صفحه سوم تاریخچه مصرف مواد افیونی پرسیده می‌شود. در سئوال اول منظور اولین سن مصرف مواد افیونی است، بنابراین اگر اولین مصرف بیمار حشیش باشد در این قسمت درج خواهد شد. بلکه موادی همچون تریاک، هروئین، شیره، مورفین، کدئین، و بوپرنورفین مورد نظر قرار خواهد گرفت. در سئوال چهارم این قسمت که به شکل جدول طراحی شده است در مورد مصرف یکایک مواد و سن شروع مصرف سئوال می‌شود. نیز مشخص می‌شود که در طی ماه گذشته هر ماده چند روز مورد مصرف قرار گرفته است، و بیمار در مجموع چند سال از عمر خود را به مصرف آن ماده گذرانده است. در ستون آخر راه مصرف هر ماده با کد گذاری مشخص می‌شود. به این ترتیب که در صورت مصرف ماده به صورت خوراکی (مانند الکل) عدد يك، مصرف مشامی (مانند حشیش) عدد 2، تدخین (مانند سیگار) عدد 3، تزریق غیروریدی (مانند استروئیدهای آنابولیک) عدد 4 و تزریق وریدی (مانند هروئین) عدد 5 در جدول وارد می‌شود. در صورتی که آن ماده اصلاً مورد استفاده قرار نگرفته باشد (و در نتیجه راه مصرفی وجود ندارد) عدد 9 نوشته می‌شود.
- در صفحه چهارم تعداد موارد اقدام به درمان (چه به صورت خود درمانی و چه تحت نظر پزشک) در سئوال اول و نوع درمان انجام شده در سئوال دوم ذکر می‌شود. سئوال‌های 3، 4 و 5 راجع به حداکثر مدت باقی ماندن در ترک، علت عود مصرف، و انگیزه فعلی برای درمان می‌باشد. در سئوال‌های بعدی سابقه بیماری روانپزشکی، طبی، مصرف دارو و حساسیت دارویی تعیین می‌گردد. آخرین سئوال مربوط به سابقه زندانی شدن یا بازداشت بیمار، مدت در زندان یا بازداشت ماندن، و دلیل آن است. مجدداً تأکید می‌شود که با توجه به این که این پرسشنامه در اولین ویزیت بیمار اخذ می‌گردد، و ممکن است بیمار هنوز به سیستم درمانی اعتماد کامل نداشته باشد، لزومی نیست که بیمار برای پاسخگویی تحت فشار گذاشته شود.

فرم شماره 3

Maudsley Addiction Profile

الف. اطلاعات کلی

نام خانوادگی
نام مصاحبه‌گر
نام درمانگاه
تاریخ مصاحبه روز ماه سال

ب. سوء مصرف مواد

روزهای مصرف 30 روز گذشته	میزان مصرف در یک روز معمولی	طریقه مصرف	در
			1. تریاک
			2. هروئین
			3. حشیش
			4. کدئین
			5. آمفتامین‌ها (شامل اکستیزی)
			6. بنزودیازپین‌ها
			7. الکل
			8. مواد دیگر (مشخص کنید)
			9. آیا در ماه گذشته، بیش‌مصرف مواد (overdose) داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، چند بار؟
	بله	نه	

پ. رفتارهای پرخطر

1. در عرض 30 روز گذشته، چند روز تزریق مواد داشته‌اید؟
2. در عرض 30 روز گذشته، در یک روز معمولی چند بار تزریق داشته‌اید؟
3. در عرض 30 روز گذشته، چند بار با وسایل تزریقی که قبلاً فرد دیگری از آن استفاده کرده بود، (سرنگ، سوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب) تزریق داشته‌اید؟
4. در عرض 30 روز گذشته، چند بار ارتباط جنسی بدون کاندوم داشته‌اید؟
5. در عرض 30 روز گذشته، چند بار ارتباط جنسی با استفاده از کاندوم یا بدون استفاده از آن داشته‌اید؟

ت. سلامتی

ت1. سلامت جسمی

در 30 روز گذشته، هر چند وقت یکبار هر یک از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

هرگز به ندرت	گاهی اوقات اغلب	همیشه	0	1	2	3	4
							الف. بی‌اشتهایی
							ب. خستگی / ضعف
							ج. تهوع
							د. درد معده
							ه. تنفس مشکل
							و. درد قفسه سینه
							ز. درد مفاصل / استخوان
							ح. درد ماهیچه
							ط. کرخنی / مورمور شدن
							ی. لرزش

ت2. سلامت روانی

در 30 روز گذشته، هر چند وقت یکبار هر یک از تجربیات یا احساسات زیر را داشته‌اید؟

هرگز به ندرت	گاهی اوقات اغلب همیشه
0	1
1	2
2	3
3	4

- الف. احساس تنش
- ب. وحشت زدگی بدون دلیل
- ج. احساس نگرانی
- د. عصبانیت یا لرزش درونی
- ه. حمله‌های وحشت یا هول
- و. احساس نومییدی
- ز. احساس بی‌ارزشی
- ح. احساس بی‌علاقگی به همه چیز
- ط. احساس تنهایی
- ی. افکار خودکشی

ث. عملکرد فردی و اجتماعی

ارتباط‌های فردی

- ث1. در عرض 30 روز گذشته، چند روز با اعضای خانواده زندگی کرده‌اید؟
- ث2. در عرض 30 روز گذشته، چند بار با اعضای خانواده مشکل داشته‌اید؟

شغل

- ث6. در عرض 30 روز گذشته، چند روز حقوق گرفته‌اید؟
- ث7. در عرض 30 روز گذشته، چند روز را به خاطر بیماری یا غیبت غیرموجه سرکار نرفته‌اید؟
- ث8. در عرض 30 روز گذشته، چند روز بیکار بوده‌اید؟

جرم و جنایت

- ج1. آیا در عرض 30 روز گذشته، جرمی (فروش مواد، کلاهبرداری/ جعل اسناد، سرقت، خشونت، ...) انجام داده‌اید؟

بلی خیر

- ج2. در عرض 30 روز گذشته، در مجموع چند بار جرم مرتکب شده‌اید؟

دستور العمل فرم شماره 3 (MAP)

- این فرم در 12 هفته اول هر 4 هفته یک بار، و پس از آن در هفته‌های 24، 36 و 48 تکمیل می‌گردد.
- این فرم توسط پزشک یا روانشناس تکمیل می‌گردد.
- در قسمت اطلاعات کلی، می‌توان به جای نام بیمار، کدی را برای او در نظر گرفت و در تمام فرم‌ها از همین کد استفاده کرد.
- سپس تعیین می‌شود که در عرض 30 روز گذشته کدام یک از مواد ذکر شده در قسمت ب؛ و هر یک برای چند روز مورد سوء مصرف قرار گرفته، میزان مصرف در یک روز معمولی چقدر بوده و طریقه مصرف چگونه بوده است، هم چنین در صورتی که بیش مصرف (overdose) اتفاق افتاده باشد، در این قسمت ذکر می‌شود.
- در قسمت رفتارهای پرخطر تعیین می‌شود که آیا بیمار در طی ماه گذشته رفتار تزریقی یا تزریق مشترک یا ارتباط جنسی بدون کاندوم داشته است یا نه. مهم است که در مورد تزریق مشترک، تمام وسایل تزریق به تفکیک برای بیمار نام برده شوند.
- در بخش سلامتی علائم جسمی و روانی به تفکیک برای بیمار قرائت شده و تعیین می‌گردد کدام علائم را در ماه گذشته تجربه کرده و فراوانی تجربه علائم تا چه حد بوده است.
- در قسمت ارتباط‌های فردی مشخص می‌شود که بیمار در عرض ماه گذشته چند روز را با همسر یا اعضای خانواده خود زندگی کرده و چند روز را با آنها مشکل داشته است؟
- در قسمت شغل، تعداد روزهای غیبت بیمار از محل کار خود یا تعداد روزهای بیکاری تعیین می‌شود.
- در آخرین قسمت راجع به ارتکاب جرم در طی ماه گذشته از بیمار سؤال می‌شود.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

فرم شماره 4
فرم دستورات پزشک

تاریخ شروع درمان:

نام پزشک معالج:

نام بیمار:

تاریخ

نام پزشک معالج:	
نام بیمار:	
تاریخ	

دستور العمل فرم شماره 4 فرم دستورات پزشك

این فرم جهت ثبت اقدامات انجام گرفته توسط پزشك طراحی شده و مشابه پرونده های معمول بیماران در درمانگاه دولتی است. در بالای جدول نام پزشك معالج و تاریخ شروع درمان ثبت می گردد و در اولین ستون افقی نام بیمار نوشته می شود. سپس مشابه پرونده های معمولی در هر بار ویزیت، تاریخ و اقدامات انجام گرفته، داروی تجویز شده، عوارض جانبی و شکایات بیمار ثبت می گردد. نیز در صورتی که مشاوره با روان پزشك یا متخصص دیگری انجام شده، و نتیجه مشاوره نوشته می شود.

نام بیمار:	نوع درمان روانشناختی انجام شده و نظر روانشناس در مورد بیمار
تاریخ	

دستورالعمل فرم شماره 5 فرم روانشناس

این فرم جهت ثبت اقدامات انجام گرفته توسط روانشناس طراحی شده است. پس از درج نام بیمار، در هر بار ویزیت تاریخ معاینه ذکر شده و سپس نوع درمان انجام شده برای بیمار ثبت می‌گردد. مثلاً مشاوره فردی یا گروه درمانی. نیز نکات قابل ذکر در مورد بیمار، به عنوان مثال علائم روانی یا مکانیسم‌های دفاعی نوشته می‌شود.

مرکز درمان سوء مصرف مواد
فرم شماره 10

فرم

.....
درخواست بازنگری درمان

نام و نام خانوادگی بیمار:
پرونده :
ماه درمان:
آخرین تست مثبت:
درخواست بیمار:

شماره

تاریخ

تاریخ درخواست:

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

امضاء بیمار

نظریه تیم درمان

موافقت می شود

نتیجه :
نمی شود

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

ارجاع به :

-
-
-

سایر موارد

امضاء مسئول فنی مرکز

مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

دوره BMT

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ انجام آزمون / /

شماره پرونده:.....

تاریخ انجام آزمون / /

تاریخ آغاز درمان: / /

/ / تحویل برگه آموزشی :بلی

تاریخ خاتمه /انصراف از درمان: / /

تاریخ تحویل : / /

جدول مراجعات

نتیجه آزمون بیمار : پیش آزمون.

پدر

تاریخ انجام آ

خیر

تاریخ ارجاع به کلینیک

19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	زمان پس از شروع درمان نگهدارنده (روز)
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	تاریخ مراجعه اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده
				+		+		+		+		+	+	+	+	+	+	+	ویزیت پزشک
																			ویزیت روانشناس
																			ویزیت مددکار
																			ویزیت پرستار
																			گروه درمانی
																			مشاوره تلفنی
																			خانواده درمانی
																			پیگیری مراجعات بیمار
																			نتیجه تست مورفین (+ یا -)
																			آزمایشهای روتین (LFT و CBC)

