

بررسی میزان عود در روش سه زدایی فوق سریع زیر بیهوشی عمومی در افراد وابسته به هروئین و تریاک

*دکتر کیومرث نجفی (M.D)^۱- دکتر سیروس امیرعلوی (M.D)^۱- دکتر هما ضرابی (M.D)^۱- دکتر علی محمدزاده (M.D)^۱- دکتر الهه السادات خدائی (M.D)^۱- دکتر علی سلاجقه (M.D)^۱

^{*}نویسنده مسئول: دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان شفا

پست الکترونیک: K_najafi@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۸۷/۴/۵

چکیده

مقدمه: در افراد وابسته به مواد افیونی مثل هروئین و تریاک، می‌توان از شیوه‌های مختلف بازگیری و بازنمایی استفاده کرد. یکی از این روش‌ها سه‌زدایی فوق سریع زیر بیهوشی یا (UROD) Ultra Rapid Opiate Detoxification است که در آن در مدت چند ساعت بدنه از آثار این مواد پاک می‌شود. این روش، بحث‌انگیز است و نسبت به مؤثر و ایمن بودن آن تردید وجود دارد.

هدف: بررسی میزان عود در مبتلایان به مواد افیونی با روش سه‌زدایی فوق سریع زیر بیهوشی عمومی در بیمارستان شفا رشت از سال ۱۳۸۳ تا فروردین ۱۳۸۶.
مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۹۰ بیمار داوطلب ترک که به مرکز ترک سه‌زدایی فوق سریع در مرکز آموزشی درمانی شفا معرفی شده بود در مصاحبه اولیه توسط مجریان طرح با پرسشنامه ASI سنجیده شدند و یک هفته قبل و بالافصله پس از بستری برای انواع مواد مخدر غربالگری ادراری شدند. نمره‌دهی وضعيت جسمانی بیماران، براساس سیستم نمره‌دهی انجمن بیهوشی آمریکا انجام شد. بیماران پیش و پس از سه‌زدایی با مقیاس ۱۳ موردی Objective OOWS (Opiate Withdrawal Scale) و ۱۵ موردی SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale) ارزیابی شدند. بیماران آخرین دوز ماده مخدر را ۶ ساعت قبل از سه‌زدایی بصورت مورفين دریافت کردند و نهایتاً در فواصل ۱، ۶ و ۲۴ ساعت بعد از سه‌زدایی مجددآبا پرسشنامه‌های SOWS و OOWS ارزیابی شدند. آزمایش اپیوم اداره برای پیشگیری مواد بازگشت به مصرف مواد بکار رفت. اطلاعات هر بیمار با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: ۱۳ نفر از مجموع ۹۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان شفا برای UROD به علت نداشتن تمیل به همکاری یا دسترسی از مطالعه حذف شدند. ۶۰ نفر (۶۷٪) از ۷۷ نفر باقی‌مانده پس از UROD ۶ ماه عود مجدد شدند که ۵۰٪ آنها در فاصله ۳-۶ ماه، ۱۸٪ در فاصله ۶-۱۲ ماه تا یک سال پس از سه‌زدایی و سرانجام ۳٪ پس از یک سال دچار عود مجدد شدند. تغییر فراوانی علائم به صورت افزایش علائم استخراج و دل پیچه و کاهش علائم آبریزش یعنی گروگرفتگی، سیخ شدن موها و تعریق پس از سه‌زدایی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: در بازگیری بیماران به روش UROD، هیچ‌گونه عارضه ناشی از بیهوشی، اختلال عملکرد عضوی یا روانپزشکی شدید دیده نشد، البته همه بیماران از نظر جسمی سالم بودند. UROD، کارآیی در کنترل بعضی از علایم ترک و ناکارآایی در برخی دیگر از علایم راشان داد. فراوانی نسبی میزان عود در مبتلایان به مواد افیونی که در این مطالعه به شیوه UROD بازگیری شده بودند، ۷۸٪ بود که میزان عود بالایی است.

کلید واژه‌ها: اختلالات مربوط به مواد شبه‌تریاک / بازگشت بیماری / وابستگی به هروئین

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۷، صفحات: ۵۵-۶۴

مقدمه

آنtagوئیست‌های اپیوئیدی، قابل تحمل بوده و بیماران در یک روز سه‌زدایی می‌شوند و تنها به مراقبت اندک پزشکی در مدت چند روز پس از درمان نیاز دارند(۳). در اوایل دهه ۱۹۷۰، اولین تلاش‌ها برای کوتاه کردن مدت علائم ترک با استفاده از این روش در ایالات متحده و انگلستان صورت گرفت(۴) و پس از آن، کاربرد این روش فزونی گرفت(۵). با وجود این هنوز پرسش‌های فراوانی در مورد ایمنی، کارایی و پیشگیری از عود در این روش، مطرح است.

در سال‌های اخیر، روش‌های مختلفی برای سه‌زدایی اپیوئیدها معرفی شده‌اند. روش‌های سنتی سه‌زدایی که شامل جایگزینی اپیوئید طولانی اثر (مانند متادون) به جای اپیوئید کوتاه اثر (مانند هروئین) و کاهش تدریجی دوز است، در حدود یک هفته به طول می‌انجامد. ولی در روش‌های جدید، با استفاده از کلونینیدین و آنتاگوئیست‌های گیرنده‌های اپیوئیدی مانند نالتروکسان، در حالی که بیمار در حالت بیهوشی عمومی است، این روند در مدت ۲۴ ساعت انجام می‌شود (۱ و ۲). در روش سه‌زدایی فوق سریع زیر بیهوشی یا Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD)، این روش در مدت ۶-۱۲ ساعت انجام می‌شود(۳).

غیرضروری قرار می‌دهد. از طرف دیگر، سودمندی این روش در بیمارانی که از علائم ترک بی‌نهایت اکراه دارند و به همین دلیل روند ترک را هرگز تکمیل نمی‌کنند، باید مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. اخیراً، به علت میزان بالای عود و احتمال خطر، پزشکان نسبت به تجویز این روش دلسرب شده و آن را در زمرة روش‌های توصیه شده قرار نداده‌اند(۱۱ و ۱۲).

بنابراین، در مورد بی‌خطر و موثر بودن این روش نظرها متناقض است. نسبت پاک ماندن افراد در مدت ۶ ماه پس از روند ترک، همچنان به عنوان استاندارد طلایی در ارزیابی سودمندی UROD باقی مانده است؛ حال آنکه مطالعات کمی در این مورد وجود دارد. با توجه به دامنه وسیع سوء مصرف مواد، داشتن طرحی برای سمزدایی در تمام افراد سوء مصرف کننده از جمله کسانی که تحمل علائم ترک را ندارند و خواهان کوتاه‌تر شدن دوران بستری هستند، ضروری به نظر می‌رسد. UROD می‌تواند پاسخگوی نیاز این افراد باشد ولی هنوز گزارش قطعی در مورد کارآیی و ایمنی آن وجود ندارد. با توجه به این نیاز و انجام نشدن مطالعه مشابه در ایران، بر آن شدیدم تا با تحقیق در بیماران داوطلب مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد فوق سریع بیمارستان شفا در شهر رشت- وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان- فراوانی نسبی عوارض سمزدایی فوق سریع (ایمنی)، رفع علائم ترک پس از شروع درمان (کارآیی) و میزان پرهیز کامل از مصرف مواد را یک سال پس از سمزدایی به این روش (عود) بسنجمیم این روش توسط یک گروه درمانی شامل روانپزشک، متخصص بیهوشی، پزشک عمومی و روانشناس بالینی انجام شد.

مواد و روش‌ها

- بیماران : این مطالعه توصیفی بر ۹۰ بیمار مراجعه کننده برای بازگیری از مواد افیونی به مرکز ترک اعتیاد سریع بیمارستان آموزشی- درمانی شفا، انجام شد. بیماران تعدادی از دستیاران و متخصصان روانپزشک در استان گیلان، به دپارتمان روانپزشکی مستقر در مرکز

دیوید و همکاران از این روش به عنوان مؤثرترین روش سم زدایی یاد کردند. در بررسی آنها، هیچ کدام از بیماران مشکل ناشی از بیهوشی یا عملکرد عضو پیدا نکردند و ۱۲ ماه پس از سم زدایی، ۴۹ نفر از ۷۲ بیمار در پرهیز کامل بودند در ۱۷ تن عود کرد و ۶ بیمار نیز از مطالعه خارج شدند(۶). روانپزشکان انجمان سلطنتی لندن در بررسی ۵۱۰ بیمار از چهار کشور مختلف (مصر، یونان، آمریکا، انگلستان) هیچ‌گونه عارضه جانبی مشاهده نکردند و بیشتر بیماران در مدت ۲۴ ساعت پس از درمان از بیمارستان مرخص شدند و بیش از ۷۶٪ آنها در مدت ۴ ماه پس از درمان در حالت پرهیز کامل بودند و اینطور نتیجه‌گیری شد که UROD روشی مفید و سالم است(۷). همچنین پاره‌ای دیگر از مطالعات نیز بدون عارضه بودن این روش و درصد پایین عود را تأثید کرده است(۸). از سوی دیگر، این روش در تعدادی از مطالعات غیرسودمند و دارای عوارض زیاد تشخیص داده شد. مطالعه‌ای در آلمان در ۲۲ بیمار وابسته به مواد افیونی، نشان داد که اجتناب از علائم ترک در تمام این بیماران مختصر و علائم ترک نه تنها در روز اول پس از درمان، بلکه در روز ۷ درمان نگهدارنده با نالتروکسان نیز همچنان باقی مانده بود(۹).

در مطالعه‌ای دیگر در همین کشور، در تمام ۱۲ بیمار بررسی شده، علائمی از ترک در حد متوسط تا شدید تجربه شد و در هیچ کدام از افراد پیش از ۴۸ ساعت، سمزدایی کامل نشد. این مطالعه به علت بروز عوارض جانبی شدید (یک مورد اختلال در دستگاه تنفس و ۲ مورد عوارض کلیوی) قطع شد و به این ترتیب، این روش سودمند تشخیص داده نشد(۹). این روش رویکردی مناسب در کاهش علائم ترک و درمان وابستگی به مواد افیونی است ولی با توجه به نیاز به مراقبت‌های ویژه و کنترل قلب، برای همه معتادان مناسب نیست و این روش در صورت نبود حمایت اجتماعی و خانوادگی، توصیه نمی‌شود(۱۰). با توجه به مطالب کتاب‌های مرجع روانپزشکی، ترک به روش سنتی تقریباً هرگز کشته نیست، در حالی که UROD بیمار را در معرض خطر

دهانی) ارزیابی شدند. ترشح معده و خروجی ادرار و گازهای خون شریانی شامل (CO₂، O₂، غلظت بسی کربنات، اسید و باز، سدیم و پتاسیم پلاسمای محسوبه گر (analyzer) گاز و الکتروولیت‌های خونی ثبت شدند. تری گلیسیرید و کلسترون سرم برای رد هیپرلیپیدمی ناشی از تزریق طولانی مدت پروپوفول، اندازه‌گیری شد. پیش و پس از سم زدائی، بیماران با مقیاس ۱۵ موردی SOWS (جدول ۱) و ۱۳ موردی OOWS (جدول ۲) ارزیابی شدند.

- نحوه انجام سم زدائی: ۶ ساعت پیش از سم زدائی، بیمار آخرین دوز مخدر را به صورت مورفین دریافت کرده و از ۴۸ ساعت قبل پروتکل روتنین بخش برای آماده سازی بیمار برای UROD اجرا می‌شد. چون عالیم ترک در معتادان به تریاک طولانی‌تر از مخدراهایی مانند هروئین است، برای یکسان سازی شدت عالیم ترک بیماران معتاد به تریاک از ۴۸ ساعت قبل از UROD مورفین تجویز شد و در نتیجه بازگیری همه آنها هم از مورفین انجام شد. بیهودشی عمومی طبق پروتکل مخصوص و با مونیتور کامل انجام شد. پس از کامل شدن بیهودشی که با $BIS < 70$ مشخص می‌شود، انفوژیون نالوکسان با دوز $100 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$ شروع و براساس $70 < BIS < 40$ همودینامیک و علائم ترک تنظیم شد ($150 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{h}$). به علت عوارض پس از UROD از داروهای رانیتیدین و لوپرامید استفاده نشد. پس از ۴ ساعت، عمق بیهودشی را به $70 > BIS > 60$ رسانده، NCT انجام شد. بیمار، در صورت علائم محرومیت، بیدار می‌شد ولی در بروز این علائم مجددًا بیهودشی وی را عمیق کرده و یک ساعت دیگر انفوژیون نالوکسان ادامه می‌یافتد و NCT (تست تزریق نالوکسان) به ترتیب فوق تکرار می‌شد. بیمار پس از UROD به بخش DICU انتقال یافته و پرستار، علائم بالینی را طبق پرسشنامه پیوست ثبت می‌کرد. بیمار صبح روز پس از UROD مجددًا NCT شده و نالترکسون برای وی شروع می‌شد و در صورت نداشتن علائم محرومیت و مشکلات طبی بر اساس پروتکل مرخص می‌شد.

- آنالیز آماری داده‌ها: اطلاعات پس از جمع‌آوری با

آموزشی - درمانی شفا معرفی شدند. این افراد در مصاحبه اولیه توسط دستیار روانپردازی (مجری طرح) با پرسشنامه اجتماعی- روانی و شرایط محیطی ارزیابی شدند. در ابتداء، شرح حال بیماران گرفته شد و CBC، قند خون، الکتروولیت‌ها، Cr، BUN، آنزیم‌های کبدی، بیلی‌روبین، آزمایش‌های انعقادی، تست‌های حاملگی، رادیوگرافی قفسه سینه، نوار قلب و آلدگی از نظر HIV و HCV در تمام بیماران بررسی شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: محدوده سنی ۱۵-۵۰ سالگی، سلامت جسمی و نداشتن سایکوز با تشخیص و تأیید روانپردازی و متخصص بیهودشی، اجرا کننده طرح، وابستگی به تریاک یا هروئین در بد و پذیرش، اخذ رضایت‌نامه مبنی بر پذیرش ادامه بازگیری نگهدارنده طولانی مدت با نالتروکسان، باردارنبودن در طول درمان، آگاهی از بروز عوارض ناشی از درمان و پذیرش آن معیارهای خروج شامل بارداری، سابقه بروز عارضه در مصرف پروپوفول، نالتروکسان، کلونیدین، سابقه بیماری‌های جدی طبی مثل بیماری‌های قلب و عروق، عروق مغزی، مشکلات ریوی و کبدی مانع سم زدائی زیر بیهودشی به تشخیص متخصص بیهودشی و سایکوز بود. برای پی‌بردن به مصرف مواد مخدر در دوره مقدماتی درمان، آزمایش غربالگری ادرار در ۲ نوبت، یک بار یک هفته قبل از شروع درمان و دیگری بلافضلله بعد از بسترهای انجام شد.

- متغیرهای پژوهش: شامل اطلاعات دموگرافی (سن، جنس)، میزان پرهیز کامل در پایان ۶ ماه، علائم ذهنی ترک براساس پرسشنامه SOWS و علائم عینی ترک براساس پرسشنامه OOWS بلافضلله پیش از سم زدائی، یک ساعت، ۶ ساعت و ۲۴ ساعت پس از سم زدائی بود.

- کنترل: وضعیت جسمانی بیماران با سیستم نمره‌دهی انجمان بیهودشی آمریکا ارزیابی شد. بیماران در ابتدای بسترهای اکسیژن شریانی (پالس اکسی متري) و CO₂ انتهای بازدمی، تعداد تنفس و درجه حرارت بدن (به صورت

نشده بودند.

در بررسی‌های پیشین دو ابزار بررسی علائم ذهنی و عینی ترک (SOWS, OOWS)، روانی و پایائی بالای در سن‌جش محدوده وسیعی از علائم ذهنی و عینی ترک داشتند (۱۴).

با توجه به ساختار روانشناختی بیماران مورد مطالعه، پرکردن جدول‌های SOWS توسط خود آنها و این که امتیازدهی سیستم لیکرت از تا ۵ براساس شدت علائم استوار است، با انجام این کار، به طور دقیق میسر نبود. بنابراین، دریافت پاسخ پرسشنامه SOWS توسط محقق و به صورت دوگزینه‌ای (وجوددارد، وجودندارد) انجام شد. دراین مطالعه، مدت متوسط اقامت بیماران در ICU ۷۲ ساعت بود که به دلیل مشکلات کارکنان و هزینه، نهایتاً به ۳۶ ساعت کاهش داده شد و بررسی بیماران از نظر علائم ترک برای بیش از این مدت امکان نداشت.

نتایج

پیگیری ۹۰ بیماری که در این مرکز UROD شدند، یک سال پس از مداخله صورت گرفت که ۱۳ نفر از آنها به علت تغییر شماره تلفن و نداشتن دسترسی یا تمايل به همکاری، از مطالعه خارج شدند.

۶۰ نفر (۷۸٪) از ۷۷ بیماری که وارد مطالعه شدند، اعتماد مجدد پیدا کرده و ۱۷ نفر (۲۲٪) پس از یکسال از سمزدایی همچنان پاک بودند که با آزمون اپیوم ادراری نیز پاک ماندن آنها ثابت شد. از مجموع ۶۰ نفر بیماری که عود داشتند، ۳۹ نفر (۵۰٪) در فاصله ۳ ماه پس از سمزدایی، ۱۴ نفر (۱۸٪) در مدت ۳ تا ۶ ماه، ۵ نفر (۶٪) در فاصله ۶ ماه تا یکسال و بالاخره ۲ نفر (۳٪) پس از یکسال از سمزدایی اعتماد مجدد پیدا کردند (جدول ۱). اگر تعداد کسانی را که در زمان‌های مختلف پس از سمزدایی مجدد اعتماد پیدا کرده‌اند با آزمون آماری محدود کاربری بررسی کنیم، می‌توان با احتمال خطای ۱ درصد گفت که اختلاف معنی‌دار دارند و بیشتر افراد در زمان‌های نزدیک به دوره سمزدایی بود که اعتماد مجدد پیدا کردند ($P < 0.01$) حتی تعداد کسانی که در فاصله ۳ ماه

نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شده و در صورت لزوم برای تحلیل برخی از آداده‌ها از آزمون آماری مریع متال هنوز استفاده شد. برای مقایسه میانگین‌ها از روش آماری مدل خطی عمومی و آزمون‌های ANOVA و Multiple Regression به کار رفت.

دامنه سنی بیماران ۱۵-۵۰ تا سالگی بود. ۸۸ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند. تمام بیماران اعتماد به تریاک یا هروئین یا هر دو به صورت همزمان داشتند. متوسط زمان اقامت در ICU ۷۲ ساعت بود که به دلیل مشکلات کارکنان و هزینه، به ۳۶ ساعت تقلیل یافت در هیچ یک از بیماران عارضه عمدی ناشی از بیهوشی، اختلال عملکرد عضو یا اختلال روانپزشکی بروز نکرد.

این طرح با شرکت ۹۰ بیمار از سال ۸۳ تا ۸۶ صورت پذیرفت. در این مرکز در افراد UROD انجام شد. یک سال پس از اتمام طرح با شماره تلفن منزل، محل کار و نشانی هر یک از بیماران که در پرونده آنها ثبت شده بود، با آنها تماس گرفته شد و در مورد طرح با آنها صحبت شد و از ایشان برای آزمایش اپیوم ادرار در یکی از مراکز (کلینیک اندیشه یا لاکانی) دعوت به عمل آمد. ۶ نفر از این افراد، داوطلبانه به آزمایشگاه‌های کلینیک اندیشه یا لاکانی مراجعه کردند و رفع اعتماد به مواد مخدر با انجام آزمایش اپیوم ادرار در آنها قطعی شد.

با ۳ بیمار دیگر، با توجه به مراجعه به درمانگاه متادون تراپی بیمارستان شفا مصاحب شد و اعتماد مجدد (پس از UROD) در آنها تأیید شد. دسترسی به ۱۳ نفر به دلیل اشتباه بودن شماره تلفن یا تغییر شماره تلفن و نشانی محل سکونت، میسر نشد. در ۶۸ بیمار با قیمانده با همکاری واحد مددکاری و هماهنگی قبلی تلفنی، به منزل آنها مراجعه شد و با آزمایش اعتماد حضور کارشناس آزمایشگاه (آزمایش اپیوم ادرار) مشخص شد که ۱۱ نفر دیگر هم آزمایش اعتماد منفی دال بر نداشتن اعتماد داشتند ولی ۵۷ نفر دیگر دچار اعتماد بودند. بنابراین در مجموع از ۷۷ بیماری که دسترسی به آنها میسر شد، در پس گیری یک ساله پس از UROD، در ۱۷ نفر ترک به روش UROD، موفقیت‌آمیز بود ولی ۶۰ نفر موفق به ترک اعتماد

سم‌زدایی و ۱، ۶ و ۲۴ ساعت پس از سم‌زدایی نشان داده شده است.

از علائم عینی بلافضله قبل از سم‌زدایی، گرفتگی ماهیچه (۳۶ نفر)، بی قراری (۳۵ نفر) و اضطراب (۱۲ نفر) و نیز یک و شش ساعت پس از سم‌زدایی نیز همین علایم شیوع بیشتری داشتند. یک ساعت بعد از سم‌زدایی، گرفتگی عضله (۳۹ نفر)، بی قراری (۲۶ نفر) و اضطراب (۱۴ نفر) و شش ساعت بعد از سم‌زدایی، گرفتگی عضله (۵۲ نفر)، بی قراری (۴۲ نفر) و اضطراب (۲۰ نفر) شایع‌ترین علایم بودند، ولی ۲۴ ساعت بعد از سم‌زدایی، شایع‌ترین علایم گرفتگی عضله (۴۳ نفر)، دل پیچه (۳۷ نفر) و بی قراری (۲۶ نفر) بود.

در مجموع تعداد علائم عینی در مدت شش ساعت پس از سم‌زدایی، بالاترین مقدار را داشت (۱۸۵ مورد) و بعد از آن به ترتیب در ۲۴ ساعت پس از سم‌زدایی (۱۶۲ مورد) و یک ساعت پس از آن (۱۱۹ مورد) قرار داشتند. فراوانی کلی علائم عینی پس از سم‌زدایی نسبت به قبل از آن بیشتر و این تغییرات معنی دار بود ($P < 0.05$).

بنابراین، تغییر در فراوانی علائم اشک‌ریزش، بی قراری، خمیازه، یخ کردن، لرز و گرفتگی عضله قبل و پس از سم‌زدایی چندان زیاد نیست. از سوی دیگر، تغییر در فراوانی علائم عینی شامل کاهش آب ریزش بینی، راست شدن موها، میدریاز، لرزش دست‌ها و گرگرفتگی پس از سم‌زدایی دیده شد ولی این کاهش علائم از نظر آماری معنی دار نبود.

در میان علائم عینی، استفراغ و دل پیچه در دوره‌های مختلف قبل و پس از سم‌زدایی تغییر معنی دار داشته‌اند ($P < 0.05$).

پس از سم‌زدایی اعتیاد پیدا کردند، با احتمال خطای ۵ درصد، به طور معنی‌دار بیش از کسانی است که در فاصله ۳-۶ ماه پس از سم‌زدایی اعتیاد مجدد پیدا کردند ($P < 0.05$).

در جدول ۲، فراوانی علائم ذهنی بلافضله پیش از سم‌زدایی و ۱، ۶ و ۲۴ ساعت پس از سم‌زدایی به تفکیک نوع علائم آمده است. در بین علائم ذهنی قبل از سم‌زدایی، درد استخوان‌ها و ماهیچه‌ها (۴۶ مورد)، بی قراری (۳۷ مورد) و گرفتگی ماهیچه‌ها (۳۵ مورد) در مجموع شایع‌ترین شکایت‌ها بودند. به طور کلی بیشترین فراوانی علائم ذهنی ۶ ساعت بعد از سم‌زدایی مشاهده شد و مجموع تعداد علایمی که افراد گزارش کردند، ۲۴۸ مورد بود. در حالی‌که در ۲۴ ساعت پس از سم‌زدایی ۲۲۳ مورد و یک ساعت بعداز آن ۱۴۷ مورد علائم ذهنی یافت شد.

تغییر در فراوانی علائم اضطراب، خمیازه، احساس سرمای شدید، درد استخوان‌ها و ماهیچه‌ها، گرفتگی عضله، بی قراری و تیرکشیدن ماهیچه‌ها، پیش و پس از سم‌زدایی چندان زیاد نبود. از سوی دیگر، تغییر در فراوانی علایم به صورت کاهش تعرق، آب ریزش بینی، سیخ شدن موها، لرزش دست و گرگرفتگی پس از سم‌زدایی دیده شد. همچنین افزایش علائم تهوع، دل به هم خوردگی و دل پیچه پس از سم‌زدایی وجود داشت. با آزمون آماری مجذور کای تغییر علائم دل پیچه، تهوع و دل به هم خوردگی، معنی‌دار بود ($P < 0.05$). در جمع بندی علائم ذهنی نیز مشخص شد فراوانی کلیه علائم ذهنی و عینی پس از آن سم‌زدایی نسبت به قبل از آن بیشتر و اختلاف آنها معنی دار است ($P < 0.05$).

در جدول ۳، فراوانی علائم عینی بلافضله قبل از

جدول ۱: میزان عود در زمانهای مختلف پس از سم‌زدایی به روش UROD

زمان فراوانی	در فاصله ۳ ماه پس از سم‌زدایی	در فاصله ۶ ماه پس از سم‌زدایی	در فاصله ۱۲ ماه پس از سم‌زدایی	پس از یک سال سم‌زدایی	پس از سه ماه سم‌زدایی	پس از سه ماه از سم‌زدایی
تعداد	۳۹	۱۴	۵	۲	۶۰	
درصدی	۵۰	۱۸	۶	۳	۷۸	

جدول ۲: فراوانی علائم ذهنی در قبل از سم زدایی و ۶، ۱۲ و ۲۴ ساعت پس از سم زدایی

۲۴ ساعت بعد		۶ ساعت بعد		یک ساعت بعد		پلافارسله قبل از سم زدایی		زمان	علائم
درصد	F	درصد	F	درصد	F	درصد	F		
۱۵/۶	۱۴	۱۷/۸	۱۶	۱۲/۲	۱۱	۱۶/۷	۱۵	احساس اضطراب می کنم	
۱۴/۴	۱۳	۱۳/۳	۱۲	۱۱/۱	۱۰	۱۵/۶	۱۴	احساس خمیازه دارم	
۰	۰	۱/۱	۱	۲/۲	۲	۶/۷	۶	عرق می کنم	
۱/۱	۱	۲/۲	۲	۱/۱	۱	۷/۸	۷	آبریزش بینی دارم	
۱/۱	۱	۳/۳	۳	۱/۱	۱	۱۰	۹	موهای بدنه سیخ می شود	
۲/۲	۲	۴/۴	۴	۴/۴	۴	۱۳/۳	۱۲	احساس لرزش دارم	
۰	۰	۲/۲	۲	۱/۱	۱	۴/۴	۴	گرگفتگی دارم	
۵/۶	۵	۳/۳	۳	۵/۶	۵	۸/۹	۸	احساس سرمای شدید می کنم	
۵۱/۱	۴۶	۶۴/۴	۵۸	۴۸/۹	۴۴	۵۱/۱	۴۶	درد استخوان و عضلات دارم	
۲۷/۸	۲۵	۴۸/۹	۴۴	۳۲/۲	۲۹	۴۱/۱	۳۷	بیقرار هستم	
۲۶/۷	۲۴	۲۲/۲	۲۰	۳/۳	۳	۳/۳	۳	حالت تهوع دارم	
۱۷/۸	۱۶	۱۵/۶	۱۴	۲/۲	۲	۴/۴	۴	دل بهم خوردگی دارم	
۴۰	۳۶	۵۳/۳	۴۸	۳۵/۶	۳۲	۳۸/۹	۳۵	گرفتگی عضله دارم	
۴۲/۲	۳۸	۲۳/۳	۲۱	۲/۲	۲	۴/۴	۴	دل پیچه دارم	
۲/۲	۲	۰	۰	۰	۰	۲/۲	۲	احساس تیرکشیدن دارم	
۲۲۳		۲۴۸		۱۴۷		۲۰۶		تعداد علائم	جمع بندی

جدول ۳: فراوانی علائم عینی در قبل از سم زدایی و ۶، ۱۲ و ۲۴ ساعت پس از سم زدایی

۲۴ ساعت بعد		۶ ساعت بعد		یک ساعت بعد		پلافارسله قبل از سم زدایی		زمان	علائم
درصد	F	درصد	F	درصد	F	درصد	F		
۱۵/۶	۱۴	۱۴/۴	۱۳	۱۴/۴	۱۳	۱۳/۳	۱۲	الخمیازه	
۲/۲	۲	۴/۴	۴	۲/۳	۳	۷/۸	۷	آبریزش بینی	
۲/۲	۲	۵/۶	۵	۲/۲	۲	۷/۸	۷	راست شدن مو	
۱/۱	۱	۲/۳	۳	۲/۳	۳	۱/۱	۱	اشک ریزش	
۰	۰	۲/۲	۲	۲/۲	۲	۵/۶	۵	میدریاز	
۲/۲	۲	۲/۳	۳	۴/۴	۴	۱۰	۹	لرزش دست	
۱/۱	۱	۲/۳	۳	۲/۲	۲	۴/۴	۴	گرگفتگی	
۴/۴	۴	۵/۶	۵	۴/۴	۴	۶/۷	۶	پیخ کردن	
۲۸/۹	۲۶	۴۶/۷	۴۲	۲۸/۹	۲۶	۳۸/۹	۳۵	بیقراری	
۱۶/۷	۱۵	۱۶/۷	۱۵	۵/۶	۵	۳/۳	۳	استفراغ	
۴۷/۸	۴۳	۵۷/۸	۵۲	۴۳/۳	۳۹	۴۰	۳۶	گرفتگی عضله	
۴۱/۱	۳۷	۲۰	۱۸	۲/۲	۲	۴/۴	۴	دل پیچه	
۱۶/۷	۱۵	۲۲/۲	۲۰	۱۵/۶	۱۴	۱۴/۴	۱۳	اضطراب	
۱۶۲		۱۸۵		۱۱۹		۱۴۲		تعداد علائم	جمع بندی

بحث و نتیجه گیری

صرف هروئین و مورفین، علامت تهوع و استفراغ معمولاً ۴۸ ساعت پس از آخرین دوز بروز می‌کند و این نکته می‌تواند دلیلی بر افزایش تهوع و استفراغ در روز پس از UROD باشد. البته به دلیل موجود نبودن داروی بیهودشی اکترئوتایید در یک مقطع زمانی در بازار، در دو بیمار این دارو بکار نرفت که باعث افزایش تهوع و استفراغ در آنها شد. همچنین در یک بیمار نیز سابقه اولسر پیتیک وجود داشت که در بروز تهوع و استفراغ وی نقش داشت.

به طور کلی، بیشترین فراوانی علائم ذهنی تجربه شده در ترک، در فاصله‌های زمانی مختلف قبل و پس از سم زدایی، در ۶ ساعت پس از سم زدایی، سپس ۲۴ ساعت پس از آن بوده است که به طور معنی‌دار نسبت به قبل از سم زدایی بیشتر است و این یافته ناکارآیی UROD را در از بین بردن کامل علائم ذهنی ترک نشان می‌دهد.

در مورد علائم عینی ترک، تغییر فراوانی علائم اشکریزش، بی‌قراری، خمیازه، بخ کردن، لرز و گرفتگی عضلات قبل و پس از سم زدایی چندان زیاد نبود که نشان دهنده محدود بودن کارآیی UROD در کنترل این علائم است. البته در بیمارانی که ابتدای طرح تحقیقاتی UROD انجام شده بود، درد عضله به علت خوابیدن طولانی مدت به میزان زیاد دیده می‌شد که پس از استفاده از تشک مواجه و وضعیت‌دهی مناسب پاها و کمر، در بیماران بعدی به میزان چشمگیری کاهش یافت. آبریزش بینی، راست شدن موها، میدریاز، لرزش دست‌ها و گرفتگی پس از سم زدایی کاهش پیدا کرد ولی این کاهش در هیچ یک از علائم فوق از لحاظ آماری معنی‌دار نبود و به نظر می‌رسد UROD توانایی نسبی کنترل و مهار این علائم را پس از ترک دارد. در نهایت، تغییر فراوانی استفراغ و دل‌پیچه پس از ترک، در جهت افزایش بروز کرد که این UROD افزایش در مورد هردوی این علائم معنی‌دار بود و به رغم سم زدایی توانایی کاهش این علائم را نداشته است. در مطالعه‌ما، UROD در کنترل بعضی از علائم کارآیی و در برخی دیگر از علائم ناکارآیی نشان داد و در مجموع نیز اکثر بیماران علائم ترک را به درجه‌های متفاوت تجربه

در این مطالعه، ۷۸٪ بیماران پس از سم زدایی دچار عود شدند که ۵۰٪ آنها در فاصله ۳ ماه، ۱۸٪ در مدت ۶ ماه تا یک سال و بالاخره ۳٪ پس از یک سال عود داشتند. این نتایج مشابه یافته‌های مطالعه Albansee (۸) و Toray (۱۳) است که میزان بالای عود پس از سم زدایی را گزارش کردند. همچنین این یافته، تأییدی بر مطالب کتاب مرجع روانپزشکی سیناپس است که UROD را به علت میزان بالای عود تأیید نکرده است(۱۲). اما مطالعه هنسل و کوکس دردانشگاه برلین (۶) که حدود ۶۸٪ تا ۱۲ ماه پس از سم زدایی و مطالعه روانپزشکان انجمان سلطنتی انگلستان که بیش از ۷۶٪ پرهیز مواد پس از سم زدایی را گزارش نمودند، تفاوت قابل توجهی با مطالعه ما نشان می‌دهد(۷).

قابل توجه آن که در مطالعه ما، بیماران پذیرفته شده برای UROD، بیمارانی بودند که در روش‌های دیگر دچار Failure (شکست) شده بودند یا اختلال روانپزشکی هم‌زمان مثل PTSD، افسردگی و اختلال شخصیت داشتند. همچنین، در برخی بیماران پس از سم زدایی مشخص شد که انگیزه آنها، تنها حصول یک آزمایش منفی اعتیاد بود. مجموع این دلایل را می‌توان به عنوان عوامل بالا برندۀ میزان عود در بیماران ما مطرح کرد.

در بیماران ما، در بررسی علائم ذهنی قبل و پس از سم زدایی تغییر فراوانی علائم اضطراب، خمیازه، احساس سرمای شدید، درد استخوان و عضلات، گرفتگی عضله، بی‌قراری و تیر کشیدن عضلات قبل و پس از سم زدایی چندان زیاد نبود. این تغییرات از لحاظ آماری نیز معنی‌دار نبودند.

از علائم ذهنی، عرق کردن، آب ریزش بینی، سیخ شدن مو، احساس لرزش و گرفتگی پس از سم زدایی کاهش یافت. هر چند کاهش فقط در مورد لرزش معنی‌دار بود. پس چنین به نظر می‌رسد که UROD تاحدوی توانایی مهار و کنترل این علائم را داشته باشد. از سوی دیگر فراوانی تهوع، دل به هم خوردگی و دل‌پیچه پس از سم زدایی افزایش یافت البته باید مذکور شد که در ترک

در این مطالعه در تمام بیماران سم زدایی شده، عارضه عمده ناشی از بیهوشی یا اختلال عملکرد عضو و اختلال روانپزشکی شدید دیده نشد که این یافته‌ها، با تعداد زیادی از مطالعات مشابه تطبیق می‌کند. (۸-۱۵-۱۷)

(۲۰) حال آن که در بعضی مطالعات به عوارض تنفسی، کلیوی، سایکوز و حتی به چند مورد مرگ نیز اشاره شده است. (۹، ۲۱ و ۲۲) البته بیماران ما، همگی از نظر جسمی سالم بودند و به همین دلیل به نظر می‌رسد که UROD در افراد سالم عارضه عمده‌ای ایجاد ننماید.

مجریان طرح، با محدودیت‌هایی درین پژوهش روبرو بودند:

۱- مداخله روانشناسی در بیماران مورد مطالعه، پس از UROD و ترجیح از بیمارستان به دلیل همکاری و مراجعه نکردن آنها (به علت ماهیت اعتیاد) مقدور نبود و به نظر می‌رسد که این نکته عامل مؤثری در بالا رفتن میزان عود پس از سم زدایی باشد.

۲- با توجه به ساختار روانشناسی بیماران، پرشدن جدول‌های SOWS توسط خود بیمار و سیستم امتیازدهی لیکرت که از تا ۵ براساس شدت علائم استوار است، بررسی به طور دقیق میسر نبود لذا پاسخ‌های پرسشنامه SOWS به صورت دو گزینه‌ای (وجود دارد، وجود ندارد) تدوین شد.

۳- در این مطالعه، مدت متوسط اقامت بیماران در ICU ۷۲ ساعت بود که به دلیل مشکلات کارکنان و هزینه نهایتاً به ۳۶ ساعت تقلیل داده شد. لذا، امکان بررسی بیماران از نظر علائم ترک بیش از این مدت، مقدور نبود.

پیشنهاد می‌کنیم که در مطالعات بعدی نوع ماده افیونی مصرف شده به تفکیک در بیماران مشخص و تأثیر متفاوت هر ماده در بروز علائم ترک بررسی شود. همچنین، مطالعاتی که به مقایسه این روش با روش‌های دیگر سم زدایی در دو گروه مشابه پردازد، می‌توانند در تعیین روش سودمندتر مفید باشند. این مطالعه در مرکز آموزشی درمانی شفا شهر رشت انجام شده است.

کردن و فراوانی علائم ذهنی و عینی ترک پس از سم زدایی به طور معنی‌دار بیش از قبل از سم زدایی بود که تمام این یافته‌ها دلیلی بر کارآیی نسبی UROD در کترول علائم ترک به درجه‌های مختلف است.

در مقایسه، بعضی مطالعات تأیید کننده کارآیی UROD هستند (۶، ۷، ۱۷ و ۲۰) و برخی مطالعات ناکارآیی و بروز علایم ترک در حد متوسط تا شدید را در این بیماران نشان می‌دهند (۹، ۱۵ و ۱۶).

عوارض مرتبط با بیهوشی که در بیماران ما ثبت شدند عبارت بودند از:

برادی‌کاری در ۳ بیمار که از عوارض تجویز کلونیدین بود که با درمان با آتروپین پاسخ مناسب درمانی حاصل شد. یک مورد هم پس از انفوژیون وریدی اکتروئید برادی‌کاری بروز کرد که این مورد هم با آتروپین اصلاح شد.

۲ مورد تاکی‌کاردی به دنبال شروع و لوله‌گذاری هم‌زمان داخل معده به همراه سوند ادراری و شروع نالوکسان بود که پس از توقف، تحریک خود به خود از بین رفت. افت فشار خون دیده نشد.

افزایش فشارخون نیز در ۳ مورد بروز کرد که ۲ مورد آن همان بیمارانی بودند که تحریک هم‌زمان لوله‌گذاری داخل معده و سوند ادراری در آنها انجام شده بود.

۴ مورد استفراغ بعد از بیهوشی داشتیم که ۳ مورد بیمارانی بودند که در آنها از اکتروئید زیر جلدی قبل از بیهوشی و انفوژیون طی بیهوشی مربوط به همه بیماران، استفاده نشده بود.

عوارض از قبیل انتوباسیون مشکل و هیپوکسی و مشکل تهویه و پنوموتوراکس و لارنگوپاسپاسم دیده نشد. یکی از بیماران که وضع بهداشتی دندانی نامناسب داشت که پیش از عمل کاملاً لق بود، پس از انتوباسیون و طی گذاشتن NG tube توسط پنس کنده شد که توضیح قبل از بیهوشی آن به بیمار داده شده بود.

عوارض عصبی، نقص عضو و مرگ و میر در هیچ‌یک از بیماران دیده نشد.

منابع

1. Loimer N, Lenz K, Schmid R, Presslich O. Technique for Greatly Shortening the Transition from Methadone to Naltrexone Maintenance of Patients Addicted to Opiates. American Journal of Psychiatry 1991; 148:933 -935.
2. Legarda JJ, Gossop M. A 24-H Inpatient Detoxification Treatment for Heroin Addicts: A Preliminary Investigation. Drug Alcohol Depend 1994; 35:91-93 .
3. Loimer N, Lenz K, Presslich O, Schmid R . Rapid Transition from Methadone Maintenance to Naltrexone Lancet. 1988;335:111.
4. Zaks A, Jones T, Fink M, Freedman AM. Naloxone Treatment of Opiate Dependence. JAMA 1971;215:2108-2110.
5. Presslich O, Loimer N. Opiate Detoxification Under General Anesthesia By Large Doses Of Naloxone. Clinical Toxicology 1989;27:263-270.
6. Hensel M, Kox WJ. Safety, Efficacy and Long Term Results of A Modified Version of Rapid Opiate Detoxification Under General Anaesthesia. Acta Anaesthesiol Scandinavia 2000 ; 44:326-333.
7. Brewer C, Laban M, Schmulian C. Rapid Opiate Detoxification and Naltrexone Induction under General Anesthesia and Assisted Ventilation: Experience with 510 Patients in Four Countries. Royal College of Psychiatrists in London, England. 1996; Available From:
[Www.Lancegoberman.Com/Internet.Htm](http://www.lancegoberman.com/internet.htm).
8. Albanese AP, Gevirtz C, Oppenheim B, Field JM, Abels I, Eustane JC. Outcome and Six Month Follow up of Patients after Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD). J Addict Dis 2000; 19 (2): 11 - 28.
9. Pfab R, Hirtl C, Zilker T. Opiate Detoxification under Anesthesia: no Apparent Benefit but Suppression of Thyroid Hormones and Risk of Pulmonary and Renal Failure. J Toxicol Clin Toxicol 1999; 37 (1): 43-50.
10. Gevirtz C. Anesthesia – Assisted Opiate Detoxification. Int Anesthesiol Clin 2003; 41(2): 79-93.
11. Jerome H. Substance Related Disorder. in: Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed. Philadelphia; Williams and Wilkins, 2000 : 929-1095.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. Substance Related Disorder.In: Sadock BJ, Sadock VA (Editors). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th Ed. Philadelphia; Lippincott William and Wilkins, 2003: 1087.
13. Toray C. Favrest Ultra Rapid Opiate Detoxification, Department of Anesthesiology, New York; 2003:. P: 663-671.
14. Handelsman L, Cochrance KJ, Aronson MJ, Ness R, Rubinstein KJ, Kanof PD. Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal. Am J Drug Alcohol Abuse 1987; 13:293-308.
15. Kienbaum P, Scherbaum N, Thurauf N, Michel M, Gastpar M, Peters J . Acute Detoxification of Opiate –Addicted Patients during Propofol or Methohexitol Anesthesia: A Comparision of Withdrawal Symptoms, Neuroendocrine, Metabolic and Cardiovascular Patterns. Critical Care Medicine 2000;28(4):969-979.
16. Tretter F, Burkhardt D, Bussello Spieth B, Reiss J, Walcher S, Buchele W. Clinical Experience With Antagonist Induced Opiate Withdrawal Under Anesthesia. Addiction 1998; 93(2): 269-75.
17. Lorenzi P, Marsili M, Boncinelli S, Fabbri LP, Fontanari P, Zorn AM, et al. Searching for A General Anesthesia Protocol for Rapid Detoxification from Opioids. European Journal of Anaesthesiology 1999; 16:719-727.
18. Singh J, Basu D. Ultra-Rapid Opiate Detoxification: Current Status and Controversies. J Postgrad Med 2004; 50(3):227-232.
19. Krabbe P, Koning J, Heinen N, Laheij R, Van Cauter RV, De Jong C. Rapid Detoxification from Opioid Dependence Under General Anesthesia Versus Standard Methadone Tapering: Abstinence Rates and Withdrawal Distress Experiences. Addict Biol 2003;8(3):351-8.
20. Kaye AD, Gevirtz C, Bosscher HA, Duke JB, Frost EAM, Richards TA, Fields AM. Ultra Rapid Opiate Detoxification: A Review. Can J Anesth 2003;50(7):663-71.
21. Collins ED, Kleber HD, Whittington RA, Heitler NE. Anesthesia- Assisted VS Buprenorphine- or Clondin- Assisted Heroin Detoxification and Naltrexone, Induction. A Randomized Trial. JAMA 2005; 294(8):903-913.
22. O'Connor PG, Kosten TR. Rapid and Ultrarapid Opioid Detoxification Techniques. JAMA 1998; 279(3): 229-2.

Survey the Prevalence of Recurrence in Ultra Rapid Opiate Detoxification in Opiate and Heroin Dependents

*Najafi K. (MD)¹- Amir alavi C. (MD)¹- Zarrabi H. (MD)¹- Ali Mohammadzadeh A. (MD)¹-
Elaheh Sadat Khodaei E. (MD)¹- Salajegheh A. (MD)¹

* Corresponding Author: Shafa Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E-mail: K_najafi@gums.ac.ir

Received: 10/Apr/2008

Accepted: 25/Jun/2008

Abstract

Introduction: A wide variety of rehabilitation procedures can be applied in opiate dependents. Ultra Rapid Opiate Detoxification (UROD) is one of them resulted in which influenced in detoxification in few hours; however, the efficacy and safety of this procedure are questionable.

Objective: Survey the Prevalence of Recurrence in Ultra Rapid Opiate Detoxification in Opiate and Heroin Dependents

Materials and Methods: In this descriptive study, ninety opiate addicts who referred to Shafa Hospital were selected to undergo UROD. First, they were interviewed by principal investigators using ASI questionnaire. Urinary opium screen test was performed a week before detoxification and immediately after it. Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS) and Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWS) were applied before detoxification and 1, 6, 24 hours after that to assess withdrawal symptoms and signs. 6-month relapse was evaluated by urine screening test. Data was analyzed by SPSS statistical software.

Results: 13 cases of 90 subjects failed to be followed. Among 77 remaining patients, 60(78%) relapsed in one-year. 50% relapsed in the first 3 months, 18% between 3 to 6 months, 6% between 6 months to one year and 3% after one year. Between subjective symptoms shaking, nausea and cramps in stomach and in objective signs vomiting and abdominal cramps were significantly different before and after detoxification. Prevalence of subjective and objective withdrawal symptoms and signs was significantly higher after detoxification.

Conclusion: In detoxified Patients who under went UROD, didn't find any considerable side effects due to anesthesia, organ function and severe psychiatric problems were not found. Of course, all of the subjects did not have any physical problem before UROD. UROD was effective to control some of the symptoms and signs of withdrawal syndrome while it did not show efficacy in controlling some others. The relative frequency of relapse rate in detoxified patients by UROD was 78% which was notably high.

Key words: Heroin Dependence/ Opioid- Related Disorders/ Recurrence

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 67, Pages: 55- 64