

مقایسه نتایج سم‌زدایی فوق سریع و جایگزینی متادون در عود وابستگان به مواد مخدر خودمعرف

حسین فرزام¹؛ خسرو فرهادی¹؛ منصور رضایی^{2*}؛ علیرضا طلوعی³

چکیده

زمینه: یک روش مرسوم سم‌زدایی، جایگزینی مخدر طولانی‌اثر به جای مخدر کوتاه‌اثر و سپس کاهش تدریجی آن است. روش جدیدتر، سم‌زدایی فوق سریع (UROD= ultra-rapid opioid detoxification) به کمک آنتاگونیست‌های مخدر تحت بیهوشی عمومی است. درباره نتایج این دو روش، نظرات مختلفی ابراز گردیده است. برای یافتن روش مؤثرتر، در مطالعه حاضر میزان موفقیت ترک در دو گروه در پیگیری یکساله مقایسه شده است.

روش‌ها: نمونه‌ها شامل 211 نفر بود که طی سال‌های 1384 و 1385 برای ترک اعتیاد به‌صورت خودمعرف به مرکز روانپزشکی فارابی کرمانشاه مراجعه کرده بودند. بیماران پس از غربال روانپزشکی و تأیید اعتیاد، تحت سم‌زدایی قرار می‌گرفتند. تعداد 110 نفر با روش UROD و 101 نفر به روش متادون، سم‌زدایی شدند. داده‌ها از پرونده‌های موجود و نیز طی تماس با بیمار یا بستگان اخذ گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و تی مستقل انجام شد. یافته‌ها: در پیگیری یک ساله، عود اعتیاد در گروه UROD، 35/7 درصد و در گروه دیگر 56/4 درصد بود (P=0/002). میانگین سنی بیماران عود یافته گروه UROD (27/95±5/2 سال) نسبت به جمعیت موفق در همان گروه (31/4±7/1 سال) جوان‌تر بودند (P=0/008).

نتیجه‌گیری: شانس موفقیت سم‌زدایی و ترک موفق اعتیاد در روش UROD بیشتر است و بیماران جوان‌تر، احتمال عود بیشتری دارند. پیشنهاد می‌شود که این دو روش در یک مطالعه آینده‌نگر با همسان‌سازی دو گروه از نظر سنی و در نظر داشتن مدت مصرف مخدر مورد مقایسه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: سم‌زدایی فوق سریع، جایگزینی متادون، عود، خودمعرف

«دریافت: 1388/8/20 پذیرش: 1389/1/31»

1. گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

2. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

3. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید شیروودی، خیابان دانشگاه، دانشکده پزشکی، تلفن: 0831-4274618

Email: mrezaei@kums.ac.ir

مقدمه

رفتارهای غیرقابل کنترل برای مصرف مجدد دارو می‌شود (1).

اولین اقدام درمان اعتیاد به مخدر، سم‌زدایی است (2). یک روش مرسوم سم‌زدایی، جایگزین کردن مخدر طولانی‌اثر متادون به جای مخدر کوتاه‌اثر-مانند هروئین- و سپس کاهش تدریجی آن است. روش جدیدتر،

وابستگی به مواد مخدر (opiate dependence) یک بیماری جسمی یا اختلال سیستم عصبی مرکزی است که در اثر مصرف مزمن مخدر ایجاد می‌شود. اعتیاد دارویی (Drug addiction) یک اختلال مغزی مزمن عودکننده است که در آن تغییرات نوروبیولوژیک، منجر به

اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران، نوع ماده مصرفی، روش سم‌زدایی و عود احتمالی بیماری در فرم پرسشنامه ثبت گردید. به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر، طول مدت اعتیاد کنترل شد. مدت زمان پیگیری در این مطالعه، یکسال از شروع سم‌زدایی بود. عود مجدد به مواردی گفته می‌شد که پس از منفی شدن تست opium مجدداً به اعتیاد روی آورده بودند.

تأیید اعتیاد مجدد نیز با تست ادرار بود و موارد مشکوک با تست اختصاصی‌تر thin layer chromatography (TLC) تأیید یا رد می‌شد. لازم به ذکر است که تأیید آزمایشگاهی اعتیاد مجدد در همه موارد امکان‌پذیر نبود. اطلاعات مورد نیاز از پرونده‌های موجود و نیز طی تماس با خود بیمار یا بستگان درجه یک آن‌ها اخذ می‌گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش 12 و آزمون‌های آماری مجذور کای برای متغیرهای کیفی و t مستقل برای میانگین صفات کمی و لون برای واریانس صفات کمی انجام شد.

یافته‌ها

همه بیماران دو گروه مرد بودند. میانگین سنی گروه UROD (گروه یک) $30/2 \pm 6/7$ سال و گروه متادون (گروه 2) $36/2 \pm 10/1$ سال بود ($P=0/001$). از نظر توزیع سنی، 54/5 درصد از گروه یک زیر 30 سال بودند. این رقم در مورد گروه دو 36/7 درصد است که اختلاف معناداری را نشان می‌دهد ($P=0/001$) (جدول 1).

از نظر نوع ماده مصرفی، بیماران به‌طور کلی به سه نوع مخدر هروئین-تریاک و بوپرنورفین (buprenorphine) اعتیاد داشتند. در گروه یک، 29/5 درصد بیماران معتاد به تریاک بودند که نسبت به گروه دیگر با 65/3 درصد اختلاف معناداری داشت ($P=0/001$) (جدول 1).

در پیگیری یکساله، عود اعتیاد در گروه اول 35/7 درصد و در گروه دوم 56/4 درصد بود که اختلاف آن‌ها معنادار است ($P=0/002$) (جدول 1).

سم‌زدایی فوق سریع به کمک آنتاگونیست‌های مخدر است. آنتاگونیست‌های مخدر که در این روش با دوز بالا به کار می‌رود موجب بروز حاد علائم فیزیکی ترک می‌شود. لذا برای پرهیز از این علائم، سم‌زدایی تحت بیهوشی عمومی انجام می‌گیرد (3).

درباره نتایج این دو روش و میزان ترک (Abstinence rate) حاصل از آن‌ها نظرات مختلفی ابراز گردیده است. برخی محققین فقط یک روش را مورد بررسی قرار داده‌اند و میزان موفقیت UROD را از 68-93 درصد ذکر کرده‌اند (4 و 5).

برخی دیگر هر دو روش را به شکل مقایسه‌ای بررسی نموده‌اند. در یک تحقیق موفقیت UROD، 67 درصد و متادون 33 درصد گزارش شد (6). در مقاله دیگری روش متادون (42%) موفق‌تر از UROD (22%) بوده است (7). محقق در سال 2003 نتیجه گرفت که در کوتاه‌مدت، روش UROD بسیار موفق‌تر است (8).

برای یافتن روش مؤثرتر، در این مطالعه میزان موفقیت ترک در دو گروه سم‌زدایی فوق سریع و جایگزینی متادون در پیگیری یکساله مقایسه شده است.

مواد و روش‌ها

نمونه‌های این مطالعه تحلیلی مقطعی، کلیه بیماران بودند که طی سال‌های 1384 و 1385 برای ترک اعتیاد به‌صورت خودمعرف به مرکز روانپزشکی فارابی کرمانشاه مراجعه کرده بودند. بیماران پس از ویزیت اولیه و غربال روانپزشکی توسط روانپزشک، برای رد سایکوز حاد و نیز پس از تأیید اعتیاد توسط تست ادرار استاندارد، تحت سم‌زدایی قرار می‌گرفتند. از تعداد 211 نفری که به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند 110 نفر آنان به روش UROD (گروه 1) و 101 نفر دیگر به روش متادون (گروه 2) سم‌زدایی شده بودند. هر دو گروه بیماران پس از سم‌زدایی کامل، تحت درمان نگه‌دارنده نالتراکسون (Naltrexone) روزانه قرار گرفته بودند.

جدول 1- توزیع مشخصات بیماران و نتایج سم‌زدایی در دو گروه مورد بررسی

مقدار P	کل		UROD		متادون		مشخصات
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/001	46/5	99	29/5	33	65/3	66	تریاک
	22/5	48	22/3	25	22/8	23	ماده مصرفی اولیه هروئین
	31	66	48/2	54	11/9	12	بوپرنورفین
0/002	45/5	97	35/7	40	56/4	57	بلی
	54/5	116	64/3	72	43/6	44	عود خبر
0/001	45/0	95	54/5	60	36/7	35	<30
	32/7	69	38/2	42	26/7	27	30-39 سن (سال)
	22/3	47	7/3	8			≥40
	100	211	100	110	100	101	جمع

می‌تواند مانع از مراجعه آنان به مراکز رسمی برای ترک اعتیاد باشد. البته در مطالعات خارج از ایران نیز نسبت جمعیتی مردان معتاد بیشتر از زنان گزارش شده است (12).

در پیگیری یکساله ما عود اعتیاد در گروه UORD کم‌تر بود. میزان ترک در تحقیقات مختلف، تفاوت زیادی دارد این میزان در مورد UORD از 93 درصد در پیگیری یک‌ماهه (4) تا 22 درصد در پیگیری 18 ماهه ذکر شده است (7). در مطالعه رابینوویتز (Rabinowitz) 57 درصد از 113 بیمار UORD پس از 12 ماه هنوز در ترک بوده‌اند (13) و از 510 بیماری که توسط برور (Brewer) و همکاران سم‌زدایی فوق‌سریع شدند، 76 درصد بعد از 14 ماه عود نداشته‌اند (14). در بیشتر موارد می‌توان رابطه معکوسی را بین مدت پیگیری و میزان موفقیت مشاهده کرد.

مقایسه هم‌زمان دو روش متادون و UORD به‌طور هم‌زمان نیز گزارش شده است. در مورد برتری یک روش بر دیگری از جهت میزان ترک، اختلاف نظر وجود دارد. در یک تحقیق موفقیت UORD، 67 درصد و متادون 33 درصد گزارش شده است (6). در مقاله دیگری روش

از کل بیماران عود کرده، 39/4 درصد تریاک، 62/5 درصد هروئین و 42/4 درصد بوپرنورفین مصرف کرده بودند که اختلاف آن‌ها معنادار است (P=0/026).

میانگین سنی بیماران عود یافته گروه اول $27/95 \pm 5/2$ سال بود که نسبت به جمعیت موفق (عودنیافته) همان گروه با $31/4 \pm 7/1$ سال جوان‌تر هستند (P=0/008). میانگین سنی بیماران عود یافته گروه دوم $36/2 \pm 10/5$ سال است که نسبت به جمعیت موفق همان گروه با $36/3 \pm 9/7$ سال تفاوت معناداری ندارد (P=0/967).

بحث

ترک اعتیاد به دو روش متادون و UORD در ایران شایع است. در این میان روش UORD دارای خطر و هزینه بیشتری است (9). از طرفی مفیدتر بودن آن نسبت به روش‌های قدیمی‌تر در برخی مطالعات مورد شک است (10).

در مطالعه حاضر تمامی بیماران مراجعه‌کننده مرد بودند. این مسأله البته قابل پیش‌بینی بود زیرا درصد معتادین مرد در ایران بسیار بیشتر از زنان است (11). همچنین قبح زیاد اعتیاد زنان و پنهان‌کاری شدید،

اجتماعی بهتری دارند و این مسأله از عوامل مهمی است که اثر مثبت دارد (16).

پذیرفتن خطرات بیهوشی طولانی‌مدت در UROD می‌تواند بر انگیزش قوی فرد برای ترک دلالت کند.

میانگین سنی بیماران عود یافته در گروه یک کم‌تر از بیماران موفق بوده است در حالی که در گروه دوم چنین تفاوتی دیده نمی‌شود. در مقالات بررسی شده به اثر مستقیم سن بیمار بر شانس موفقیت در روش متادون اشاره شده است (16). اما در UROD چنین رابطه‌ای ذکر نگردیده است.

در مجموع دو گروه، مصرف‌کنندگان هروئین، عود بیشتری را تجربه کرده‌اند که از نظر آماری قابل توجه است لذا تأثیر داروی مصرفی بر موفقیت در ترک را در مطالعه‌ای دیگر می‌توان بررسی کرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس این مطالعه، شانس موفقیت سم‌زدایی و ترک موفق اعتیاد در روش UROD بیشتر از روش متادون است و بیماران جوان‌تر احتمال عود بیشتری دارند. پیشنهاد می‌شود که این دو روش در یک مطالعه آینده‌نگر با همسان‌سازی دو گروه از نظر سنی و در نظر داشتن مدت مصرف مخدر مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از روانپزشکان، کارشناسان روانشناسی و پرسنل محترم بیمارستان فارابی کرمانشاه که در این تحقیق ما را صمیمانه یاری کردند، قدردانی می‌کنیم.

متادون (42%) موفق‌تر از UORD (22%) بوده است (7). محقق در سال 2003 نتیجه گرفت که در کوتاه‌مدت روش UROD بسیار موفق‌تر است (8). کوری (Currie) و همکاران در مطالعه‌ای 47 مورد UROD و 33 مورد متادون تراپی را به مدت 12 ماه تحت پیگیری قرار داده و نتیجه گرفتند که UORD مؤثرتر، قابل پذیرش و از نظر هزینه-فایده مفیدتر است (15). تفاوت فاحش در ارقام گفته شده ممکن است دلایل زیادی داشته باشد. از جمله متفاوت بودن جمعیت‌های مورد مطالعه از نظر سن، ماده مصرفی، مدت زمان مصرف، وضعیت تأهل، ویژگی‌های شخصیتی، بیماری‌های همراه، بیکاری و بزهکاری بر نتایج مؤثر است (16).

میانگین سنی گروه یک (30/16 سال) کم‌تر از گروه دو (36/25 سال) بود. یک علت آن ممکن است این باشد که به واسطه ریسک بالاتر UROD (2 و 9)، بیماران جوان‌تر و سالم‌تر کاندید انجام این روش می‌شوند. همچنین قابل انتظار است که روانپزشکان و متخصصین بیهوشی نیز بیماران مسن‌تر را بیشتر به سمت روش کم‌خطر تر متادون سوق دهند.

پیرامون دلایل بالاتر بودن موفقیت در گروه اول این مطالعه، موارد متعددی قابل ذکر است.

چنان‌که ذکر شد میانگین سنی گروه یک پایین‌تر است. اگر سن پایین را به‌طور غیرمستقیم نشانه‌ای از مدت مصرف کوتاه‌تر مخدر بدانیم، با توجه به تأثیر منفی مدت مصرف بر توفیق در ترک (17) یافته فوق توجیه می‌شود.

همچنین پرهزینه بودن UROD باعث می‌شود تا کسانی به این روش روی آورند که وضع اقتصادی

References

1. Kaye AD, Gevirtz C, Bosscher HA, Duke JB, Frost EA, Richards TA, et al. Ultra rapid opiate detoxification: A review. *Can J Anesth* 2003; 50(7): 663-71.
2. Singh J, Debasish B. Ultrarapid opioid detoxification: Current status and controversies. *J Postgrad Med* 2004; 50(3): 227-32.
3. Loimer N, Schmid R, Presslich, Lenz K. Naloxane treatment for opiate withdrawal syndrome. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 851-852.
4. Seoane A, Garvasco G, Puigross A. Efficacy and safety of two new methods of rapid intravenous detoxification in heroin addict previously treated with success. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 340-5.

5. Hensel M, Kox WJ. Safety and efficacy and longterm results of a modified version codeine and morphin addicts. *Acta Anesth Scand* 2000; 441: 326-33
6. Laheji RJ, Krqbbe PF, Dejong CA. Rapid heroin detoxification under general anesthesia. *JAMA* 200; 283: 1143.
7. Lawental E. Ultra rapid opiate detoxification as compared to 30 day in patient detoxification program-- a retrospective follow-up study. *J Subst Abuse* 2000; 11(2): 173-81.
8. Krabbe PF, Koning JP, Laheji RJ, Van Cauter VM, De Jong CA. Rapid detoxification from opioid dependence under general anesthesia versus standard methadone tapering: *Addict Biol* 2000; 8: 351-8.
9. Oconnor PG, Kosten TR. Rapid and ultrarapid detoxification techniques. *JAMA* 1998; 279: 279-234.
10. Hallw Mattick RP. Is Ultrarapid opioid techinques available option in the treatment of opioid dependence? *CNS drugs* 2000; 14: 4 25-55.
11. Ahmad N, Angela N, Richard F. Nine month follow up of patients after Ultrarapid opioid detoxification. *Anesth Anal* 2003; 96: 1409-12.
12. Hong MA, Jun Tang, paul F, Ronald H, Thomas L, et al. The effect of clonidine on gastrointestinal effects associated with UROD. *Anesth Analg* 2003; 96: 1409-12.
13. Rabinovitz J, Cohen H, Kotler M. Compliance to naltrexone treatment after ultra rapid opiate detoxification. *Drug and Alcohol Dependence* 1997; 47: 77-86.
14. Brewer C, Laban M. Rapid opiate detoxification and naltrexone induction under general anesthesia. *The Royal college of psychiatrists* 1996.
15. Currie J, Cox P, Collins J. A randomized clinical trial of URD versus conventional detoxification. 6th international conference. *Royal society of methadone*, April 2001.
16. Ward J, Matlick RP, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies Amsterdam. *J Harwood Academy* 1998; 23: 571.
17. Feillin DA, Oconnor PG. Clinical practice. Office-based treatment of opioid-dependent patients. *N Engl J Med* 2002; 347(11): 817-24.