

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، زایمان، شیردهی و نوزادی

تهیه و تدوین:
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
اداره پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد

با همکاری و مشارکت:
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

مؤلفین:
دکتر علیرضا نوروزی، روان‌پزشک
دکتر محمدباقر صابری‌زفرقندی، روان‌پزشک
دکتر مهسا گیلانی‌پور، روان‌پزشک
دکتر عباسعلی ناصحی، روان‌پزشک
دکتر علی نیک‌فرجام، پزشک
دکتر فیروزه جعفری، روان‌پزشک
دکتر نازنین حضرتی، روان‌پزشک
دکتر مصطفی صادقی، متخصص بیهوشی
دکتر محمد آریافر، متخصص بیهوشی
دکتر مازیار مقصودلو، متخصص بیهوشی
دکتر محمداسماعیل مطلق، متخصص کودکان

فهرست مطالب

مقدمه ۹

تقدیر و سپاس‌گزاری ۱۱

تعریف واژه‌ها ۱۳

فصل ۱: اعتیاد در زنان ۲۱

۱-۱- مقدمه ۲۱

۱-۲- عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد در زنان ۲۲

۱-۳- الگوهای سوءمصرف مواد در زنان ۲۴

۱-۴- موانع درمان سوءمصرف مواد در زنان ۲۶

۱-۵- اثرات سوءمصرف مواد در زنان ۲۷

۱-۶- درمان اختلالات سوءمصرف مواد در زنان ۳۰

فصل ۱: عوارض سوءمصرف مواد در بارداری ۳۳

۲-۱- کلیات سوءمصرف مواد افیونی در بارداری ۳۳

۲-۲- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر برآیندهای بارداری ۳۵

۲-۳- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر مادر باردار ۳۶

۲-۴- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر جنین و نوزاد ۳۷

۲-۵- اثرات سایر مواد ۳۸

فصل ۳: غربال‌گری و ارزیابی ۴۳

۳-۱- لزوم غربال‌گری سوءمصرف مواد در بارداری ۴۳

۳-۲ـ زمان غربال‌گری ۴۵

۳-۳- جایگاه غربال‌گری سوءمصرف مواد در مراقبت‌های بارداری ۴۵

۳-۴-انتخاب و استفاده از ابزار غربال‌گری ۴۶

۳-۵- نحوه غربال‌گری ۵۰
۳-۶- ارزیابی ۵۴

فصل ۴: هماهنگی و تداوم مراقبت ۵۷
۴-۱- مقدمه ۵۷
۴-۲- مراقبت‌های پیش از تولد ۵۸
۴-۲- مراقبت‌های حین زایمان ۶۴
۴-۴- مراقبت‌های پس از زایمان ۶۹
۴-۵- ملاحظات مهم در گروه‌های خاص ۷۲

فصل ۵: هنگام زایمان ۷۴
۵-۱- اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان ۷۴
۵-۲- اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد ۷۵
۵-۳- نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر ۷۹
۵-۴- نکات مهم در ارزیابی مادر وابسته یا مشکوک به وابستگی ۸۰
۵-۵- اقدامات حمایتی ۸۵
۵-۶- اقدامات لازم در انواع مواد ۹۶
مواد افیونی (Opiates) ۹۶
مواد محرک (Stimulants) ۱۰۲
مواد توهم‌زا (Hallucinogens) ۱۱۳
حشیش و ترکیبات مشابه (Cannabis) ۱۱۷
مواد دخانی (Tobacco) ۱۲۲
مواد الکلی (Alcoholic Beverages) ۱۲۴

فصل ۶: درمان ۱۲۷
۶-۱- مقدمه ۱۲۷

۶-۲- بازگیری از مواد افیونی ۱۲۸
۶-۳- درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست ۱۲۹
۶-۴- انتخاب داروی آگونیست ۱۳۰
۶-۵- متادون ۱۳۳
۶-۶- بوپرنورفین ۱۴۴
۶-۷- سایر ملاحظات درمانی مهم ۱۵۰

فصل ۷: شیردهی ۱۵۹
۷-۱- مقدمه ۱۵۹
۷-۲- اصول کلی شیردهی ۱۶۰
۷-۳- شیردهی و درمان‌های نگهدارنده با آگونیست ۱۶۰
۷-۴- موارد منع شیردهی در زنان سوءمصرف‌کننده مواد ۱۶۲

فصل ۸: سندرم پرهیز نوزادی ۱۶۵
۸-۱- مقدمه ۱۶۵
۸-۲- پاتوفیزیولوژی ۱۶۶
۸-۳- تشخیص ۱۶۷
۸-۴- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی ۱۶۸

پیوست‌ها ۱۷۹
پیوست ۱: برگه آشنایی با درمان‌های نگهدارنده ۱۷۹
پیوست ۲: آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون برای مادر باردار ۱۸۱
پیوست ۳: مقیاس بالینی محرومیت از مواد افیونی ۱۸۵
پیوست ۴: مقیاس ارزیابی مخدر علایم محرومیت مؤسسه بالینی (CINA) ۱۸۸

پیوست ۵: فرم نمره‌دهی سندرم پرهیز نوزادی ۱۹۰
پیوست ۶: نمره پرهیز نوزادی، نمره فینگان ۱۹۲
پیوست ۷: مثال‌هایی از بروشورهای اطلاع‌رسانی به والدین در مورد سندرم پرهیز نوزادی ۱۹۴
راهنمای ۱: الگوریتم پیشگیری یا کنترل علایم محرومیت در مادر باردار از هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی) ۱۹۸
راهنمای ۲: الگوریتم تسکین دردهای پس از زایمان در صورت نیاز به مخدر (مرور سریع و کلی) ۱۹۹
راهنمای ۳: کنترل صدای قلب جنین ۲۰۰
راهنمای ۴: کنترل علایم حیاتی ۲۰۱
راهنمای ۵: روش‌های کاهش درد غیردارویی ۲۰۲

فهرست منابع ۲۰۳



مقدمه

افزایش کیفیت مراقبت‌های حین بارداری وزایمان، بهبود روش‌های بیهوشی، دسترسی به مراکز درمانی با کارکنان متخصص و آموزش‌دیده و نیز در دسترس‌بودن فرآورده‌های خونی باعث شده‌اند که مرگ‌ومیر مادران به‌طور قابل توجهی کاهش یابد. اما مرگ مادران هم‌چنان رابطه مستقیمی با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی دارد و سوءمصرف مواد یک مثال اختصاصی در این مورد است.

امروزه ابتلا به مواد اعتیادآور از مرزهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی گذشته است و تقریباً نمی‌توان مرز مشخصی از عدم ابتلا و ایمنی در این مورد قائل شد. زنان باردار نیز از این لحاظ مصون نیستند.

در سال‌های اخیر تعداد زنان وابسته به مواد رو به افزایش است که با توجه به اهمیت مضاعف زنان به‌عنوان نیمی از افراد جامعه و هم‌چنین تأمین‌کننده مراقبت تمام جامعه لزوم توجه روزافزون به این گروه را نشان می‌دهد. یکی دیگر

از اساسی‌ترین علل لزوم توجه به زنان دوران بارداری، هنگام زایمان، شیردهی و مراقبت از نوزاد است. متأسفانه مواردی از مرگ مادران معتاد که یا به‌علت مستقیم مسمومیت با مواد یا به‌علت عوارض مامایی (که احتمال بروز آن‌ها همراه با سوءمصرف مواد بیشتر می‌شود) رخ داده است.

با توجه به موارد فوق و هم‌چنین درخواست همکاران محیطی، تهیه مجموعه‌ای برای آشنایی پزشکان و درمانگران اعتیاد، پزشکان، ماماها و کاردان‌های بهداشت خانواده مراکز بهداشتی، درمانی ارایه کننده خدمات مراقبت بارداری و متخصصین زنان و بیهوشی در دستور کار دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد این معاونت با مشارکت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت محترم بهداشت قرارگرفت.

تهیه این راهنما با کوشش و همت اعضای محترم دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد و اداره سلامت مادران گروه‌های تخصصی (روان‌پزشکی، بیهوشی و زنان) دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌خصوص دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

در انتها از تلاش تمام این عزیزان به‌ویژه استاد بزرگوار جناب آقای دکتر مصداقی‌نیا معاون محترم بهداشت تشکر و قدردانی می‌نمایم.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دکتر سیدحسن امامی‌رضوی



تقدیر و سپاس‌گزاری

گروه تدوین‌کننده این راهنما بر خود لازم می‌دانند از عزیزانی که در تهیه این راهنما مساعدت و همکاری کرده‌اند، به ترتیب حروف الفبا، تشکر نمایند:

- ارشد، لیلا؛ مرکز گذری خانه خورشید
- اسلامیان، دکتر لاله؛ متخصص زنان و زایمان؛ د. ع. پ. تهران
- امامی‌افشار، نهضت؛ کارشناس ارشد آموزش بهداشت؛ د. ع. پ. تهران
- امام‌هادی، دکتر محمدعلی؛ متخصص پزشکی قانونی؛ د. ع. پ. شهیدبهشتی
- بهاءصدری، دکتر شهره؛ متخصص زنان و زایمان؛ د. ع. پ. تهران
- پسته‌ای، دکتر سیدخلیل؛ دستیار بیهوشی؛ د. ع. پ. تهران
- تاشی، شهره؛ کارشناس ارشد آموزش پزشکی؛ د. ع. پ. اصفهان
- جبل‌عاملی، دکتر میترا؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. اصفهان
- جلیلوند، پوران؛ کارشناس بهداشت عمومی؛ د. ع. پ. تهران
- حجازی، سعیده؛ کارشناس مامایی؛ د. ع. پ. تهران

- حسنی، دکتر ولی‌الله؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. تهران
- حنطوش‌زاده، دکتر صدیقه؛ متخصص زنان و زایمان؛ د. ع. پ. تهران
- خدابنده، دکتر فریده؛ متخصص پزشکی قانونی؛ د. ع. پ. شهیدبهشتی
- رادپویان، لاله؛ کارشناس مامایی؛ د. ع. پ. تهران
- رحیمی، دکتر مجتبی؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. اصفهان
- رحیمی‌قصبه، سوسن؛ کارشناس ارشد مامایی؛ د. ع. پ. تهران
- رضوی، دکتر سیدسجاد؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. شهیدبهشتی
- روشنی، دکتر بهمن؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. کرمانشاه
- سارنگ، دکتر بابک؛ مرکز گذری خانه خورشید
- سلیمی، دکتر علیرضا؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. شهیدبهشتی
- شکرانی‌فر، دکتر شهرام؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. تهران
- صابرمقدم، دکتر محسن؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. خراسان شمالی
- صادقی، دکتر مانلی؛ متخصص پزشکی اجتماعی؛ وزارت بهداشت
- صالحی، دکتر مهرداد؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. اصفهان
- صمدی، دکتر شهرام؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. تهران
- طاهری‌پناه، دکتر ربابه؛ متخصص زنان و زایمان؛ د. ع. پ. شهیدبهشتی
- عبدالله‌زاده‌بقایی، دکتر علیرضا؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. هرمزگان
- عطاری، دکتر محمدعلی؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. اصفهان
- فریدی، دکتر نسرین؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. تهران
- فکرت، دکتر فریدون؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. هرمزگان
- کاشانیان، دکتر مریم؛ متخصص زنان و زایمان؛ د. ع. پ. تهران
- ملک‌خسروی، دکتر شهره؛ متخصص زنان و زایمان؛ د. ع. پ. کرمانشاه
- منشی‌زاده، سرکار خانم؛ مرکز گذری خانه خورشید
- میرمیران، دکتر پریناز؛ پزشک عمومی؛ د. ع. پ. اصفهان
- والافر، شهرزاد؛ کارشناس مامایی؛ د. ع. پ. تهران
- هادی‌پورجهرمی، لیلا؛ کارشناس ارشد مامایی؛ د. ع. پ. تهران
- هاشمی‌فشارکی، دکتر منصور؛ فارماکولوژیست؛ د. ع. پ. اصفهان
- یوسفی، دکتر ابوالقاسم؛ متخصص بیهوشی؛ د. ع. پ. تهران



تعریف واژه‌ها

اعتیاد **Addiction**

به تعریف «وابستگی» مراجعه کنید. به سوءمصرف مکرر و اجباری مواد روان‌گردان علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن اطلاق می‌شود. تمایل فزاینده به کاربرد این واژه خود را به ورود اصطلاح «رفتارهای اعتیادی» در پیش‌نویس پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی نشان می‌دهد.

انتقال عمودی **Vertical Transmission**

انتقال یک عفونت از مادر به جنین یا نوزاد.

بازتوانی **Rehabilitation**

به مجموعه مداخلات و برنامه‌هایی گفته می‌شود که پس از درمان علایم حاد بیماری، به فرد کمک می‌کند به بهترین سطح عملکرد خود در حوزه‌های فردی، بین‌فردی و اجتماعی دست یابد.

بازگیری طبی **Medically Assissted Withdrawal**

بازگیری طبی یا به اختصار بازگیری فرآیندی است که در طول آن با تجویز دارو علایم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. بازگیری اولین مرحله درمان بوده و به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست. تعریف واژه «سم‌زدایی» را نیز ملاحظه فرمایید.

پرهیز **Abstinence**

به اجتناب از مصرف مواد مخدر یا سایر رفتارهای اعتیادی گفته می‌شود.

تحمل **Tolerance**

وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به‌تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دست‌یابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم‌تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علایم سندرم وابستگی است.

تراتوژن **Teratogen**

عاملی که می‌تواند در رویان یا جنین ناهنجاری ایجاد کند.

تشخیص دوگانه **Dual Diagnosis**

به وجود اختلالات روان‌پزشکی همراه در بیماران مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد تشخیص دوگانه گفته می‌شود.

تثبیت **Stabilization**

در این راهنما به القا و تثبیت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست تثبیت گفته می‌شود.

تطبیق روش درمانی **Modality Matching**

به تطبیق نیازهای مصرف‌کننده خدمات با یک مداخله درمانی (مثلاً مصاحبه انگیزشی)، بدون توجه به‌جایگاه درمانی گفته می‌شود.

تطبیق جایگاه درمانی **Placement Matching**

تطبیق جایگاه درمانی به قراردهی مُراجع در یک جایگاه خاص هم‌چون مراقبت سرپایی، بستری یا اقامتی اطلاق می‌شود.

داروهای آگونیست **Agonist Drugs**

داروهای آگونیست گیرنده‌های اُپیوئیدی داروهایی هستند با اتصال به گیرنده‌های اُپیوئیدی در مغز ـ محل اتصال و اثر مواد افیونی ـ و فعال‌کردن آن‌ها اثراتی مشابه مواد افیونی ایجاد می‌کنند؛ مانند: متادون و بوپرنورفین.

داروهای آنتاگونیست **Antagonist Drugs**

داروهایی که با اتصال به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز، مانع فعال‌شدن این گیرنده‌ها می‌شوند. از نظر داروشناختی، تأثیر داروهای آنتاگونیست بر روی گیرنده اثرات فیزیولوژیک و رفتاری عوامل دارویی آگونیست را مهار می‌کند. برای مثال، نالترکسون یک آنتاگونیست اُپیوئیدی است و مصرف آن باعث انسداد گیرنده‌های اُپیوئیدی و ممانعت از فعال‌سازی آن‌ها می‌شود.

درمان جایگزین با داروهای اُپیوئیدی

Opioid Substitution Therapy (OST)

به‌جایگزین‌کردن مصرف آسیب‌رسان مواد افیونی غیرقانونی با داروهای اُپیوئیدی گفته می‌شود. تعریف «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» را نیز ملاحظه فرمایید.

درمان‌های جایگزین با نیکوتین

Nicotine Replacement Therapies (NRT)

درمان‌های طراحی شده برای ترک سیگار از طریق تأمین نیکوتین به‌صورت جایگزین را درمان جایگزین نیکوتین می‌گویند. این روش‌های درمانی با کم‌کردن وسوسه نیکوتین به فرد برای ترک سیگار کمک می‌کنند.

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

Agonist Maintenance Treatment

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های اُپیوئیدی با هدف کاهش سوءمصرف مواد غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. در این کتاب منظور از «درمان نگهدارنده»، «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» است. اصطلاح «درمان نگهدارنده» و «درمان جایگزین» معمولاً به‌صورت معادل به‌کار می‌روند. اصطلاح «درمان جایگزین» بر این مفهوم تأکید دارد که در این روش مصرف مواد افیونی حذف نشده، بلکه به منظور کاهش عوارض سوءمصرف مواد، ماده افیونی آسیب‌رسان و غیرقانونی با یک داروی اُپیوئیدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح «درمان نگهدارنده» بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی‌مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای اُپیوئیدی مثل متادون و بوپرنورفین تثبیت و درمان می‌شود. مؤلفان بر این باورند که اصطلاح «نگهدارنده»، بهتر از اصطلاح «جایگزین» اثرات درمانی این روش را منعکس می‌نماید، لذا در این کتاب همه جا از اصطلاح «درمان نگهدارنده» برای توصیف این روش درمانی استفاده شده است.

زایمان زودرس **Preterm Labour**

تولد بعد از ۲۰ هفتگی و قبل از ۳۷ هفتگی را زایمان زودرس می‌گویند.

سقط **Miscarriage**

خروج خودبه‌خودی محتویات بارداری از رحم پیش از هفته ۲۰ را سقط می‌گویند.

سم‌زدایی **Detoxification**

به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. فرآیندی که در طول آن علایم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. واژه سم‌زدایی مفهوم کنترل علایم ترک را به‌خوبی منعکس نمی‌کند، به همین دلیل در متون علمی

جدید به‌جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود.

سندرم پرهیز نوزادی Neonatal Abstinence Syndrome (NAS)

سندرم پرهیز نوزادی یک حالت محرومیت از مواد مشاهده شده در مادران وابسته به مواد است که با نشانه‌های غیراختصاصی در نوزاد تظاهر می‌کند. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولد شده از مادران وابسته به مواد افیونی از مادران وابسته به الکل و سایر مواد شایع‌تر است. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان مادران وابسته به مواد افیونی با تهیج نورولوژیک، کژکارکردی گوارشی و نشانه‌های اتونومیک مشخص می‌گردد. نشانه‌هایی هم‌چون خوب شیر نخوردن، مشکلات خواب، استفراغ، دهیدراتاسیون، وزن‌نگرفتن و گاه تشنج ممکن است دیده شود.

سوءمصرف مواد Drug Abuse

تداوم سوءمصرف مواد، علی‌رغم بروز مشکلات خانوادگی، اجتماعی یا قانونی را سوءمصرف مواد می‌گویند.

سوءمصرف چندگانه مواد Polysubstance Abuse

سوءمصرف هم‌زمان بیش از یک ماده مخدر یا روان‌گردان را اصطلاحاً سوءمصرف چندگانه مواد می‌گویند.

عود Relapse

بازگشت به سوءمصرف مواد در یک فرد وابسته به مواد، بعد از یک دوره عدم مصرف را گویند که اغلب با بازگشت علایم وابستگی همراه است. باید میان «لغزش»[1] و عود تفاوت قایل شد. لغزش به یک نوبت سوءمصرف مواد پس از یک

1. Lapse

دوره پرهیز از مواد گفته می‌شود. عود در مصرف‌کنندگان مواد بسیار شایع است و بیش‌تر آن‌ها قبل از دست‌یابی به پرهیز طولانی‌مدت چندین بار عود می‌کنند.

کاهش آسیب **Harm Reduction**

به مجموعه سیاست‌ها یا برنامه‌هایی گفته می‌شود که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی سوءمصرف مواد طرح‌ریزی شده باشند، هرچند فرد مصرف‌کننده به سوءمصرف مواد ادامه دهد. گروه‌های هدف در برنامه‌های کاهش آسیب مواد غالباً از گروه‌های حاشیه‌ای و سخت‌دسترس هستند، لذا برنامه‌های کاهش آسیب باید از بدو شروع فعالیت، روشی مشخص برای دسترسی به آن‌ها داشته باشند.

مت‌آمفتامین **Methamphetamine**

مت‌آمفتامین با نام خیابانی «شیشه» یک ماده غیرقانونی با خواص محرک دستگاه اعصاب مرکزی است که با افزایش دوپامین و نوراپی‌نفرین در پایانه‌های عصبی اثرات خود را اعمال می‌کند.

محرومیت **Withdrawal**

مجموعه علایمی که پس از ترک یا کاهش ناگهانی سوءمصرف مستمر و طولانی‌مدت مواد روان‌گردان ظاهر می‌شوند. سندرم محرومیت با نشانه‌های فیزیولوژیک، جسمی و روان‌شناختی همراه است. محرومیت یکی از علایم سندرم وابستگی است.

مداخله مختصر **Brief Intervention**

یک راهبرد درمانی است که در طی آن در زمانی کوتاه مشاوره ساختاریافته با هدف کمک به فرد برای کاهش یا قطع مصرف مواد (یا سایر مشکلات زندگی) ارایه می‌گردد.

مدل ماتریکس **Matrix Model**

مدل ماتریکس یک روش درمانی سرپایی و جامع با رویکرد شناختی، رفتاری است که در درمان وابستگی به مواد محرک کاربرد دارد.

معتادان گمنام یا اِن‌اِی **Narcotic Anonymous (NA)**

معتادان گمنام یک گروه خودیاری است که با استفاده از اصول و سنت‌های برنامه‌های ۱۲ قدمی به اعضای خود برای دست‌یابی به پرهیز و حفظ آن کمک می‌کند.

مصاحبه انگیزشی **Motivational Interview**

یک سبک مصاحبه که هدف آن افزایش انگیزه بیمار برای تغییر رفتار است.

مصرف مواد چندگانه **Polysubstance Use**

به سوءمصرف هم‌زمان چندین ماده روان‌گردان اطلاق می‌گردد.

مواد افیونی **Opioids**

مواد افیونی به ترکیبات افیونی و سایر ترکیبات نیمه‌صناعی و صناعی با خواص مشابه اطلاق می‌شود. مواد افیونی موادی وابستگی‌آور هستند که اثرات خود را از طریق فعال‌سازی گیرنده‌های اُپیوئیدی در مغز القا می‌کنند و سوءمصرف مستمر آن می‌تواند منجر به وابستگی شود.

مواد روان‌گردان **Psychoactive Substances**

به موادی گفته می‌شود که در صورت مصرف تدخینی، خوراکی، استنشاقی، مشامی یا تزریقی فرآیندهای شناختی مثل شناخت یا عاطفه را متأثر می‌نماید.

مواد مخدر **Narcotic Drugs**

نارکوتیک‌ها یا مواد مخدر در گذشته به مواد روان‌گردانی اطلاق می‌شد که خاصیت القاکنندگی خواب دارند، اما امروزه به گروهی از مواد روان‌گردان شامل

مواد افیونی، کوکایین و ماری‌جوانا اطلاق می‌شود که مصرف و تجارت آن‌ها براساس پیمان منفرد[1] سازمان ملل (۱۹۶۱) غیرقانونی اعلام شده است.

نوزادی **Neonatal Period**

۲۸ روز اول بعد از تولد.

وابستگی **Dependence**

وضعیتی که با مصرف اجباری مواد، علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن مشخص می‌شود.

وابستگی چندگانه مواد **Polysubstance Dependence**

وابستگی هم‌زمان به بیش از یک ماده مخدر یا روان‌گردان وابستگی چندگانه مواد گفته می‌شود.

وسوسه مواد **Drug Craving**

به ولع یا میل قدرتمندی اطلاق می‌شود که فرد را به سمت مصرف مواد یا سایر رفتارهای اعتیادی می‌راند. این اصطلاح برای هر دو حالت وابستگی جسمی یا روانی به کار می‌رود.

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی
Human Immunodeficiency Virus (HIV)

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی ویروس ایجادکننده ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) است. اچ‌آی‌وی از طریق خون، مایع منی، ترشحات واژینال و شیر مادر منتقل می‌شود. درمان‌هایی برای به تأخیر انداختن پیش‌رفت عفونت اچ‌آی‌وی به ایدز شناسایی شده است، اما هنوز واکسن یا درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

1. Single convention

۱

اعتیاد در زنان

۱-۱- مقدمه

وابستگی و سوءمصرف مواد در زنان روندی رو به رشد دارد. به‌نظر می‌رسد اعتیاد در زنان ویژگی‌های خاصی دارد. توجه به این ویژگی‌ها به پیش‌بینی سیر اختلال و برنامه‌ریزی‌های درمان کمک می‌کند. برای شناسایی بهتر الگوهای ویژه اعتیاد زنان باید به عوامل مؤثر در شکل‌گیری آن توجه کرد. عوامل روانی اجتماعی[1]، فرهنگی اجتماعی[2] و ژنتیکی[3] از جمله این عوامل محسوب می‌شود.

عوامل مختلفی بر دلایل شروع سوءمصرف مواد در زنان اثر می‌گذارد و برخی از این عوامل در زنان از مردان شایع‌تر هستند. زنان اغلب اظهار می‌کنند

1. Psychosocial factors
2. Socio-cultural factor
3. Genetical factors

استرس، خلق منفی و روابط‌شان باعث شروع سوءمصرف مواد در آن‌ها شده است. در واقع زنان اغلب از طریق یک دوست نزدیک، یکی از اعضا خانواده، همسر یا شریک جنسی خود با مواد آشنا می‌شوند.

۱-۲- عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد در زنان

عوامل روانی اجتماعی

مواجهه با محیط خانوادگی آشفته، پر از مشاجره و خشونت یا انتظار از فرد که در دوران کودکی نقش افراد بزرگسال را بپذیرد، سایر عواملی هستند که در زنان شروع و شیوع مصرف مواد را پیش‌بینی می‌کنند.

زنان به‌صورت معنی‌داری تحت تأثیر روابط و مصرف مواد در همسر یا افراد مهم زندگی خود قرار می‌گیرند. زنانی که وابسته به مواد هستند با احتمال بالاتری ـ همسر مصرف‌کننده مواد دارند. در مواردی، زنان مصرف مواد همراه با همسر یا شریک زندگی خود را هم‌چون روشی برای ارتباط یا حفظ رابطه خود درک می‌کنند. روابط زنان هم‌چنین به‌صورت معنی‌دار بر شروع رفتارهای پرخطر مصرف مواد هم‌چون تزریق اثر می‌گذارد.

داده‌های همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند میزان بیماری‌های روان‌پزشکی اولیه، از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی، در زنان مصرف‌کننده مواد بیش از مردان است. سابقه وقایع آسیب‌رسان زندگی یک عامل خطر برای گرایش به مصرف مواد به‌شمار می‌رود. شیوع اختلالات مصرف مواد در طول عمر زنانی که مورد خشونت جنسی قرار گرفته‌اند، چهار برابر بیشتر از سایر زنان است. به‌علاوه، زنانی که سابقه تروما هم‌چون سوءرفتار جنسی در کودکی یا روابط بین فردی دارند، با شیوع بالاتری در جمعیت مصرف‌کننده مواد دیده می‌شود. میزان بالای

اختلالات هم‌زمان روان‌پزشکی با مصرف مواد و ارتباط آن با سابقه سوءرفتار جنسی در کودکی این فرض را مطرح می‌کند که هیجان‌طلبی[1]، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، اختلال استرس پس از سانحه، انواع اختلالات جنسی، اختلالات خوردن و دشواری در تنظیم خلق ممکن است از جمله عوامل مساعدکننده مصرف مواد برای زنان باشد. از طرفی سوءمصرف مواد به نوبه خود موجب می‌شود که فرد بیشتر در معرض سوءرفتار جنسی قرار بگیرد.

عوامل فرهنگی، اجتماعی

عوامل فرهنگی علاوه بر شکل‌دادن به الگوهای مصرف و سوءمصرف، می‌توانند در شروع مصرف مواد در زنان مؤثر باشند.

فشار اجتماعی بر زنان برای داشتن اندام متناسب، بیش از مردان است. لذا موادی مثل سیگار، کوکائین و سایر مواد محرک، برای کاهش وزن مورد استفاده قرار می‌گیرند. داروهایی مثل بنزودیازپین‌ها که قابلیت سوءمصرف دارند برای زنان بیش از مردان تجویز می‌شود.

بالاخره مصرف مواد در زنان بسیار تحت تأثیر مصرف مواد در شرکاء جنسی‌شان است. بیشتر زنان گزارش می‌کنند که همسرشان برای بار اول مصرف و تزریق مواد را به ایشان پیشنهاد کرده است.

برخی معضلات اجتماعی، فرهنگی نقش مهمی نظیر فرهنگ‌زدایی[2]، تجربه تبعیض و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی عوامل خطر مهم برای شروع مصرف مواد، وضعیت سلامتی، دسترسی به درمان و رفتار تقاضای درمان زنان به‌حساب می‌آیند.

1. Sensation seeking
2. Acculturation

عوامل ژنتیکی

برای مقایسه تأثیر عوامل ژنتیک و محیطی بر مصرف مواد و اختلالات ناشی از آن در زنان و مردان، مطالعاتی بر دوقلوها انجام شده است. به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد عوامل محیطی بیش از عوامل ارثی بر مصرف و سوءمصرف مواد اثر می‌گذارند. هرچند ژنتیک می‌تواند یک عامل مهم خطرزا در زنان باشد، پژوهش‌ها از تأثیر خانواده[1] ـ ترکیبی از ژنتیک و اثرات محیطی ـ به‌عنوان یک عامل خطرزای مهم حمایت می‌کنند. درباره تأثیر خانوادگی بر شروع سایر مواد اطلاعات کمتری وجود دارد، اما مصرف الکل در والدین خطر شیوع اختلالات مصرف مواد را در دختران تا ۵۰٪ افزایش می‌دهد. خصوصیات خانواده بعداً نیز دخیل هستند. دیده شده که تأثیر عوامل ارثی برای مصرف، سوءمصرف و وابستگی به مواد در مردان بیش از زنان است (میزان ارثی‌بودن در مردان ۳۳٪ و در زنان ۱۱٪ است). در حالی که عوامل محیطی در زنان بیش از مردان تأثیرگذار است.

در مصاحبه با کارکنان مرکز اختصاصی خدمات کاهش آسیب خانه خورشید برای زنان در جنوب شهر تهران به مجموعه‌ای از عوامل نظیر آگاهی ناکافی نسبت به درمان، باورهای مثبت غلط در خصوص مواد، استفاده از مواد برای تسکین دردهای جسمی نظیر شروع دردهای قاعدگی، تبعیض بین دختران و پسران در محیط خانواده، ازدواج در سن پایین با مردان مصرف‌کننده مواد و ازدواج اجباری به‌عنوان عوامل اثرگذار بر شروع مصرف مواد در زنان اشاره شد.

۱-۳- الگوهای سوءمصرف مواد در زنان

الگوی سوءمصرف مواد در زنان با مردان متفاوت است. زنان مقادیر کمتری از مواد مصرف می‌کنند و سریع‌تر به سمت وابستگی پیش می‌روند. مصرف داروهای

1. Family influence

تجویزشده دارای پتانسیل سوءمصرف در آن‌ها بیشتر است. زنان وابسته به مواد با تحصیلات پایین‌تری و منابع مالی محدودتری دارند. میزان‌های سوءرفتار جنسی و جسمی در آن‌ها بیشتر است.

در مطالعات همه‌گیری‌شناسی اخیر در کشورهای مختلف جهان به شش الگوی مختلف در سوءمصرف مواد در زنان اشاره شده است:

۱. شکاف جنسیتی از نظر سوءمصرف مواد بین مردان و زنان خصوصاً از نظر مواد جدید مثل محرک‌های شبه‌آمفتامینی در حال کاهش است.
۲. زنان با احتمال بیشتری با مواد از طریق روابط مهم خود آشنا شده و آن را شروع می‌کنند و تأهل نقش محافظت‌کننده در این خصوص ایفا می‌کند.
۳. رفتارهای پرخطر مصرف مواد مثل تزریق و استفاده از وسایل تزریق غیراستریل و درگیری در رفتارهای جنسی محافظت‌نشده تحت تأثیر مستقیم روابط مهم فرد قرار دارد.
۴. تجربه مصرف مواد در سنین پایین‌تر با خطر افزایش‌یافته وابستگی و اعتیاد مرتبط است.
۵. زنان با احتمال بیشتری ممکن است تحت تأثیر وظایف و نقش‌های خود در خانواده، الگوی مصرف خود را تغییر دهند.
۶. زنان سریع‌تر از مردان در اثر مصرف مواد دچار پیامدها و عوارض جانبی ناشی از مصرف می‌شوند.

علاوه بر این زنان به‌صورت معنی‌داری بیش از مردان داروهای تجویزشده مثل ضددردهای مخدر (کدئین، ترامادول) و داروهای ضد اضطراب (آلپرازولام، لورازپام) را سوءمصرف می‌کنند.

۱-۴- موانع درمان سوءمصرف مواد در زنان

علی‌رغم در نظرگرفتن شیوع بیشتر مصرف مواد در مردان، هم‌چنان به‌نظر می‌رسد زنان کمتر از مردان تحت پوشش خدمات درمان سوءمصرف هستند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده این واقعیت باشد که زنان نسبت به مردان با موانع بیشتری برای *دسترسی* به درمان مواجه هستند. در بین زنانی که به درمان دسترسی پیدا می‌کنند میزان *ماندگاری* در درمان نیز کمتر است، چرا که زنان برای ادامه درمان هم با مشکلات بیشتری روبه‌رو هستند.

از جمله مشکلاتی که موجب کاهش دسترسی و ماندگاری در درمان سوءمصرف مواد در زنان می‌شوند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- افراد سوءمصرف‌کننده مواد با انگ اجتماعی، فرهنگی و فردی مواجه‌اند. برای زنان، خصوصاً حین بارداری، احساس گناه و شرم از مصرف مواد به انگ مصرف مواد افزوده می‌شود. این امر می‌تواند مانع از مراجعه زنان به مراکز درمانی شود.
- اغلب زنان معتاد یا به تنهایی سرپرستی کودکان‌شان را بر عهده دارند یا با همسرانی زندگی می‌کنند که خود نیز مصرف‌کننده هستند. به همین خاطر مشکلات مربوط به نگهداری از کودکان در زمان مراجعه به مرکز درمان و تأمین هزینه‌های درمان از جمله موانع دسترسی به درمان محسوب می‌شود.
- احتمال ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی همبود، وجود خشونت خانگی و سوءرفتار هیجانی، جسمی و جنسی در زنان معتاد بیشتر است. این عوامل نیز باعث می‌شوند که دسترسی زنان به درمان سخت‌تر شود.
- روابط زنان می‌تواند مانعی برای ورود آن‌ها به درمان، ماندگاری در آن و دست‌یابی به اهداف درمانی باشد.

- زنان برای گروه‌درمانی نیاز به گروه‌های تک‌جنسیتی دارند، زیرا شرکت در گروه‌درمانی در کنار مردان برای آن‌ها دشوار است.
- زنان میزان‌های افزایش یافته آزار جنسی از طرف کارکنان درمان مرد را گزارش می‌کنند.

علی‌رغم همه موارد فوق، در صورت پیش‌بینی حمایت‌های روانی، اجتماعی کافی در برنامه درمان زنان، ماندگاری در درمان بهتر خواهد شد.

۱-۵- اثرات سوءمصرف مواد در زنان

میزان مرگ و میر در بیماران وابسته به مواد افیونی به ۱۷-۱۵ برابر از جمعیت عمومی بالاتر است . مرگ و میر در مردان اندکی از زنان بیشتر است. شیوع اختلالات روان‌پزشکی همبود خصوصاً اختلالات خلقی و اضطرابی در زنان مصرف‌کننده مواد بیش از مردان دیده می‌شود، در حالی که سوءمصرف چندگانه مواد هم‌چون سوءمصرف الکل در بیماران وابسته به مواد افیونی در مردان بیشتر است. اثرات، سیر وابستگی و نحوه پاسخ به درمان سوءمصرف مواد در زنان دارای ویژگی‌های خاصی است که در زیر مورد بررسی قرار می‌گیرند.

اثرات فارماکولوژیک

تراکم گیرنده‌های اُپیوئیدی مو و کاپا در زنان سنین باروری از مردان بیشتر است. میزان تهوع و اثرات ضددرد ناشی از مصرف حاد مواد افیونی در زنان بیش از مردان است. به‌نظر می‌رسد واکنش متقابل بین گیرنده‌های افیونی و گیرنده‌های هورمون‌های جنسی ممکن است در تفاوت‌های جنسیتی مربوط به شدّت و قدرت تأثیر پاسخ به مواد افیونی دخیل باشند. هم‌چنین نشان داده شده که نیمه‌عمر متادون در زنان طولانی‌تر از مردان است. بررسی‌های پیش‌بالینی

نشانگر تفاوت‌های جنسیتی در مورد تأثیر مواد افیونی بر سیستم قلبی، عروقی است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد سوءمصرف مواد افیونی، مواد محرک و داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بدون تجویز پزشک بر روی دوره‌های قاعدگی و دستگاه‌های گوارشی، عصبی ـ عضلانی و دستگاه قلبی اثر منفی می‌گذارد. مصرف الکل در زنان عوارض جسمی بیشتری از مردان ایجاد می‌کند که شامل مشکلات قلبی، عروقی، عواض باروری، استئوپروز، نقایص شناختی و عصبی، سرطان سینه افزایش حساسیت به عفونت‌های هم‌چون اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی می‌شود. مصرف سیگار در زنان خطر سرطان ریه را افزایش می‌دهد.

سایر عوارض مصرف سیگار شامل افزایش خطر زخم معده، بیماری کرونر، کمبود استروژن، سکته و آترواسکلروزیس می‌شود. زنان سیگاری با احتمال بالاتری دچار بیماری انسدادی مزمن ریوی یا بیماری کرونر قلب می‌شوند.

مطالعات نشان می‌دهد مواد محرک هم‌چون مت‌آمفتامین اثرات تغییردهنده خلق شدیدتری در مرحله فولیکولار دارد و نوسانات در سطوح پروژسترون تا حدی می‌تواند علت این تفاوت جنسیتی مشاهده شده باشد. برخی عوارض مصرف مت‌آمفتامین‌ها هم‌چون قفل‌شدن فک، خشکی دهان، و کم‌اشتهایی یا بی‌اشتهایی در زنان از مردان شایع‌تر است.

سیر وابستگی به مواد افیونی

زنان سریع‌تر از مردان متعاقب تجربه مصرف مواد دچار اختلالات مصرف مواد می‌شوند. مصرف مواد افیونی به‌خصوص هروئین و کراک در زنان اغلب به شکل تدخینی است. زنانی که مواد را به روش تزریقی مصرف می‌کنند، اغلب همسران یا شرکای جنسی معتاد تزریقی دارند.

تأثیر بر عملکرد جنسی و باروری

وابستگی مزمن به مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه‌اثر نظیر هروئین به‌طور شایعی باعث نقائص اندوکرین می‌شود. این نقائص شامل آمنوره، عدم تخمک‌گذاری، ناباروری، کاهش میل جنسی و اُفت کارکرد آن می‌شود. این علایم احتمالاً به سرکوب ACTH، عملکرد آدرنال و تخمک‌گذاری و سطوح کاهش‌یافته هورمون‌های استرادیول و پروژسترون در این زنان قابل انتساب است. زنانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار می‌گیرند قاعدگی و تخمک‌گذاری منظم پیدا می‌کنند و به‌طور عادی باردار می‌شوند.

پاسخ به درمان

مطالعات مقایسه‌ای بر روی مردان و زنان تحت درمان با متادون نشان می‌دهند که در ابتدای درمان، زنان نسبت به مردان دارای خانواده‌های ناکارآمدتر و مشکلات طبی و روان‌پزشکی قبلی و فعلی بیشتری هستند.

گرچه بارداری می‌تواند برای شروع درمان انگیزه ایجاد کند اما تعیین‌کننده ماندگاری در درمان نیست. عواملی که ترغیب‌کننده زنان به تداوم درمان است شامل درمان حمایت‌گرانه، ارتباط درمانی مناسب، دسترسی به خدمات مراقبت کودک در مرکز درمانی و خدمات درمانی جامع هستند. برخی خصوصیات دموگرافیک هم‌چون سن بالاتر، تحصیلات بیشتر و حمایت خانوادگی از درمان پیش‌بینی‌کننده ماندگاری بهتر در درمان است.

زنان شرکت‌کننده در درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست سابقه مصرف مواد کوتاه‌تری در مقایسه با مردان دارند. این موضوع نشان می‌دهد زنان زودتر از مردان برای درمان وابستگی به مواد افیونی مراجعه می‌کنند، با این وجود هم‌چنان به‌نظر می‌رسد بازنمایی زنان در جمعیت افراد متقاضی درمان کمتر از میزان واقعی است.

زنان رفتارهای پرخطر بیشتری برای ابتلا بـه اچ‌آی‌وی دارنـد، امـا مـشکلات قانونی آن‌ها از مردان کمتر است. هرچند گزارش مرکز اختصاصی کاهش آسـیب زنان در جنوب شهر تهران نشان می‌دهد مشکلات قانونی در مراجعان این مرکـز بسیار شایع است. جنسیت پیش‌بینی‌کننده برآیندهای درمان نیست. برای مثـال در زنان میزان‌های آزمایش منفی و تکمیل دوره درمان مشابه مردان است. با این وجود از برخی جنبه‌ها زنان برآیندهای درمان بهتری دارند کـه شـامل بازداشـت کمتر و میزان‌های اشتغال بالاتر می‌شود.

گرچه میزان لغزش و عود در درمان زنان و مردان مشابه است اما عوامل خطر و شروع‌کننده عود و پاسخ رفتاری و هیجانی آن‌ها در حین و پس از عود متفاوت است. زنان بیش از مردان مشکلات بین‌فردی، و خلق منفـی را بـه‌عنـوان عوامـل شروع‌کننده عود گزارش می‌کنند. آن‌ها مهارت‌های مقابله ضعیف‌تری دارند و در یافتن دوست‌های جدید غیرمصرف‌کننده مشکل دارند. بـرعکس زنـانی کـه عـود می‌کنند با احتمال بیشتری متقاضی کمک شده و دوره‌های عود کوتاه‌تری دارند.

پیشرفت در درمان در هر دوجنس بـا کـاهش ارتکـاب جـرم و سـایر عوامـل خطرآفرین برای سلامت همراه است. زنان نیاز به مداخلات بیشتر درباره مـسائل و بحران‌های روان‌شناختی، اشتغال و ارجاعـات طبـی دارنـد و پـس از تـرخیص بیشتر به دنبال درمان‌های تکمیلی هستند. در یک مطالعـه نـشان داده شـد کـه کاهش خطر اچ‌آی‌وی به دنبال مصرف متادون در زنان به‌طـور قابـل ملاحظـه‌ای کمتر از مردان وابسته به مواد افیونی است. این امر نشان می‌دهد کـه لازم اسـت مداخلات تخصصی بیشتری برای زنان مصرف‌کننده مواد افیونی انجام شود.

۱-۶- درمان اختلالات سوءمصرف مواد در زنان

در حالی که تحقیقات در زمینه درمان اخـتلالات سوءمـصرف مـواد در زنـان هنوز ناقص است ولی برخی اصول کلی درمان اعتیاد در زنان به شرح زیر است:

۱. در زنانی که درمان را آغاز می‌کنند افکار خودکشی یا اقدام به آن بیشتر است و این امر احتمالاً به‌علت علایم افسردگی یا ویژگی‌های تکانشی شخصیت آن‌ها است. ارزیابی دقیق خطر خودکشی و اختلال افسردگی جهت ارائه درمان‌های تخصصی ضروری است. با توجه به خطر بالقوه استفاده از مواد برای خودکشی، باید در تجویز دارو به این بیماران محتاط بود. بنابراین پزشک باید داروها را به مقدار کم تجویز کرده، بیمار را تشویق کند تا به‌طور منظم مراجعه نماید. حین تجویز دارو تداخل‌های دارویی باید در نظر گرفته شود.

۲. ممکن است در زنان وابسته به مواد اختلالات شخصیت از اختلالات روان‌پزشکی محور یک شایع‌تر باشند. این واقعیت به خودی خود موجب ضعیف‌شدن پیش‌آگهی درمان نمی‌شود، ولی در این موارد ارجاع به روان‌پزشک جهت ارزیابی‌های بیشتر و درمان لازم است.

۳. انگ اجتماعی اعتیاد مانع از مراجعه زنان به مراکز خدمات درمانی و تداوم درمان می‌شود، لذا برخورد غیرقضاوت‌گرانه حین درمان می‌تواند دسترسی به درمان را تسهیل و به ماندگاری در درمان کمک کند.

۴. غربال‌گری از نظر اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی، سیفیلیس و سایر بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی بخش مهمی از ارزیابی‌های زنان وابسته به مواد را تشکیل می‌دهد.

۵. زنانی که وارد درمان می‌شوند ممکن است نگران اضافه وزن خود باشند. در این موارد مشاوره درباره تغذیه مناسب و ورزش می‌تواند راهگشا باشد.گاهی مشاوره با تمرکز بر تصور ذهنی فرد از بدن خود لازم است.

۶. در مواردی که سابقه سوءرفتار جنسی وجود دارد، توصیه می‌شود از مشاوره‌های تخصصی استفاده شود.

برخی موضوعات که باید در مدیریت درمان زنان باردار به‌طور خاص مورد توجه قرار گیرد عبارتند از روابط بین فردی، تأثیرات خانواده، نقش سوءمصرف مواد در ارتباط جنسی، تاریخچه فرد و خشونت و اختلالات روان پزشکی همبود هستند.

اختلالات روان پزشکی همبود شایع در زنان عبارتند از افسردگی و سایر اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی هم‌چون اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات خوردن.

۲

عوارض سوءمصرف مواد در بارداری

۲-۱- کلیات سوءمصرف مواد افیونی در بارداری

بر اساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت ۱۰ -۵٪ زنان در دوران بارداری مواد مصرف می‌کنند. سرشماری ملی سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶ در ایالات متحده نشان داده ۱۰٪ از زنان باردار در محدوده سنی ۴۴-۱۵سال مواد مصرف می‌کنند که ۲۷٪ از آنان سوءمصرف هروئین یا داروهای مسکن اپیوئیدی را در دوران بارداری تأیید کرده‌اند. هم‌چنین غربال‌گری زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه-های دولتی در یک منطقه فقیرنشین انگلستان نشان داده ۱۶٪ زنان باردار حداقل از یکی از انواع مواد استفاده می‌کنند.

الگوی زندگی زن باردار مصرف‌کننده مواد برای خود و خانواده‌اش آسیب‌رسان است. بیشتر وقت او طی روز، صرف دو فعالیت می‌شود: تلاش برای

تهیه مواد و سوءمصرف آن. لذا وقت کافی برای پرداختن به فعالیت‌های معمول زندگی روزمره را ندارد. اغلب زنان باردار از یک سو به‌علت الگوی زندگی خاص خود و ترس از فاش‌شدن سوءمصرف مواد از سویی دیگر، از خدمات مراقبت بارداری استفاده نمی‌کنند. وابستگی به مواد نه تنها برای سلامت مادر مضّر است، بلکه سلامت جنین و نوزاد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

برخی زنان وابسته به مواد افیونی نشانه‌های اولیه بارداری شامل خستگی، سردرد، تهوع و استفراغ را به علایم ناشی از پرهیز مواد افیونی نسبت می‌دهند. در نتیجه، شروع بارداری می‌تواند باعث شود این بیماران سوءمصرف مواد افیونی خود را افزایش داده تا علایمی را که به پرهیز نسبت می‌دهند، تخفیف دهند و با این کار، جنین را در معرض سطوح افزایش‌یافته این مواد قرار می‌دهند.

سوءمصرف مواد افیونی به‌طور شایع با مصرف سیگار همراه است. به‌علاوه سوءمصرف مواد چندگانه هم‌چون مت‌آمفتامین، داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش و الکل در سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی غیرشایع نیست. مصرف الکل در دوران بارداری به بروز سندرم جنین الکلی[1] منجر شده که با تأخیر رشد، ناهنجاری‌های دستگاه اعصاب مرکزی و عصبی ـ رشدی و ناهنجاری‌های کرانیوفاشیال مشخص می‌گردد. مصرف سیگار در بارداری خطر زایمان زودرس، نارسی و وزن کم هنگام تولد را افزایش می‌دهد.

زنان باردار مصرف‌کننده مواد در معرض خطر بالای سوء تغذیه هستند، اغلب مراقبت بارداری کافی نمی‌گیرند و در محیط پر از خشونت و استرس زندگی می‌کنند. در میان زنان، بارداری که مواد را به‌صورت تزریقی استفاده می‌کنند خطر عوارض پزشکی مثل بیماری‌های عفونی، اندوکاردیت، آبسه و بیماری‌های منتقله از راه جنسی افزایش می‌یابد. بیش از ۵۰٪ زنان باردار همسر یا شریک

1. Fatal alcohol syndrome

جنسی مصرف‌کننده مواد دارند و درمان موفق آن‌ها در اکثر موارد فقط زمانی مقدور است که همسر یا شریک جنسی‌شان نیز درمان را شروع کند.

۲-۲- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر برآیندهای بارداری

مصرف اوپیوئیدها حین بارداری باعث کاهش وزن تولد[1]، نارسی[2] و مرگ نوزاد می‌شود. این عوامل به نوبه خود منجر به ایجاد طیف وسیعی از مشکلات برای بارداری و نوزاد می‌شوند که شامل سندرم دیسترس تنفسی[3]، خونریزی داخل جمجمه‌ای، عقب‌افتادن رشد داخل رحمی، آسفیکسی نوزادی، آسپیراسیون مکونیوم، جداشدن زودرس جفت و سایر مشکلات می‌شود (جدول ۱-۲).

جدول ۱-۲: عوارض زایمانی شایع در زنان باردار وابسته به مواد افیونی

- کنده‌شدگی جفت
- کوریوآمنیونیت
- مرگ داخل رحمی
- تأخیر رشد داخل رحمی
- خروج داخل رحمی مکونیوم
- نمره آپگار پایین
- نارسایی جفت
- خون‌ریزی بعد از زایمان
- پره‌اکلامپسی
- زایمان زودرس
- پارگی زودرس پرده‌ها
- ترومبوفلبیت
- سقط خودبه‌خودی

به‌طور مثال ثابت شده میزان خونریزی حین زایمان در زنانی که مواد اپیوئیدی مصرف می‌کنند بیشتر است (نسبت برتری ۲٫۳۳، فاصله اطمینان ۴٫۳-۱٫۳۲). هم‌چنین مطالعه‌ای در ایران درمورد ارتباط بین اعتیاد به مواد مخدر و دکولمان جفت نشان داد که ۳۷٫۳٪ زنان باردار مبتلا به دکولمان و ۱۴٫۳٪ زنان باردار

1. Low birth weight
2. Prematurity
3. Respiratory distress syndrome

غیرمبتلا به دکولمان وابسته به مصرف مواد مخدر بودند و چنین نتیجه‌گیری شد که شانس دکولمان با وابستگی به مواد مخدر، ۲٫۶ برابر افزایش می‌یابد.

بسیاری از این عوارض در دوران بارداری قابل درمان هستند و در صورتی که مادر باردار برای مراقبت‌های بارداری مراجعه کند، می‌توان به موقع به آن‌ها رسیدگی کرد.

۲-۳- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر مادر باردار

مصرف مزمن مواد افیونی در دوران بارداری، بسته به روش مصرف، می‌تواند در مادر عوارض طبی مختلفی ایجاد کند که این عوارض به نوبه خود بر نتایج بارداری و سلامت جنین و نوزاد تأثیر می‌گذارند. درصد بالایی از عوارض سوءمصرف مواد افیونی در زنان باردار مربوط به عفونت‌هاست به‌خصوص اگر عفونت در طول بارداری تشخیص داده نشده و درمان نشود. هپاتیت بی و سی، اندوکاردیت عفونی، سپتی‌سمی، کزاز، سلولیت و عفونت‌های منتقل‌شونده از راه جنسی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شایع هستند. استفاده از سرنگ و سوزن مشترک و اقدام به تن‌فروشی برای تأمین هزینه‌های مواد و زندگی، از راه‌های انتقال این بیماری‌ها هستند.

زنان باردار وابسته به مواد دچار طیفی از مشکلات تغذیه‌ای نیز می‌شوند. این مشکلات به‌علت درگیری زیاد برای تهیه مواد و عدم رسیدگی به وضعیت تغذیه‌ای رخ می‌دهد . مکانیسم‌های سرکوب‌کننده مراکز اشتها و گرسنگی در سیستم عصبی مرکزی یا تداخل در جذب یا استفاده از مواد غذایی خورده شده نیز موجب مشکلات تغذیه‌ای می‌شوند. جذب غیرطبیعی موادغذایی در افراد وابسته به مصرف مواد دیده می‌شود زیرا احتمال وجود ضایعات کبد، روده و پانکراس در این افراد زیاد است.

کمبود آهن، فولیک اسید، نیکوتینیک اسید، تیامین، ویتامین ب۶ یا کمبود منیزیم باعث ایجاد تشنج در زنان الکلی و زنان وابسته به مصرف مواد می‌شود. جدول ۲-۲ مواردی از عوارض طبی شایع در زنان باردار وابسته به مواد افیونی را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۲: عوارض طبی شایع زنان باردار وابسته به مواد افیونی

عوارض غیرعفونی	عوارض عفونی
◂ کم‌خونی	◂ بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی
◂ کمبود ریزمغذی‌ها	◂ هرپس
◂ بیماری قلبی	◂ کزاز
◂ افسردگی و سایر بیماری‌های روانی	◂ باکتریمی / سپتی‌سمی
◂ ادم	◂ اندوکاردیت
◂ دیابت بارداری	◂ عفونت‌های مجرای ادراری
◂ فشارخون بالا / تاکی‌کاردی	◂ هپاتیت (حاد و مزمن)
◂ سلامت دهان ودندان ضعیف	◂ فلبیت
	◂ پنومونی

۲-۴- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر جنین و نوزاد

به‌علت کیفیت متغیر مواد مخدر خیابانی، زنان باردار سوءمصرف‌کننده، اغلب دچار دوره‌های مکرر محرومیت و بیش‌مصرف می‌شوند. محرومیت از مواد مخدر در مادر باعث مرده‌زایی می‌شود. سندرم محرومیت شدید در مادر باعث افزایش فعالیت عضلانی، افزایش میزان سوخت‌وساز و مصرف اکسیژن می‌شود. در همین زمان، فعالیت جنین نیز افزایش می‌یابد و به دنبال آن جنین به اکسیژن بیشتری احتیاج پیدا می‌کند. هم‌چنین مواد مخدر اغلب به‌علت منقبض‌کردن عروق نافی باعث کم‌شدن خون‌رسانی جنین ـ جفت می‌شوند و این امر باعث می‌شود

اکسیژن مورد نیاز جنین به حد کافی تأمین نشود. این عارضه جانبی متابولیک باعث می‌شود که دسترسی به اکسیژن کم شود و هایپوکسی و اسیدوز جنینی ایجاد شود. با پیشرفت بارداری نیاز جنین به اکسیژن بیشتر می‌شود، لذا بروز علایم محرومیت در اواخر بارداری بیش از اوایل بارداری باعث هایپوکسی جنین می‌شود. در صورتی که انقباضات زایمان هم‌زمان با افزایش نیاز به اکسیژن رخ دهد، جنین به اکسیژن کافی دسترسی نخواهد داشت. شواهد آزمایشگاهی فراوانی در مورد حیوانات وجود دارد که نشان می‌دهد مواجهه داخل رحمی با هروئین به‌طور مستقیم باعث تأخیر رشد جنین می‌شود. این مشاهدات توسط داده‌های انسانی نیز تأیید شده است.

.بسیاری از عوارضی که در نوزادان مادران معتاد دیده می‌شود ناشی از وزن پایین حین تولد و نارسی است. فراتحلیل ۶ مطالعه بالینی نشان داده، میانگین کاهش وزن حین تولد در نوزادان مادران مصرف‌کننده هرویین ۴۸۹ گرم و در نوزادان مادران مصرف‌کننده متادون ۲۷۹ گرم بوده است. نوزادان کم‌وزن متولد شده از مادران معتاد باید از نظر مسائلی مثل آسفیکسی، خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای، محرومیت تغذیه‌ای، هایپوگلیسمی، هایپوکلسمی، سپتی‌سمی، هایپربیلی‌روبینمی تحت نظر قرار گیرند.

۲-۵- اثرات سایر مواد

نیکوتین

تخمین‌ها نشان می‌دهند بیش از ۹۰٪ زنان وابسته به مواد افیونی مصرف‌کننده سیگار در حد سنگین هستند. نیکوتین از جفت عبور می‌کند و غلظت آن در خون جنین ۱۵٪ از غلظت آن در خون مادر فراتر می‌رود. عوارض سیگارکشیدن در بارداری شامل جفت هیپوتروفیک، نارسایی جفت، سقط

خودبه‌خودی، تأخیر رشد جنینی و وزن تولد کمتر می‌شود. این عوارض با سطوح افزایش‌یافته مونواکسیدکربن همبسته است. فرزندان سیگاری‌های قهّار نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی از خود بروز می‌دهند که به آن «سندرم تنباکوی جنینی»[1] گفته می‌شود. این سندرم خصوصیات بالینی مشترک با سندرم پرهیز نوزادی پس از مواجهه داخل رحمی با مواد افیونی دارد اما خفیف‌تر بوده و مداخله دارویی ندرتاً لازم می‌شود. مطالعات رشد و نمو کودکان نشان می‌دهد که سیگارکشیدن در دوره بارداری با عملکرد ضعیف‌تر درمدرسه و ایجاد اختلال نقض توجه و بیش‌فعالی در سال‌های بعد مرتبط است. علایمی مثل رشد ناکافی با توجه به سن بارداری از پیامدهای عدم کفایت جفتی ناشی از مصرف مواد افیونی دانسته می‌شوند هرچند مقالات اخیر نقش اصلی را در این خصوص برای مصرف نیکوتین قایل هستند. مطالعات همه‌گیری شناسی مصرف سیگار در بارداری را یکی از عوامل خطر «سندرم مرگ ناگهانی جنین» معرفی کرده‌اند.

حشیش

در کشورهای غربی، حشیش شایع‌ترین ماده مورد سوءمصرف خصوصاً در زنان جوان در سنین باروری به‌حساب می‌آید و اکثریت زنان وابسته به مواد افیونی مصرف آن را نیز گزارش می‌کنند. داده‌های محدود در دسترس شامل یافته‌هایی دال بر رشد جنینی کاهش یافته است. در یک مطالعه مورد ـ شاهدی بین مصرف حشیش و سندرم مرگ ناگهانی نوزادی رابطه نشان داده شد.

الکل

الکل دارای خواص تراتوژنیک بوده و خصوصاً بر رشد و تکامل دستگاه اعصاب مرکزی اثر می‌گذارد. الکل به‌صورت بالقوه پیامدهای شدید مادام‌العمر ایجاد

1. Fatal tobacco syndrome

می‌کند. بنابراین وابستگی بر سوءمصرف الکل در بارداری می‌تواند منجر به سندرم الکل جنینی شود. در آمریکا شیوع سندرم الکل جنینی در دامنه بین ۰/۵ تا ۲ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است.

محرک‌های شبه‌آمفتامینی

سوءمصرف آمفتامین‌ها در طول بارداری با عوارض جنینی بالقوه همراه است زیرا محرک‌های شبه‌آمفتامینی به‌سهولت از جفت عبور می‌کنند. در یک مطالعه در نوزادان مواجه‌یافته با مت‌آمفتامین در داخل رحم، حجم ساب‌کورتیکال کوچک‌تر و نقایص عصبی ـ شناختی گزارش شد که مطرح‌کننده اثر نوروتوکسیک مت‌آمفتامین بر رشد و تکامل مغز و تغییرات شیمیایی و متابولیک آن است.

بنزودیازپین‌ها

علی‌رغم سابقه ۴۰ ساله مصرف بنزودیازپین‌ها هنوز داده‌های در خصوص اثرات تراتوژنیک آن‌ها قطعی نیست. هرچند در مطالعات کوهدرت خطر افزایش‌یافته برای ناهنجاری دیده نشده است، مطالعات مورد ـ شاهدی بین مصرف بنزودیازپین‌ها و ناهنجاری‌های جنینی همبستگی نشان داده‌اند. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادن متولدشده از مادران دارای مصرف چندگانه مواد افیونی و بنزودیازپین‌ها سیر طولانی‌تری دارد.

کوکایین

سوءمصرف کوکائین در زنان باردار می‌تواند منجر به اثرات تراتوژنیک بر جنین و عوارض تهدیدکننده حیات مثل ایسکمی‌های قلبی و مغزی، فشارخون بدخیم، سکته و مرگ ناگهانی در زنان باردار شود. تغییرات فیزیولوژیک در بارداری بر روی متابولیسم کوکائین اثر مستقیم دارد. کولین‌استراز متابولیسم کوکائین را در زنان باردار به تأخیر می‌اندازد. کوکائین لیپوفیلیک است و به

سرعت از جفت عبور می‌کند، این خصوصیات در کنار فعالیت کولین‌استرازی پایین جنینی غلظت پلاسمایی جنین را افزایش می‌دهد. مصرف کوکائین در بارداری با عوارضی هم‌چون تأخیر رشد، نارسی، ناهنجاری‌های مادرزادی و عوارض نوزادی مثل آسفیکسی همراه است. نوزاد ممکن است علایم بالینی شبه سندرم پرهیز نوزادی مثل تنش بیش از حد عضلانی، لرزش، تحریک‌پذیری و تهییج بیش از حد نشان دهد.

در جدول ۳-۲ عوارض مصرف مواد مختلف بر برآیندهای بارداری، نوزادی و برآیندهای طولانی‌مدت کودک مواجهه‌یافته آورده شده است. این عوارض ممکن است با عوامل دیگری مثل مراقبت بارداری ناکافی، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و مصرف هم‌زمان سایر مواد نیز مرتبط باشد.

جدول ۳-۲: عوارض مصرف مواد مختلف در بارداری

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی‌مدت
نیکوتین	◂ سقط خودبه‌خودی ◂ زایمان زودرس ◂ پارگی زودرس پرده‌ها ◂ جفت سرراهی ◂ کندگی جفت ◂ تأخیر رشد داخل رحمی ◂ وزن کم تولد	◂ افزایش مرگ و میر نوزادی ◂ سندرم مرگ ناگهانی نوزاد	◂ آسم کودکی ◂ مشکلات رفتاری ◂ اختلال نقص توجه و بیش فعالی
ماری جوانا	◂ اثرات غیریکدست	◂ اثرات عصبی، رفتاری: کاهش توانایی آرام سازی خود، افزایش لرزش خفیف و واکنش از جا پریدن، افزایش فعالیت دست به دهان، تغییر الگوی خواب	◂ به هم ریختن خواب شبانه مشکلات رفتاری: بی توجهی، تکانش‌گری و بیش‌فعالی، بزهکاری و مشکلات برونی‌سازی، علایم افسردگی و اضطراب

ادامه جدول ۳-۲: عوارض مصرف مواد مختلف در بارداری

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی‌مدت
هروئین	◂ زایمان زودرس ◂ تأخیر رشد داخل رحمی ◂ وزن کم تولد ◂ توکسمی ◂ خون‌ریزی بارداری و پس از زایمان	◂ افزایش مرگ و میر حول و حوش تولد ◂ سندرم پرهیز نوزادی	◂ افزایش بی‌توجهی، بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری ◂ دشواری در فرآیندهای جسمی، اجتماعی، سازگارنمودن خود و یادگیری
متادون		◂ سندرم پرهیز نوزادی ◂ استرابیسم	
آمفتامین‌ها	◂ فشارخون بارداری ◂ تأخیر رشد داخل رحمی ◂ مرگ جنینی	◂ آنومالی‌های مادرزادی دستگاه اعصاب مرکزی، قلبی، عروقی، شکاف کام و لب، اعضاء ◂ عوارض عصبی رفتاری: کاهش برانگیختگی، افزایش استرس و کیفیت حرکتی پایین (رابطه دوز ـ پاسخ)	◂ مشکلات رفتاری
کوکائین	◂ سقط خودبه‌خودی ◂ پارگی زودرس غشاها ◂ زایمان زودرس ◂ تأخیر رشد داخل رحمی ◂ کنده‌شدن جفت	◂ آنومالی‌های مادرزادی، شامل: ناهنجاری‌های تناسلی ـ ادراری ◂ افزایش گذرا در علایم و نشانه‌های دستگاه اعصاب مرکزی و اتونوم ◂ وزن کم تولد، کاهش قد و دور سر (وابسته به دوز)	◂ تأخیر زبان
توهم‌زاها		◂ ناهنجاری‌های مادرزادی: نقایص قلبی عروقی، کلیه مدولای اسفنجی	

۳

غربال‌گری و ارزیابی

۳-۱- لزوم غربال‌گری مصرف مواد در بارداری

همان‌گونه که در فصل پیش اشاره شد، مصرف مواد افیونی در دوران بارداری باعث ایجاد عوارض بارداری و بروز مشکلات مختلف در نوزاد می‌شود. با تشخیص به موقع و استفاده از راه‌بردهای درمانی مناسب می‌توان از بسیاری از این آسیب‌ها جلوگیری کرد.

غربال‌گری[۴] مؤثرترین روش برای شناسایی به موقع افراد در معرض خطر ناشی از مشکلات سوءمصرف مواد، به‌شمار می‌رود. در ایالات متحده اجرای برنامه غربال‌گری همگانی «شروع زودهنگام»[۱] که سالانه ۳۹۰۰۰ زن باردار را تحت پوشش قرار می‌دهد با کاهش معنادار موارد زایمان زودرس، مرده‌زایی و وزن کم

1. Early Start

تولد همراه بوده است. هم‌چنین اجرای برنامه‌های غربال‌گری مصرف مواد در زنان باردار با کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم پزشکی همراه است. هم‌چنین طبق گزارش کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا در سال ۲۰۰۴، با اجرای برنامه غربال‌گری همگانی به ازای هر مادر / نوزاد، به‌طور میانگین می‌توان از صرف هزینه‌ای معادل ۴۶۴۴ دلار جلوگیری کرد. غربال‌گری در زنان بدون مشکل مصرف مواد و بدون عامل زمینه‌ساز خاص حدوداً ۱ دقیقه و در زنان مصرف‌کننده یا دارای عوامل خطر زمینه ساز، ۱۰-۵ دقیقه طول می‌کشد. اکثر متخصصان صرف وقت برای غربال‌گری را به‌نوعی صرفه‌جویی در زمان می‌دانند زیرا به پرسش‌هایی که ممکن است در این مورد در ذهن مراجع ایجاد شده باشد، پاسخ می‌دهد. علاوه بر این با پیشگیری از عوارض بارداری ناشی از مصرف مواد در وقت صرف‌شده برای مراقبت مادر باردار صرفه‌جویی می‌شود.

به‌طور ایده‌آل، زنان وابسته به مواد در سنین باروری باید قبل از باردارشدن تحت درمان اعتیاد قرار گیرند، ولی مراقبت‌های ویژه سوءمصرف مواد در بارداری، در هر زمانی که مادر برای مراقبت بارداری یا حتی انجام زایمان مراجعه می‌کند برای مادر و نوزاد مفید است و از بروز بسیاری از عوارض سوءمصرف مواد در هر دوی آن‌ها پیشگیری می‌کند.

غربال‌گری و آموزش زنان باردار باعث بالارفتن میزان آگاهی ایشان از خطرات ناشی از سوءمصرف مواد می‌شود و ممکن است از احتمال سوءمصرف مواد در حاملگی‌های بعدی جلوگیری کند. حتی در زنانی که مشکل سوءمصرف ندارند، پرسش و آموزش در این مورد، فرصت خوبی برای انتقال آموزش‌های پیشگیرانه درباره سوءمصرف مواد است.

باید همواره به یک نکته بسیار مهم توجه داشت که سوءمصرف مواد در همه سطوح اجتماعی و اقتصادی وجود دارد. زنان سوءمصرف‌کننده مواد اغلب هیچ مشخصه اجتماعی ویژه‌ای ندارند و در اکثر مواقع از افشاء این مسأله می‌ترسند.

بنابراین غربال‌گری مصرف مواد باید برای کلیه مراجعان مراکز مراقبت‌های بارداری انجام شود. یک غربال‌گری ساختاریافته که همه مراجعان را تحت پوشش قرار دهد، از سوگیری‌های ناشی از نظرات شخصی پزشک، ماما یا سایر کارکنان مراقبت بارداری در تشخیص سوءمصرف مواد می‌کاهد و امکان تشخیص به‌موقع درگیری با مصرف مواد را در تعداد بیشتری از مراجعین فراهم می‌نماید. پرسیدن سؤال‌های غربال‌گری از همه بیماران از دخالت نظر شخصی افراد در این خصوص که از چه کسی در مورد اعتیاد بپرسند و از چه کسی سؤال نکنند جلوگیری می‌کند.

۳-۲ـ زمان غربال‌گری

به‌طور ایده‌آل، غربال‌گری باید به‌عنوان بخشی از معاینه عمومی در هر ویزیت مراقبت بارداری و به‌طور معمول در هر سه ماهه دوران بارداری و پس از زایمان انجام شود. در صورتی که بارداری خواسته و برنامه‌ریزی‌شده باشد، باید در ویزیت قبل از بارداری، غربال‌گری انجام شود.

سؤال‌های غربال‌گری اگر به‌صورت منظم و در هر ارزیابی پرسیده شوند بیشتر مؤثر خواهند بود. زیرا مراجع ممکن است در دفعات اول، مصرف مواد را انکار کند، ولی به‌تدریج و بسته به نحوه برقراری ارتباط با کارکنان مراقبت بارداری ممکن است بتوان در مورد سوءمصرف مواد اطلاعاتی به‌دست آورد.

۳-۳- جایگاه غربال‌گری مصرف مواد در مراقبت‌های بارداری

دوران بارداری می‌تواند فرصتی برای دست‌یابی به خدمات درمان سوءمصرف مواد باشد چرا که بسیاری از زنان در دوران بارداری، برای اولین بار در زندگی

خود جهت استفاده از خدمات مراقبت سلامت مراجعه می‌کنند. از طرفی باید به این نکته هم توجه داشت که زنان باردار وابسته به مصرف مواد، مثل سایر گروه‌های در معرض خطر، به‌سختی وارد نظام مراقبت شده و در آن باقی می‌مانند.

کلیه کارکنانی که در مراقبت‌های دوران بارداری شرکت دارند، نقش مهمی در کاهش سوءمصرف مواد حین بارداری دارند، زیرا خانم‌های باردار از کارکنان مراقبت سلامت به‌عنوان بهترین منبع اطلاعات خود نام می‌برند و بیشتر تمایل دارند به توصیه‌های ایشان عمل کنند. برخی از مادران که به پرهیز از مصرف مواد دست پیدا کرده‌اند، اغلب اظهار می‌دارند که در دوران بارداری نیاز به کمک داشته‌اند، ولی نمی‌دانستند چگونه و از چه کسی در این زمینه کمک بخواهند. بسیاری از زنان باردار حتی اگر هیچ وقت مصرف مواد خود را فاش نکنند با دریافت توصیه‌ها و آموزش‌های کارکنان مراقبت سلامت مصرف مواد را در دوران بارداری کم می‌کنند.

اولین تماس مادر باردار با نظام مراقبت سلامت به هر شکل و هر جایی که رخ دهد، حتی در اورژانس و اتاق زایمان، فرصت مناسبی برای ارائه خدمات سلامت به وی است. غربال‌گری و اطلاع‌رسانی به تنهایی ممکن است برای مادر باردار وابسته به مواد کافی نباشد. کیفیت ارتباط بین فرد باردار و سیستم بهداشتی، درمانی عامل مهمی برای نگهداری او در نظام مراقبت است.

۳-۴- انتخاب و استفاده از ابزار غربال‌گری

باید توجه داشت که ابزارهای غربال‌گری برای *تشخیص* سوءمصرف مواد طراحی نشده‌اند، بلکه برای *شناسایی* افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد، به‌کار می‌روند تا سپس با کمک متخصص مورد ارزیابی‌های دقیق و کامل قرار گیرد.

ابزارهای غربال‌گری مؤثر در مراقبت‌های دوران بارداری باید دارای ویژگی‌های زیر باشند:

- طی مدت کوتاهی قابل انجام باشند.
- به‌طور معمول برای همه مراجعان انجام شوند و فقط مختص به افراد مشکوک به سوءمصرف مواد نباشند.
- در طول دوره بارداری چندین بار قابل تکرار باشند تا بیمار به‌تدریج با برقراری اعتماد متقابل با کارکنان سلامت راحت‌تر مشکل خود را مطرح کنند.

روش‌های مختلفی برای تشخیص سوءمصرف مواد وجود دارند که تنها برخی از آن‌ها برای غربال‌گری سوءمصرف مواد قابل استفاده هستند:

- *آزمایش سم شناسی خون و ادرار*، فقط می‌تواند مصرف اخیر مواد را نشان دهد، اما اطلاعاتی در مورد طول مدت مصرف یا دفعات مصرف مواد تأمین نمی‌کند. پس برای کاربرد در غربال‌گری ایده‌آل نیستند.
- *بررسی عملکرد آنزیم‌های کبدی*، آسیب‌ها و اختلالات احتمالی ناشی از مصرف طولانی‌مدت و مزمن مواد را نشان می‌دهد، پس برای غربال‌گری قابل استفاده نیستند.
- *پرسش‌نامه‌های غربال‌گری*، خطر سوءمصرف مواد را مشخص می‌کنند، پس برای غربال‌گری سوءمصرف مواد مناسب هستند. نمونه‌هایی از ابزار غربال‌گری سوءمصرف مواد در دوران بارداری موجود است که با کمک آن‌ها می‌توان پرسش‌های لازم را در زمانی کوتاه، به‌طور یکسان از همه مراجعان پرسید.آزمون چهار سؤالی[1]، آزمون چهارسؤالی پلاس[2] و آزمون

1. 4P's: Parents, Oartner, Past, Pregnancy
2. 4P's Plus test

دو سؤالی[1] از جمله این ابزارها هستند. پرسش‌های طرح‌شده در این ابزارها را می‌توان به‌طور عادی به دنبال اخذ شرح‌حال بیمار مطرح کرد و آن‌ها را در ویزیت‌های مراقبت اولیه گنجاند.

پرسش‌نامه چهار سؤالی حاوی پرسش‌هایی در مورد سوءمصرف مواد در والدین مراجع، همسرش، مصرف خودش در گذشته و در حاملگی فعلی است (جدول ۱-۳). شکل تعدیل‌شده پنج سؤالی از این ابزار نیز وجود دارد که در مورد سوءمصرف مواد در بارداری قبلی نیز می‌پرسد. پاسخ به پرسش‌ها به شکل "بله" یا "خیر" است و پاسخ مثبت به هریک از پرسش‌ها به منزله غربال‌گری مثبت تلقی می‌شود. غربال‌گری مثبت نشان‌دهنده نیاز به ارزیابی بیشتر است.

جدول ۱-۳: پرسشنامه چهارسؤالی

۱. آیا طی این دوره **بارداری**، هیچ‌گاه الکل یا مواد مصرف کرده‌اید؟	بله ☐	خیر ☐
۲. آیا در **گذشته** هیچ‌گاه مصرف الکل یا مواد داشته‌اید؟	بله ☐	خیر ☐
۳. آیا **همسر** شما مصرف الکل یا مواد دارد؟	بله ☐	خیر ☐
۴. آیا هیچ‌یک از **والدین** شما به الکل یا مواد معتاد بوده‌اند؟	بله ☐	خیر ☐

پرسش‌نامه دو سؤالی، مشکلات جاری سوءمصرف مواد را بررسی می‌کند (جدول ۲-۳).

جدول ۲-۳: پرسش‌نامه دوسؤالی

۱. طی سال گذشته، آیا هیچ‌گاه بیش از میزانی که در نظر داشته‌اید الکل یا مواد مصرف کرده‌اید؟	بله ☐	خیر ☐
۲. طی سال گذشته، آیا احساس کرده‌اید که می‌خواهید یا نیاز دارید که مصرف الکل یا موادتان را کم کنید؟	بله ☐	خیر ☐

در پرسش‌نامه چهارسؤالی پلاس علاوه بر چهار پرسش بالا دو پرسش درباره مصرف سیگار و الکل و میزان آن در ماه پیش از شروع بارداری پرسیده می‌شود.

1. Two item test

تجربیات حاصل از پرسش‌نامه چهارسؤالی و چهارسؤالی پلاس منجر به تدوین پرسش‌نامه پنج سؤالی[1] شد. پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات پرسش‌نامه پنج سؤالی نشان‌دهنده غربال‌گری مثبت و نیاز به ارزیابی است (جدول ۳-۳). مطالعات نشان می‌دهد مصرف سیگار در ماه قبل از بارداری ۱۱ برابر خطر مصرف مواد در طول بارداری و ۹ بار خطر مصرف الکل و مواد را در بارداری افزایش می‌دهد. غربال‌گری مثبت در پرسش‌نامه پنج سؤالی نه تنها مصرف سنگین مواد، بلکه هم‌چنین مصرف سبک اما مشکل‌آفرین را در بارداری به‌خوبی پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۳-۳: پرسش‌نامه پنج سؤالی

دوستان: آیا هیچ یک از **دوستان** شما مشکل مصرف مواد یا الکل دارند؟
همسر: آیا **همسر** شما مشکل مصرف الکل یا مواد دارد؟
والدین: آیا هیچ‌یک از **والدین** شما تا کنون مشکل مصرف الکل یا مواد داشته‌اند؟
مصرف قبلی: پیش از این که از بارداری خود باخبر شوید، چند وقت یک بار مواد یا الکل مصرف می‌کردید؟ اصلاً، ندرتاً، گاهی یا همیشه؟
مصرف فعلی: در ماه گذشته چند وقت یک بار مواد یا الکل مصرف کردید؟ اصلاً، ندرتاً، گاهی یا همیشه؟
سیگار کشیدن: در ماه قبل از بارداری چند نخ سیگار کشیده‌اید؟

پرسش‌نامه آسیست یا «آزمون غربال‌گری درگیری در مصرف الکل، سیگار و مواد»[2] یک پرسش‌نامه غربال‌گری کوتاه برای بررسی مصرف مواد است. این پرسش‌نامه توسط سازمان جهانی بهداشت و یک گروه بین‌المللی از پژوهشگران به منظور تأمین روشی آسان برای غربال‌گری مصرف خطرآفرین، آسیب‌رسان و وابستگی به تنباکو، مواد و الکل طراحی شده است و ترجمه آن در زبان فارسی نیز در دسترس است. پرسش‌نامه ASSIST اطلاعاتی در موارد زیر تأمین می‌کند:

1. 5Ps: Peer, Partner, Parent, Present use, Past use, Smoke
2. ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

- موادی که افراد در طول عمر خود مصرف کرده‌اند،
- موادی که در سه ماه گذشته مصرف کرده‌اند،
- مشکلات مرتبط با مصرف مواد،
- خطر آسیب فعلی یا آینده،
- وابستگی، و
- مصرف تزریقی مواد.

این پرسش‌نامه را می‌توان به‌عنوان یک ابزار غربال‌گری برای مادران باردار هر سه ماه یک بار تکمیل کرد.

۳-۵- نحوه غربال‌گری

اصول زیر برای نتیجه‌گیری بهتر از غربال‌گری توصیه می‌شوند:

- غربال‌گری را بخشی از برنامه معمول مراقبت‌های بارداری در نظر بگیرید.
- خود را برای پاسخ به این پرسش بیمار که چرا از وی چنین سؤالی را می‌پرسید، آماده کنید. قبل از انجام غربال‌گری به‌عنوان مقدمه توضیح دهید که این سؤال‌ها را از همه زنان باردار مراجعه‌کننده به شما می‌پرسید زیرا این پرسش برای سلامت مراجع و فرزندش مفید و ضروری است.
- در برخورد با مادر باردار این پیش فرض را در ذهن داشته باشیم که هر مادری می‌خواهد فرزندی سالم داشته باشد و برای رسیدن به این هدف نیاز به راهنمایی دارد.
- ابزار مورد استفاده در غربال‌گری باید برای همه مراجعان یکسان باشد.
- به خاطر داشته باشید که راه واحدی برای پرسش وجود ندارد و برای هر بیمار، با توجه به شرایطش، نحوه پرسش را انتخاب می‌کنیم.
- برخورد قضاوت‌گرانه نداشته باشید.

تجربه نشان داده در صورتی که با لحنی غیرقضاوت‌گر در مورد مصرف مواد از افراد پرسش شود، ایشان موضع دفاعی نمی‌گیرند. هر یک از ما حین برخورد با مراجع نگرش و عقایدی داریم که ممکن است خواسته یا ناخواسته آن‌ها را در برخوردمان با مراجع نشان دهیم. باید سعی کنیم که نظرها و عقاید شخصی خود را به مراجع منتقل نکنیم و سعی کنیم بدون هیچ قضاوت اخلاقی یا شخصی با وی برخورد کنیم.

برخورد حمایت‌گر و محترمانه حین مطرح‌کردن مباحث مربوط به سوءمصرف مواد می‌تواند مقدمه‌ساز تشخیص و درمان بیماران باشد. ایجاد فضایی توأم با احساس امنیت و احترام برای رسیدن به پاسخ‌های صادقانه بیمار الزامی است و از طرفی وجود یک رابطه همدلانه و تخصصی توأم با اعتماد، موجب می‌شود مادر باردار برای استفاده از این خدمات تشویق شوند.

درک این موضوع مهم است که برای زنان باردار وابسته به مواد، صحبت‌کردن در مورد مصرف مواد، مشکل است. ممکن است مادر باردار در دفعات اول مراجعه، مصرف مواد را انکار کند ولی بسته به کیفیت ارتباطش با کارکنان مراقبت بارداری و نحوه مطرح‌کردن پرسش توسط ایشان ممکن است به‌تدریج بتواند در مورد مصرف مواد خود اطلاعاتی بدهد. جملاتی از قبیل «تو که مواد استفاده نمی‌کنی؟» موجب می‌شود که فرد نتواند مشکل مصرف مواد خود را مطرح کند و این فکر را القاء می‌کند که دیگر برای پرهیزکردن دیر شده و هر اقدامی بی‌فایده است.

پس از انجام غربال‌گری و در صورت پی‌بردن به احتمال سوءمصرف مواد، نتیجه غربال‌گری باید به شیوه‌ای غیرقضاوت‌گرانه برای بیمار توضیح داده شود. اصول زیر برای توضیح بهتر نتیجه غربال‌گری به مادر باردار، توصیه می‌شود:

- باید به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.

- متعاقب غربال‌گری باید فرصتی برای صحبت در مورد سوءمصرف مواد فراهم شود.
- مادر باردار را با خطرات سوءمصرف مواد و فواید پرهیز از آن آشنا کنید.
- نحوه مشاوره با مراجعان، اعم از مواردی که نتیجه غربال‌گری مثبت یا منفی باشد را یاد بگیرید (در جدول ۴-۳ به اختصار اصول کلی برخورد با غربال‌گری منفی و مثبت توصیف شده است).

جدول ۴-۳: برخورد با غربال‌گری منفی و مثبت

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری منفی
◂ فواید پرهیز از مصرف مواد در دوران بارداری را مرور کنید.
◂ غربال‌گری را در پایان هر سه ماهه، بعد از زایمان و در دوران شیردهی تکرار کنید.
در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری مثبت
◂ ابتدا به همراه مراجعه‌کننده نتیجه غربال‌گری را مرور کنید.
◂ به وی بگویید که سلامت او و فرزندش برای شما اهمیت دارد.
◂ به او بگویید که می‌دانید و معتقدید که هر مادری می‌خواهد که فرزندش سالم باشد و او نیز می‌تواند با قطع مصرف مواد، به سلامت فرزندش کمک کند.
◂ تأکید کنید بلافاصله پس از پرهیز مصرف مواد، فواید پرهیز آغاز می‌شوند و هر چه زودتر اقدام به قطع مصرف مواد نماید، پرهیز مواد برایش آسان‌تر خواهد بود. هیچ وقت برای پرهیز مصرف مواد دیر نیست.
◂ در مورد این که برای پرهیز مواد به تصمیم خودش بستگی دارد صحبت کنید و به او اطمینان دهید که برای این‌که بتواند به هدفش برسد و مصرف مواد را قطع کند در کنار او خواهید بود و تا حد ممکن به او کمک خواهید کرد.
◂ روش‌های موجود برای درمان سوءمصرف مواد را برایش توضیح دهید.
◂ وی را برای ارزیابی‌های کامل‌تر به یک مرکز تخصصی درمان اعتیاد ارجاع دهید. برای این کار لازم است در مورد مراکز درمان سوءمصرف مواد منطقه اطلاعات کافی داشته باشید.
◂ قرار ویزیت بعدی برای پی‌گیری را تعیین کنید. جلسه پی‌گیری بعد از جلسه ارزیابی مرکز تخصصی درمان سوءمصرف مواد خواهد بود. طی این جلسه از نتیجه ارزیابی تخصصی آگاه می‌شوید.
◂ برای هر میزان کاهش سوءمصرف مواد ارزش قائل شوید.
◂ با پزشک مسئول درمان سوءمصرف مواد در تماس باشید و سیر بهبود بیمار را پایش کنید.

عوامل اجتماعی، فرهنگی هم‌چون قومیت، فرهنگ، زبان و وضعیت اقتصادی اجتماعی می‌تواند بر رفتارهای مادر باردار و فرد ارایه‌کننده مراقبت‌های بارداری تأثیر بگذارد. بی‌اعتمادی مادر باردار و امتناع او از شرکت در غربال‌گری یا سوگیری فرد ارایه‌کننده مراقبت‌ها نسبت به گروه‌های خاصی از مادران باردار می‌تواند مثال‌هایی از این گونه تأثیراتِ عوامل اجتماعی، فرهنگی باشد. کارکنان مراقبت بارداری باید بدون هرگونه سوگیری غربال‌گری مصرف مواد را در محیطی خصوصی و برای تمام مادران باردار انجام دهند. به‌علاوه آن‌ها باید برخوردهای خود را به لحاظ تماس چشمی، زبان بدن، سبک برقراری ارتباط، متناسب با وضعیت مراجعان با پس‌زمینه‌ها اجتماعی و فرهنگی مختلف تنظیم کند.

غربال‌گری به‌خودی خود یک مداخله نیست. آن چه می‌تواند باعث تغییر شود ارایه بازخورد، ارجاع، ارزیابی بیشتر و مداخله در صورت نیاز است.

جایگاه آزمایش غربال‌گری

استفاده از آزمایش سم‌شناسی به‌علت محدودیت‌های آن برای غربال‌گری همگانی توصیه نمی‌شود و باید به‌عنوان بخشی از برنامه ارزیابی جامع مورد استفاده قرار گیرد. نمونه ادرار و موی مادر و ادرار، مو و مکونیوم نوزاد می‌تواند اطلاعات مفیدی درباره مواجهه با مواد در اختیار ما بگذارد.

آزمایش ادرار مثبت صرفاً نشان‌دهنده مصرف اخیر ماده است و نمی‌تواند اختلالات مصرف مواد یا وابستگی به آن را تشخیص دهد. تشخیص اختلالات مصرف مواد نظیر سوءمصرف یا وابستگی باید با مصاحبه بالینی انجام شود.

استفاده از آزمایش ادرار اندیکاسیون‌های متعددی دارد. شواهد نشان می‌دهد افزودن آزمایش ادرار به مصاحبه ساختاریافته بارداری می‌تواند احتمال شناسایی مصرف مشکل آفرین مواد در بارداری را افزایش دهد. شناسایی مشکل مصرف مواد مجال مداخله زودرس را فراهم می‌سازد.

۳-۶- ارزیابی

تفاوت بین ارزیابی و غربال‌گری این است که ارزیابی نکات مثبت یافته‌شده در غربال‌گری را برای رسیدن به یک تشخیص اختلال مصرف مواد مورد بررسی بیشتر قرار می‌دهد. به‌علاوه در ارزیابی سایر حوزه‌های کارکردی مراجع از قبیل اختلالات روان‌پزشکی همبود نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد تا امکان تدوین یک برنامه مراقبت انفرادی شده برای فرد فراهم گردد. ارزیابی یک فرآیند مداوم است که در آن مشاور به‌صورت فزاینده‌ای تصویر واضح‌تری از مشکلات مراجع و نحوه تغییر آن در طول زمان فراهم می‌کند.

زنان باردار با مشکلات متعددی برای دسترسی به خدمات درمان مواجه‌اند. نگهداری از فرزندان، فقدان مراکز درمانی اختصاصی برای زنان، هزینه‌های درمانی و... همگی دسترسی زنان باردار را به خدمات درمانی کاهش می‌دهند. فرآیند ارزیابی این مشکلات را شناسایی و به منظور به حداقل‌رساندن آن‌ها مداخله می‌کند.

به بیان دیگر درگیری در درمان[1]، قراردهی[2] در جایگاه درمانی متناسب و برنامه‌ریزی درمان[3] و بازبینی برنامه‌های درمانی اهداف فرآیند مداوم ارزیابی هستند. ارزیابی زن باردار وابسته به مواد افیونی با این اهداف انجام می‌شود:

ایجاد حس اعتماد و برقراری رابطه درمانی[4]

زن بارداری که به مواد افیونی وابسته است و برای درمان مراجعه کرده، اقدام شجاعانه‌ای انجام داده و باید بر این اساس با او رفتار شود. از اولین تماس، هر کاری که لازم است باید برای تسهیل ورود زن باردار به درمان انجام شود. کمک به موقع، انعطاف در ویزیت‌ها، همدلی و خوش‌بینی به تغییر از اجزاء ضروری یک

1. Engagement
2. Placement
3. Planning
4. Rapport

برنامه ارزیابی و درمان هستند. *مقاومت به درمان* که به‌صورت شایع دیده می‌شود و انتظار زیاد از درمان‌گر را باید به‌عنوان چالش‌های درمان دانست. سرزنش مادر باردار برای رفتارهای قبلی‌اش، تغییر رفتار در جهت مثبت را تسهیل نمی‌کند. برای کاهش میزان ریزش بیمار از درمان، باید بلافاصله پس از اولین مراجعه برای بیمار پرونده درمان تشکیل داد و ارزیابی را آغاز نمود.

جمع‌آوری اطلاعات برای برنامه‌ریزی مراقبت انفرادی‌شده

اخذ شرح‌حال مصرف داروها و تاریخچه درمان اعتیاد به تعیین بهترین برنامه درمانی کمک زیادی می‌کند. برخی بیمارانی که قبل از درمان تحت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین بودند، ممکن است بعد از بارداری بخواهند درمان خود را ادامه دهند، داروی خود را عوض کنند یا درمان را قطع کنند. تقاضا برای کاهش و قطع داروی آگونیست اغلب به‌علت سوءبرداشت از اثرات متادون یا بوپرنورفین بر بارداری ناشی می‌شود. منبع این اطلاعات غلط ممکن است اطرافیان بیمار یا حتی یکی از کارکنان مراقبت بارداری ناآشنا با داروهای آگونیست باشد. این افراد بیمار را تشویق می‌کنند درمان خود را قطع کنند تا از اثرات دارو بر جنین یا سندرم پرهیز نوزادی بعد از زایمان پیشگیری نمایند. مرور فواید و خطرات احتمالی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست در طول بارداری و خطرات همراه با پرهیز حمایت‌شده طبی (سم‌زدایی) برای مادر و جنین با مادر و در صورت نیاز سایر افراد مهم شامل خانواده و کارکنان مراقبت بارداری امکان تصمیم‌گیری کاملاً آگاهانه را برای بیمار فراهم می‌نماید.

ایجاد انگیزه برای درمان

دلایل زیادی برای شروع یا تداوم درمان با داروهای آگونیست متعاقب مطلع‌شدن از بارداری وجود دارد. مسئولیت بزرگ‌کردن کودک و تغییرات

فیزیولوژی بدن همراه با بارداری می‌توانند انگیزه‌های قوی برای رفتارهای سالم باشند. عواملی که بیماران را به طرف درمان سوق می‌دهند به عوامل درونی (برای مثال خستگی یا شکست در زندگی حرفه‌ای یا شخصی) و بیرونی (مثلاً مشکلات قانونی) طبقه‌بندی می‌شوند. عوامل انگیزه‌دهنده در زنان باردار مشابه جمعیت عمومی مصرف‌کننده مواد است و نشان می‌دهد که شدت مشکل مواد به خودی خود و مشکلات سلامت همراه با آن قوی‌ترین عوامل پیش‌گویی‌کننده آمادگی برای درمان است.

ابزارهای ارزیابی

این ارزیابی‌ها بر روی وضعیت بارداری، تغذیه، کارکرد اجتماعی، وضعیت طبی و روان‌پزشکی متمرکز است.برای ارزیابی جامع بیمار می‌توان از برخی پرسش‌نامه‌های طراحی‌شده نظیر اندکس شدت اعتیاد[11] یا پروفایل اعتیاد مادزلی[1] استفاده کرد. این ابزارها حوزه‌های مختلف کارکرد را که به‌طور معمول از مصرف مواد متأثر می‌شوند شامل تاریخچه مصرف مواد، سابقه درمان اعتیاد، وضعیت طبی و روان‌پزشکی، رفتارهای پرخطر، وضعیت خانوادگی و اجتماعی را ارزیابی کرده، اطلاعات لازم برای برنامه‌ریزی درمان را تأمین می‌کنند. علاوه بر کمک به برنامه‌ریزی اولیه درمان، نتایج ارزیابی‌های دوره‌ای به ارزیابی پیشرفت درمان و پرداختن به پیشگیری از عود در صورت وقوع کمک می‌کند.

مصاحبه بالینی

با کمک مصاحبه بالینی و با استفاده از معیارهای تشخیصی موجود جهت تشخیص وابستگی و سوءمصرف می‌توان مشکلات و اختلالات همبود اولیه یا القاءشده توسط مواد را تشخیص داد.

1. Addiction severity index
2. Maudsley addiction profile

۴

هماهنگی و تداوم مراقبت

۴-۱- مقدمه

برای ارتقاء برآیندهای بارداری و نوزادی در سوءمصرف‌کنندگان مواد به همکاری و هماهنگی یک تیم چند تخصصی نیاز است تا خدمات درمانی مورد نیاز تداوم داشته باشند. این تیم شامل: پزشک خانواده، بهورز، ماما، متخصص بیماری‌های زنان و زایمان، متخصص روان‌پزشکی، پزشک درمان‌گر سوءمصرف مواد، متخصص کودکان یا فوق‌تخصص نوزادان، کارکنان بخش زایمان، متخصص بی‌هوشی، مددکار اجتماعی و سایر متخصصان است. برای حفظ هماهنگی بین اعضاء تیم، رویکرد **تداوم مراقبت** بهترین روش برای مراقبت بارداری در زنان وابسته به مواد است. از آنجا که موانع زیادی بر سر راه دسترسی زنان باردار مصرف‌کننده مواد به مراقبت‌های بارداری جامع وجود دارد، تداوم خدمات درمان

و ثبات مراقبین ایشان باعث کاهش ریزش مادران و نوزادانی در دوره پی‌گیری می‌شود.

تداوم خدمات درمان با روش‌های زیر تأمین می‌شود:

- درگیرکردن بیماران در فرآیند درمان
- طراحی سیستمی که در آن نقش و وظایف هر یک از اعضای تیم در تأمین مراقبت‌های جامع برای مادر باردار مصرف‌کننده مواد به روشنی تعریف شده است.
- تدوین برنامه مراقبت و درمان انفرادی‌شده متناسب با ویژگی‌های هر یک از مراجعان
- وجود سیستم ثبت و گزارش‌دهی منظم
- وجود سیستم ارجاع مؤثر به منظور تأمین خدمات درمانی و حمایتی مورد نیاز مادر باردار

۴-۲- مراقبت‌های پیش از تولد

ورود به برنامه‌های مراقبت

اولین تماس مادر باردار با سیستم سلامت، به هر شکل و در هر جایی که رخ دهد (شامل اورژانس یا حتی اتاق زایمان)، فرصت مناسبی است که زن باردار و خانواده‌اش را به سیستم مراقبت وارد کرد تا این مراقبت قبل، حین و پس از زایمان ادامه یابد. ورود به سیستم مراقبت پیش‌نیاز دریافت خدمات است.

از آنجا که بین مراقبت‌های بارداری و سلامت نوزاد ارتباط مستقیمی وجود دارد پس مراجعه دیرهنگام حین حاملگی ممکن است احتمال بروز سندرم محرومیت را در نوزاد افزایش دهد.

اطلاع‌رسانی و توصیه[1] درباره عوارض مواد به تنهایی ممکن است برای مادر باردار وابسته به مواد کافی نباشد و او را به مشاوره در مورد مشکلات ناشی از مصرف مواد و پی‌گیری جهت درمان راغب نکند. برقراری رابطه درمانی مناسب بین کارکنان و زن باردار موجب می‌شود که وی نسبت به کارکنان مراقبت بارداری حس اعتماد پیدا کند. ایجاد یک رابطه درمانی مناسب بین زن باردار و کارکنان سیستم مراقبت باعث ماندگاری او در درمان می‌شود.

برای ایجاد یک رابطه مؤثر لازم است نکات زیر را به خاطر داشته باشیم:

- با پرهیز از نگرش و برخورد قضاوت‌گرانه سعی کنیم، عقاید و ارزش‌های فرد را بشناسیم.
- بدانیم که سوءمصرف مواد از سایر عوامل فرهنگی و روانی، اجتماعی جدا نیست.
- کارکنان مراقبت بارداری متعهد هستند که خدمات مراقبت را به‌طور یکسان به همه مراجعان ارائه نمایند.
- توجه داشته باشیم که اعتیاد یک مقوله مرتبط با بیماری و سلامتی است، نه مقوله‌ای ارزشی و اجتماعی، بنابراین در مراقبت بارداری نیز باید به آن به‌عنوان یک مشکل سلامتی نگریسته شود.
- محیط امن و متضمن حفظ اسرار بیمار را برای زن باردار فراهم کنیم.
- به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.
- درک کنیم که در میان‌گذاشتن مشکل مصرف مواد برای مادر باردار امری دشوار است.
- بسیاری از زنان سوءمصرف‌کننده مواد مشکلات و محدودیت‌های اجتماعی متعددی دارند که کم‌سوادی می‌تواند یکی از آن‌ها باشد.

1. Information and advice

بنابراین تمام اطلاعات علاوه بر شکل نوشتاری باید شفاهاً برای زنان (و همسران یا شرکای جنسی آن‌ها) توضیح داده شود تا مطمئن باشیم که اطلاعات را فهمیده است.

پزشک درمان‌گر اعتیاد باید ارجاع به مراکز بهداشتی درمان ارایه‌کننده خدمات مراقبت مادر و کودک را برای زنان باردار مراجعه‌کننده با مشکلات مصرف مواد انجام دهد. در طول بارداری حداقل هفته‌ای یک بار بیمار را ویزیت و علاوه بر سایر ارزیابی‌ها، آزمایش ادرار را از نظر مصرف مواد مختلف انجام دهید. بارداری پایش نزدیک‌تر در درمان را الزامی می‌کند. پس از اخذ رضایت بیمار برای در میان‌گذاشتن اطلاعات ضروری با سایر تأمین‌کنندگان خدمات سلامت مستقیماً با متخصص زنان و زایمان، کارکنان مرکز ارایه‌کننده مراقبت‌های مادر وکودک، بیمارستان یا زایشگاه و متخصص اطفال که بعداً ضرورت مراقبت نوزاد را بر عهده داشته باشد در تماس باشید.

در ویزیت‌های هفتگی توجه به نکات زیر مهم است:

- غربال‌گری ادرار از نظر مصرف مواد
- ارزیابی علایم و نشانه‌های محرومیت
- ارزیابی میزان پیروی از برنامه درمان اعتیاد
- آزمایش ادرار از نظر مورفین، مت آمفتامین و در صورت لزوم مواد دیگر
- ارزیابی میزان پیروی از مراقبت‌های بارداری (ویزیت ماهانه تا هفته ۲۸، ویزیت ۲ هفته یک‌بار در ۳۶-۲۸ هفتگی و ویزیت هفتگی بعد از هفته ۳۶)
- تجویز دوز بیمار

بین هفته‌های ۳۲-۲۴ ارجاع‌های زیر را انجام دهید:

- ویزیت متخصص اطفال بیمارستانی که قرار است زایمان در آنجا انجام شود به منظور آشنایی با وضعیت مادر باردار و برنامه ریزی برای درمان سندرم پرهیز نوزادی در صورت نیاز

- مشاور بیهوشی برای برنامه مدیریت درد

هفته‌های ۴۰-۳۶: برنامه‌ریزی زایمان و دوره پس از زایمان

- زمان و مقدار آخرین دوز دریافتی بیمار را به اطلاع متخصص زنان و زایمان برسانید.
- به اصلاع متخصص زنان و بیهوشی برسانید تجویز داروهایی نالبوفین و بوتروفانول در بیماران به‌علت القای علایم محرومیت ممنوع است.
- آموزش در خصوص اهمیت و لزوم شیردهی.

ارزیابی جامع و برنامه‌ریزی برای درمان

اگر در روند غربال‌گری به این نتیجه برسیم که مادر در معرض خطر مصرف مواد قرار دارد، لازم است ارزیابی کامل صورت پذیرد. در قدم اول:

- خطرهای ناشی از تداوم مصرف مواد طی بارداری را به فرد اطلاع دهیم.
- در مورد وابستگی زن باردار به مصرف مواد مطمئن شویم.
- در مورد مراقبت‌های تخصصی، روش‌های مختلف مشاوره و درمان سوءمصرف مواد به زن باردار آموزش دهیم.

اگر ممکن است و در صورتی که به ارتباط بین کارکنان و مراجع لطمه وارد نشود، مطالب فوق در جلسه اول عنوان شوند. در شرایطی که این امر امکان‌پذیر نباشد، مثلاً در مواردی که زن باردار دچار علایم مسمومیت یا محرومیت مصرف مواد است. ارزیابی کامل را می‌توان در جلسه بعد انجام داد.

پزشک باید در مورد بهترین زمان جمع‌آوری اطلاعات با توجه به تجربه و مهارت‌های خودش تصمیم بگیرد.

ارزیابی روانی، اجتماعی

ارزیابی روانی اجتماعی باید از مراجعه اول بیمار صورت پذیرد. این ارزیابی شامل موارد زیر می‌باشد:

- مسائل مالی
- نداشتن یا نامناسب‌بودن مسکن
- خشونت خانگی
- سوءرفتار جنسی و تهاجم
- ارتباطات بین‌فردی
- مسائل قانونی
- سابقه سوءمصرف مواد

اختلالات روان‌پزشکی همبود با سوءمصرف مواد

کلیه کارکنان مراقبت سلامت که مراقبت‌های بارداری را ارائه می‌کنند باید علایم مشکلات جدی روان‌پزشکی خصوصاً موارد زیر را بشناسند.

- اضطراب و افسردگی
- روان‌پریشی (شامل هذیان و توهم)
- افکار جدی یا نقشه خودکشی و آسیب به خود
- فکر آسیب‌رساندن به جنین، نوزاد یا فردی دیگر.

در چنین مواردی کارکنان مراقبت سلامت باید:

- بیمار را فوراً به روان‌پزشک ارجاع نمایند.
- در مواردی که ارجاع اورژانس امکان‌پذیر نیست (مثل مناطق دوردست) سعی کنند از فرد متخصص مشاوره تلفنی بگیرند.
- داروهای روان‌پزشکی مورد مصرف (مثل داروهای ضد افسردگی، ضد جنون، تثبیت‌کننده خلق) باید در پرونده بیمار درج شود.

- مطمئن شوند تا زمانی که در این مورد مشاوره می‌کنند، بیمار در وضعیتی ایمن قرارداد. گاهی ممکن است یکی از پرسنل در کنار بیمار بماند تا از احتمال آسیب‌رساندن به خود، جنین یا دیگران جلوگیری شود.

ادامه ارزیابی و برنامه‌ریزی درمان در هر ویزیت

با پیشرفت بارداری موارد زیر در هر جلسه مراقبت بارداری جهت مادر وابسته به مصرف مواد باید لحاظ شوند:

- برخورد توأم با توجه و ارائه خدمات مشاوره
- وضعیت سلامت مادر و جنین
- مسائل روانی، اجتماعی (فقر، بی‌خانمانی، خشونت خانگی)
- سلامت روان
- بررسی علایم و نشانه‌های محرومیت و دوز داروهای مصرفی

نکته: در زنانی که مواد مصرف می‌کنند خطر کاهش رشد جنین وجود دارد (تأخیر رشد داخل رحمی). ارزیابی استاندارد از طریق اندازه‌گیری ارتفاع سمفیز پوبیس تا فوندوس رحم به سانتی‌متر و مقایسه با سن بارداری، مقیاس مناسبی برای اندازه‌گیری رشد جنین است. باید از دستورالعمل‌های زایمان برای پایش بیوفیزیکال در موارد کاهش رشد جنین استفاده کرد.

نکته: شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد بیماری‌های دهان و دندان خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد. به همین دلیل کلیه خانم‌های باردار باید از نظر دسترس به خدمات بهداشت دهان و دندان در اولویت قرار گیرند. زنان باردار وابسته به مصرف مواد اوپیوئیدی ممکن است درد ناشی از عفونت یا پوسیدگی دندان را حس

نکنند و در نتیجه به موقع جهت درمان مراجعه ننمایند، به همین علت باید به پایش وضعیت سلامت دهان و دندان این گروه توجه ویژه داشت.

حمایت همسر یا اعضای خانواده

درصورتی‌که مراجع اجازه دهد که خانواده وی در جریان درمان باشند، پس از اخذ رضایت، می‌توان همسر یا یک حمایت‌گر از خانواده را در برنامه درمان درگیر نمود. این امر به تداوم درمان زن باردار کمک می‌کند. با توجه به این نکته که سوءمصرف مواد توسط همسر، موجب افزایش احتمال ادامه سوءمصرف و بالارفتن خطر عود در زن باردار می‌شود، در صورتی که همسر نیز مشکل مصرف مواد دارد، مناسب است که به او نیز پیشنهاد کنیم وارد یک برنامه درمان اعتیاد شود.

۴-۲- مراقبت‌های حین زایمان

در این بخش به پاره‌ای ملاحظات که جهت تداوم درمان بیمار و کاهش عوارض ناشی از مصرف مواد می‌بایست مورد توجه قرار گیرند اشاره شده است و اطلاعات بیشتر در خصوص نکات تخصصی مراقبت‌های حین زایمان در دستورالعمل‌های سلامت مادران قابل دسترسی است.

پذیرش اولیه در بخش زایمان

باید به زنان باردار توصیه شود با شروع دردهای خودبه‌خود زایمان، خیلی زود مراجعه کنند. پزشک درمان‌گر اعتیاد مادر باردار باید درمورد اهمیت مراجعه زودهنگام به مادر باردار آموزش دهد.

توصیه: پذیرش زودهنگام مانع استفاده خودسرانه مادر از داروهای مسکن برای کاهش درد زایمان شده و پایش و تنظیم داروهای وی را آسان می‌کند.

متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان باید مطلع شود که نوزاد مواجهه‌یافته با مواد افیونی به زودی متولد شده و ممکن است نیاز به درمان داشته است.

هماهنگی با مددکاری بیمارستان به منظور حمایت از بیمار در زمینه پرداخت هزینه‌های بیمارستان نیز اهمیت بالایی دارد. دوز داروی بیمار در طول بستری بیمار در بیمارستان باید به سیستم پرستاری تحویل و تجویز آن ادامه پیدا کند هرچند بعد از زایمان با تغییر نیاز بدن مادر به دارو دوز دارو می‌باید کاهش داده شود.

مشاوره بیهوشی در خصوص کنترل درد در طول زایمان اهمیت بالایی دارد. بی‌دردی نخاعی یا اپیدورال برای کنترل درد زایمان در طول زایمان طبیعی یا سزارین در زنان وابسته به مواد افیونی مؤثر است.

زنانی که تحت برنامه‌های درمانی هستند.

زمانی که مادر بارداری که تحت درمان با متادون (یا بوپرنورفین) است برای زایمان مراجعه می‌کند، توصیه می‌شود موارد زیر توسط کارکنان بخش زایمان رعایت شود.

- به مرکز درمانی که خانم باردار جهت مصرف دارو به آن مراجعه می‌نموده اطلاع داده شود که وی در بیمارستان بستری است و جهت دریافت دارو مراجعه نخواهد کرد. از کارکنان مرکز درمان سوءمصرف مواد، اطلاعات در مورد آخرین دوز (زمان و میزان داروی مصرفی) مراجع کسب شود.
- همان‌گونه که پیشتر گفته شد توصیه می‌شود پزشک درمان‌گر اعتیاد، خلاصه‌ای از ملاحظات درمانی و دوز داروی مصرفی را به‌طور کتبی به بیمار ارائه کند تا در موارد اورژانس که امکان دسترسی به مرکز درمانی وجود ندارد در بخش زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

- باید مطمئن شد که مادر باردار داروی روزانه خود را مصرف کرده یا این‌که دوز منزل دارو برای آن روز را دارد. اگر دارو مصرف نکرده باشد، باید برای دریافت داروی وی از مرکز درمان سوءمصرف مواد هماهنگی شود.
- مادر باردار را از نظر نشانه‌های محرومیت یا بیش‌مصرف تحت نظر قرار گیرد.
- قبل از تجویز دارو، توسط یک شرح‌حال دارویی، مصرف اخیر مواد افیونی غیرقانونی بررسی شود.

زنانی که تحت برنامه‌های درمانی نیستند

در صورتی که خانم باردار مبتلا به سوءمصرف مواد برای اولین بار در اتاق زایمان شناسایی شود نیاز فوری به ارزیابی سطح تحمل و وابستگی به مصرف مواد دارد. این امر برای تنظیم داروهای ضددرد حین زایمان و مدیریت سندرم وابستگی نوزاد اهمیت دارد.

القاء زایمان

اندیکاسیون القاء زایمان، همان اندیکاسیون‌های معمول مامایی است. اگر القاء زایمان لازم باشد، بهتر است در اول هفته انجام شود تا در طی هفته نوزاد به دقت از نظر نشانه‌های سندرم محرومیت مورد بررسی قرار گیرد و نسبت به آخر هفته که ممکن است متخصص نوزادان و کارکنان متخصص و باتجربه در دسترس نباشند، ارجحیت دارد.

کنترل درد

در طول مراقبت بارداری باید درباره روش وضع حمل توافق شود. اکثر مقالات مؤید استفاده از وضع حمل واژینال و بی‌هوشی اِپیدورال بوده‌اند. متخصص زنان و زایمان باید بداند که درمان نگهدارنده بیمار اثر ضددرد را برای

او تأمین نمی‌کند. در استفاده از داروی ضددرد اُپیوئیدی احتیاط برای اجتناب از القای پرهیز در طول دوره درد زایمان بسیار مهم است، مثلاً استفاده از داروهای ضددرد اُپیوئیدی که آگونیست نسبی گیرنده‌های μ بوده و تمایل بالایی[1] به این گیرنده‌ها دارند (برای مثال پنتازوسین و نالبوفین) در بیماران تحت درمان نگهدارنده با آگونیست کامل با تمایل پایین (هم‌چون متادون) باعث القای سندرم محرومیت از مواد افیونی می‌گردد.

با توجه به این امر که ممکن است زنان با سابقه مصرف مواد به داروهای ضددرد نیاز بیشتری داشته باشند، اغلب احتمال دارد که میزان نیاز به داروهای ضددرد کمتر از حد لزوم تخمین زده شود. میزان داروهای ضد درد در هر فرد باید تیتره شود.

✓ مدیریت درد زایمان در زنان روی درمان نگهدارنده با متادون

دوز معمول متادون در زنان تحت درمان با متادون، باعث کم‌شدن درد زایمان نمی‌شود. زنان باید دوز متادون را به موقع دریافت کنند (به‌صورت شربت، نه به شکل قرص) و درد باید به‌عنوان یک موضوع جداگانه ارزیابی شود.

دوز داروهای ضددرد باید با توجه به میزان پاسخ بیمار تیتره شود. باید در ذهن داشت که حین درمان با متادون نسبت به اوپیوئیدها تحمل ایجاد می‌شود. به همین دلیل به دوزهای بیشتر از معمول داروی ضددرد نیاز پیدا می‌شود. پتیدین در زنانی که وابسته به مواد افیونی هستند، به‌علت تغییر در گیرنده‌های افیونی، مؤثر نیست. بنابراین اگر روش‌های غیردارویی ضددرد و گاز اِنتونوکس[2] مؤثر نبودند، بی‌حسی موضعی ممکن است مناسب باشد و باید در این مورد با تیم بیهوشی صحبت کرد.

---

1. High affinity

۱. مخلوط گازهای نیروس اُکسید (۵۰٪) و اکسیژن (۵۰٪)

نکته: متادون مصرفی زن باردار مانع از شروع علایم محرومیت می‌شود، ولی برای تخفیف درد زایمان کافی نیست.

✓ مدیریت درد زایمان در زنان روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین

زنانی که روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین هستند باید مثل زنانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند مدیریت شوند، یعنی مصرف بوپرنورفین ادامه یابد و از سایر داروهای ضددرد (شامل ضد دردهایی مثل پاراستامول و در صورت نیاز اوپیوئیدها) برای مدیریت درد استفاده شود.

جداشدن آرام از گیرنده μ و فعالیت درونی پایین[1] بوپرنورفین منجر به تقویت پروفایل ایمنی این دارو می‌شود. این خصوصیات به‌صورت بالقوه تسکین درد کافی مرحله وضع حمل و بعد از زایمان را دشوار می‌کند، زیرا داروی ضددرد اُپیوئیدی نمی‌تواند به اندازه کافی بر روی گیرنده‌های μ تأثیر بگذارد. بنابراین آگونیست‌های کامل افیونی (مثل پتیدین) ممکن است کمتر مؤثر باشند. در این صورت، دوزهای بالاتر از دوزهای معمول ممکن است برای جداکردن بوپرنورفین از گیرنده μ لازم باشد. هم‌چنین استفاده از بی‌حسی موضعی حین دردهای زایمان باید مد نظر باشد.

✓ مدیریت درد غیرقابل کنترل

زنانی که دردهای غیرقابل کنترل دارند اغلب دلایل پاتولوژیک برای درد خود دارند که باید با بررسی‌های دقیق کنار گذاشته شوند.

توصیه: دردهایی که به دلایل نامعلوم ایجاد می‌شوند ممکن است به‌علت مصرف مواد مخفی شوند. در مواردی که درد مادر باردار غیرقابل کنترل است باید کلیه بیماری‌های زمینه‌ای محتمل چه بیماری‌های شایع (مثل پیلونفریت) و چه بیماری‌های غیرشایع (مثل آبسه مفصل ساکروایلیاک) در نظر گرفته شوند.

1. Low intrinsic activity

✓ ***داروهای ضد درد ویژه‌ای که باید از آن‌ها اجتناب شود***

در زنانی که مواد محرک استفاده می‌کنند یا به استفاده از این مواد در آن‌ها مشکوک هستیم، باید از تجویز کتامین بپرهیزیم چون ممکن است اثرات وابسته به کاتکولامین ایجاد شود (مثل پرفشاری خون و تاکی‌کاردی).

توصیه: مصرف طولانی‌مدت مواد محرک با عوارض قلبی عروقی و عروقی مغز همراه است که می‌تواند با مصرف مواد ضددرد تشدید شود.

۴-۴- مراقبت‌های پس از زایمان

زمان ترخیص

ترخیص زودهنگام اغلب برای زنان وابسته به مصرف مواد مناسب نیست. زنان وابسته به مواد افیونی و خواب‌آور باید حدود پنج روز یا بیشتر پس از زایمان در بیمارستان بمانند، تا نوزاد از نظر علایم سندرم محرومیت مورد ارزیابی قرار گیرد.

ترخیص زودهنگام و برخلاف توصیه پزشک در بسیاری از موارد یکی از مشکلات تشخیص به موقع سندرم پرهیز نوزادی است. این بیماران ممکن است در صورت مواجهه با علایم سندرم پرهیز نوزادی بدون مشاوره با پزشک، اندکی از دوز متادون خود را برای آرام‌سازی به نوزاد بدهند. این رویه با خطر افزایش‌یافته مسمومیت در نوزادان همراه است.

پزشکان درمان‌گر اعتیاد باید بر مصرف صحیح داروهای آگونیست پس از ترخیص نظارت دقیق داشته و در صورت مواجهه با علایم سندرم پرهیز، نوزاد را سریعاً جهت ویزیت متخصص اطفال ارجاع دهند.

پیشگیری از بارداری

هم‌چون زنان دیگر، باید روش‌های موجود برای پیشگیری از بارداری برای مادر توضیح داده شود و در این مورد اطلاعات کافی باید در اختیار وی گذاشته شود. توصیه می‌شود روش پیشگیری از بارداری انتخابی مطمئن و آسان باشد.

کنترل درد پس از زایمان

با متخصص زنان و زایمان بیمار مشاوره نموده و به او اطلاع دهید در صورتی که بیمار تثبیت شده بر روی دوز متادون یا بوپرنورفین از درد شکایت داشته باشد، دلیلی وجود ندارد که تصور کنیم این رفتاری موادجویانه است و تجویز داروهای ضددرد هم‌چون سایر بیماران در این گروه از بیماران بدون اشکال است.

برای کنترل درد استامینوفن و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی برای دردهای خفیف تا متوسط و ضددردهای اُپیوئیدی کوتاه‌اثر در دردهای شدید قابل استفاده است. در زایمان طبیعی داروهای ضددرد اُپیوئیدی را می‌توان هم‌چون بیماران غیروابسته به مواد افیونی به‌صورت عندالزوم تجویز نمود.

به‌طور معمول پس از یک زایمان طبیعی، نیازی به تجویز داروهای ضددرد اُپیوئیدی نیست. در سزارین معمولاً استفاده داروهای ضددرد اُپیوئیدی کوتاه‌اثر تا ۴۸ ساعت بعد ادامه پیدا می‌کند. ممکن است استفاده از داروهای ضد درد اُپیوئیدی با مقادیر کمتر به مدت ۷-۵ روز بعد از زایمان سزارین مورد نیاز باشد. دوز مورد نیاز داروهای ضددرد اُپیوئیدی کوتاه‌اثر برای کنترل درد در مادران روی درمان‌های نگهدارنده معمولاً ۷۰٪ از دوز معمول بیشتر است.

✓ *مدیریت درد پس از زایمان در زنان روی درمان نگهدارنده با متادون*

ضددردهای اپیوئیدی در ترکیب با استامینوفن یا یک داروی ضدالتهابی غیراسترویید برای بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون پیشنهاد می‌شوند. بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با گروه کنترل غیروابسته به

مواد افیونی پس از وضع حمل سزارین تقریباً به ۷۰٪ ضددرد بیش‌تر، خصوصاً در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان نیاز پیدا کردند.

✓ ***مدیریت درد پس از زایمان در زنان روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین***

زنانی که روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین هستند نیاز به داروهای ضددرد اپیوئیدی کم‌تری متعاقب وضع حمل واژینال دارند و متعاقب زایمان سزارین افزایش غیرمعنی‌داری در مصرف مواد افیونی و امتیازهای درد نشان می‌دهند. داروهای ضدالتهابی غیراستروییدی یا استامینوفن به‌جای داروهای اپیوئیدی برای مدیریت درد متوسط بعد از بارداری در بیماران تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین توصیه می‌شوند.

ترخیص

حین ترخیص، مرکز درمان‌کننده بیمار باید از تاریخ ترخیص وی تاریخ آخرین دوز داروی تجویز شده جهت وی و میزان داروی مصرفی وی آگاه شود. خصوصاً اگر میزان داروی مصرفی بیمار طی دوره بستری تعدیل شده و با میزان داروی مصرفی قبلی وی تفاوت کرده، حتماً باید به مرکز درمان اطلاع داده شود.

سرپرستی نوزاد

هماهنگی بین مراکز بهداشتی، درمانی و حمایتی به منظور به حداکثررساندن توانایی مادر و همسر او برای سرپرستی از نوزاد یک اصل اساسی است. در صورت وجود هر گونه نگرانی در خصوص ایمنی نوزاد پس از تولد، ناتوانی والدین برای سرپرستی مشاوره با مددکاران اجتماعی و کارشناسان سازمان بهزیستی منطقه می‌تواند کمک‌کننده باشد.

۴-۵- ملاحظات مهم در گروه‌های خاص

اچ‌ای‌وی

تشخیص اچ‌آی‌وی در مادران بارداری که سابقه رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌آی‌وی دارند بسیار مهم است. مشاوره داوطلبانه و آزمایش به‌عنوان رویه استاندارد برای تشخیص اچ‌آی‌وی در این گروه از بیماران نیز باید در نظر گرفته شود. کلیه مادران باردار اچ‌آی‌وی مثبت باید برای دریافت مداخلات پیشگیری از انتقال مادر به کودک به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شده و برای تداوم دریافت مراقبت مورد حمایت قرار گیرند. با در دسترس قرارگرفتن مداخلات جدید هم‌چون تجویز پیشگیرانه داروی ضدرتروویروسی زیدوودین و سزارین خطر انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک در حین تولد به حدود ۵-۲٪ کاهش یافته است. علاوه بر دریافت داروی ضدرتروویروسی هماهنگی با متخصص زنان و زایمان و بیمارستان به منظور انجام سزارین باید انجام شود. گرچه زیدوودین در بارداری بر روی انتقال مادر به کودک اثر پیشگیرانه دارد، اما با توجه به وضعیت مادر باردار ممکن است به استفاده از رژیم‌های دارویی ترکیبی برای درمان عفونت اچ‌آی‌وی در مادر نیاز پیدا شود. توصیه می‌شود به منظور دسترسی به خدمات جانبی ضروری ذکر شده در بالا برای زنان باردار وابسته به مواد افیونی اچ‌آی‌وی مثبت خدمات مشاوره و ارجاع تکمیلی در مراکز درمان اعتیاد فراهم گردد. شیردهی خطر انتقال اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهد و در مادران اچ‌آی‌وی مثبت ممنوع است.

آنتی‌بادی ضد اچ‌آی‌وی مادر معمولاً ۱۲-۹ ماه پس از تولد از بدن نوزاد پاک می‌شود هرچند می‌تواند تا ۱۸ ماه در بدن نوزاد باقی بماند. بنابراین استفاده از این آزمایش برای تشخیص عفونت اچ‌آی‌وی در نوزادان حساسیت کافی ندارد و به‌جای آن باید از آزمایش HIV DNA یا HIV RNA استفاده نمود. نوزادان

متولدشده از مادران باردار اچ‌آی‌وی مثبت برای تشخیص زودرس عفونت باید تحت نظر متخصص اطفال یا عفونی مورد پی‌گیری قرار گیرند.

هپاتیت ب

میزان انتقال عمودی هپاتیت ب بسیار بالاست به‌طوری که در مطالعات مختلف ۹۰-۷۰٪ ذکر شده است، خصوصاً اگر مادر باردار در سه ماهه سوم بارداری یا ۵ هفته پس از زایمان عفونت فعال داشته باشد که با مثبت‌بودن HbsAg مشخص می‌شود. در صورتی که مادر باردار HbsAg مثبت باشد نوزاد بعد از تولد علاوه بر واکسن باید ایمونوگلوبین هپاتیت ب را نیز دریافت کند.

هپاتیت سی

زنان بارداری که سابقه تزریق مواد داشته‌اند باید از نظر هپاتیت سی مورد غربال‌گری قرار گیرند. در صورت مثبت‌بودن امکان ارجاع برای تعیین مرحله عفونت و درمان در صورت لزوم فراهم می‌گردد. خطر انتقال مادر به کودک هپاتیت سی نسبتاً پایین (۵-۱ ٪) است و زایمان طبیعی و شیردهی خطر انتقال آن را افزایش نمی‌دهد. درمان‌های ضدویروسی با کاهش بار ویروس به‌صورت نظری احتمال انتقال عمودی را کاهش می‌دهند، با این وجود به‌علت عوارض شدید بر روی جنین استفاده از آن‌ها توصیه نمی‌شود. برای تشخیص عفونت در نوزادان متولد شده از مادران اچ‌سی‌وی مثبت باید آزمایش HCV Ab و HCV RNA در ۶-۲ ماهگی انجام و سپس در ۲۴-۱۸ ماهگی تکرار شود.

۵

هنگام زایمان

۵-۱- اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان

زایمان در زنان وابسته به مواد به دلایل متعدد از جمله موارد زیر نیاز به توجه ویژه‌ای دارد:

- این مادران معمولاً برای انجام مراقبت‌های بارداری مراجعه نمی‌کنند بنابراین برخی مشکلات و عوارض مامایی در آنان شناسایی نمی‌شود.
- متخصصین زنان و بیهوشی هم در موقعیت‌های اورژانس (زجر جنین، جداشدن زودرس جفت، پارگی رحم و...) و هم در موقعیت‌های غیراورژانس (زایمان بی‌درد دارویی، اداره علایم محرومیت و....) بربالین مادران وابسته به مواد یا نوزادان آن‌ها فراخوانده می‌شوند.
- عدم استفاده از دارو برای کنترل محرومیت (در مورد مواد افیونی) موجب بروز نشانه‌های محرومیت و عوارض بعدی می‌گردد.

- افراد وابسته به مواد، نسبت به داروهای مخدر تحمل دارند و آستانه درد آن‌ها نسبت به افراد غیر معتاد پایین‌تر می‌باشد لذا در صورت نیاز به سزارین به‌خصوص در مواردی که مادر دچار علایم محرومیت شده باشد باید مقدار بیشتری از داروهای مخدر به بیمار تزریق شود که یکی از اثرات آن تضعیف سیستم تنفسی جنین و نوزاد است.
- مصرف مواد مخدر (به‌خصوص مواد افیونی) باعث اختلال در حرکات دستگاه گوارش و تأخیر در تخلیه معده می‌شود و چون حاملگی هم اثر مشابه را دارد در نتیجه مجموع این دو عامل احتمال آسپیراسیون را در طی بیهوشی عمومی افزایش می‌دهند.
- ممکن است در زمان بستری در بیمارستان، ملاقات‌کنندگان مخفیانه مواد مخدر را به مادر برسانند یا مادر این مواد را در داخل وسایل شخصی خود پنهان نموده و دور از چشم کارکنان بیمارستان به مقدار زیادی آن‌ها را مصرف کند و دچار علایم مسمومیت شود.

۵-۲- اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد

- به منظور کاهش عوارض و جهت اداره بهتر روند زایمان لازم است که هنگام مراجعه یا بستری از همه مادران در مورد مصرف مواد یا داروهای مخدر سؤال شود. نحوه سؤال‌کردن باید با احترام، بدون قضاوت و با جملات خنثی باشد. بهتر است سؤالات در مورد مواد غیر مخدر مثل سیگار شروع شود و سپس در مورد مواد مخدر یا سایر داروها ادامه یابد.
- از آنجا که معمولاً بیماران، مصرف مواد را انکار می‌کنند، در موارد مشکوک باید آزمایشات تشخیصی (Rapid test یا در صورت نیاز آزمایش TLC یا Thin Layer Cromatography یا کروماتوگرافی لایه نازک) انجام شود.

- تشخیص وابستگی به مواد در بیماران و مادران باردار به راحتی امکان‌پذیر نمی‌باشد. آزمایشات پاراکلینیک در تمامی مراکز و به سرعت انجام نمی‌شوند و در صورت عدم وجود تغییرات واضح فیزیکی به راحتی نمی‌توان به مشکل بیماران پی برد. بنابراین گفته‌های بیمار (هنگام گرفتن تاریخچه) و توجه به علایم بالینی در هنگام بستری، مؤثرترین راه برای تشخیص ابتلا به وابستگی به مواد می‌باشد.
- دوران بارداری و به‌خصوص زایمان زمان مناسبی برای ترک مواد نیست.
- ممکن است در زمان بستری، ملاقات‌کنندگان مخفیانه مواد مخدر را به مادر برسانند یا مادر این مواد را در داخل وسایل شخصی خود پنهان نموده و دور از چشم کارکنان بیمارستان به مقدار زیادی آن‌ها را مصرف کرده و دچار علایم مسمومیت شود. به منظور پیشگیری از این مشکل باید به مادر (و همراهان) توضیح داده شود که در حین بستری از مصرف مواد خودداری کرده و در عوض درد و سایر علایم وابستگی او با انجام مراقبت‌ها و مصرف داروها تحت کنترل قرار می‌گیرد.
- در افراد وابسته به مواد، باید به بیماری‌های همراه توجه شده و در صورت لزوم آزمایشات تشخیصی درخواست و انجام گردد. مهم‌ترین این بیماری‌ها شامل هپاتیت و ایدز، سلولیت، ترومبوفلبیت عفونی، آندوکاردیت، سوءتغذیه، پنومونی آسپیراسیون، اختلال عملکرد غده آدرنال، میلیت عرضی، خونریزی مغزی، انفارکتوس قلبی، دایسکشن آئورت، ادم یا خونریزی ریه، آبسه محل تزریق و .... می‌باشد.
- تصمیم‌گیری در مورد روش زایمان، نحوه بیهوشی و اقدامات هنگام بیهوشی برای هر بیمار تا حدود زیادی اختصاصی است و نیازمند برنامه‌ریزی دقیق برای این افراد پرخطر می‌باشد.

- درطی زمان لیبر، زایمان و پس از زایمان مادر باید در محیط آرام و با حداقل محرک‌های خارجی مراقبت شود.
- با توجه به این که بیماران وابسته به مواد ممکن است هر لحظه نیاز به تزریق سریع دارو داشته باشند، وجود رگ باز (KVO) برای این بیماران در هنگام زایمان و پس از آن الزامی است.
- عوارض حین یا پس از زایمان (خونریزی،...) در این گروه می‌باید همانند سایر مادران باردار و زایمان‌کرده مطابق "راهنمای کشوری ارائه خدمت مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار" مادر اداره شود.
- کنترل علایم حیاتی در مراحل حین و پس از زایمان مطابق راهنمای شماره ۴ انجام شود. در صورتی که به علت مسمومیت با مواد مخدر و طبق تشخیص پزشک فواصل کنترل علایم حیاتی کمتر باید باشد در این مورد تأکیدات لازم به عمل آید.
- اداره مراحل مختلف زایمان (کنترل انقباضات، معاینه واژینال،....) و پس از زایمان در مادران وابسته به مواد تفاوتی با سایر مادران ندارد و باید مطابق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت از این مادران مراقبت شود.
- تفاوت عمده نحوه کنترل زایمان در افراد وابسته به مواد با سایر افراد در سه مورد زیر است:

۱. تلاش برای کاهش دردهای زایمان در این بیماران اهمیت زیادی دارد. در مادران وابسته به مواد، آستانه درد نسبت به افراد دیگر پایین‌تر می‌باشد و درد این افراد شدت بیشتری دارد. باید به گفته‌های مادر اعتماد کنید در مورد میزان درد از او سؤال کرده و وضعیت او را ارزیابی کنید. استفاده از روش‌های مختلف زایمان بی‌درد در این مادران اهمیت دارد و در موارد سزارین، روش‌های بی‌دردی بعد از عمل تحت نظر متخصص بیهوشی توصیه می‌شود.

۲. صدای قلب جنین با مصرف مواد مخدر به‌خصوص گروه افیونی مقدار کمی نوسان دارد (ممکن است کاهش یابد) بنابراین ارزیابی سلامت جنین و سمع صدای قلب جنین باید دقیق‌تر از سایر مادران انجام شود (مطابق راهنمای شماره ۳ سمع صدای قلب جنین درمرحله اول هر ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه).
۳. نکته قابل توجه دیگر، مراقبت از مادر از نظر Overdoseشدن داروهای آرامبخش و مسکن می‌باشد. بنابراین اگر برای کنترل علایم محرومیت یا درمان‌های حمایتی به مادر متادون یا دیازپام و... تزریق شده باشد و علاوه براین استفاده از داروهای بیهوشی عمومی یا ناحیه‌ای نیز مورد نیاز باشد باید به مقدار، نحوه و فاصله تجویز داروها و ممنوعیت استفاده هم‌زمان داروها توجه بسیار زیادی شود.

در صورت امکان و تمایل مادر و مطابق دستورالعمل از روش‌های زیر برای کاهش درد استفاده نمایید:

- حضور یک نفر همراه آموزش‌دیده (اعضای خانواده، دوستان و.....) برای حمایت عاطفی
- روش‌های غیر دارویی کاهش درد (ماساژ، کمپرس گرم، تغییر وضعیت و.....) مطابق راهنمای شماره ۵
- روش‌های بی‌دردی دارویی با توجه به جدول ملاحظات حین بیهوشی و بی‌دردی هر یک از گروه‌ها در این مجموعه و مطابق دستور متخصص بیهوشی.
- روش‌های بی‌دردی با کنترل بیمار (PCEA، PCA) برای کاهش درد پس از سزارین یا حین زایمان طبیعی و پس از آن مطابق دستور متخصص بیهوشی

PCEA=Patient Controlled Epidural Analgesia
PCA=Patient Controlled Analgesia

- نام داروهای مصرف شده برای مادر همراه با مقدار، زمان و روش تجویز آن‌ها (به‌خصوص دیازپام، متادون، مورفین) باید پس از تولد به پزشک و مراقبین نوزاد اطلاع داده شود و در برگه آپگار و پرونده نوزاد ثبت شود.
- نوزاد مادران وابسته به مواد ممکن است دچار سندرم محرومیت نوزادی (Neonatal Abstinence Syndrom=NAS) شوند یا به علت داروهای مصرف‌شده توسط مادر، نیاز به احیا داشته باشند، بنابراین تجهیزات و فرد مجرب برای احیا نوزاد باید از قبل از زایمان آماده باشد. ولی از نالوکسان نباید استفاده شود.
- برای کسب اطلاعات کامل در مورد مراقبت از نوزاد به دستورالعمل‌های زیر که توسط اداره سلامت نوزادان معرفی شده‌اند مراجعه شود:
  - برنامه احیای نوزاد: درس‌نامه احیای نوزاد (ویرایش ششم)
  - برنامه تثبیت نوزاد: کتاب مراقبت بحرانی از نوزاد در معرض خطر
- برای کسب اطلاعات در مورد شیردهی به کودک به دستورالعمل‌های اداره سلامت کودکان مراجعه شود.
- امکان بروز افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان در مصرف‌کنندگان مواد به‌خصوص مت‌آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد؛ لذا باید مراقبت‌های لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.
- هنگام ترخیص، مادر برای مراجعه به مراکز ترک اعتیاد تشویق شود.

۵-۳- نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر

از آنجا که معمولاً بیماران و به‌خصوص زنان مصرف مواد را انکار می‌کنند برقراری ارتباط مناسب با مادر و جلب اعتماد او برای بیان حقیقت بسیار مهم می‌باشد. بنابراین هنگام برقراری ارتباط با مادر به موارد زیر توجه نمایید:

- با دقت به صحبت‌ها وشکایت‌های زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می‌کنید.
- نگرش احترام‌آمیز و صلح‌جویانه نسبت به زن باردار داشته باشید.
- از سرزنش‌کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار خودداری کنید (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت‌آمیز یا جانبدارانه نداشته باشید).
- به زن باردار اطمینان دهید که اسرار او محرمانه می‌ماند.
- برای زن باردار توضیح دهید که مشکل وی قابل درمان است و راه‌های مؤثری برای کنترل اعتیاد وجود دارد.
- هنگام انجام مراقبت‌ها بر بالین بیمار، درباره اعتیاد او صحبت نکنید.

۵-۴- نکات مهم در ارزیابی مادر وابسته یا مشکوک به وابستگی

در صورتی که بیمار وابسته به مواد یا مشکوک به آن می‌باشد علاوه بر اخذ تاریخچه و معاینه بالینی که در همه بیماران انجام می‌شود، موارد زیر باید با دقت بیشتری مورد توجه قرار گیرد:

- ارزیابی سطح هوشیاری (درجه کوما).
- کنترل علایم حیاتی (درجه حرارت، نبض، فشار خون، تنفس).
- معاینه مردمک‌ها از نظر اندازه، گشادی و واکنش به نور.

ارزیابی سطح هوشیاری، کنترل علایم حیاتی و معاینه مردمک‌ها در موارد مصرف حاد بسیارلازم و مفید می‌باشند. معمولاً مردمک‌های میوتیک نوک‌سوزنی (Pin points) و تعداد ضربان قلب طبیعی یا مختصری برادی‌کارد مصرف ماده مخدر را در چند ساعت اخیر تأیید می‌کند.

- معاینه بالینی قلب و ریه (به‌خصوص در روش‌های تدخینی که ریه بسیار درگیر است).

- مشاهده پوست از نظر وجود اثرات تزریق و آسیب به رگ‌ها در قسمت‌های مختلف بدن.
- سؤال در مورد:
  - نوع ماده مصرفی
  - مقدار و تعداد وعده‌های مصرف در روز
  - نحوه مصرف (خوراکی، استنشاقی، تزریقی، .....)
  - استفاده از سرنگ مشترک (در مواردی که نحوه مصرف تزریقی است)
  - آخرین زمان مصرف
  - استفاده یا عدم استفاده از درمان‌های نگهدارنده متادون (MMT یا Methadon Maintenance Theraphy) و مدت زمان آن

نکته: معمولاً این افراد به علت ترس از ایجاد علایم محرومیت به‌خصوص درد بعد از عمل، قبل از ورود به بیمارستان ماده مخدر را مصرف می‌کنند.

تعاریف (به ترتیب حروف الفبا)

✓ *ارزیابی سطح هوشیاری*

سطح هوشیاری بر مبنای Glasgow Coma Scale (GCS) با توجه به پاسخ‌های چشمی، کلامی و حرکتی به شرح زیر ارزیابی و امتیازدهی می‌شود:

- **پاسخ چشمی:** ۱- چشم را باز نمی‌کند، ۲- چشم را با تحریک دردناک باز می‌کند، ۳- چشم را با صدازدن باز می‌کند، ۴- چشم خودبه‌خود باز است.
- **پاسخ کلامی:** ۱- پاسخی ندارد، ۲- اصوات نامفهوم می‌گوید، ۳- کلمات بدون ربط می‌گوید، ۴- گیج است، ۵- کاملاً اشراف دارد.
- **پاسخ حرکتی:** ۱- پاسخ موتور ندارد، ۲- در اثر تحریک دردناک در اندام‌ها Extension انجام می‌دهد، ۳- در اثر تحریک دردناک در اندام‌ها Flexion

نشان می‌دهد، ۴- در اثر تحریک دردناک در اندام‌ها Withdrawal می‌کند، ۵- تحریکات دردناک را Localize می‌کند، ۶- دستورات را انجام می‌دهد.

حداقل امتیاز GCS برابر با ۳ (کومای عمیق) و حداکثر آن برابر با ۱۵ (کاملاً بیدار) است.

✓ ارزیابی علایم حیاتی

طبیعی‌بودن علایم حیاتی طبق معیارهای زیر ارزیابی می‌شود:

- فشار خون طبیعی کمتر از ۱۴۰/۹۰ باید باشد. فشار خون بالاتر از این حد « فشارخون بالا» در نظر گرفته می‌شود (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه‌گیری شود).
- تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری شود).
- تعداد طبیعی تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است (تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه‌گیری شود) علاوه بر تعداد، عمق و ریتم تنفس نیز باید در نظر گرفته شود.
- درجه حرارت طبیعی کمتر از ۳۸ درجه سانتی‌گراد است و بالاتر از این حد «تب» یا «هیپرترمی» محسوب می‌شود (درجه حرارت به مدت ۳ تا ۵ دقیقه زیر زبانی اندازه‌گیری شود)

نکته: تفاوت تب و هیپرترمی در مکانیسم ایجاد آن‌ها است.

تب: درجه حرارت بدن (در مرکز هیپوتالاموس) بر روی درجه‌ای بالاتر از حد طبیعی تنظیم می‌شود.

هیپرترمی: مکانیسم‌های کنترل درجه حرارت بدن دچار اختلال می‌شوند بدون این که تغییری در نقطه تنظیم درجه حرارت (در مرکز هیپوتالاموس) ایجاد شود.

✓ استفاده از دارو به‌صورت تیتره (Titration)

در فرهنگ لغت، کلمه Titration، عیارسنجی و تعیین عیار ترجمه شده است. در راهنمای بالینی مدیریت اعتیاد در بارداری و زایمان (کشور استرالیا) لغت Titration به این صورت معنی شده است: روشی که با آن مقدار مناسب دارو برای هر فرد تعیین می‌شود. بدین‌ترتیب که ابتدا مقدار مشخص دارو به فرد داده و تأثیر آن ارزیابی می‌شود و سپس با کم یا زیادکردن مقدار اولیه، دوز مؤثر و مورد نظر تنظیم می‌شود. ارزیابی تأثیر دارو از طریق مشاهده علایم و نشانه‌ها یا اندازه‌گیری مقادیر آزمایشگاهی مثل آزمایش خون امکان‌پذیر است.

در این مجموعه منظور از استفاده دارو به‌صورت تیتره، تزریق مقدار مشخصی از دارو به‌صورت متناوب و بدون افزایش دوز می‌باشد به‌طوری که علایم محرومیت برطرف شده اما نشانه‌های مسمومیت ظاهر نشود.

✓ اعتیاد (Addiction)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۰ تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه داده است: اعتیاد دارویی حالتی است که در اثر مصرف دوره‌ای یا مداوم یک ماده شیمیایی (طبیعی یا مصنوعی) که برای انسان یا جامعه مضر باشد ایجاد می‌گردد و ویژگی‌های آن به قرار زیر است:

- اشتیاق یا نیاز اجباری به استفاده مداوم آن ماده و ظهور رفتاری اجباری برای پیداکردن آن به هر وسیله
- تمایل به افزودن به مقدار مصرف به مرور زمان
- پیداشدن وابستگی‌های جسمی و روانی بر اثر استفاده از آن ماده

✓ تحمل (Tolerance)

تحمل عبارت است از وضعیتی که درآن اثرات رفتاری یا فیزیولوژیک یک مقدار ثابت ماده روان‌گردان به مرور کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر تحمل

یعنی کاهش تدریجی اثر یک ماده، در این صورت برای دست‌یابی بـه همـان میزان اثر، نیاز به مصرف مقدار بیشتری از ماده است.

- ✓ ***معتاد (Addict)، وابسته به مواد (Substance Depended)***

فردی است که بر اثر مصرف مکرر و مداوم مواد مخدر یا دارو به آن متکی شده باشد. به عبارت دیگر قربانی هر نوع وابستگی دارویی یا روانـی بـه مـواد مخدر، معتاد شناخته می‌شود. از نظر جامعه‌شناسی، معتاد فردی است که به مواد ایجادکننده تغییرات غیر قابل قبول اجتماعی و فـردی وابـستگی دارد و در صورتی که دارو به بدن وی نرسد اختلالات روانـی و فیزیکـی موسـوم بـه نشانه‌های محرومیت در او ایجاد می‌شود.

- ✓ ***مسمومیت (Intoxication)***

وضعیتی که به دنبال مصرف مواد مخدر ایجاد شده و موجـب اخـتلال در عملکرد سیستم تنفسی، قلبـی، کـاهش سـطح هوشـیاری و نیـز اخـتلال در شناخت، درک، قضاوت، احساسات یا سایر پاسخ‌ها و عملکردهـای جـسمانی، روانی می‌گردد. مسمومیت تاحد زیادی بـه نـوع مـاده، مقدارمـصرف، میـزان تحمل فرد و مدت زمان مصرف بستگی دارد.

- ✓ ***نشانه‌هـای محرومیـت (Withdrawal Symptoms)، سـندرم محرومیـت (Withdrawal Syndrome)، علایم ترک***

- عبارت است از وضعیت غیرطبیعی جسمی یا روانـی کـه بـه‌دنبـال قطـع مصرف ماده یا دارویی که خاصـیت ایجـاد وابـستگی دارد، در فـرد ظـاهر می‌شود.
- گروهی از نشانه‌های متغیر با شدت‌های متفاوت کـه بـه دنبـال قطـع یـا کاهش مصرف مواد مخدردر فرد ایجاد می‌شود و ممکن است با اختلالات روانی همراه باشد. برای ایجاد این نشانه‌ها، مصرف مواد باید به‌طور مـداوم

یا بـه مـدت طـولانی یـا مقـدار زیـاد باشـد. سـندرم محرومیـت یکـی از شاخص‌های وابستگی است.

- ✓ ***وابستگی به مواد (Substance Dependency)***

وابستگی یا اعتیاد، بیماری بالینی است که خود را بـا تظـاهرات رفتـاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می‌دهد و باعث می‌شود فرد مصرف مـواد را بـه رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مـواد حـداقل وجـود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است.

- تحمل که افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم بـرای دسـت‌یـابی بـه علایم مصرف آن ماده است.
- پیدایش علایم ترک (محرومیت) در صورت عدم یا کاهش مقدار مصرف.
- تمایل دایم و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده.
- مختل‌شدن فعالیت‌های اجتماعی، شغلی و تفریحی.
- تداوم مصرف ماده علی‌رغم آگاهی از عوارض آن.
- صرف زمان زیاد جهت تهیه، مصرف یا بهبودی از عوارض.

۵-۵- اقدامات حمایتی

منظور از اقدامات حمایتی در این مجموعه، مراقبـت‌هـای مـورد نیـاز جهـت پیشگیری (یا کنترل) علایم یا نشانه‌هـای مـسمومیت یـا محرومیـت مـی‌باشـد. مهم‌ترین این اقدامات، درمان‌هـای علامتـی در صـورت افـزایش درجـه حـرارت، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خـون، بـی‌قـراری واضـطراب، تـشنج، کـاهش تنفس، تهوع و اسـتفراغ، درد عـضلات ، دسـتورالعمل تجـویز مخـدر جـایگزین، دستورالعمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان، سم‌زدایـی از دسـتگاه گوارش می‌باشد که در مورد هر یک باید مطابق راهنما عمل شود.

نکته: در صورتی که علایم زیر ناشی از محرومیت از مواد مخدر (گروه مواد افیونی و کراک ایرانی) باشند حتماً باید درمان جایگزین با مخدر در نظر گرفته شود و در صورت عدم پاسخ، موارد زیر انجام شوند. در صورت تداوم علایم فوق با مخدر جایگزین سایر بیماری‌های همراه مد نظر قرار گیرد.

راهنمای اقدامات حمایتی (به ترتیب حروف الفبا)

✓ *افزایش درجه حرارت بیشتر از ۳۸ درجه (هیپرترمی)*

برای کنترل درجه حرارت اقدامات زیر انجام شود:

- برطرف‌کردن بی‌قراری (مطابق توضیحاتی که در بخش اقدامات حمایتی مربوط به بی‌قراری یا اضطراب ارائه خواهد شد)،
- کاهش فعالیت عضلانی،
- جایگزینی مایعات (ترجیحاً نرمال سالین)،
- استفاده از ملافه خیس و پنکه، پاشویه،
- تجویز مایعات خوراکی (اگر بیمارNPO نیست) و در مرحله نهایی از Paralysis و لوله‌گذاری سریع به روش Rapid Sequnce استفاده شود.

نکات مهم:

۱. داروهای تب تأثیری بر افزایش درجه حرارت ناشی از مسمومیت با مواد مخدر ندارند زیرا تب به علت افزایش فعالیت عضلانی است و منشأ هیپوتالاموس ندارد.
۲. در مورد هیپرترمی ناشی از مسمومیت با اکستازی (به دلیل افزایش خطر مسمومیت با آب) جایگزینی مایعات باید با اندازه‌گیری جذب و دفع و کنترل ادم ریه باشد.
۳. در صورتی که با توجه به تاریخچه یا تشخیص پزشک بیمار به علل عفونی (شوک سپتیک و...) یا عوارض بارداری (کوریوآمنیونیت و...)

دچار تب می‌باشد سایر اقدامات مطابق دستورالعمل بیمارستان‌های دوست‌دار مادر انجام شود.

✓ افزایش ضربان قلب (بیش از ۱۱۰ بار در دقیقه)

افزایش ضربان قلب به تنهایی به ندرت نیاز به درمان دارد. در صورتی که افزایش ضربان قلب همراه با افزایش فشار خون باشد، درمان مربوط به افزایش فشار خون انجام شود. در صورتی که تاکی‌کاردی فوق بطنی رخ داده است درمان مقتضی (آدنوزین یا بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم) انجام شود.

✓ افزایش فشار خون

در صورت فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۶۰/۱۱۰ تجویز دارو به یکی از روش‌های زیر توصیه می‌شود. باید توجه داشت که مقدار فشارخون از حداکثر نرمال کمتر نشود.

الف) هیدرالازین ۱۰-۵ میلی‌گرم وریدی به‌صورت تیتره و آهسته که در صورت لزوم هر ۲۰ دقیقه می‌توان تکرار کرد.

ب) نیفدیپین ۱۰ میلی‌گرم خوراکی هر ۴-۳ ساعت برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (با اطمینان از مبتلانبودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیسم مصرف هم‌زمان با سولفات منیزیوم روی مادر و جنین)

ج) نیتروگلیسیرین ۰/۴ میلی‌گرم زیر زبانی

نکات مهم:

۱. در صورتی که با توجه به آزمایشات یا تشخیص پزشک، بالابودن فشارخون ناشی از پراکلامپسی و اکلامپسی می‌باشد سایر اقدامات مطابق دستورالعمل بیمارستان‌های دوست‌دار مادر انجام شود.

۲. تجویز لابتالول برای کنترل فشارخون در افراد دچار مسمومیت با مواد محرک مثل کوکایین توصیه نمی‌شود. زیرا بلوک رسپتور بتاآدرنرژیک توسط این دارو ممکن است تحریک بلامنازع رسپتور آلفا با کوکائین و مواد محرک دیگر را ایجاد کند.
۳. در موارد مسمومیت با مواد محرک (کوکایین، کراک اروپایی یا امریکایی، مت‌آمفتامین، اکستازی) از آنجا که افزایش فشارخون ثانویه به علایم محرومیت می‌باشد، معمولاً با کنترل بی‌قراری و اضطراب، فشارخون بیمار نیز کنترل می‌گردد. بنابراین انتخاب اول برای کنترل فشارخون، داروهای ذکر شده در بخش بی‌قراری می‌باشد.

✓ ***بی‌قراری یا اضطراب***

برای کنترل بی‌قراری تجویز دارو به یکی از روش‌های زیر انجام شود:

الف) میدازولام: با توجه به شدت بی‌قراری ۱۰-۵ میلی‌گرم عضلانی یا ۲-۱ میلی‌گرم وریدی که می‌توان در صورت نیاز هر ۱۰ دقیقه آن را تکرار کرد.

ب) دیازپام: در موارد خفیف ۵-۲ میلی‌گرم وریدی و در موارد شدیدتر ۱۰-۵ میلی‌گرم وریدی که می‌توان در صورت نیاز هر ۴ ساعت آن را تکرار کرد.

نکات مهم:

۱. اگر زایمان ۲ ساعت یا بیشتر پس از تزریق دیازپام انجام شود بیشترین احتمال دپرسیون تنفسی، شلی عضلات و هیپوترمی در نوزاد وجود دارد ولی در فاصله کمتر از ۲ ساعت این احتمال حداقل است.
۲. تزریق وریدی سریع داروهای دیازپام و میدازولام ممکن است منجر به دپرسیون تنفسی مادر گردد. بنابراین تزریق وریدی این داروها باید بسیار آهسته انجام شود.

۳. در صورت بی‌قراری و حرکات شدید، نباید با فیکس‌کردن، بستن بیمار به تخت یا به هر شکل دیگر مانع حرکت و فعالیت بیمار شویم زیرا انقباضات عضلانی ایزومتریک می‌تواند منجر به اسیدوز لاکتیک، هیپرترمی و از کارافتادن ناگهانی قلب و مرگ شود. بی‌قراری بیمار باید از طریق داروهای فوق کنترل شود.

۴. در صورت شدت بی‌قراری و در مرحله نهایی از paralysis و لوله‌گذاری سریع به روش Rapid Sequnce استفاده شود.

✓ ***تشنج***

برای کنترل تشنج اقدامات زیر انجام شود:

- مراقبت از مادر به منظور جلوگیری از صدمات ناشی از تشنج (مادر را در تخت مناسبی قرار دهید که در صورت تشنج سقوط نکند. وی را به پهلوی چپ خوابانیده و در صورت تشنج سر او را به منظور جلوگیری از آسپیراسیون احتمالی، پایین‌تر از سطح بدن قرار دهید).
- تجویز اکسیژن به میزان ۶ ـ ۴ لیتر در هر دقیقه
- گذاشتن Air way و در دسترس‌گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ و سایر وسایل احیا
- تجویز دارو:

دیازپام به میزان ۱۰ میلی‌گرم وریدی و بسیارآهسته در مدت ۲ دقیقه تزریق شود. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه ۱۰ میلی‌گرم وریدی را تکرارکنید. اگر میزان دریافتی بیش از ۳۰ میلی‌گرم در ساعت باشد امکان دپرسیون تنفسی مادر وجود دارد. بنابراین وجود وسایل احیا بر بالین مادر بسیار ضروری است.

اگر تزریق وریدی امکان‌پذیر نباشد، دیازپام به‌صورت رکتال تجویز می‌شود. یک سرنگ ۱۰ سی‌سی بدون سر سوزن حاوی ۲۰ میلی‌گرم دیازپام را داخل رکتوم گذاشته، دارو را خالی نمایید. پس از تخلیه دارو، سرنگ را به مدت ۱۰ دقیقه در حالی که باتوک‌ها نزدیک به هم نگه داشته شده، خارج نکنید. این کار از خروج دارو جلوگیری می‌کند. در صورت نیاز (یا عدم کنترل تشنج) می‌توان ۱۰ میلی‌گرم دیگر نیز با این روش تجویز کنید.

نکته: مادر نباید در ۲۴ ساعت بیش از ۱۰۰ میلی‌گرم دیازپام دریافت نماید.

نکات مهم:

۱. در صورتی که با توجه به آزمایشات یا تشخیص پزشک، تشنج ناشی از اکلامپسی می‌باشد، کنترل تشنج (با سولفات منیزیم) و سایر اقدامات مطابق دستورالعمل بیمارستان‌های دوست‌دار مادر انجام شود.
۲. اگر زایمان ۲ ساعت یا بیشتر پس از تزریق دیازپام انجام شود بیشترین احتمال دپرسیون تنفسی، شلی عضلات و هیپوترمی در نوزاد وجود دارد ولی در فاصله کمتر از ۲ ساعت این احتمال حداقل است.
۳. برای کنترل تشنج به علت مسمومیت‌های دارویی یا مواد مخدر، فنی‌توئین نباید تجویز شود.
۴. در صورت تشنج آتیپیک یا کمای طولانی مدت انجام سی‌تی‌اسکن یا MRI توصیه می‌شود.

✓ *تهوع و استفراغ*

هنگام تهوع و استفراغ، احتمال آسپیراسیون محتویات معده وجود دارد. بیمار را به پهلو بخوابانید یا سر او را یک سو بچرخانید تا مواد استفراغی از دهانش خارج شود.

روش‌های دارویی درمان تهوع و استفراغ شدید عبارتند از:

الف) فنوتیازین‌ها: پرومتازین ۲۵-۱۲٫۵ میلی‌گرم هر ۸ ساعت (خوراکی، عضلانی)، کلرپرومازین ۲۵-۱۰ میلی‌گرم به‌صورت وریدی هر ۶ ساعت یا ۲۵ میلی‌گرم عضلانی هر ۶ ساعت

ب) متوکلوپرامید ۱۰-۵ میلی‌گرم هر۶ ساعت به‌صورت وریدی

ج) مهارکننده‌های سروتونین: Ondansetron و Granisetron با دوز ۸-۴ میلی‌گرم آهسته به‌صورت وریدی

د) اگر دهیدریشن وجود داشت سرم‌تراپی

✓ ***درد عضلات***

برای کاهش درد عضلات اقدامات زیر انجام شود:

- ماساژ، کمپرس گرم، استفاده از ژل‌های موضعی
- در صورت نیاز: استامینوفن (Apotel) یک گرم وریدی تزریق آهسته هر ۴ ساعت یا انفوزیون وریدی (یک گرم در ۱۰۰ سی‌سی نرمال‌سالین طی ۱۵ دقیقه) هر ۸ ساعت

✓ ***دستورالعمل تجویز مخدر جایگزین برای کنترل علایم محرومیت (راهنمای شماره ۱)***

به منظور پیشگیری یا درمان علایم محرومیت از مواد، مخدر جایگزین به شرح زیر تجویز شود:

الف) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: مواد افیونی یا کراک ایرانی)

۱. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون **بوده است،** متادون طبق روش زیر تجویز شود:

- متادون خوراکی (با حداقل نصف دوز دریافتی در زمان حاملگی که درصورت نیاز می‌توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.

- متادون عضلانی ۱۰ میلی‌گرم که می‌توان در صورت نیاز هر ۱۲ تا ۲۴ ساعت یک بار آن را تکرار نمود.

۲. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون **نبوده است** یا در حال حاضر متادون در دسترس نمی‌باشد، می‌توان از تجویز مورفین عضلانی به میزان ۱۰-۵ میلی‌گرم استفاده کرد که هر ۶-۴ ساعت یک بار قابل تکرار است.

ب) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: سایر گروه‌ها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی: انجام اقدامات حمایتی (درمان جایگزین ندارند)

نکته: دستورالعمل فوق از هنگام بستری مادر جهت زایمان تا هنگام ترخیص مورد استفاده می‌باشد.

نحوه درمان نگهدارنده با متادون (MMT) در مادران وابسته به مواد افیونی در دوران بارداری و نقاهت پس از زایمان، مطابق دستورالعمل‌های اداره سوءمصرف مواد دفتر سلامت روانی اجتماعی باید اجرا گردد.

✓ *دستورالعمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان طبیعی یا سزارین (راهنمای شماره ۲)*

در صورت نیاز به تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان در مادران وابسته به مواد، به شرح زیر اقدام شود:

الف) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: مواد افیونی یا کراک ایرانی)

۱. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون **بوده است**، متادون طبق روش زیر تجویز شود:

- تجویز متادون خوراکی (با حداقل نصف دوز دریافتی در زمان حاملگی که درصورت نیاز می‌توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.

- تجویز متادون عضلانی ۱۰ میلی‌گرم که می‌توان در صورت نیاز هر ۲۴-۱۲ ساعت یک بار آن را تکرار نمود.

۲. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون **نبوده است** یا در حال حاضر متادون در دسترس نمی‌باشد، می‌توان از تجویز مورفین عضلانی به میزان ۱۰-۵ میلی‌گرم استفاده کرد که هر ۶-۴ ساعت یک بار قابل تکرار است.

ب) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: سایر گروه‌ها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی): تجویز مورفین عضلانی مطابق توضیحات بند ۲

نکات مهم برای هر دو دستورالعمل تجویز مخدر:

۱. تجویز توأم متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.

۲. حداکثر مقدار متادون تزریقی یا خوراکی در ۲۴ ساعت (برای بیماری که تاکنون تحت درمان متادون نبوده است ، نباید از ۴۰ میلی‌گرم بیشتر شود).

۳. اگر زایمان ۲ ساعت یا بیشتر پس از تزریق متادون انجام شود، بیشترین احتمال دپرسیون تنفسی، شلی عضلات و هیپوترمی در نوزاد وجود دارد ولی در فاصله کمتر از ۲ ساعت این احتمال حداقل است.

✓ ***سم‌زدایی از دستگاه گوارش (فقط در مورد مسمومیت‌های خوراکی)***

در صورتی که کمتر از ۶ ساعت از خوردن مواد مخدر گذشته باشد برای سم‌زدایی از دستگاه گوارش از شارکول (ذغال فعال) به همراه سوربیتول به شرح زیر استفاده شود:

- ۵۰ گرم پودر شارکول را در ۱۵۰ سی‌سی آب حل کرده و پس از مخلوط‌کردن با ۵۰ سی‌سی سوربیتول از راه دهان (در فرد هوشیار)

یا لوله بینی ـ معدی (در فرد غیرهوشیار یا با هوشیاری کم) تجویز کنید.

- درصورت لزوم می‌توان شارکول را (بدون افزودن سوربیتول) هر ۶-۴ ساعت با همان دوز اولیه تکرار کرد. به ازای هر ۳-۲ بار تجویز شارکول (به تنهایی)، یک بار به آن سوربیتول اضافه کنید.

✓ کاهش تعداد تنفس (کمتر از ۱۶ بار در دقیقه)

هنگام کاهش تعداد تنفس اقدامات زیر انجام شود:

۱. تجویز اکسیژن به میزان ۶ ـ ۴ لیتر در هر دقیقه
۲. گذاشتن Airway و در دسترس‌گذاشتن ساکشن، ماسک، بگ و وسایل لوله‌گذاری

✓ تجویز دارو (دستورالعمل تجویز نالوکسان برای برقراری تنفس):

در صورتی که همراه با تنفس کند (کمتر از ۱۲ باردر دقیقه) و سطحی، مردمک‌ها سوزنی و فشارخون پایین است و تقریباً در مورد مسمومیت با مواد افیونی یا کراک اطمینان وجود دارد نالوکسان به‌صورت تیتره و تحت Close Observation به شرح زیر تزریق شود:

الف) در موارد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه یا وجود اختلال تنفسی از جمله سیانوز: شروع با ۰/۰۴ میلی‌گرم نالوکسان وریدی آهسته:

یک آمپول نالوکسان را با ۹ سی‌سی آب مقطر رقیق کرده و به میزان ۱ سی‌سی از آن را به آهستگی به‌صورت وریدی تجویز کرده و در صورت نیاز تا بهبود وضعیت تنفسی تکرار می‌کنیم.

ب) در موارد آپنه (ایست تنفسی): شروع با ۰/۸ میلی‌گرم (دو آمپول) نالوکسان وریدی آهسته

در این موارد ۲ آمپول را به‌صورت وریدی تجویز کرده و درصورت عدم پاسخ، دوز تجویزی را به ترتیب دو، سه و چهار برابر کرده تا زمانی که پاسخ تنفسی و خروج بیمار از وضعیت آپنه ایجاد شود. درصورت عدم پاسخ به حداکثر دوز نالوکسان (۲۵ آمپول معادل ۱۰ میلی‌گرم)، بیمار باید بلافاصله پس از لوله‌گذاری تراشه تحت ونتیلاسیون مکانیکی قرار گیرد. در موارد بروز آپنه و پاسخ به تجویز نالوکسان، جهت پیشگیری از آپنه تنفسی مجدد ، نالوکسان به یکی از روش‌های زیر انفوزیون شود:

- روش اول: پس از بهبود وضعیت تنفس و علایم حیاتی، نالوکسان به میزان دوسوم دوزی که بیمار به آن پاسخ داده، در ۱۰۰ سی‌سی محلول قندی ریخته و در طی یک ساعت انفوزیون شده و در ساعت‌های بعدی بسته به شرایط و وضعیت بیمار، به‌تدریج از میزان آن کاسته شود (tappering).
- روش دوم: دوسوم میزان نالوکسان تزریق شده جهت رفع آپنه را محاسبه کرده در ۵ ضرب کرده، همگی را در ۵۰۰ سی‌سی سرم قندی ریخته و در عرض ۵ ساعت انفوزیون می‌کنیم.

با توجه به وضعیت بیمار، مقادیر فوق باید هرچند دقیقه یک‌بار به‌صورت تیتره تکرار شود تا زمانی که تنفس به بیشتر از ۱۲ بار در دقیقه برسد.

در صورت نیاز، تنفس با آمبوبگ و لوله‌گذاری داخل تراشه همراه با تجویز دارو انجام شود.

نکات مهم:

۱. هدف از تزریق نالوکسان برقراری تنفس است نه بالا بردن سطح هوشیاری.

۲. با توجه به احتمال بالای ایجاد علایم محرومیت (بی‌قراری و...) لازم است بیمار جهت مراقبت تحت مانیتورینگ و مشاهده مستقیم باشد. با بروز اولین علایم محرومیت، انفوزیون را قطع کرده و مجدداً با بروز اختلال تنفسی آن را با سرعت انفوزیون کمتر برقرار می‌کنیم.
۳. نیمه‌عمر نالوکسان کمتر از اغلب مخدرها است (۴۵-۳۰ دقیقه) بنابراین ممکن است علایم مسمومیت پس از انقضای نیمه‌عمر نالوکسان عود کند. درصورت نیاز، نالوکسان با همان دوز باید تکرار شود.
۴. اگر اشتباهاً به فرد معتاد (بدون علامت مسمومیت) نالوکسان تزریق شود علایم محرومیت در او ظاهر می‌شود. در این‌گونه موارد درمان حمایتی می‌باشد و داروهای مخدر نباید تزریق شوند.

۵-۶- اقدامات لازم در انواع مواد

مواد افیونی (Opiates)

این مواد شامل تریاک، شیره، هرویین، مورفین، کدئین، متادون می‌باشند.

از دسته مواد افیونی در ایران تریاک، شیره و هرویین به‌طور رایج از قدیم مورد استفاده می‌باشند. تریاک و شیره بیشتر خوراکی و بعد تدخینی مصرف می‌شوند و هرویین به فرم تدخین وتزریقی مصرف می‌شود.

منشأ اصلی این گروه، عصاره خشخاش (تریاک) است که حاوی ۲۱-۴ درصد مورفین و ۲۵-۱ درصد کدئین می‌باشد. با هیدرولیزکردن مورفین در آزمایشگاه از طریق فرایند شیمیایی هرویین به‌دست می‌آید.

اثرات مصرف بر سلامتی

- **زودرس:** احساس سرخوشی و نشئگی، بی‌دردی، چرت‌زدن، تنگی مردمک‌ها (میوز)، تضعیف تنفسی، سکسکه
- **دیررس:** خارش، یبوست، کاهش میل جنسی، ضعف و سستی اراده، اثر محل تزریق روی پوست (در مصرف‌کنندگان تزریقی)، تب مختصر (دراثراندوکاردیت)

✓ ***تأثیر در بارداری و زایمان:***

وابستگی به مواد افیونی مشکلات متعددی را برای مادر و جنین ایجاد می‌کنند.

- **اثرات مستقیم:** عبور از جفت و در نتیجه زایمان زودرس، کوریوآمنیونیت، خونریزی‌های سه ماهه سوم، تأخیر رشد داخل رحمی، دیسترس جنینی، مرده‌زایی، کاهش اندازه دور سر نوزاد، دفع مکونیوم، کاهش آپگار نوزاد، کم‌وزنی نوزاد.
- **اثرات غیر مستقیم:** افزایش احتمال بیماری‌های آمیزشی، هپاتیت وعفونت HIV، سوءتغذیه، خطر سوء مصرف مواد و داروهای دیگر در مادر، بروز نشانه‌های محرومیت در نوزاد.

✓ ***تأثیر متادون بر تست‌های ارزیابی سلامت جنین:***

در مادرانی که طی بارداری از درمان نگهدارنده با متادون استفاده می‌کنند ممکن است اثرات زیر دیده شود:

- **NST:** متادون باعث کاهش Beat-to-Beat Variability، کاهش حرکت و کاهش ضربان قلب جنین می‌شود.
- **BPP:** متادون باعث کاهش تعداد تنفس جنین می‌شود.

محرومیت

- **علایم محرومیت:** افزایش ضربان قلب، تنفس و فشارخون، گشادی مردمک‌ها (میدریاز)، بی‌قراری و اضطراب، بی‌اشتهایی، تمایل زیاد به مصرف، کسالت، بی‌خوابی، اسپاسم عضلات اسکلتی و پرش ساق پا، علایم شبه آنفولانزا شامل تب، لرز، درد عضلات، آبریزش بینی، سیخ‌شدن مو، تعریق، تهوع، استفراغ، اسهال، خمیازه (اختصاصی)، اشک‌ریزش (اختصاصی)
- **در بارداری:** محرومیت از مواد افیونی منجر به تحریک‌پذیری رحم می‌شود که به دنبال آن خطر زایمان زودرس، هیپوکسی و مرگ جنینی افزایش می‌یابد.
- **زمان شروع علایم:** زمان شروع، حداکثر شدت و طول مدت علایم بسته به نوع ترکیب و مقدار مورد استفاده متفاوت است.
  - مورفین، کدئین و هرویین: شروع علایم ۱۸-۶ ساعت، حداکثر شدت ۷۲-۳۶ ساعت بعد از آخرین مصرف و طول مدت علایم ۱۰-۷ روز.
  - شیره و تریاک: شروع علایم ۲۴- ۱۲ ساعت پس از آخرین مصرف و با علایم ملایم‌تر
  - متادون: شروع علایم ۴۸-۲۴ بعد از آخرین مصرف و حداکثر شروع علایم ۲۱-۳ روز وطول مدت آن ۷-۶ هفته است.

✓ ***اداره علایم محرومیت:***

- برای پیشگیری یا در صورت بروز علایم محرومیت، مطابق دستورالعمل ذکرشده در بخش اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.
- در صورت نیاز سایر اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

نکات مهم:

- تجویز توام متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.

- آنتاگونیست‌ها (نالوکسان، نالترکسون) یا آگونیست ـ آنتاگونیست‌های اپیوئید (بوپرنورفین ـ پنتازوسین یا تالوین ـ نالبوفین یا نوبین ـ بوتور فانول یا استادول) نباید تجویز شوند زیرا باعث ایجاد علایم محرومیت می‌شوند.

پس از زایمان

- برای تسکین دردهای پس از زایمان، مطابق دستورالعمل ذکرشده در بخش اقدامات حمایتی، برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.

مسمومیت

- **علایم مسمومیت:** کاهش سطح هوشیاری، گیجی و خواب‌آلودگی، مردمک‌های میوتیک نوک سوزنی(Pin points) ، تنفس سطحی، کاهش تعداد تنفس تا قطع تنفس، ادم ریه، صحبت‌های گنگ و نامفهوم، عدم تعادل، خارش، سکسکه.

✓ ***اداره علایم مسمومیت:***

مسمومیت با مواد افیونی یکی از موارد فوریت‌های پزشکی هم برای مادر و هم جنین محسوب می‌گردد. در این موارد:

- علایم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
- در صورتی که تنفس خودبه‌خودی وجود ندارد، مطابق مطالب ذکرشده در راهنمای اقدامات حمایتی (کاهش تعداد تنفس) از نالوکسان استفاده کنید.
- در صورت نیاز سایر اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- به دلیل مشکلات تنفسی و خطر آسپیراسیون، شارکول (ذغال فعال) در اداره علایم مسمومیت با مواد افیونی نباید تجویز شود.

- صدای قلب جنین با مصرف مواد افیونی مقدار کمی نوسان دارد (ممکن است کاهش یابد) بنابراین ارزیابی سلامت جنین و سمع صدای قلب جنین باید دقیق‌تر از سایر مادران انجام شود (سمع صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه).

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ***ملاحظات حین بیهوشی***

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی‌باشد.
- بیهوشی ناحیه‌ای برای این مادران ارجحیت دارد و پس از عمل امکان ادامه بی‌دردی بدون نیاز به تجویز داروهای مخدر را فراهم می‌کند.
- به‌دنبال اینداکشن داروهای بیهوشی (اپی‌دورال و اسپاینال) احتمال افت فشارخون زیاد است.
- در شرایط زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود:

الف) مصرف حاد و زیاد مواد افیونی

ب) کاهش حجم مایعات داخل عروقی، سوءتغذیه و بیماری پیشرفته کبدی

ج) دریافت داروهای جایگزین برای کنترل نشانه‌های محرومیت

- مصرف‌کنندگان مواد افیونی معمولاً اختلالات کبدی نیز دارند بنابراین در این بیماران داروهایی که احتمال سمیت کبدی دارند (هالوتان، انفلوران، ایزوفلوران و...) باید با احتیاط مصرف شوند.
- در صورتی که علایم محرومیت ظاهر شده و بیمار نیاز به بیهوشی دارد:
  - بیمار را هیدراته کنید.

- نصف دوز محاسبه شده مورفین را (مقدار مصرف روزانه بیمار در هر وعده با احتساب درجه خلوص ۱۰٪) تزریق کنید.
- پس از کنترل علایم همودینامیک بیمار را بیهوش کنید.
- در صورت نیاز قبل از خروج نوزاد بقیه مورفین را به‌صورت دوزهای منقسم تزریق کنید.

✓ ***ملاحظات بعد از عمل***

- بعد از اتمام سزارین علایم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
- در صورت وجود علایم مسمومیت (به‌خصوص ادم ریه، کاهش تعداد تنفس، تأخیر در برگشت هوشیاری) باید لوله تراشه و تنفس کنترله حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت شود.
- برای تسکین دردهای پس از سزارین، مطابق راهنمای اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.
- بعد از تولد، علایم حیاتی نوزاد را سریعاً ارزیابی کنید.

✓ ***کنتراایندیکاسیون‌های بیهوشی ناحیه‌ای***

۱) کنتراایندیکاسیون مطلق:

- عدم رضایت خانم باردار

نکته: در مورد مادران معتاد در صورتی که طبق صلاح‌دید پزشک، بیهوشی ناحیه‌ای ارجح باشد باید مشاوره بیشتری جهت متقاعدکردن بیمار انجام شود.

- عدم توانایی خانم باردار برای حفظ بی‌حرکتی حین انجام کار (مثلاً بیماری پارکینسون)
- وجود اختلال انعقادی و نقایص هموستاز
- افزایش فشار داخل جمجمه به هر علت (ضایعات فضاگیر و...)
- عفونت موضعی محل انجام تزریق و باکتریمی

۲) کنتراندیکاسیون‌های نسبی:

با توجه به شرایط بیمار و تجربیات متخصص بیهوشی درباره انجام یا عدم انجام آن تصمیم‌گیری شود.

- سابقه حساسیت به داروهای بی‌حس‌کننده یا سایر داروهای مصرفی در این روش‌ها
- ضایعات حاد سیستم عصبی مرکزی
- اختلال همودینامیک در مادر (هیپوولمی، هیپوتانسیون)
- ابتلاء هم‌زمان اعتیاد و عفونت مغزی HIV (به دلیل این که احتمال عفونت بین مهره‌ای افزایش می‌یابد)

مواد محرک (Stimulants)

مهم‌ترین مواد مورد مصرف دراین گروه به شرح زیر است: کوکائین، کراک، آمفتامین، مت‌آمفتامین (متداول‌ترین نام‌های خیابانی: شیشه یا کریستال، آیس یا یخ، کراک، گچ)، اکستازی یا MDMA (متداول‌ترین نام‌های خیابانی: قرص شادی، X و Adam)، نیکوتین، کافیین

کوکائین: از گیاه کوکا به‌دست می‌آید. به شکل نمک هیدروکلراید قابل حل در آب برای انفیه یا تزریق به‌کار می‌رود. رنگ آن بسته به موادی که به آن اضافه می‌شود از سفید تا کرم و قهوه‌ای روشن متفاوت است. معمولاً به‌صورت پودر سفید در دسترس است.

رایج‌ترین راه مصرف کوکائین استنشاق یا اصطلاحاً بالا کشیدن از راه بینی است. سایر روش‌ها عبارتند از تزریق زیرجلدی یا وریدی و تدخین.

کراک (کوکائین قلیایی): کراک شکلی از کوکائین (تکه کریستال) است که آن را در پیپ مخصوصی گرم کرده و به کوکایین تدخینی تبدیل می‌کنند که سرخوشی قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کند.

کراک در ایران: کراک، کوکائین تغلیظ‌شده و بازیافت شده است ولی شکل تقلبی کراک در ایران به مقدار فراوان و با قیمت ارزان رواج پیدا کرده و در واقع مخلوط هروئین و مت‌آمفتامین می‌باشد. اهمیت آن در این است که علاوه بر خاصیت مواد محرک دارای جزء مخدری نیز می‌باشد. کسانی که قبلاً مواد مخدر مانند تریاک یا هرویین مصرف می‌کرده و سپس کراک مصرف می‌کنند دچار علایم محرومیت (از تریاک یا هرویین) نمی‌شوند. این امر نشان می‌دهد که در ترکیب کراک جزء مخدری نیز وجود دارد.

لازم به ذکر است که بعد از مصرف حاد این نوع کراک، در معاینه بالینی، مردمک‌ها معمولاً به‌جای میوتیک‌بودن میدریاتیک می‌باشند که در اثر جزء مت‌آمفتامینی این ماده می‌باشد البته با توجه به مقدار درصد هرویین، مردمک‌ها می‌تواند نرمال یا میوتیک نیز باشند اما نوک سوزنی (Pin points) نیستند.

مت‌آمفتامین (شیشه): شایعترین ماده از انواع آمفتامین است. مشابه کوکائین در پیپ‌هایی مصرف می‌شود، بدون بو است و اثرات آن تا ۱۲ ساعت ممکن است طول بکشد. بعد از مصرف از طریق تدخین یا تزریق وریدی، فرد احساس حالت Rush یا Flash (برق‌زدن یا درخشیدن) می‌کند که فقط چند دقیقه طول می‌کشد و معمولاً خیلی لذت‌بخش توصیف می‌شود.

اکستازی: یکی از مشتقات (آنالوگ) مت‌آمفتامین می‌باشد که علاوه بر محرک‌بودن، ویژگی مواد توهم‌زا را هم دارد. در این مجموعه اطلاعات مربوط به اکستازی در گروه مواد محرک ذکر شده است.

اثرات مصرف بر سلامتی

✓ ***اثرات زودرس***

- شاخصه بالینی علایم مصرف مواد محرک، چشمان شیشه‌ای و مردمک‌های خیلی گشاد (میدریاتیک) در اثر جزء مت‌آمفتامینی این مواد می‌باشد.
- سرخوشی همراه با تحریک CNS به‌صورت افزایش تمرکز، هوشیاری، پرحرفی، تکرار اعمال، افزایش میل و تغییر رفتارهای جنسی، کاهش اشتها، افزایش دمای پوست.
- خشکی دهان، نوشیدن زیاد آب و لیس‌زدن لب‌ها (cotton mouth)، احتقان و بالا کشیدن مرتب بینی بدون وجود علایم سرماخوردگی.
- اضطراب و بی‌خوابی، بدگمانی، توهم، اختلالات وسواسی
- اسهال، تاری دید، خواب‌رفتگی اندام، سردرد، آسیب غیر قابل برگشت به عروق کوچک مغزی.
- عوارض قلبی عروقی: افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب، آهسته‌شدن هدایت قلبی، تحریک‌پذیری بطنی، آریتمی‌های بدخیم، ایسکمی، انفارکتوس یا آسیب عضله میوکارد که همگی تهدیدکننده حیات هستند.

نکات مهم

- عوارض قلبی عروقی وابسته به دوز نبوده و حتی با یک مورد استفاده به مقدار کم نیز ممکن است ایجاد شوند. (ممکن است علامت مسمومیت باشد)
- مصرف هم‌زمان کوکائین و الکل یک منقبض‌کننده بالقوه عروق مغزی و خطرناک است.
- مصرف هم‌زمان کوکائین و مواد دخانی احتمال بروز عوارض قلبی عروقی را بیشتر می‌کند.

✓ ***اثرات دیررس***

- تحریک‌پذیری، اختلال تمرکز، بی‌خوابی شدید یا خواب آلودگی، کاهش وزن، خارش، خراشیدگی‌های شبیه آکنه در پوست (به‌علت توهمات لمسی)، سوراخ‌شدن تیغه بینی به علت ایسکمی و نکروز حاصل از استنشاق مواد از راه بینی، افزایش ضربان قلب، توهم، بدگمانی، رفتارهای پر خطر جنسی، تشنج و لرز.
- شاخصه بالینی مصرف مزمن: افسردگی، خستگی، تمرکز ضعیف، نمای پارکینسونی خفیف و لرزش، رفتار جنون‌آمیز.

✓ ***تأثیر در بارداری و زایمان:***

- بارداری همراه با مصرف مواد محرک عوارض قلبی عروقی این مواد را بیشتر می‌کند. علاوه بر علایم قلبی عروقی (افزایش فشارخون، آریتمی، افزایش ضربان قلب) در بارداری سایر علایم دیگر سوءمصرف کوکائین شامل هیپررفلکسی، تشنج، عدم تعادل رفتاری، پروتئین اوری و ادم هم دیده می‌شود. ترکیب افزایش فشارخون، پروتئین‌اوری و تشنج می‌تواند با علایم پراکلامپسی و اکلامپسی اشتباه شود. بنابراین برای تشخیص بین این دو لازم است آزمایشات بیشتری از عملکرد کلیه و کبد درخواست شود.

نکته: امکان بروز افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان در مصرف کنندگان مواد مخدر به‌خصوص مت‌آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد. لذا باید مراقبت‌های لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.

- **<u>عوارض مادری و جنینی:</u>** سقط خودبه‌خودی در ماه‌های اول، زایمان زودرس، جداشدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، پارگی رحم،

بی‌نظمی ضربان قلب، پارگی کبد، ایسکمی و انفارکتوس عروق مغزی و مرگ جنین، دیسترس جنینی، تأخیر رشد داخل رحمی.

- **عوارض جنینی و نوزادی:** کوکائین سریعاً از جفت رد شده و پس از ورود به سیستم گردش خون نوزاد، باعث تنگی عروق نوزاد می‌شود. تنگی عروق مادر نیز به‌صورت غیرمستقیم روی جنین تأثیر می‌گذارد. برخی ناهنجاری‌های ادراری تناسلی، رفلکس‌های غیرطبیعی، تحریک‌پذیری بیش از حد، کاهش ضریب هوشی و قدرت یادگیری در این نوزادان بیشتر است.

آمفتامین

- **عوارض جنینی و نوزادی:** آنومالی قلبی، شکاف لب و کام، آترزی مجرای صفراوی، تأخیر رشد داخل رحمی، مرگ داخل رحمی و خونریزی مغزی.
- **عوارض مادری و جنینی:** زجر جنینی و جداشدن زودرس جفت. تشنج و پروتئین‌اوری و افزایش فشارخون ثانویه به مصرف آمفتامین (و کوکائین) ممکن است با علایم پراکلامپسی اشتباه شود.
- **شیشه یا مت‌آمفتامین:** مرگ‌های جنینی و نوزادی.

محرومیت

- **علایم محرومیت:** علایم قطع ناگهانی عبارتند از: علایم خلقی غیرطبیعی، افسردگی، خستگی، احساس ولع شدید، تأخیر روانی حرکتی، کسالت، بی‌خوابی، گرسنگی، افزایش اشتها، عدم تحریک‌پذیری، کابوس‌های واضح شبانه.
- **مراحل مختلف محرومیت:** سه مرحله دارد، شامل:
  - مرحله اول (Crash) یا افت یا مرحله حاد دیس‌فوریا (کج خلقی): که از ۹ ساعت تا ۴ روز ممکن است طول بکشد، با افسردگی وخلق پایین شروع می‌شود و با بی‌قراری، بی‌اشتهایی و ولع زیاد برای مصرف همراه

است. در اواسط این مرحله خستگی، افسردگی و بی‌خوابی و در انتها خستگی بیش از حد، خواب‌آلودگی و پرخوری ایجاد می‌شود و بیمار ممکن است چند روز بخوابد.

- مرحله دوم (post stimulant mood dysfunction): حالت اختلال عملکرد پس از تحریک از ۱ تا ۱۰ هفته طول می‌کشد. در ابتدا خواب طبیعی می‌شود، فرد به حالت طبیعی برمی‌گردد و وسوسه خیلی کم است. از اواسط این مرحله تا انتها بی‌حالی، کمبود انرژی، فقدان توانایی لذت‌بردن، اضطراب و ولع زیاد برای مصرف وجود دارد. معمولاً در این مرحله فرد مجدداً اقدام به مصرف مواد می‌کند. در غیر این‌صورت وارد مرحله سوم می‌شود.
- مرحله سوم خاموشی (extinction): شادیها و وضعیت خلقی دوباره در فرد طبیعی می‌شود ولی وسوسه به‌صورت دوره‌ای وجود دارد.

- **شروع علایم محرومیت:** ۶ تا ۸ ساعت بعد از آخرین مصرف.

✓ اداره علایم محرومیت

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- **کراک:** برای پیشگیری یا در صورت بروز علایم محرومیت: مطابق دستورالعمل ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود (زیرا در این نوع کراک جزء مخدر هرویین نیز وجود دارد).

مسمومیت

✓ علایم مسمومیت

شاخصه بالینی علایم مصرف: چشمان شیشه‌ای و مردمک‌های خیلی گشاد.

- **کوکائین:** افزایش فشارخون و ضربان قلب، گاهی افزایش درجه حرارت، بی‌قراری، میدریاز مردمک‌ها ، کاهش صدای ریه پس از تدخین که مطرح کننده پنوموتوراکس می‌باشد، کاهش نبض در اندام‌ها که مطرح‌کننده حوادث بدخیم عروقی مثل دایسکشن آئورت می‌باشد.
- **اکستازی:** افزایش برق‌آسای درجه حرارت بدن، افزایش نوشیدن آب، افزایش ترشح هورمون آنتی‌دیورتیک، مسمومیت با آب، کاهش سدیم خون (هیپوناترمی)، ادم و هرنیاسیون مغزی، گیجی، تشنج، مرگ.

آریتمی قلبی، نارسایی حاد کلیه، مسمومیت کبدی، DIC، نارسایی قلبی رابدومیولیز (شکسته‌شدن بافت عضلانی اسکلتی، رهاشدن و رسوب میوگلوبین در کلیه که منجر به نارسایی حاد کلیه می‌شود).

- **شیشه یا مت‌آمفتامین:** افزایش درجه حرارت (با دوزهای متوسط و زیاد)، افزایش ضربان قلب و فشارخون (با دوزهای زیاد)، ایسکمی و انفارکتوس قلب.
  - سروگردن: میدریاز مردمک‌ها، آسیب‌های مخاطی بینی، سوختگی‌های حنجره و دهان، هایپرتروفی لثه، پوسیدگی دندان به علت دندان قروچه (Bruxism)
  - ریه: ادم و افزایش فشارخون ریه، آسیب‌های حرارتی، پنوموتوراکس، خونریزی ریه
  - دستگاه گوارش: تهوع و استفراغ
  - پوست: اثرات سوختگی و تزریق
  - سیستم عصبی: حرکات شبیه کره، تشنج در ۲۴ ساعت اول که معمولاً خودبه‌خود بهبود می‌یابد.
  - روانی: اضطراب، هذیان و سوءظن، در موارد شدیدتر افکار خودکشی و دیگرکشی و رفتارهای جنون آمیز

نکات مهم:

- مسمومیت با مت‌آمفتامین در هر بیمار دچار تعریق همراه با علایم زیر باید مدنظر باشد: افزایش فشارخون، افزایش ضربان قلب، بی‌قراری شدید، تمایل به آسیب به خود یا اطرافیان، رفتارهای جنون‌آمیز
- کوکایین بیش از تمام مواد مورد سوءمصرف با تشنج همراه است.
- عوارض قلبی عروقی وابسته به دوز نبوده و حتی با یک مورد استفاده به مقدار کم نیز ممکن است ایجاد شوند. (به همین دلیل در قسمت اثرات زودرس مصرف نیز این موارد ذکر شده است.)

نکته مهم: تشنج و پروتئین اوری و افزایش فشارخون ثانویه به مصرف کوکائین (و آمفتامین) ممکن است با علایم اکلامپسی اشتباه شود.

- در صورتی که همراه با علایم فوق، آزمایشات عملکرد کبد و کلیه غیرطبیعی (افزایش میزان SGOT، SGPT، LDH، PT، PTT، BUN و Cr) باشد، باید در وهله اول تشخیص و درمان اکلامپسی در نظر باشد. اما برای افتراق دقیق‌تر باید آزمایش اعتیاد (Rapid test) نیز انجام شود و با توجه به نتیجه آزمایشات در مورد ختم بارداری تصمیم‌گیری شود.

✓ ***اداره علایم مسمومیت***

کوکایین و کراک:

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- افزایش فشارخون معمولاً با درمان بی‌قراری کنترل می‌گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکرشده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.

- تجویز لابتالول برای کنترل فشارخون توصیه نمی‌شود.
- معمولاً به ذغال فعال احتیاج ندارند زیرا مصرف خوراکی نیست.
- در صورت بروز ایسکمی قلب ثانویه به مصرف زیاد کوکائین:
- انجام ECG
- تجویز آسپرین ۳۲۵ میلی‌گرم خوراکی (در صورت مشکوک‌بودن به دایسکشن آئورت تجویز نشود.)
- تجویز نیتروگلیسیرین ۰/۴ میلی‌گرم زیر زبانی

اکستازی:

- اهداف اصلی درمان: کنترل بی‌قراری، کاهش درجه حرارت، جایگزینی الکترولیت‌ها، حفظ برون‌ده ادراری، درمان ضدآریتمی
- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- افزایش فشارخون معمولاً با درمان بی‌قراری کنترل می‌گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- تجویز لابتالول برای کنترل فشارخون توصیه نمی‌شود.
- از تجویز بی‌رویه مایعات خودداری شود زیرا هیپوناترمی را تشدید می‌کند. در شرایط هیپوولمی و در صورت نیاز به تجویز مایعات از سرم نرمال‌سالین استفاده شود.
- در صورت لزوم، مطابق توضیحات ذکرشده در راهنمای اقدامات حمایتی برای بیمار شارکول (ذغال فعال) تجویز شود.

مت‌آمفتامین یا شیشه:

- اهداف اصلی درمان: کنترل بی‌قراری، کاهش درجه حرارت

- بی توجهی به بی‌قراری منجر به افزایش درجه حرارت، اسیدوز، رابدومیولیز، هیپرکالمی و ایست ناگهانی قلب می‌شود.
- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- تشنج معمولاً مختصر است و خودبه‌خود برطرف می‌شود. در صورت لزوم مطابق راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- افزایش فشارخون معمولاً با درمان بی‌قراری کنترل می‌شود. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکرشده در راهنما، اقدام شود.
- تجویز لابتالول برای کنترل فشارخون توصیه نمی‌شود.
- درموارد مسمومیت خوراکی: تجویز شارکول (ذغال فعال) مطابق مطالب ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی.

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ***ملاحظات حین بیهوشی***

نکته: بیمارانی که به‌طور مداوم مواد محرک را مصرف می‌کنند در طی بیهوشی دچار عدم ثبات همودینامیک شامل تغییرات ناخواسته و شدید تعداد ضربان قلب فشارخون، آریتمی و ایسکمی قلب می‌شوند و در معرض خطر قرار دارند. بنابراین در مورد مصرف‌کنندگان مواد محرک هر دو نوع بیهوشی عمومی و ناحیه‌ای با مشکلات جدی همراه است.

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاح‌دید متخصص بیهوشی) مجاز نمی‌باشد.
- در مادران معتاد به کوکائین تجویز اپیوئیدها به داخل مایع مغزی نخاعی (Intrathecal) مدت کوتاه‌تری اثر بی‌دردی دارد. استفاده از بیهوشی اپیدورال و تعبیه کاتتر مؤثرتر است.

- در صورت نیاز باید برای این بیماران پایش دقیق و تهاجمی فشارخون و ضربان قلب انجام شود.
- استفاده از هالوتان توصیه نمی‌شود.
- در صورت وقوع ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد ناشی از کوکائین، داروهای مورد استفاده به ترتیب اولویت نیتروگلیسیرین و بنزودیازپین‌ها وسپس فنتول‌آمین می‌باشد.
- برای ایناکشن بیهوشی، اتومیدیت (Amidate ،Etomidate) به‌خصوص در مصرف‌کنندگان بوپرنورفین (تمجیزک و نورجیزک) نباید تجویز شود.
- در بیهوشی ناحیه‌ای:
  - ترومبوسیتوپنی ناشی از کوکائین کنترااندیکاسیون برای بیهوشی ناحیه‌ای می‌باشد.
  - بیمار باید از نظر رفتارهای تهاجمی، تغییر توصیف درد، افت پلاکت ناشی از کوکائین و کاهش فشارخون مقاوم به افدرین مراقبت شود.
  - افت فشارخون ممکن است شدیدتر از معمول باشد.
  - پاسخ به داروهای بالابرنده فشارخون غیر قابل پیش‌بینی است. لذا این داروها را به‌صورت آهسته و با فواصل زمانی کافی تجویز نمایید.

کراک:

- درصورتی‌که علایم محرومیت ظاهر شده و نیاز به بیهوشی وجود دارد:
  - بیمار را هیدراته کنید.
  - نصف دوز محاسبه‌شده مورفین را (مقدار مصرف روزانه بیمار در هر وعده با احتساب درجه خلوص ۱۰٪) تزریق کنید.
  - پس ازکنترل علایم همودینامیک بیمار را بیهوش کنید.
  - در صورت نیاز قبل از خروج نوزاد بقیه مورفین را به‌صورت دوزهای منقسم تزریق کنید.

آمفتامین و مت‌آمفتامین:

- پس از اینداکشن داروهای بیهوشی عمومی،لارنگوسکوپی و لوله‌گذاری ممکن است افزایش فشارخون یا آریتمی رخ دهد. لذا باید عمق بیهوشی کافی باشد و دوز کافی داروهای بیهوشی استفاده گردد.
- در وضعیت زیر دوز داروهای بیهوشی باید بیشتر شود: مصرف حاد آمفتامین و مت‌آمفتامین. زیرا غلظت حداقل آلوئولی (MAC) بیهوشی استنشاقی را افزایش می‌دهد.
- در وضعیت زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود: مصرف مزمن آمفتامین و مت‌آمفتامین.

✓ ***ملاحظات بعد از عمل***

- بعد از اتمام سزارین در صورت وجود علایم مسمومیت (به‌خصوص اختلال هوشیاری، کاهش تهویه و تضعیف تنفسی)، باید لوله تراشه و تنفس کنترله حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت شود.

آمفتامین و مت‌آمفتامین

- پس از عمل جراحی در این بیماران، هنگام پایین‌آمدن از تخت و راه‌رفتن احتمال افت فشارخون زیاد است لذا از این لحاظ باید مراقبت‌های لازم در مورد آنان انجام شود.

مواد توهم‌زا (Hallucinogens)

مواد توهم‌زا انواع زیادی دارند و با نام‌های تجاری مختلف به فروش می‌روند که نوع معروف آن LSD (نام خیابانی: اسید یا تریپ) می‌باشد که اغلب به شکل

خوراکی مصرف می‌شود. مواد دیگر شایع در این دسته شامل فن‌سیکلیدین (PCP) و کتامین (Ketamine) می‌باشد.

نکته: اکستازی (MDMA) یکی از مشتقات (آنالوگ) مت‌آمفتامین می‌باشد که علاوه بر محرک‌بودن ویژگی مواد توهم‌زا را هم دارد. در این مجموعه اطلاعات مربوط به اکستازی در گروه مواد محرک ذکر شده است.

اثرات مصرف بر سلامتی

- **زودرس:** اثرات حسی هیجانی و جسمی این مواد عبارتند از:
  - اثرات حسی و هیجانی در مصرف‌کننده ایجاد می‌کنند. با مصرف مواد توهم‌زا ادراک معمولاً بسیار شفاف و عمیق است، موسیقی از نظر هیجانی عمیق و تأثیرگذار است. اعوجاج تصاویر و توهمات بینایی، شنوایی و لمسی ایجاد می‌کند. جابه‌جایی حسی شایع است مثلاً بیمار ممکن است رنگ‌ها را بشنود یا صداها را ببیند.
  - تأثیرات جسمانی کمی دارند که شامل موارد زیر است: سرگیجه، خستگی، افزایش فشارخون، افزایش ضربان قلب و افزایش دمای بدن، گشادی مردمک‌ها، خشکی دهان، لرزش، بی اشتهایی، بی خوابی، تشنگی زیاد و مصرف مقادیر زیاد آب و در نتیجه هیپوناترمی و احتمال ایجاد ادم مغز و ریه.
  - **ال.اس.دی** وابستگی جسمانی ندارد ولی قدرت توهم‌زایی بسیار شدیدی دارد و باعث تصادف یا فعالیت‌هایی می‌شود که منجر به کشته‌شدن فرد می‌گردند مانند پریدن از ساختمان بلند برای پرواز.
- **دیررس:** اثر روی حافظه بلندمدت، اختلال بینایی، بدبینی، هذیان، سایکوز

✓ ***تأثیر در بارداری و زایمان:***

- مصرفPCP در دوران بارداری با بروز بالای تـأخیر رشـد داخـل رحمـی، زایمان زودرس و مایع آمنیوتیک مکونیومی و علایم محرومیـت در نـوزاد همراه است. افزایش درجه حرارت ناشی از مـصرف ممکـن اسـت مـصرف اکسیژن را در مادر و نوزاد و صدمات ناشی از گرمـا را در جنـین افـزایش دهد.
- مصرف ال‌اس‌دی در بارداری موجب افزایش انقباضات رحمی می‌شود.

محرومیت

- **علایم محرومیت:** محرومیت از مواد توهم‌زا علایم جسمی چندانی نـدارد. علایم غیر جسمی در حد احساس ناخوشایند و خستگی می‌باشد.
- **اداره علایم محرومیت:** درمان جایگزین ندارد. در صورت نیاز هـر یـک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

مسمومیت

- **علایم مسمومیت:** نسبت به نوع ماده مصرفی کمی متفاوت اسـت ماننـد: توهم، دهیدراتاسیون، افزایش ضربان قلب و فـشارخون، اثـرات هیجـانی، حسی و بصری ناشی از افزایش فشار خون ودمای بدن و به ندرت تشنج و قطع تنفس (آپنه).

✓ ***اداره علایم مسمومیت***

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- در صورت نیاز، بیمار به ICU منتقل و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت شود.
- در صورت توهم: جهت جلوگیری از آسیب به خود، بیمار بایـد توسـط کارکنان و همراهان به شدت کنترل و مراقبت شود.

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ***ملاحظات حین بیهوشی***

- در صورت وجود توهم، به علت عدم همکاری بیمار باید بیهوشی عمومی انجام شود (بیهوشی ناحیه‌ای بسیار مشکل است).
- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاح‌دید متخصص بیهوشی) مجاز نمی‌باشد.
- **در مورد روش‌های بی‌دردی دارویی:** هنگام زایمان، داروهای انتونوکس (برای بی‌دردی استنشاقی) وانفلوران (برای استنشاقی تبخیری) در این بیماران با احتیاط استفاده شود.
- مصرف مواد توهم‌زا اثر بی‌دردی و تضعیف تنفسی مخدرها را طولانی‌تر می‌کند و پاسخ به مقلدهای سمپاتیک (مانند افدرین، اپی‌نفرین، ایزوپرترنول)را بیشتر می‌کند.
- در صورت نیاز به تزریق داروهای مخدر و هم‌چنین مقلدهای سمپاتیک این داروها باید به‌صورت تیتره و بسیار آرام تزریق شوند.

✓ ***ملاحظات بعد از عمل***

- بعد از اتمام سزارین علایم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را ارزیابی نمایید.
- در صورت وجود علایم مسمومیت، باید لوله تراشه و تنفس کنترله حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت شود.
- در صورت توهم: جهت جلوگیری از آسیب به خود، بیمار باید توسط کارکنان و همراهان به شدت کنترل و مراقبت شود.

حشیش و ترکیبات مشابه (Cannabis)

حشیش از گیاهی به نام Cannabis یا شاهدانه گرفته می‌شود. به نام‌ها و ترکیبات مختلفی مانند علف، گراس، بنگ، ماری جوانا و.... وجود دارد.

ماده اصلی روان‌گردان در حشیش، ۹ تتراهیدروکانابیول یا THC است. قدرت حشیش به غلظت این ماده بستگی دارد. THC به سرعت از ریه به جریان خون جذب می‌شود و ۱۰ دقیقه بعد غلظت آن به حداکثر می‌رسد.

مواد این گروه، طیف وسیعی از اثرات شناختی احساسی فیزیولوژیک و رفتاری را که به مقدار مصرف ارتباط دارند ایجاد می‌کنند. موقعیت و حالت هم‌زمان مصرف‌کننده، تجربه و نگرش قبلی و انتظارات اطرافیان از فرد در ایجاد علایم مؤثر است.

حشیش می‌تواند مانند سیگار، کشیده یا جویده شود. در صورت مصرف خوراکی، میزان مصرف حشیش باید ۲ تا ۳ برابر میزان تدخینی آن باشد تا اثر مشابه ایجاد شود. در صورت تدخین اثرات آن به سرعت ظاهر و ۳ تا ۴ ساعت باقی می‌ماند.

در صورت مصرف خوراکی: شروع اثر بعد از یک ساعت یا بیشتر است و تا ۲۴ ساعت ادامه دارد.

ماری‌جوانا شایع‌ترین ماده مورد سوءمصرف در جوامع غربی است که باعث بروز بیماری‌های روانی می‌شود. اثرات حشیش بیشتر از ماری جوانا است. رنگ آن از مشکی تا قهوه‌ای طلایی است.

اثرات مصرف بر سلامتی

- **زودرس:** عبارتند از:
  - برای اکثر مصرف‌کننده‌ها سرخوشی خفیف یا آسودگی ایجاد می‌کند.

- معمولاً احساس سایر تجربه‌ها مانند گوش‌کردن به موسیقی، چشیدن طعم غذا یا لذت از فعالیت جنسی را افزایش می‌دهد.
- درک زمان از بین می‌رود و معمولاً گذشت زمان طولانی‌تر احساس می‌شود.
- در موقعیت‌های اجتماعی پرحرفی و خنده بیشتر می‌شود.
- اثرات روانی: با توجه به نوع ماده، ممکن است محرک، توهم‌زا بوده یا باعث افسردگی شود.
- مصرف بار اول باعث اضطراب، هراس و بدبینی می‌شود. افزایش ضربان قلب، نوسانات فشارخون، سبکی سر و غش‌کردن هنگام ایستادن ممکن است دیده شود (این اثرات هنگام مصرف بیش از حد نیز مشاهده می‌شوند. به همین دلیل در قسمت علایم مسمومیت نیز ذکر شده است).
- سایر اثرات: قرمزی چشم، خشکی دهان، حساسیت پوست به گرما و سرما، افزایش ضربان قلب، شلی عضلات، افزایش اشتها، گیجی و بی‌توجهی به اطراف، بی‌قراری، اضطراب.

- **دیررس یا اثرات مصرف مکرر:** اختلالات شناختی، کاهش وسعت حافظه، گیجی، کندی رفلکس‌ها، اشکال در حفظ فعالیت روزانه و طبیعی در منزل یا محل کار.
- **سایر اثرات:** خواب‌آلودگی، تحریک‌پذیری، عفونت‌های تنفسی و تضعیف عضله قلب، حملات وحشت، فراموشی دوره‌ای، زوال شخصیت، هذیان، اختلال در مهارت‌های حرکتی، اختلال در قاعدگی، اختلال در تعداد و فعالیت اسپرم و در موارد نادر تشنج.
- حشیش بیش از سیگار روی سیستم تنفسی اثرات مخرب دارد. هم‌چنین در عملکرد ریه نیز مشابه مصرف تنباکو اختلال ایجاد می‌کند.

✓ ***تأثیر در بارداری و زایمان:***

- مصرف این مواد در دوران حاملگی احتمال زایمان زودرس و کم وزنی نوزاد را بیشتر می‌کند.

✓ ***در مورد ماری جوانا***

- به‌طور کلی مصرف مزمن ماری‌جوانا محور هیپوتالاموس هیپوفیز و تولید هورمون‌ها را تحت‌تأثیر قرار داده و در نتیجه اثرات نامطلوب بر باروری (مهار تخمک‌گذاری) و بارداری (تغییر در تولید استروژن و پروژسترون جفتی) دارد.
- اکثر افراد معتاد به ماری‌جوانا مواد دیگر از قبیل تنباکو، کوکائین و الکل نیز مصرف می‌کنند. بنابراین تعیین اثر اختصاصی آن بر جنین مشکل است.ولی از آنجا که عنصر ترکیبی ماری‌جوانا (THC) آزادانه از جفت عبور می‌کند، مصرف این ماده بر جنین اثر مستقیم دارد، تبادلات جفتی جنینی را کاهش داده و موجب تأخیر رشد داخل رحمی می‌شود.

محرومیت

- **علایم محرومیت:** علایم ترک و محرومیت قابل چشم‌پوشی است و وابستگی جسمانی ایجاد نمی‌شود. در صورت مصرف مقادیر خیلی زیاد، علایم محرومیت شامل: بی‌قراری و خواب‌آلودگی، عصبانیت، گرگرفتگی، بی‌خوابی، تعریق، خستگی، آبریزش بینی، اسهال، سکسکه و بی‌اشتهایی.
- **زمان شروع علایم محرومیت:** بعد از گذشت ۱۲ ساعت از آخرین مصرف
- **اداره علایم محرومیت :** درمان جایگزین ندارد. در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

مسمومیت

✓ علایم مسمومیت

- در مسمومیت با آن حافظه کوتاه‌مدت و توجه مختل می‌شود، افکار و گفتار منقطع شده و فرد جریان افکار و حرف‌های خود را فراموش می‌کند.
- مصرف بیش از حد باعث اضطراب، هراس و بدبینی می‌شود. افزایش ضربان قلب، نوسانات فشارخون و سبکی سر و غش‌کردن هنگام ایستادن ممکن است دیده شود. (این اثرات هنگام اولین بار مصرف نیز مشاهده می‌شوند. به همین دلیل در قسمت اثرات زودرس بر سلامتی نیز ذکر شده است).

✓ اداره علایم مسمومیت

- اگرچه مسمومیت با آن نادر است ولی هر یک از اعضای بدن با مصرف آن ممکن است تحت‌تأثیر قرار گیرد. نمای بالینی مسمومیت غیر قابل پیش‌بینی است.
- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی‌باشد.
- استفاده از هالوتان توصیه نمی‌شود.
- به‌طور نادر در طی بیهوشی عمومی، اوروفارنژیت و ادم حنجره ممکن است موجب انسداد راه هوایی شود.

- واکنش‌های نامطلوب اتونومیک (افزایش ضربان قلب و آریتمی) و روانی (اضطراب، هراس، گیجی) به حشیش و ترکیبات مشابه ممکن است با مراحل مختلف بیهوشی مداخله کند.
- در افرادی که مصرف حاد حشیش یا ترکیبات مشابه دارند، داروهایی که ضربان قلب را افزایش می‌دهد (مثل کتامین، پانکرونیوم، آتروپین و اپی‌نفرین) با احتیاط استفاده شوند.
- **در مورد روش‌های بی‌دردی دارویی:** هنگام زایمان، داروهای انتونوکس (برای بی‌دردی استنشاقی) وانفلوران (برای استنشاقی تبخیری) در این بیماران با احتیاط استفاده شود.

در مورد ماری جوآنا:

- افزایش ضربان قلب حین عمل بدون علت خاص ممکن است ناشی از مصرف ماری‌جوانا باشد.
- افزایش ضربان قلب ناشی از مصرف ماری‌جوانا با بلوک‌کننده‌های بتاآدرنرژیک (پروپورانولول، اسمولول) کنترل می‌شود.

✓ ***ملاحظات پس از عمل***

- بعد از اتمام سزارین علایم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار را ارزیابی کنید.
- در صورت وجود علایم مسمومیت، باید لوله‌تراشه و تنفس کنترله حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت شود.
- بعد از تولد نوزاد، برای کاهش بی‌قراری و اضطراب مطابق راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.

مواد دخانی (Tobacco)

انواع مواد دخانی به معنی محصولاتی است که بخشی یا تمام ماده خام تشکیل‌دهنده آن‌ها برگ توتون یا تنباکو می‌باشد (سیگار، پیپ، قلیان، چپق و...) و به منظور دودکردن یا مکیدن یا جویدن یا استنشاق از راه بینی تولید می‌شوند.

اثرات مصرف

- **زودرس:** سرخوشی خفیف، احساس آرامش، افزایش تمرکز، افزایش ضربان قلب و فشارخون، کاهش اشتها و وزن، افزایش میزان سوخت‌وساز

نکته: مصرف هم‌زمان کوکائین و مواد دخانی احتمال بروز عوارض قلبی عروقی را بیشتر می‌کند.

- **دیررس:** افزایش غلظت موکوس دستگاه تنفس، کاهش در انتقال و تحرک موکوسیلیاری و باریک‌شدن راه‌های هوایی کوچک. تغییر در عملکرد آنزیم‌های کبدی و تغییر در متابولیسم داروهایی نظیر تئوفیلین، وارفارین و پروپرانولول، غیرطبیعی‌شدن پاسخ ایمنی، هماتوکریت بالا و افزایش ویسکوزیته خون، افزایش فعالیت الاستاز و تخریب الاستین در اطراف آلوئول‌های ریوی، غیر فعال‌شدن آلفا یک آنتی تریپسین

✓ ***تأثیر در بارداری و زایمان:***

- کاهش وزن هنگام تولد، کاهش قدرت باروری، سقط خودبه‌خود، مرگ جنین، ناهنجاری‌های انگشتان جنین، جفت سرراهی، جداشدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، زایمان زودرس، گاستروشیزی، آترزی روده کوچک، لب‌شکری، شکاف کام، هیدروسفالی، میکروسفالی، اومفالوسل، هیپوکسی جنین در اثر افزایش سطح کربوکسی هموگلوبین، کاهش تغییرپذیری ضربان قلب

محرومیت

- **علایم محرومیت:** سیگار: تحریک‌پذیری، خستگی، اضطراب، بی‌خوابی، عدم تمرکز
- **زمان شروع علایم:** در سیگار طی ۴-۳ روز علایم بدتر می‌شوند و ممکن است طی یک هفته یا بیشتر باقی بمانند ـ تمایل به مصرف ماه‌ها یا سال‌ها ادامه دارد.
- **اداره علایم محرومیت:** در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

مسمومیت

- **علایم مسمومیت:** در صورت مصرف خوراکی نیکوتین: تهوع، درد شکم، عرق‌کردن، سردرد، افزایش بزاق، گیجی و سرگیجه
- **اداره علایم مسمومیت:** در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ***ملاحظات حین بیهوشی***

- در بیماران سیگاری، در صورت مصرف مزمن و ایجاد COPD بعد از بیهوشی عمومی خطر عوارض تنفسی زیاد است.
- در صورتی که ۶- ۴ هفته قبل از عمل، مصرف قطع شود عوارض تنفسی کمتر می‌شود.
- در صورتی که ۴۸ ساعت قبل از عمل، مصرف قطع شود سطوح کربوکسی هموگلوبین به سطوح افراد غیر سیگاری می‌رسد و اکسیژن‌رسانی حین لیبر را بهتر می‌کند.

- در بیماران سیگاری بیهوشی ناحیه‌ای ارجح است. زیرا در این بیماران احتمالاً عملکرد آنزیم‌های کبدی مختل است و متابولیسم داروهایی که برای ایندکشن بیهوشی استفاده می‌شوند طبیعی نیست. هم‌چنین با اجتناب از دستکاری راه‌های هوایی، عوارض حین عمل نظیر برونکواسپاسم و اختلالات تنفسی پس از عمل کم می‌شود.

✓ ***ملاحظات بعد از عمل***

بعد از اتمام سزارین علایم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.

مواد الکلی (Alcoholic Beverages)

در مورد این بیماران باید به علایم قلبی، هماتولوژیک، نورولوژیک و هپاتیک توجه ویژه شود. مصرف هم‌زمان الکل و کوکائین یک منقبض‌کننده بالقوه عروق مغزی و خطرناک است.

اثرات مصرف

- **زودرس:** علایم وستیبولار و اختلال عملکرد مخچه (شامل حرکت سریع و تکراری چشم، لکنت زبان و عدم تعادل)، تضعیف تهویه
- **دیررس:** عوارض مصرف شامل آریتمی، کاردیومیوپاتی، هیپرتانسیون، گاستریت، پانکراتیت، ازوفاژیت، سیروز، واریس‌های مری، هموروئید، سایکوز، نوروپاتی (اختلال عصبی)، اختلالات روانی (افسردگی، رفتار ضداجتماعی)، اختلال تغذیه‌ای، دژنراسیون مخچه و آتروفی مغز، اختلالات انعقادی کاهش تعداد پلاکت‌ها، کاهش تعداد گلبول‌های سفید و کم‌خونی، علایم پوستی به‌صورت آنژیوم عنکبوتی، میوپاتی (اختلال

عملکرد عضلانی)، استئوپروز، کاهش سطح پلاسمایی تستوسترون (ناتوانی جنسی)، هیپوگلیسمی، کتواسیدوز، هیپوآلبومینمی

✓ ***تأثیر در بارداری و زایمان:***

- ناهنجاری‌های مادرزادی مانند بازماندن مجرای شریانی و نقص دیواره‌ای، مرده‌زایی، سندرم جنین الکلی یا Fetal Alcoholic Syndrom شامل محدودیت رشد، ناهنجاری‌های صورت و اختلال دستگاه عصبی مرکزی.

محرومیت

- **علایم محرومیت:** لرزش عمومی، اختلال ادراکی (وحشت شبانه، توهم)، افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون، افزایش درجه حرارت، اختلال ریتم قلبی، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی، حالت گیجی خفیف با بی‌قراری، پرخاشگری، تشنج، تعریق
- **زمان شروع علایم:** ۸-۶ ساعت پس از قطع مصرف شروع و در ۳۶-۲۴ ساعت بعد علایم به حداکثر می‌رسند.

✓ ***اداره علایم محرومیت***

- محرومیت از الکل با بنزودیازپین‌ها، آنتاگونیست‌های بتا (پروپرانولول، اسمولول)، آگونیست‌های 2α، کلونیدین یا شروع مجدد الکل درمان می‌شود.
- حفاظت راه‌هوایی، اصلاح اختلال مایع و الکترولیت (منیزیوم و پتاسیم) و متابولیک (تیامین)

مسمومیت

- **علایم مسمومیت :** ترمور (لرزش‌های تکرارشونده)، حملات بدون توجه، فراموشی، اختلال روانی، اختلال سیستم اتونوم، کاهش فشار خون، کاهش درجه حرارت، خواب‌آلودگی و در نهایت کما.
- **خطرات مسمومیت با الکل حین لیبر و زایمان:** آسپیراسیون محتویات معده و زجر جنین.

✓ ***اداره علایم مسمومیت***

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ***ملاحظات حین بیهوشی***

- در مصرف‌کنندگان الکل بیهوشی ناحیه‌ای ارجحیت دارد.

✓ ***ملاحظات بعد از عمل***

- بعد از اتمام سزارین علایم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.

۶

درمان

۶-۱- مقدمه

در خصوص درمان بهینه وابستگی به مواد افیونی در بارداری بحث‌های مهمی در دهه‌های اخیر مطرح بوده است. مقایسه منافع و خطرات درمان نگهدارنده با متادون با درمان‌های بازگیری (سم‌زدایی) و هم‌چنین مقایسه درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین از پرسش‌های مهمی هستند که مورد توجه پژوهش‌گران این حوزه قرار گرفته است.

هرچند مطالعات چند دهه اخیر نشان می‌دهد درمان نگهدارنده با متادون برآیندهای بارداری، زایمان و نوزادی بهتری از درمان‌های بازگیری دارد، نگرانی بیش از حد درباره مواجهه داخل رحمی با دارو و هم‌چنین سندرم پرهیز نوزادی باعث شده برخی زنان باردار وابسته به مواد افیونی به اندازه کافی درمان نگیرند،

به‌طوری که یا اصلاً دارو نمی‌گیرند یا دارو را با مقادیر کمتر از سطوح درمانی دریافت می‌کنند. درمان نگهدارنده با متادون با حذف مصرف مواد افیونی و سایر مواد غیرقانونی، به زنان باردار وابسته به مواد افیونی کمک می‌کند روی بازسازی روابط، یافتن شغل و فعالیت‌های تفریحی لذت‌بخش تمرکز نمایند. علاوه بر این، ارتباط میان مادر و کودک متولدنشده اهمیت بالایی دارد. هیچ مداخله دارویی نمی‌تواند تمام رفتارها و اختلالات روان‌پزشکی همراه با مصرف مواد غیرقانونی را تغییر دهد. بنابراین، مداخلات رفتاری و روان‌شناختی اختصاصی برای دست‌یابی به پرهیز و تداوم آن از اهمیت فراوانی برخوردار است.

۶-۲- بازگیری از مواد افیونی

گرچه بازگیری از مواد افیونی و قطع مصرف هر گونه مواد غیرقانونی یا داروی اُپیوئیدی در طول بارداری ایده‌آل است، تأکید بیش از حد بر دست‌یابی به پرهیز می‌تواند نامناسب بوده و مادر را تحت فشار زیادی قرار دهد. مطالعات نشان می‌دهند بسیاری از زنان باردار نمی‌توانند در طول بارداری پرهیز خود را حفظ کنند. بنابراین، بسیاری دچار لغزش می‌شوند و سیکل مسمومیت و پرهیز حاصله باعث دیسترس جنینی می‌گردد. سقط جنین در سه ماهه اول و زایمان زودرس در سه ماهه سوم از عوارض پرهیز در دوران بارداری به‌شمار می‌رود.

در واقع، عاقبت پرهیز اجباری اغلب زنان باردار را از مراجعه به مراکز درمانی پشیمان می‌کند. بازگیری در زنانی که به‌خوبی تحت نظارت طبی تثبیت شده‌اند، و با کاهش تدریجی یک ماده افیونی صناعی قابل دست‌یابی است، گرچه برای اجتناب از زایمان پیش از موعد این روش نباید بعد از هفته ۳۲ بارداری استفاده شود. در واقع در صورت تصمیم به استفاده از رژیم بازگیری، این کار باید به زنان

بارداری که در سه ماهه سوم بارداری هستند و بارداری کاملاً باثبات دارند محدود شود.

یک زن باردار که متقاضی بازگیری از مواد افیونی در طول بارداری است (برای مثال بازگیری با کمک متادون) باید از خطرات و فواید آن شامل خطرات برای جنین (شامل خطر مرگ نوزاد و وزن کم زمان تولد برای سن بارداری) و خطر بالای عود مطلع شود. درمان نگهدارنده با متادون باید در اولین مراجعه پیشنهاد شود. اگر مادر، هم‌چنان درمان نگهدارنده با متادون را رد کند، خطرات درمان بازگیری (سم‌زدایی) می‌تواند از طریق انجام آن تحت شرایط زیر کاهش داده شود:

- فقط در سه ماهه دوم، یعنی در هفته‌های ۱۴ تا ۳۲
- همراه با پایش جنین، در یک جایگاه پایش مناسب مثل بخش بستری زایمان
- استفاده از کاهش دوز متادون برای ایجاد پرهیز تدریجی

در طول این دوره باید به آموزش درباره فواید درمان نگهدارنده با متادون ادامه داده شود.

۶-۳- درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

برای زنان باردار و شیرده، درمان نگهدارنده با متادون با در نظرگرفتن اثرات آن بر جنین، سندرم پرهیز نوزادی و اثرات آن بر مراقبت بارداری و سرپرستی نوزاد تولدیافته مناسب‌ترین درمان به حساب می‌آید. زنان وابسته به مواد افیونی که در درمان نیستند باید برای شروع درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین تشویق شوند. زنان بارداری که روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست هستند باید تشویق شوند تا این درمان را تا پایان بارداری ادامه دهند.

درمان با داروهای آگونیست در بارداری موجب تسکین علایم و نشانه‌های محرومیت، انسداد اثرات سرخوشی‌آور مواد افیونی غیرقانونی، کاهش میل به مصرف این مواد و در نهایت کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد غیرقانونی می‌شود. علاوه بر این فواید، این نوع درمان نوسانات سطح خونی ماده اوپیوئیدی را که در مصرف مواد افیونی کوتاه اثر (مثل هرویین و کراک) دیده می‌شود به میزان زیادی کاهش می‌دهد و به این طریق با حذف مواجهه جنینی با نوسانات سطح مواد افیونی و پایدارنمودن محیط داخل رحمی، آسیب متوجه جنین در اثر دوره‌های مکرر مسمومیت و پرهیز را به حداقل می‌رساند.

گرچه برخی زنان ممکن است بعد از اطلاع از بارداری بخواهند مصرف مواد افیونی را قطع کنند اما همان‌طور که در قسمت پیش توضیح داده شد درمان بازگیری از مواد افیونی یک انتخاب درمانی نسبتاً پرخطر به حساب می‌آید زیرا عود به مصرف مواد افیونی پس از درمان‌های بازگیری بسیار شایع بوده و اثرات منفی بر برآیندهای بارداری، زایمان و نوزادی می‌گذارد. به‌علاوه، علایم محرومیت شدید از مواد افیونی می‌تواند باعث القای سقط خودبه‌خودی در سه ماهه اول و زایمان زودرس در سه ماهه سوم گردد.

۶-۴- انتخاب داروی آگونیست

تصور می‌شود اثرات طولانی‌مدت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست بر رشد طولانی‌مدت کودکان در مقایسه با خطرات و آسیب‌های مواجهه با مواد افیونی غیرقانونی اندک است.

مرورهای سیستماتیک و فراتحلیل مطالعات مقایسه‌ای درمان با متادون و بوپرنورفین در افراد وابسته به مواد افیونی غیربارادار نشان می‌دهد:

- بوپرنورفین با دوزهای پایین، متوسط و بالا به‌صورت معنی‌داری بر پلاسبو در درمان وابستگی به مواد افیونی ارجحیت دارد.
- تجویز بوپرنورفین با دوز مختلف به‌صورت معناداری از متادون در نگهداری بیماران در درمان کمتر مؤثر است اما هیچ تفاوتی از لحاظ سرکوب مصرف مواد افیونی افرادی که در درمان باقی ماندند، دیده نشد.
- بوپرنورفین یک مداخله مؤثر در درمان وابستگی به مواد افیونی است اما از متادون تجویز شده با دوز کافی کمتر مؤثر است.

تصمیم در مورد مناسب‌ترین دارو باید با نظر پزشک درمان‌گر اعتیاد، متخصص زنان و زایمان و خود بیمار گرفته شود. با توجه به داده‌های طولی درباره ایمنی کاربرد متادون در بارداری به لحاظ برآیندهای طولانی‌مدت رشد و نمو نوزاد متعاقب مواجهه داخل رحمی با این دارو، متادون داروی انتخابی در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری است. متادون از نظر طبقه‌بندی در بارداری در طبقه C قرار دارد و به‌صورت خاص برای درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری از طرف سازمان دارو و غذا مورد تأیید قرار نگرفته است.

بوپرنورفین نیز از نظر طبقه‌بندی در بارداری در طبقه C قرار دارد. مطالعات کوهورت کوچک و چندین کارآزمایی بالینی نشان داده که بوپرنورفین در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری ایمن و مؤثر است. گرچه به خاطر آن که این دارو داروی نسبتاً جدیدی به حساب می‌آید و داده‌های طولی از برآیندهای کودکانی که مواجهه داخل رحمی با آن داشته است وجود ندارد. بیماران باید با کلیه جنبه‌های درمان‌های موجود آشنا شده و درمان مورد نظر خود را به‌صورت آگاهانه انتخاب کنند.

بوپرنورفین اثربخشی و ایمنی خود را در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری نشان داده است. بیشتر این داده‌ها از کشور فرانسه گزارش شده‌اند که از

سال ۱۹۹۵ بوپرنورفین در آن به‌صورت مبتنی بر مطب در دسترس قرار گرفته است. این داده‌های نچرالیستیک از کاربرد ایمن بوپرنورفین در بارداری حکایت دارند. مطالعات آینده‌نگر در زنان باردار روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین میزان‌های پایین‌تر و خفیف‌تری از سندرم پرهیز نوزادی را در مقایسه با متادون گزارش می‌کند.

در پیوست ۱ نمونه یک «برگه آشنایی با درمان‌های نگهدارنده» به منظور کمک به بیمار برای تصمیم‌گیری آگاهانه آورده شده است.

گزینه‌های درمانی دیگر شامل مورفین آهسته‌رهش و اُپیوم تینکچر است. بر روی مورفین آهسته‌رهش مطالعات کوچکی انجام شده و استفاده از این دارو برای درمان در ابعاد گسترده هنوز تأیید نشده است. اُپیوم تینکچر برای درمان وابستگی به مواد افیونی در کشور ما در دسترس قرار گرفته، اما در پروتکل آن، بارداری به‌عنوان یکی از ممنوعیت‌های مطلق تجویز اُپیوم تینکچر ذکر شده است.

در مجموع به‌علت تجربه طولانی‌تر از نظر ایمنی، استفاده از متادون در بارداری بر بوپرنورفین اولویت دارد. به‌علاوه همان‌گونه که در بالا در مورد اثربخشی مقایسه‌ای متادون و بوپرنورفین در جمعیت غیرباردار ذکر شده، برخی از مطالعات انجام شده در بارداری نیز نشان داده است که متادون از بوپرنورفین در نگهداری مادران باردار در درمان مؤثرتر است. البته توجه به این نکته لازم است که نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد خطر بروز سندرم پرهیز نوزادی در درمان با بوپرنورفین از متادون پایین‌تر است. اگر بیمار پیش از بارداری در حال درمان با بوپرنورفین بوده است، منافع ماندن بر روی درمان مؤثر قبلی با فواید احتمالی انتقال به متادون باید مقایسه شود.

بیمارانی که قبل از بارداری بر روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بودند، کسانی که نمی‌توانند مراجعات روزانه بیشتر الزامی در برنامه متادون را اجرا کنند یا بیمارانی که به دلیل بیماری قلبی زمینه‌ای برای متادون مناسب نیستند،

نامزدهای احتمالی برای درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در بارداری به‌حساب می‌آیند.

۶-۵- متادون

در مقایسه با سایر رویکردهای درمان وابستگی به مواد افیونی در دسترس، درمان نگهدارنده با متادون در حال حاضر هزینه ـ اثربخش‌ترین روش درمانی به حساب می‌آید و به‌عنوان درمان استاندارد وابستگی به مواد افیونی خصوصاً هروئین و کراک در دوران بارداری توصیه می‌شود. بر اساس مطالعات موجود، درمان نگهدارنده با متادون در طول بارداری خطر مرگ‌ومیر پری‌ناتال و مرگ‌ومیر نوزادی را در زنان وابسته به مواد افیونی کاهش می‌دهد. تداوم مصرف مواد افیونی غیرقانونی ممکن است این اثر را خنثی نماید.

به‌علاوه درمان با متادون تراتوژنیک نیست و تأثیر منفی بر روی رشد بعد از تولد در کودکان متولد شده از مادران وابسته به مواد افیونی ندارد. علی‌رغم شواهد قوی در حمایت از مصرف متادون در بارداری، مصرف آن در بارداری با برخی عوارض جانبی همراه است، گرچه همان‌طور که در بالا توضیح داده شد فواید درمان با متادون برای این بیماران به مراتب از خطرات احتمالی آن بیش‌تر است. درمان نگهدارنده با متادون به‌عنوان مراقبت استاندارد در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری شناخته شده است.

نکته: زنان بارداری که برای شروع درمان با متادون مراجعه می‌کنند از نظر زمان بررسی و شروع روند القا و تثبیت باید در اولویت باشند.

فارماکولوژی

متادون پس از مصرف خوراکی وسیعاً در تمام بدن توزیع شده و با اتصال بافتی غیراختصاصی ذخیره‌ای ایجاد می‌کند که متادون تغییرنیافته را مجدداً به داخل خون آزاد نموده و باعث اثر طولانی‌مدت متادون می‌شود. بالاترین سطوح پلاسمایی متادون ۲ تا ۶ ساعت بعد از مصرف خوراکی دوز نگهدارنده متادون به‌دست می‌آید. در دوزهای درمانی، تقریباً ۹۰٪ متادون به پروتئین‌های پلاسما متصل می‌گردد، به‌طوری که میانگین کسر آزاد متادون راسمیک ۱۲٪ است. نیمه‌عمر دوز منفرد اولیه ۱۸-۱۲ ساعت با میانگین ۱۰ ساعت است. با مصرف مداوم نیمه‌عمر متادون به ۴۷-۱۳ ساعت با میانگین ۲۴ ساعت افزایش می‌یابد. متادون پس از ۵-۴ نیمه‌عمر یا تقریباً ۱۰-۳ روز (و به‌طور معمول ۷٫۵-۵ روز) در بدن به سطح پایه می‌رسد، به‌طوری که میزان حذف دارو و دریافت آن به تعادل می‌رسد.

با پیشرفت بارداری به خاطر افزایش حجم مایع، افزایش ذخیره بافتی متادون و تغییر متابولیسم مواد افیونی در جفت و جنین دوز مشابه متادون سطوح خونی پایین‌تری ایجاد می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد در سه ماهه سوم بارداری با دوز ثابت متادون سطوح پلاسمایی به‌صورت معنی‌داری از سه ماهه‌های دیگر کم‌تر و علایم و نشانه‌های محرومیت بیشتر هستند. سطوح پلاسمایی کاهش‌یافته در اثر متابولیسم افزایش‌یافته متادون و کلیرانس[1] سریع‌تر آن در طول سه ماهه سوم رخ می‌دهد.

زنان تحت درمان نگهدارنده با متادون اغلب در مراحل پایانی بارداری علایم پرهیز را تجربه می‌کنند، بنابراین برای حفظ سطوح خونی متادون و اجتناب از علایم محرومیت نیاز به افزایش دوز متادون دارند. دوز روزانه را می‌توان افزایش داده و به‌صورت منفرد یا دو بار در روز تجویز نمود.

1. Clearance

اصول درمان نگهدارنده با متادون در دوران بارداری

بسیاری زنان وابسته به مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه‌اثر، قطع قاعدگی ناشی از سبک زندگی پراسترس و غیرسالم خود را با ناباروری اشتباه می‌گیرند. این زنان ممکن است سال‌ها از نظر جنسی فعال باشند بدون آن که از روش‌های ضدبارداری استفاده کنند یا باردار شوند. از آن جا که متادون کارکردهای غدد درون‌ریز را به حالت طبیعی بازمی‌گرداند، غیرمعمول نیست که زنان در ابتدای ورود به درمان نگهدارنده با متادون به‌صورت ناخواسته باردار شوند، خصوصاً اگر در ارتباط با این موضوع هیچ مشاوره‌ای دریافت نکنند.

آموزش درباره نحوه عملکرد درمان نگهدارنده با متادون، فرآیند درمان و پاسخ به سؤالات مادر باردار درباره این روش درمانی اهمیت بالایی در ماندگاری بیماران در درمان دارد. ارایه این آموزش‌ها در قالب جلسات مشاوره فردی و در اختیار قراردادن مطالب آموزشی چاپی می‌تواند کمک‌کننده باشد. در پیوست دو نمونه محتوی این گونه بروشورها برای مادران باردار آورده شده است.

درمان نگهدارنده با متادون در دوران بارداری باید شامل اجزای زیر باشد:

- ارزیابی جامع در مورد مناسب‌بودن این روش درمانی برای مادر باردار
- ویزیت‌های منظم و پی‌گیری مادر باردار
- تعیین دوز مناسب متادون برای هر فرد
- استفاده از خدمات روانی، اجتماعی
- استفاده از خدمات حمایتی
- هماهنگی بین مراقبت‌های بارداری، بهداشت خانواده، خدمات حمایتی و خدمات درمان سوءمصرف مواد
- پایش و ثبت روند مصرف مواد در طول بارداری

القا و تثبیت

زنانی که قبل از شروع بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده‌اند باید پس از بارداری نیز درمان را با دوز پیش از باردارشدن ادامه دهند. اگر زن باردار از پیش تحت درمان نگهدارنده نباشد، توصیه می‌شود متادون به‌صورت سرپایی القا شود یا در صورت امکان بیمار در بیمارستان بستری و پس از ارزیابی وضعیت سلامت پره‌ناتال و مستندکردن وابستگی فیزیولوژیک، درمان نگهدارنده با متادون شروع شود.

دوز متادون در طول بارداری باید به نحوی تنظیم شود که نه تنها علایم محرومیت را تسکین دهد، بلکه هم‌چنین «انسداد اُپیوئیدی» ایجاد کند. به‌طوری که اگر در حین دریافت متادون، فرد مواد افیونی غیرقانونی مصرف کند، دچار مسمومیت نشود. به خاطر افزایش متابولیسم متادون و حجم پلاسما در طول بارداری، ممکن است در سه ماهه دوم و سوم به افزایش دوز متادون نیاز پیدا شود.

نکته: دوز متادون باید با توجه به علایم مادر افزایش داده شود و نباید با هدف کاهش سندرم پرهیز نوزادی پایین نگه داشته شود.

تعیین دوز دقیق شروع متادون بر اساس علایم بیمار انجام می‌شود. دوز شروع پایین‌تر می‌تواند برای زنانی مناسب باشد که به مواد افیونی کوتاه‌اثر مثل کدیین وابسته هستند. برای القای درمان نگهدارنده با متادون به‌صورت سرپایی یک پروتکل وسیعاً پذیرفته شده این است که متادون با دوز ۲۰-۱۰ میلی‌گرم شروع شود. سپس بیمار را باید چند ساعت بعد مجدداً ارزیابی نمود. اگر بیمار چند ساعت بعد از دریافت اولین دوز متادون علایم محرومیت داشته باشد، می‌توان دوز ۱۰-۵ میلی‌گرمی متادون را برای از بین بردن علایم محرومیت تجویز نمود. تا زمانی که وضعیت بیمار تثبیت گردد ویزیت باید دو بار در روز

ادامه پیدا کند. اگر شواهدی از مسمومیت یا محرومیت ظاهر شود، پزشک درمان‌گر باید دوز بیمار را بلافاصله تصحیح نماید. اکثر بیماران باردار را می‌توان در طول ۴۸ تا ۷۲ ساعت تثبیت نمود.

در جایگاه‌های سرپایی که معمولاً پایش جنین امکان‌پذیر نیست، شمارش تعداد حرکات جنین توسط مادر باردار در فواصل زمانی تعیین‌شده بسیار مهم است.

تنظیم دوز

در مورد افزایش بیش از حد سریع یا کند دوز نیز باید مراقب بود تا احتمال دریافت داروی بیش از حد یا قطع درمان به‌علت ناتوانی دارو برای تخفیف علایم محرومیت به حداقل برسد. به کیفیت رابطه درمانی نیز باید توجه شود، زیرا ایجاد اتحاد درمانی در مرحله ارزیابی و در شروع درمان به ماندگاری در درمان کمک می‌کند.

مهم است که علایم و نشانه‌های غیراختصاصی بارداری با علایم محرومیت اشتباه نشود و در صورت وجود علایم محرومیت از مواد افیونی دوز متادون افزایش داده شود. باید در مورد افزایش دوز احتیاطات لازم انجام پذیرد، به این ترتیب که بیمار در زمان اوج سطوح پلاسمایی دارو (۴-۲ ساعت بعد از تجویز متادون) ویزیت گردد. در صورت مشاهده تسکین بیش از حد یا سایر علایم مسمومیت با متادون باید در افزایش دوز احتیاط شود زیرا در غیر این صورت ممکن است با تجمع دارو در بدن در عرض ۷-۳ روز اول بیش‌مصرف رخ دهد.

دوز کلی روزانه نباید با فواصل کمتر از هر ۵-۳ روز افزایش داده شود. دوز باید تا رسیدن به دوز بهینه افزایش داده شود، یعنی تا جایی که بیمار علایم محرومیت را تا ۲۴ ساعت بعد از دوز تجربه نکند، دیگر مواد افیونی مصرف نکند، وسوسه نداشته باشد یا وسوسه جزیی را تجربه کند. استفاده از یک ارزیابی

استانداردشده محرومیت مثل مقیاس بالینی محرومیت مواد افیونی[1] (پیوست سه) یا مقیاس ارزیابی مخدر علایم محرومیت مؤسسه بالینی[2] (پیوست چهار) برای علایم کمّی ترک کمک‌کننده است. گرچه، برخی علایم محرومیت (برای مثال تهوع، درد پشت و غیره) با علایم بارداری هم‌پوشانی دارند و ابزاری که این دو وضعیت طبی را از هم افتراق دهد در دسترس نیست. در این گونه موارد اهمیت قضاوت بالینی از ابزارهای ارزیابی بیش‌تر است. اغلب، بیماری که پیش از بارداری علایم محرومیت از مواد افیونی را تجربه کرده است، در صورت وجود اتحاد درمانی مناسب می‌تواند پزشک را برای افتراق علایم محرومیت از علایم عمومی و غیراختصاصی بارداری کمک کند.

ملاک‌های تعیین دوز برای بیماران باردار و غیرباردار مشابه هم هستند. به دلیل نیمه‌عمر طولانی، متادون معمولاً روزی یک بار تجویز می‌شود. اگرچه زنان باردار تحت درمان نگهدارنده با متادون با پیشرفت بارداری مکرراً از افزایش علایم پرهیز شکایت دارند و بنابراین ممکن است نیاز به افزایش دوز مصرفی دارو برای حفظ سطوح پلاسمایی درمانی و پیشگیری از عود و علایم پرهیز داشته باشند.

دوز منقسم

با پیشرفت بارداری با افزایش حجم پلاسما، متابولیسم متادون و سرعت کلیرانس آن افزایش دوز متادون ممکن است نتواند اثر نگهدارندگی کافی به مدت ۲۴ ساعت ایجاد کند. استفاده از دوز منقسم دو بار در روز در سه ماهه دوم و سوم بادای بهتر می‌تواند وضعیت مادر باردار را پایدار نگه دارد. در مقایسه با دوز واحد روزانه، دوز منقسم ممکن است به پایدارکردن وضعیت رحم برای رشد جنین و کاهش مهار تنفس و حرکت آن از طریق کاهش اختلاف بین غلظت

1. Clinical Opiate Withdrawal Scale
2. Clinical Institute Narcotic Assessment Scale for Withdrawal Symptoms

حداکثر دارو به نشیب[1] در خون کمک کند. توصیه می‌شود دوز منقسم به‌عنوان یک گزینه درمانی برای تمام زنان بارداری که علایم پرهیز را با پیشرفت بارداری تجربه می‌کنند در دسترس باشد.

اگر رژیم دارویی یک بار در روز نتواند علایم پرهیز را تخفیف دهد، متادون در ۲ دوز منقسم با فواصل حداقل ۸ ساعته تجویز می‌شود. دوز منقسم می‌تواند در سه ماهه سوم مناسب باشد زیرا سطوح پایه متادون کاهش می‌یابد. در یک مطالعه، مصرف مواد افیونی غیرقانونی و کوکائین در گروه دوز منقسم درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با دوز واحد در سه ماهه سوم کم‌تر گزارش شد (به ترتیب ۰/۵٪ و ۰/۳٪ در مقایسه با ۲۴٪ و ۱۵٪).

باید در این موارد اجازه داده شود دوز دوم به‌صورت دوز منزل داده شود به شرط آن که بیمار معیارهای ایمنی برای دوز منزل را داشته باشد. این کار الزام مادر باردار برای دو بار مراجعه در روز را از بین می‌برد. موضوعاتی که باید هنگام تجویز دوز منزل در نظر گرفته شود عبارتند از: ساعات کار مرکز درمانی، دوری راه مراجعه‌کننده و هزینه رفت و آمد، وجود کودکان در منزل، وجود همراه قابل اعتماد برای کمک در مراقبت کودکان، توانایی مادر در حفظ دوز منزل و شاغل‌بودن مادر باردار.

انتقال از درمان نگهدارنده با متادون به بوپرنورفین

انتقال از متادون به بوپرنورفین، احتمال عدم تثبیت را به دنبال دارد و خطرات بالقوه انتقال بیمار تثبیت شده روی متادون به بوپرنورفین برای مادر و جنین به‌خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. به‌علاوه روش‌های انتقال بدون خطر القای محرومیت قابل ملاحظه معرفی نشده است. با توجه به این دلایل انتقال از درمان نگهدارنده با متادون به بوپرنورفین در طول بارداری توصیه

1. Peak and trough

نمی‌شود و فقط باید زمانی در نظر گرفته شود که تداوم درمان نگهدارنده با متادون به هر دلیل امکان‌پذیر نباشد.

شناسایی زمان بهینه شروع بوپرنورفین برای بیمارانی که مواد افیونی طولانی‌اثر (برای مثال متادون) استفاده می‌کنند دشوارتر است. گزارش‌های معدودی از انتقال مستقیم زنان باردار از متادون به بوپرنورفین نشان می‌دهد که انتقال زنان باردار در سه ماهه دوم و سوم از متادون خوراکی (دوز بالای ۸۵ میلی‌گرم روزانه) به بوپرنورفین زیرزبانی (تا ۱۲ میلی‌گرم) شدنی است. شکایت اصلی ناشی از این انتقال خلق دیس‌فوریک و احساس سبکی سر بود که هم‌چون گزارش‌ها در بیماران غیرباردار ۲ روز به طول انجامید. تجربه کار با زنان باردار نشان می‌دهد که القای سریع ۱۴-۱۲ میلی‌گرم بوپرنورفین در عرض ۳-۲ روز در زنان باردار قابل انجام است. تجویز مورفین سریع‌رهش به مدت سه روز قبل از القای بوپرنورفین می‌تواند برای بیمارانی که قبلاً بر روی متادون نگهدارنده بوده‌اند سودمند باشد.

استفراغ در زنان باردار روی درمان نگهدارنده با متادون

استفراغ یک نگرانی جدی در زنان باردار روی درمان نگهدارنده با متادون است. استفراغ دوز متادون منجر به علایم ترک هم در مادر و هم در جنین می‌شود. علایم محرومیت باعث دیسترس جنینی شده و باید از آن اجتناب شود. باید برای راهنمایی کارکنان در موارد استفراغ دوز متادون زنان باردار دستورالعمل مشخصی وجود داشته باشد. اگر دوز متادون:

- در عرض ۱۰ دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تکرار دوز را در نظر بگیرید.
- بین ۱۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تجویز نصف دوز را در نظر بگیرید.
- بعد از ۶۰ دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تجویز نصف دوز را در صورت بروز علایم محرومیت در نظر بگیرید.

ترجیح دارد که کارکنان محتویات استفراغ‌شده را ببینند، اما چون غیرمحتمل است که تمام محتویات معده هنگام استفراغ خارج شده باشد، اطمینان از مقدار دوز جذب‌شده دشوار است. هر جا شک وجود داشته باشد، لازم است زن باردار ۶-۴ ساعت بعد از استفراغ زمانی که اثرات متادون باید در حداکثر خود باشد، توسط یک پزشک آموزش‌دیده دوباره ارزیابی شود تا وجود نیاز به یک دوز اندک اضافی تعیین شود.

نکات زیر برای درمان مشکلات همراه با استفراغ در بارداری توصیه می‌شوند:

- زنان باردار موقع دریافت متادون معده‌شان خالی نباشد.
- دوز متادون خود را به آرامی و جرعه‌جرعه بنوشند.
- اگر دوز متادون مکرراً استفراغ ایجاد نماید، تقسیم دوز روزانه یا تجویز پروکلرپرازین[1] رکتال را ۶۰-۳۰ دقیقه پیش از تجویز دوز در نظر بگیرید.
- اگر یک زن باردار به‌صورت مداوم استفراغ دارد و استفراغ او ضرورتاً با دوز متادون مرتبط نیست باید زیر نظر متخصص زنان و زایمان و مطابق دستورالعمل‌های موجود برای هیپرِامزیس گراویداروم[2] درمان شود (جدول ۱-۵).

جدول ۱-۵: اصول راهنمای درمان هیپرِامزیس گراویداروم

میزان دهیدراتاسیون و کتوزیس را ارزیابی کنید (پذیرش در بیمارستان را در صورت کتون ادرار بیش از ۲+ در نظر بگیرید).
سایر علل استفراغ (برای مثال عفونت مجاری ادرار) را در نظر بگیرید.
نیاز به هیدراتاسیون وریدی را در نظر بگیرید.
نیاز به دارودرمانی را در نظر بگیرید (مثلاً پروکلرپرازین رکتال یا اُندانسترون[3] عضلانی یا وریدی).
نیاز به بهبود وضعیت تغذیه‌ای (برای مثال بهبود رژیم، مکمل‌های ویتامین / آهن) را ارزیابی کنید.

1. Prochlorperazine
2. Hyperemesis gravidarum
3. Ondansetron

درمان با متادون در طول زایمان

تجربه بالینی و گزارش‌های موردی محدود نشان می‌دهند که برای اجتناب از محرومیت، داروهای آگونیست باید بدون وقفه (دوز روزانه) در طول دوره درد زایمان، زایمان و بلافاصله بعد از زایمان ادامه یابد.

اگر لازم باشد بیمار به دلیل نیاز به بی‌هوشی NPO باقی بماند، محلول متادون را می‌توان در حجم بسیار کم (برای مثال ۳۰-۲۰ میلی‌لیتر) تجویز نمود. اگر این نگرانی وجود داشته باشد که دوز متادون سرعت زایمان را کُند نماید، یک گزینه می‌تواند تقسیم دوز به‌صورت تحت نظارت باشد. نصف دوز در زمان معمول تجویز می‌شود و دوز باقیمانده باید با مشاهده اولین علایم محرومیت تجویز شود.

درمان با متادون بعد از وضع حمل

در صورتی که بیمار قبل از بارداری روی درمان نگهدارنده با متادون بوده است کاهش دوز متادون به میزان پیش از بارداری پس از زایمان توصیه شده است. برخی منابع توصیه کرده‌اند دوز متادون پس از زایمان به ۵۰٪ تا ۷۵٪ دوز قبلی کاهش داده شود.

شواهد در خصوص رژیم استاندارد کاهش دوز متادون پس از زایمان اندک است. هر یک از رویکردهای بالا در پیش گرفته شود پس از تغییر دوز ویزیت روزانه بیمار به منظور تعیین دوز تثبیت جدید براساس نشانه‌های مسمومیت یا پرهیز یا در صورت امکان اندازه‌گیری سطوح خونی پلاسمایی توصیه می‌شود.

در یک گزارش از ۱۰ بیمار باردار تحت درمان دوزهای ۲۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم، فقط یک بیمار نشانه‌های خفیف مصرف بیش از حد دارو را ۳ روز بعد از زایمان نشان داد. با توجه به تنوع بین‌فردی بالا در میان بیماران، تغییرات دوز باید بر اساس نشانه‌ها و علایم محرومیت یا مسمومیت متادون انجام شود.

تداوم درمان پس از زایمان

برخی بیماران درخواست می‌کنند بعد از به دنیا آوردن کودک، داروی خود را قطع کنند. باید به این بیماران توصیه شود که مطلوب است درمان خود را با متادون ادامه دهند، زیرا مادرشدن با استرس‌هایی همراه است که ممکن است احتمال عود به مصرف مواد را متعاقب کاهش تدریجی و قطع دارو افزایش دهند.

برخی گزارش‌های موردی نشان می‌دهند ۶-۳ ماه پس از زایمان، مادران روی درمان وابستگی به مواد افیونی به‌صورت خاص نسبت به لغزش و عود، آسیب‌پذیر هستند. تداوم درمان نگهدارنده، مشاوره، حمایت‌های اجتماعی و مراقبت‌های کودک می‌تواند خطر عود را در این گروه کاهش دهد.

بازگیری از مواد افیونی با متادون

بازگیری تحت نظارت طبی[1] یا همان «سم‌زدایی» با متادون، به‌علت افزایش خطر سقط، زایمان زودرس، مرگ جنین و بازگشت به مصرف مواد مخدر در زنان باردار توصیه نمی‌شود. در صورتی که بازگیری تحت نظارت طبی در نظر گرفته شود، ارزیابی کامل برای تعیین مناسب‌بودن این روش درمانی برای مادر باردار باید انجام شود، زیرا پرهیز تحت نظارت طبی مکرراً منجر به عود به مصرف مواد افیونی می‌شود. بیماران مناسب برای پرهیز تحت نظارت طبی در طول دوران بارداری بیمارانی هستند که:

- در مناطقی زندگی می‌کنند که درمان نگهدارنده با متادون در دسترس نیست.
- بر روی درمان نگهدارنده با متادون پایدار بوده‌اند و و درخواست بازگیری تحت نظارت طبی دارند.

1. Medically supervised withdrawal

- نمی‌خواهند درمان نگهدارنده با متادون را ادامه دهند.
- برای بازگیری نظارت‌شده طبی در یک برنامه درمانی ساختارمند برنامه‌ریزی کرده‌اند.

بازگیری با متادون باید تحت نظارت پزشک باتجربه در درمان اعتیاد در بارداری انجام شود، و بیمار باید از نظر جنینی پایش شود. همان‌گونه که پیشتر گفته شد بازگیری از مواد افیونی در سه ماهه اول، خطر سقط و در سه ماهه سوم خطر زایمان زودرس یا مرگ جنین را افزایش می‌دهد، به همین دلیل بهتر است این مداخله در سه ماهه دوم و در صورت پایداربودن وضعیت بارداری انجام پذیرد.

هنگام بازگیری نظارت‌شده طبی، دوز متادون باید ۱ تا ۲/۵ میلی‌گرم در روز برای بیماران بستری و ۲/۵ تا ۱۰ میلی‌گرم در هفته در بیماران سرپایی کاهش داده شود. حرکات جنین باید روزی ۲ بار در بیماران سرپایی پایش شود. بازگیری تحت نظارت طبی اگر باعث استرس جنینی یا تهدید به زایمان زودرس شود باید متوقف گردد.

۶-۶- بوپرنورفین

بوپرنورفین در گروه C دارویی قرار دارد، با این حال می‌توان از این دارو در بیماران باردار تحت شرایط خاصی استفاده کرد. تعداد محدودی مطالعه آینده‌نگر محدود با استفاده از قرص زیرزبانی بوپرنورفین در زنان باردار گزارش شده و چندین مطالعه موردی نیز از مصرف بوپرنورفین در بارداری از کشور فرانسه گزارش شده است. در یک مطالعه مروری نشان داده شد که استفاده از بوپرنورفین برای درمان وابستگی به مواد افیونی به لحاظ برآیندهای درمان اعتیاد، زایمان و نوزادی ایمن و مؤثر است. هرچند داده‌های طولی در خصوص

اثرات طولانی‌مدت مواجهه داخل رحمی با این دارو بر رشد و تکامل بعدی کودکان در دسترس نیست.

گرچه بوپرنورفین برای استفاده در بارداری تأیید نشده است، واقعیت این است که بوپرنورفین گزینه‌های درمانی برای بیماران غیربباردار را افزایش داده و بیماران می‌توانند در حین درمان با آن باردار شوند. درمان خط اول برای یک زن باردار وابسته به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون است. با این وجود اگر یک زن از قبل روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بوده و پس از آشنایی با منافع و خطرات احتمالی درمان با بوپرنورفین تمایل داشته باشد به این درمان ادامه دهد درمان با بوپرنورفین در بارداری و شیردهی قابل قبول است.

فارماکولوژی

فارماکولوژی بوپرنورفین به‌عنوان یک آگونیست نسبی گیرنده μ / آنتاگونیست گیرنده کاپا از متادون پیچیده‌تر است. این موضوع القای درمان را خصوصاً اگر بیمار در زمان ارزیابی اولیه به‌صورت فعال در حال مصرف مواد باشد، چالش‌برانگیزتر می‌کند. اگر اولین دوز بوپرنورفین در فاصله زمانی کمی با آخرین نوبت مصرف مواد افیونی غیرقانونی (پیش از تظاهر علایم بالینی محرومیت از مواد افیونی) یا با دوزهای بالا تجویز شود، ممکن است علایم محرومیت در بیمار القا شود. هم‌چون متادون اگر دوز بوپرنورفین خیلی کم باشد، ممکن است علایم پرهیز را به‌طور کامل برای ۲۴ ساعت تا زمان دوز بعدی تخفیف ندهد.

گرچه پژوهش‌های قابل توجهی روی بررسی پارامترهای دوز بوپرنورفین در بیماران غیرباردار وجود دارد، پژوهش مشابه در بیماران باردار انجام نشده است. در درمان نگهدارنده با بوپرنورفین تغییرات فیزیولوژیک بدن در بارداری کمتر از متادون مشکل‌آفرین است زیرا نیمه‌عمر این دارو طولانی‌تر است و نسبتاً به کندی از گیرنده‌های μ جدا می‌شود.

تداخلات فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک بوپرنورفین با سایر داروها عموماً مشابه متادون است. برای مثال مصرف بوپرنورفین با سایر داروهای تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی می‌تواند تداخل فارماکودینامیک ایجاد نموده و باعث آرام‌بخشی بیش از حد شود. مصرف هم‌زمان بوپرنورفین با بنزودیازپین‌های کوتاه‌اثر با خطر افزایش‌یافته مرگ ناشی از بیش‌مصرف همراه است.

اصول درمان با بوپرنورفین در دوران بارداری

با توجه به ناکافی‌بودن داده‌ها و عدم تأیید استفاده از بوپرنورفین در بارداری توصیه می‌شود بوپرنورفین فقط در مواردی استفاده شود که پزشک معتقد است منافع بالقوه بیش از خطرات احتمالی آن است. برای مثال در بیمارانی که قبلاً روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین تثبیت شده‌اند و باردار می‌شوند، می‌توان با پایش دقیق، درمان نگهدارنده با بوپرنورفین را ادامه داد. زنان بارداری که وابسته به مواد افیونی هستند اما نمی‌توانند متادون را تحمل کنند، کسانی که برای‌شان پایبندی به شرایط درمان با متادون دشوار است یا کسانی که سرسختانه نمی‌خواهند وارد درمان متادون شوند ممکن است کاندیدهای خوبی برای درمان با بوپرنورفین باشند.

در این گونه موارد باید به روشنی در پرونده بیمار مستند شود که بیمار درمان با متادون را رد کرده یا این درمان در دسترس نیست و بیمار از خطرات مصرف بوپرنورفین مطلع شده و این خطرات را درک کرده است (پیوست ۱). توجه به این نکته لازم است که هنگام درمان بیماران باردار باید از بوپرنورفین فاقد نالوکسان استفاده شود، زیرا هیچ مطالعه‌ای بر روی ایمنی مواجهه جنین با نالوکسان زیرزبانی در داروی ترکیبی بوپرنورفین و نالوکسان انجام نشده است. در صورتی که بیمار روی درمان داروی ترکیبی بوپرنورفین و نالوکسان باردار شود می‌توان بیمار را مستقیماً به فرم دارویی بوپرنورفین به تنهایی منتقل کرد.

القا و تثبیت

برخلاف متادون، کار با بوپرنورفین به‌علت احتمال ایجاد علایم محرومیت پیچیده‌تر است. مثل بیماران غیربار‌دار، فاصله حداقل ۶ ساعته بین مصرف مواد افیونی کوتاه‌اثر و تجویز بوپرنورفین (زمانی که برخی علایم عینی پرهیز مواد افیونی وجود دارد) تحمل القای بوپرنورفین را افزایش می‌دهد. هرچند توصیه می‌شود حتی‌الامکان از علایم محرومیت در بارداری اجتناب شود اما علایم خفیف محرومیت (نمرات CINA در دامنه ۱۲-۱۰) از مواد افیونی برای بارداری خطرناک نیست (پیوست ۴). بنابراین منطقی است که از مادر باردار بخواهیم از مصرف هر گونه مصرف ماده افیونی پرهیز نموده و با شروع علایم محرومیت اولین دوز بوپرنورفین تجویز شود.

نکته: القای درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در طول بارداری نباید به‌صورت یک گزینه معمول در نظر گرفته شود و باید زیر نظر پزشک یا روان‌پزشک دارای تجربه در درمان اعتیاد بارداری و متخصص زنان و زایمان انجام شود.

تنظیم دوز

۷۰٪ بیمارانی که قبل از بارداری بوپرنورفین مصرف می‌کردند تدریجاً در طول بارداری نیاز به افزایش دوز بوپرنورفین در حد متوسط (۶-۳ میلی‌گرم) پیدا می‌کنند. در یک مطالعه، میانگین دوز بوپرونورفین مادران بارداری که درمان را در طول بارداری شروع کرده بودند در زمان خاتمه بارداری ۱۱ میلی‌گرم بود. نیاز به افزایش شدید در بوپرنورفین در طول بارداری گزارش نشده است.

با توجه به نیمه‌عمر طولانی بوپرنورفین و فارماکولوژی خاص آن، دوز منقسم برای تثبیت بوپرنورفین ضروری به‌نظر نمی‌رسد و بهترین روش تجویز آن، به‌صورت روزانه است. برای تثبیت بوپرنورفین دوزهای ۲۴-۴ میلی‌گرم روزانه

می‌تواند برای بیماران غیربردار مناسب باشد. هم‌چون متادون، هدف اولیه در انتخاب دوز پایدار بوپرنورفین برای یک بیمار فرضی باید سرکوب علایم محرومیت و دست‌یابی به «انسداد اُپیوئیدی» باشد. در یک مطالعه تصادفی دوسوکور میانگین نیاز به افزایش دوز، در طول بارداری برای متادون و بوپرنورفین به ترتیب ۳۰ میلی‌گرم و ۶ میلی‌گرم بود.

انتقال از درمان نگهدارنده با بوپرنورفین به درمان نگهدارنده با متادون

همان‌گونه که پیشتر گفتیم بوپرنورفین از متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری کارآیی پایین‌تری دارد، بنابراین در صورت عدم دریافت پاسخ درمانی مناسب از درمان با بوپرنورفین انتقال به درمان نگهدارنده با متادون را در نظر بگیرید. در این گونه موارد یا سایر مواردی که انتقال به درمان با متادون لازم می‌شود نکات زیر را در نظر داشته باشید:

- شروع درمان با متادون حداقل ۲۴ ساعت پس از دریافت آخرین دوز بوپرنورفین
- ارزیابی روزانه تا سه روز پس از تغییر درمان و سپس ۲ بار در هفته تا پایدارشدن وضعیت بیمار (که اغلب در طول ۲-۱ هفته حاصل می‌شود).
- برای بیمارانی که روزانه ۴-۲ میلی‌گرم بوپرنورفین مصرف می‌کنند، انتقال به ۲۰ میلی‌گرم متادون؛ برای ۸-۶ میلی‌گرم بوپرنورفین، انتقال به ۳۰ میلی‌گرم متادون و در مورد بیمارانی که روزانه بیش از ۸ میلی‌گرم بوپرنورفین مصرف می‌کنند، دوز شروع ۴۰ میلی‌گرم متادون توصیه می‌شود. دوزهای متادون بالاتر در روز اول به‌علت نگرانی از آرام‌بخشی بیش از حد توصیه نمی‌شود. بعد از تجویز اولین دوز، بیمار باید تحت نظر گرفته شود و دوز شروع و دوزهای بعدی براساس قضاوت بالینی تعیین می‌شود.

- به‌خاطر کاهش تدریجی اثرات انسدادی باقی‌مانده از بوپرنورفین ممکن است متادون با دوز ثابت اثرات، اُپیوئیدی بیشتری در روزهای بعدی ایجاد کند، لذا ویزیت روزانه و پایش بیمار از نظر علایم محرومیت و مسمومیت اهمیت بالایی دارد.
- اگر مادار باردار دارای عوامل خطر دیگری از جمله مشکلات جسمی یا روانی باشد، قادر به مراجعه مرتب جهت پی‌گیری نباشد یا روزانه بیش از ۱۶ میلی‌گرم بوپرنورفین مصرف کند باید جهت انتقال درمان در بیمارستان بستری شود.

بازگیری از مواد افیونی با بوپرنورفین

با توجه به خطرات کاهش دوز شامل علایم و نشانه‌های محرومیت و دیسترس جنینی حاصله، کاهش دوز بوپرنورفین در دوران بارداری توصیه نمی‌شود.

با این وجود در صورت اصرار بیمار و نظر مساعد پزشک، بهترین زمان برای اقدام، سه ماهه دوم بارداری می‌باشد. اگرچه در درمان سوءمصرف مواد، دست‌یابی به پرهیز هدف نهایی به‌شمار می‌روند، حتی‌الامکان نباید در دوران بارداری و بلافاصله پس از آن مد نظر قرار گیرند.

درمان با بوپرنورفین در طول زایمان

در مواردی که مادر NPO است، با توجه به نیمه‌عمر نسبتاً طولانی‌تر بوپرنورفین و جداشدن آهسته این دارو از گیرنده‌ها می‌توان در طول وضع حمل دوزی تجویز نکرد. تجویز بوپرنورفین داخل عضلانی با دوز معادل دوزی که به‌صورت زیرزبانی تجویز می‌شود، یک گزینه دیگر است.

درمان با بوپرنورفین بعد از وضع حمل

شواهد در خصوص نیاز به غیر دوز پس از زایمان در مادران روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین ناکافی است و به‌طور معمول این کار توصیه نشده است. در بیماران روی درمان نگهدارنده پایش نزدیک علایم محرومیت و ممنوعیت به منظور تنظیم دوز دارو متناسب با تغییرات فیزیولوژیک بدن اهمیت اساسی دارد.

۶-۷- سایر ملاحظات درمانی مهم

پیشگیری از بارداری

استفاده از روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری به منظور پیشگیری از بارداری ناخواسته در زنانی که درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست را شروع می‌کنند و هم‌چنین پس از زایمان به منظور فاصله‌گذاری مناسب اهمیت بالایی دارد.

شواهدی از تداخل دارویی از نظر بالینی مهم، بین داروهای ضد بارداری هورمونی و متادون و بوپرنورفین وجود ندارد. با توجه به خطرات بارداری مجدد بر سلامت جسمی و روانی زنان وابسته به مواد افیونی، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری دائمی مثل بستن لوله‌ها در زنان و وازکتومی در همسران آن‌ها برای زوج‌هایی که دیگر قصد بچه‌دارشدن ندارند می‌تواند مناسب باشد.

در حال حاضر لزوم رضایت کتبی همسر قانونی برای بستن لوله‌ها بعد از زایمان در زنان وابسته به مواد افیونی که دیگر تمایل به بارداشدن ندارند، خصوصاً در زنان فاقد همسر رسمی یا زنانی که در صیغه‌های ثبت‌نشده باردار شده‌اند، یکی از چالش‌های استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مطمئن در این گروه از بیماران به حساب می‌آید.

عدم پایبندی به درمان

زنان مبتلا به اختلالات مصرف مواد اغلب زندگی آشفته‌ای دارد، خشونت خانگی را تجربه می‌کنند و وضعیت اسکان ناپایدار دارند. ساختار تعبیه‌شده توسط برنامه‌های درمان برای پاسخ به نیازهای این گروه از بیماران مناسب نیست. عود خصوصاً در شروع درمان شایع است.

عدم پایبندی به درمان با ناتوانی برای حفظ پرهیز، رفتارهای پرخطر یا عدم پیروی از دستورات برنامه مراقبت و درمان مشخص می‌شود. عدم پایبندی به برنامه درمان در زنان باردار وابسته به مواد افیونی به‌طور شایع دیده می‌شود. در صورت مواجهه با این مشکل در نظرگرفتن موارد زیر کمک‌کننده خواهد بود:

- تداوم درمان نگهدارنده در محیط بستری (یا در صورت امکان اقامتی) برای فراهم‌کردن امکان پایش و حمایت ۲۴ ساعته در محیط عاری از مواد
- افزایش دفعات ویزیت یا مشاوره و تأمین خدمات پزشکی یا روان‌پزشکی تکمیلی در صورت نیاز
- انتقال بیمار به درمان نگهدارنده به متادون در صورتی که بیمار روی درمان با بوپرنورفین باشد.
- در صورت مثبت‌بودن مکرر آزمایش از نظر بنزودیازپین‌ها باید احتیاط‌های لازم به منظور اجتناب از بیش‌مصرف دارو و مواد صورت گیرد. پذیرش در بیمارستان به منظور اجرای یک برنامه درمانی بازگیری از بنزودیاپین‌ها ممکن است اندیکاسیون داشته باشد.
- مستندسازی کلیه مراقبت‌ها و انجام ارجاع‌های به موقع در این بیماران اهمیت بالایی دارد .

اهمیت مشاوره و مداخلات روانی، اجتماعی

مداخلات روانی، اجتماعی نقش مهمی در درمان زنان باردار وابسته به مواد افیونی ایفا می‌کند. به‌طور خاص، راهبردهای مدیریت مشروط در بهبود میزان ماندگاری در درمان اعتیاد کاهش مصرف مواد مؤثر هستند. هر چه دسترسی به مشاوره و حمایت روانی، اجتماعی زودتر فراهم گردد، احتمال ایجاد محیط زندگی مناسب و حل مشکلات قانونی و مالی افزایش می‌یابد.

وابستگی به نیکوتین

همان‌گونه که در فصل ۲ دیدیم، مصرف سیگار در زنان وابسته به مواد افیونی شایع است و بر سلامت بارداری و کودک اثرات منفی زیادی دارد. مشاوره‌های ترک سیگار در کاهش و قطع مصرف سیگار در بارداری مؤثر هستند. مطالعات نشان می‌دهد ترک سیگار در بارداری خطر زایمان زودرس و وزن کم تولد را پایین می‌آورد. مداخلات مختلفی برای ترک سیگار در بارداری به کار رفته‌اند که از توصیه ساده تا راهبردهای شناختی، رفتاری را در بر می‌گیرد. مداخلات غیردارویی ترک سیگار خط اول درمان وابستگی به نیکوتین در بارداری بوده و شدیداً هزینه ـ اثربخش هستند.

کارآزمایی‌های کنترل‌شده اثربخشی درمان جایگزین با نیکوتین را در افزایش میزان ترک سیگار در زنان باردار نشان نداده‌اند، هرچند این درمان‌ها می‌توانند تعداد سیگار کشیده‌شده را کاهش دهند. در دوران بارداری درمان جایگزین نیکوتین در ترکیب با شناخت درمانی، رفتاری منجر به موفقیت بیشتر ترک سیگار در مقایسه با مشاوره، به تنهایی می‌شود. ایمنی استفاده از درمان جایگزین با نیکوتین در بارداری ناشناخته است. هرچند شاید بتوان به زنان بارداری که علی‌رغم دریافت مشاوره موفق به ترک سیگار نشده‌اند پس از اخذ رضایت آگاهانه استفاده از آن را پیشنهاد نمود. به لحاظ ایمنی، درمان‌های

جایگزین با نیکوتین که دوز متناوبی از نیکوتین را تأمین می‌کنند (هم‌چون آدامس نیکوتین) ممکن است بر درمان‌هایی که دوز ثابتی از آن را تأمین می‌کنند (هم‌چون برچسب پوستی) ارجحیت داشته باشند. در صورت استفاده از درمان جایگزین نیکوتین در بارداری باید از پایین‌ترین دوز مؤثر استفاده نمود. در صورت تداوم مصرف سیگار استفاده از درمان جایگزین نیکوتین باید قطع شود.

بوپروبیون و وارنیسیلین در درمان وابستگی به نیکوتین در افراد غیربردار مؤثر هستند. داده‌های ایمنی در مورد استفاده از این داروها در بارداری محدود است. تا امروز مصرف بوپروبیون در بارداری با ناهنجاری مادرزادی همراه نبوده است. شواهد اولیه از یک مطالعه کوچک پیشنهاد می‌کند که بوپروبیون برای ترک سیگار در بارداری مؤثر است. برای ایمنی و اثر بخشی بوپروبیون و وارنیسیلین در درمان ترک سیگار در بارداری پژوهش‌های بیشتری لازم است.

درمان وابستگی به بنزودیازپین‌ها

زنان باردار مبتلا به وابستگی چندگانه به مواد افیونی و بنزودیازپین‌ها نیاز به دریافت درمان بارگیری برای مشکل بنزودیازپین خود دارند. به منظور اجتناب از زایمان زودرس یا تشدید علایم روان‌پزشکی زمینه‌ای رژیم بازگیری بسیار آهسته از بنزودیازپین‌ها در طول دوره بارداری توصیه می‌شود.

با توجه به پیچیدگی‌های درمان هم‌زمان وابستگی به مواد افیونی و بنزودیازپین‌ها در دوران بارداری بستری کوتاه مدت به منظور القای درمان نگهدارنده و بازگیری از بنزودیازپین‌ها اندیکاسیون دارد. برای بازگیری از بنزودیازپین‌ها ابتدا دوز بنزودیازپین مصرفی بیمار به ۳/۴-۲/۳ دوز معادل از یک بنزودیازپین طولانی‌اثر هم‌چون دیازپام یا کلونازپام تبدیل و سپس روزانه ۱۰٪ دوز را کاهش داده و قطع می‌کنیم.

درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود در بارداری

بین ۵۶ تا ۷۳٪ زنان باردار وابسته به مواد افیونی از یک اختلال روان‌پزشکی ماژور بر اساس DSM-IV رنج می‌برند. شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی همراه در زنان باردار مصرف‌کننده مواد نشان می‌دهد که غربال‌گری و درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه در این بیماران اهمیت بالایی دارد.

گرچه به‌نظر می‌رسد بارداری یک مرحله محافظت‌کننده بر روی تظاهرات اولیه اختلالات روان‌پزشکی است، برخی مؤلفان خطر بالاتر اختلالات افسردگی مرتبط با بارداری را گزارش می‌کنند.

علی‌رغم این واقعیت که اکثر مطالعات اخیر، ایمنی نسبی برخی داروهای ضدافسردگی (مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین و ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای) را در طول بارداری مستند کرده‌اند، هنوز برخی بیماران و درمان‌گران نگرانی‌های زیادی درباره بی‌خطری آن‌ها دارند. اثرات تراتوژنیک و اختلالات رفتاری پس از تولد به‌طور خاص مورد نظر هستند.

داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین[1] برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی استفاده می‌شوند. پزشکان مکرراً این داروها را برای زنان باردار تجویز می‌کنند. گرچه تحقیقات اولیه بر روی اثرات SSRIs در بارداری نتایج گمراه‌کننده‌ای داشت، اکنون دانسته شده که اثرات مصرف SSRIs بر نوزاد شامل تحریک بیش از حد سروتونرژیک، سندرم‌های محرومیت و اثرات طولانی‌مدت بر رفتار و عملکرد می‌شود.

فلوکستین و متابولیت آن نورفلوکستین بیش از سرترالین، پاروکستین و فلووکسامین مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. گر چه نتایج اولیه نشان داده که در طول سه ماهه اول SSRIs خطر ناهنجاری‌های نوزاد را افزایش نمی‌دهد، داده‌های متناقضی اکنون درباره پاروکستین در دسترس قرار گرفته است. علاوه

1. SSRIs

بر این، بحث‌هایی درباره ارتباط احتمالی بین فلوکستین و سقط وجود دارد. نوزادان مواجهه‌یافته با فلوکستین در سه ماهه سوم بارداری در معرض خطر بالاتر عوارض نوزادی مثل هیپوگلیسمی، هیپوترمی، دیسترس تنفسی، هیپربیلیروبینمی، کاهش APGAR (براساس ارزیابی سریع رنگ پوست، ضربان قلب، رفلکس تحریک‌پذیری، تون عضلانی و تنفس در دقایق ۱، ۵، ۱۰ پس از تولد) و افزایش بروز نارسی هستند. علایم مشاهده‌شده ممکن است در اثر مواجهه سمی سروتونرژیک، قطع ناگهانی دارو یا ترکیبی از آن ایجاد شده باشد. برخی محققان ارتباط احتمالی بین مصرف SSRIs و فشارخون ریوی پایدار نوزادی را بررسی کرده و نتیجه‌گیری کردند احتمال دارد ارتباطی بین مصرف SSRIs در اواخر بارداری و این عارضه وجود داشته باشد.

نوزادان مواجهه‌یافته با SSRIs در بارداری در معرض خطر افزایش یافته تشنج به‌عنوان بخشی از سندرم پرهیز نوزادی قرار دارند.

تاکنون مطالعه‌ای که برآیندهای نوزادی و عوارض طولانی‌مدت احتمالی افسردگی درمان‌نشده، افسردگی درمان‌شده با SSRIs و بارداری کنترل سالم را مقایسه کند، انجام نشده است. در یک مطالعه فعالیت فرونتال کاهش یافته و مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان سه ساله تولدیافته از مادران مبتلا به افسردگی مزمن گزارش شد.

درمان‌های غیردارویی مثل روان‌درمانی شناختی، رفتاری باید به‌عنوان خط اول در درمان افسردگی خفیف تا متوسط در دوران بارداری نظر گرفته شوند. برخی محققان معتقدند درمان دارویی نباید از زنان مبتلا به افسردگی در اواخر بارداری دریغ شود اما نوزاد باید پس از تولد از نظر بروز عوارض از نزدیک پایش شود.

ارزیابی و مشاوره تغذیه

افراد سوءمصرف‌کننده مواد اغلب تغذیه ضعیفی دارند. مواد ممکن است متابولیسم مصرف‌کنندگان را مختل کند، با قابلیت دسترسی مواد مغذی تداخل کند و بر روی اشتها تأثیر گذارد. گرچه، سایر عوامل سبک زندگی همراه با مصرف مواد در سوءتغذیه این بیماران نقش مهمی ایفا می‌کنند. این عوامل شامل وضعیت اقتصادی ضعیف، عادات تغذیه‌ای بد، فعالیت بدنی اندک، بی‌توجهی به اصول تغذیه صحیح و سلامت و محدودشدن رژیم غذایی به دلیل عوارض بارداری می‌شوند. بارداری زمان مناسبی برای کمک به زنان برای بهبود نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت است. توصیه می‌شود که تمام زنان باردار روی درمان نگهدارنده با متادون:

- از نظر وضعیت تغذیه، عادات غذا خوردن و وزن ارزیابی شوند.
- در مورد رژیم و وزن متناسب برای دست‌یابی به اهداف بهینه بارداری آموزش و مشاوره بگیرند.
- برای دریافت و مصرف صحیح مکمل‌های تغذیه‌ای مراقبت‌های بارداری تشویق و حمایت دریافت کنند.
- از نظر وجود مشکلات تغذیه‌ای ارزیابی و در صورت وجود مشکل برای درمان زیر نظر متخصص زنان ارجاع شوند.

درمان بیش‌مصرف مواد افیونی در بارداری

آموزش‌های پیشگیری از بیش مصرف مواد افیونی باید به‌طور معمول برای تمام بیماران ارایه شود. این آموزش‌ها باید نکات زیر را پوشش دهند:

- شروع مجدد مصرف مواد با دوز قبلی پس از یک دوره قطع یا کاهش شدید مصرف می‌تواند باعث بیش‌مصرف شود.
- سوءمصرف هم‌زمان مواد مختلف خطر بیش‌مصرف را افزایش می‌دهد.

- سوءمصرف مواد در حین درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست خطر تداخل دارویی و بیش‌مصرف مواد را افزایش می‌دهد.
- مصرف منظم و صحیح دوز داروی آگونیست (متادون یا بوپرنورفین) بر بیش‌مصرف مواد افیونی اثر پیشگیرانه دارد.
- در صورت مواجهه با علایم اولیه بیش‌مصرف مواد مثل چرت‌زدن، تکلم جویده‌جویده، تهوع، استفراغ و خواب‌آلودگی، مراجعه فوری درمانی اهمیت اساسی دارد.

بیش‌مصرف حاد مواد افیونی در طول بارداری را می‌توان با حمایت تنفسی و استفاده از نالوکسان یک داروی آنتاگونیست کوتاه‌اثر ـ به‌عنوان آخرین راه‌حل ـ درمان نمود. دوز نالوکسان بر اساس پاسخ به درمان و طول عمر ماده افیونی مصرف‌شده تنظیم می‌شود. ممکن است لازم شود نالوکسان به‌صورت مداوم تجویز شود تا اثرات مواد افیونی مصرف‌شده برطرف گردد. باید برای پیشگیری از علایم محرومیت حاد که می‌تواند باعث دیسترس جنینی شود نهایت احتیاط به‌کار بسته شود. برحسب سن و قابلیت حیات[1] جنین باید پایش جنینی انجام پذیرد.

به‌صورت مشابهی، در طول دوره احیاء نوزادی به نوزاد متولدشده از مادر وابسته به مواد افیونی نباید نالوکسان تجویز شود زیرا خطر القاء نشانه‌های محرومیت حاد و تشنج وجود دارد.

درمان نگهدارنده با داروهای آنتاگونیست

ایمنی و اثربخشی نالترکسون در بارداری تعیین نشده است. مطالعات انسانی در مورد اثرات نالترکسون در بارداری بسیار محدود است. استفاده از نالترکسون در بارداری به کارآزمایی‌های بالینی برای پژوهش کارآیی و ایمنی آن محدود شود.

1. Viability

اگر یک زن روی درمان با نالترکسون باردار شود و به‌خوبی در حال پیشرفت در درمان باشد، باید به او گفته شود که ایمنی نالترکسون در بارداری تعیین نشده است. اگر تمایل دارد به درمان با نالترکسون ادامه دهد و می‌تواند رضایت آگاهانه بدهد، تداوم نالترکسون در طول بارداری قابل پذیرش خواهد بود.

پی‌گیری نوزادانی که در دوران جنینی با نالترکسون مواجهه داشته‌اند شامل ارزیابی رشدی جامع توسط متخصص کودکان تا دو سالگی توصیه می‌شود.

۷

شیردهی

۷-۱- مقدمه

شیردهی به‌عنوان بهترین تغذیه برای نوزاد شناخته شده است. این روش ارزان بوده و اجرای آن نیز از سایر روش‌ها ساده‌تر است. شیر مادر کامل‌ترین شکل تغذیه نوزادان بوده و علاوه بر دارابودن طیفی از منافع سلامتی، رشدی، ایمنی و تکاملی باعث کاهش هزینه‌های اجتماعی نیز می‌شود. به‌علاوه مشخص شده که تماس پوستی با مادر برای نوزاد اهمیت دارد و باید به‌صورت فعال به مادری که کاملاً بیدار و هوشیار است و می‌تواند به نیازهای نوزادش پاسخ دهد توصیه شود.

۷-۲- اصول کلی شیردهی

- در توصیه به زنان وابسته به مواد در خصوص شیردهی خطرات اختصاصی بالقوه شیردهی هر مادر باید در برابر منافع آن به‌صورت انفرادی‌شده سنجیده شده و مادر باید از آن‌ها مطلع گردد.
- برای به حداقل‌رساندن آسیب‌های احتمالی توصیه می‌شود مادر از اثرات محتمل مصرف مواد بر نوزاد مطلع شود و به مادر کمک شود تا برای به حداقل‌رساندن مواجهه با اثرات این مواد برنامه‌ریزی کند.
- بهتر است شیردهی بلافاصله قبل از مصرف دارو یا حداقل ۲-۱ ساعت پس از مصرف آخرین دوز دارو انجام شود.
- توصیه می‌شود دارو به‌صورت دوز واحد و قبل از خواب نوزاد مصرف شود.
- به‌علت احتمال بروز علایم محرومیت ناشی از قطع ناگهانی شیردهی، از شیر گرفتن کودک باید تدریجی (در بهترین حالت طی چند هفته) و زیر نظر پزشک انجام شود.
- در صورتی که در مورد نحوه راهنمایی مادر در خصوص شیردهی و مشکلات مصرف مواد اطمینان ندارید با یک روان‌پزشک یا متخصص زنان و زایمان مشورت نمایید.

۷-۳- شیردهی و درمان‌های نگهدارنده با آگونیست

مادرانی که در دوران بارداری مواد مخدر مصرف می‌کرده یا تحت درمان نگهدارنده بوده‌اند، باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیر مادر از مضرات آن بیشتر است. شیردهی می‌تواند در ایجاد پیوند میان مادر و کودک مفید باشد و به‌صورت بالقوه شدت سندرم پرهیز نوزادی را کاهش دهد. در واقع شیردهی به‌عنوان

بخش پایه‌ای از مراقبت حمایتی در درمان سندرم پرهیز نوزادی محسوب می‌شود. هم‌چنین در مقایسه با شیر خشک، مصرف شیر مادر با سندرم پرهیز نوزادی خفیف‌تری همراهی دارد.

به‌طورکلی مادران تحت درمان نگهدارنده با متادون را بایستی به شیردهی تشویق کرد. توصیه سال ۱۹۸۳ آکادمی طب کودکان آمریکا این است که درمان نگهدارنده با متادون در شیردهی فقط زمانی بدون اشکال است که دوز متادون مادر بیش از ۲۰ میلی‌گرم روزانه نباشد. گرچه، مطالعات اخیرتر نشان می‌دهد که در دوزهای نگهدارنده متادون زیر ۱۸۰ میلی‌گرم در روز، ترشح متادون در شیر مادر بسیار اندک بوده و محدودیت دوز ۲۰ میلی‌گرم در روز برای شیردهی مبنای علمی ندارد. سطح متادون در شیر مادر در حدود ۳۱۴-۲۱ نانوگرم بر میلی‌لیتر بوده و بر سطوح خونی متادون در نوزاد تأثیر ندارد، با این حال نشان داده شده شیردهی مادران روی درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند طول مدت سندرم پرهیز نوزادی را کوتاه کند.

در زمینه شیردهی در مادران روی درمان با بوپرنورفین داده‌های بالینی کافی وجود ندارد. سطح بوپرنورفین در شیر مادر معادل سطح سرمی آن است. با این وجود، به‌علت زیست‌فراهمی پایین آن در مصرف خوراکی (۲۰-۱۰٪)، نوزاد شیرخوار در معرض مقادیر کمتری از بوپرنورفین فعال قرار می‌گیرد. زیست فراهمی پایین بوپرنورفین توضیح می‌دهد چرا سطوح آن در شیر اثر اندکی بر سندرم پرهیز نوزادی دارد.

هرچند متادون و بوپرنورفین هر دو در شیر مادر قابل ردیابی هستند، اما مقادیری از دارو که در مصرف خوراکی جذب بدن نوزاد می‌شود اندک بوده و عوارض نوزادی ایجاد نمی‌کند. از طرف دیگر شیردهی منافع متعددی دارد که شامل پیوند مادر ـ نوزاد، تغذیه و پیشگیری از بیماری‌های کودکی می‌شود.

مادران دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین باید برای شیردهی تشویق شوند مگر کنتراندیکاسیون دیگری برای شیردهی وجود داشته باشد.

لازم به ذکر است که شیردهی و از شیرگرفتن نوزاد مادر روی درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین باید تحت نظارت طبی اختصاصی انجام شود، زیرا احتمال پرهیز نوزادی حاصله در اثر از شیرگرفتن سریع را نمی‌توان قطعاً رد کرد.

۷-۴- موارد منع شیردهی در زنان سوءمصرف‌کننده مواد

تنها در موارد زیر تغذیه با شیر مادر توصیه نمی‌شود:

عفونت اچ‌آی‌وی مادر

شیردهی خطر انتقال اچ‌آی‌وی را از مادر به نوزاد خصوصاً در طول ۶ ماه اول افزایش می‌دهد. مادران اچ‌آی‌وی مثبت باید کاملاً از شیردهی اجتناب نموده و از شیر خشک به‌جای آن استفاده کنند. مادرانی که به نوزاد خود شیر نمی‌دهند باید از منافع تماس پوستی با نوزاد مطلع باشند.

مصرف مقادیر بالا و مستمر مواد محرک

هنگامی که مادر مواد محرک استفاده می‌کند خطرات بالقوه شیردهی باید در برابر منافع آن سنجیده شود. باید به تصمیم مادری که تمایل دارد به کودک خود شیر دهد احترام گذاشت و از آن حمایت کرد، مگر آن که مادر، مصرف‌کننده مستمر مواد محرک بوده و وضعیت ناپایدار داشته باشد، که در این صورت باید به مادر توصیه شود شیر ندهد.

مصرف مقادیر زیاد الکل یا داروهای آرام‌بخش

وابستگی به الکل و بنزودیازپین‌ها از موارد منع شیردهی محسوب می‌شوند. توصیه می‌شود در صورت مصرف مقادیر اندک الکل و داروهای آرام‌بخش نیز در خصوص شیردهی احتیاط شود. اگر مادر شیرده حتی مقادیر کم الکل مصرف می‌کند، پیشنهاد می‌شود قبل از مصرف آن به کودک خود شیر بدهد و بین آخرین نوبت الکل و نوبت بعدی شیردهی حداقل چندین ساعت فاصله در نظر بگیرد.

در صورت وجود وابستگی هم‌زمان به مصرف الکل یا بنزودیازپین‌ها در طول دوره بارداری یا شیردهی باید در کنار درمان نگهدارنده با متادون بازگیری دارویی و مداخلات پیشگیری از عود برای بیمار در نظر گرفته شود.

باید به زنانی که بر روی متادون پایدار هستند، اما گاهی مواد افیونی غیرقانونی مصرف می‌کنند، توصیه شود برای یک دوره ۲۴ ساعته شیر خود را دوشیده و دور بریزند و سپس شیردهی را شروع کنند. این وضعیت اندیکاسیونی برای قطع شیردهی محسوب نمی‌شود. در چنین مواقعی مادر باید یک «برنامه ایمنی» برای نوزاد داشته باشد. این برنامه می‌تواند شامل دوشیدن شیر و نگهداری آن پیش از مصرف ماده افیونی غیرقانونی یا تهیه شیر خشک به همراه تعیین یک فرد بزرگسال برای مراقبت کودک باشد. باید به مادرانی که وضعیت ناپایدار دارند و به مصرف مواد افیونی غیرقانونی مثل هرویین یا مواد چندگانه ادامه می‌دهند توصیه شود شیر ندهند و باید به آن‌ها کمک شود تا وضعیت خود را پایدار نمایند.

نکته: یک الگوی ناپایدار مصرف مواد می‌تواند مشکلاتی را درمورد محافظت از کودک ایجاد نماید.

لازم به ذکر است که شواهدی مبنی بر این که شیردهی خطر انتقال هپاتیت سی یا هپاتیت ب را به نوزاد افزایش می‌دهد وجود ندارد. گرچه HBV DNA و HbsAg در شیر مادر یافت شده‌اند، اما خطر انتقال به نوزاد از راه شیردهی نشان داده نشده است. البته تمام نوزادان مادران HbsAg مثبت باید ایمن‌سازی فعال و غیرفعال را در عرض ۱۲ ساعت بعد از تولد دریافت کنند. هنگامی که زنان HCV مثبت به شیردهی تشویق می‌شوند، تصمیم‌گیری آگاهانه مادر اهمیت اساسی دارد. اطلاعاتی که در این زمینه باید به مادر ارائه شود عبارتند از:

- ویروس در شیر وارد نمی‌شود.
- در غیاب عفونتHIV هم‌زمان که می‌تواند بار ویروسی HCV را افزایش دهد، خطر انتقال پایین است.
- انتقال ممکن است به بار ویروسی بستگی داشته باشد.
- انتقال از راه گوارشی صورت نمی‌گیرد، بلکه از راه خون است.

نکته: زنان آلوده به ویروس هپاتیت ب یا سی باید از خطر آلوده‌شدن شیرشان با خون مثلاً در اثر پرهیز یا خون‌ریزی نوک پستان آگاه شوند و در صورت وقوع آن شیر خود را دوشیده و دور بریزند.

۸

سندرم پرهیز نوزادی

۸-۱- مقدمه

از آنجایی که مواد مخدر به راحتی از سد جفتی ـ جنینی عبور می‌کنند، مصرف مواد به هر شکل در دوران بارداری منجر به وابستگی جنین می‌شود. به مجموعه علایم فیزیولوژیک و رفتاری مشاهده شده در نوزادانی که پیش از تولد در رحم مادر در تماس با مواد افیونی قرار می‌گیرند «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می‌شود. این مجموعه علایم با افزایش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی و خودکار مشخص می‌شود و به‌صورت تغییرات دستگاه گوارشی، روده‌ای و تنفسی بازتاب می‌یابد. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولدشده از زنان وابسته به مواد مخدر در مقایسه با نوزادان متولدشده از زنان وابسته به سایر مواد یا الکل شایع‌تر است به‌طوری که در ۹۵-۴۸٪ نوزادان مادران وابسته به مواد مخدر دیده

می‌شود. شیوع سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولدشده از مادران مصرف‌کننده بوپرنورفین ۶۷ -۴۲٪ و در نوزادان متولدشده از مادران مصرف‌کننده متادون ۷۵-۵۰٪ است.

با توجه با میزان بالای بروز سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان مادران وابسته به مواد افیونی و دریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده آشنایی با نحوه مدیریت درمان این عارضه در مراحل پس از زایمان از اهمیت خاصی برخوردار است.

۸-۲- پاتوفیزیولوژی

عوامل متعددی بر روی زمان شروع و شدت سندرم پرهیز نوزادی تأثیر می‌گذارد که شامل نوع مواد استفاده‌شده توسط مادر، آخرین زمان و دوز ماده قبل از زایمان، نوع زایمان، نوع و مقدار بی‌هوشی یا بی‌دردی در طول زایمان، نارسی نوزاد، سرعت متابولیسم کبد نوزاد و وجود بیماری در نوزاد می‌شوند. به‌طورکلی علایم محرومیت از متادون دیرتر شروع شده شدیدتر هستند و مدت زمان بیشتری طول می‌کشند، اما علایم محرومیت از پرهیز بوپرنورفین شدت کمتری نسبت به متادون دارند. سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند خفیف و گذرا یا شدید باشد. سیر سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند اوج‌گیرنده[1] یا دو مرحله‌ای[2] باشد. در سیر دومرحله‌ای ابتدا نشانه‌های پرهیز نوزادی بهتر شده، سپس دوباره اوج می‌گیرد. شروع سندرم پرهیز نوزادی ممکن است به‌علت وجود سایر بیماری‌های نوزادی به تأخیر بیفتد. علایم محرومیت می‌تواند در عرض چند دقیقه یا چند ساعت بعد از تولد تا ۲ هفته بعد شروع شود، اما بیش‌تر علایم در عرض ۷۲ ساعت ظاهر می‌شوند. زمان شروع نشانه‌های محرومیت تابعی از

1. Incremental
2. Biphasic

نیمه‌عمر ماده است به این صورت که علایم محرومیت مواد با نیمه‌عمر طولانی‌تر دیرتر شروع خواهند شد. سندرم پرهیز در نوزادان متولدشده از مادران سوءمصرف‌کننده مواد افیونی کوتاه‌اثر مثل هرویین یا کِراک در طول ۲۴ ساعت اول و در نوزادان مادران مصرف‌کننده بوپرنورفین در ۴۸-۱۲ ساعت اول بعد از تولد شروع می‌شود. در مقابل علایم پرهیز نوزادی با متادون زودتر از ۴۸ ساعت شروع نمی‌شوند. علایم پرهیز می‌تواند در نوزادان مواجهه‌یافته با بوپرنورفین حتی دیرتر آغاز شود. نوزادان نارس علایم خفیف‌تری دارند که با تأخیر شروع می‌شود.

نکته: شواهد قانع‌کننده‌ای در حمایت از کاهش دوز متادون در بارداری برای اجتناب از سندرم پرهیز نوزداری وجود ندارد. برعکس، دوزهای بالاتر باعث بهبود افزایش وزن، کاهش مصرف مواد غیرقانونی و بهبود پایبندی به مراقبت پره‌ناتال در مادر باردار و افزایش وزن تولد و دور سر، بارداری طولانی‌تر و بهبود رشد نوزاد مادر متولدشده از مادر تحت درمان نگهدارنده می‌شود.

۸-۳- تشخیص

نوزادان دچار سندرم پرهیز ممکن است هر یک از نشانه‌های زیر را داشته باشند: گریه با صدای بلند، بی‌قراری، اختلال در چرخه خواب و بیداری، لرزش، جهش‌های میوکلونیک، تشنج، ناتوانی در شیرخوردن علی‌رغم افزایش رفلکس مکیدن، اسهال، استفراغ، تب، تعریق، افزایش دفعات تنفس در دقیقه، خمیازه‌های مکرر و آپنه.

نکته: نوزادان مادران سوءمصرف‌کننده علاوه بر علایم فوق ممکن است دچار تأخیر رشد داخل رحمی و وزن پایین هنگام تولد نیز باشند.

آزمایش ادرار از نظر مواد در تمام نوزادان به‌طور معمول اندیکاسیون ندارد. آزمایش ادرار یا مکونیوم از نظر مواد باید در مواردی در نظر گرفته شود که یافتن مواد مصرف‌شده توسط مادر اهمیت تشخیصی دارد، خصوصاً در مواردی که ارتباط درمانی مناسبی با مادر ایجاد نشده است. آزمایش ادرار نوزاد نشان‌دهنده مواجهه داخل رحمی با مواد در چند روز قبل و آزمایش مکونیوم نشان‌دهنده مواجه در عرض چند ماه قبل است. احتمال منفی کاذب در آزمایش ادرار با توجه به دشواری گرفتن نمونه ادرار از نوزاد در روز اول و کلیرانس سریع برخی مواد بالاست. نتایج آزمایش مکونیوم معمولاً چند روز طول می‌کشد تا آماده شود و هم‌چنین به‌طور معمول در آزمایشگاه‌های طبی بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود. در مواردی که تصمیم بر انجام آزمایش ادرار یا مکونیوم قرار می‌گیرد، باید انجام آزمایش برای مادر توضیح داده شده و از او رضایت آگاهانه گرفته شود.

نکته: ارزش یک شرح‌حال دقیق در تشخیص سندرم پرهیز نوزادی از غربال‌گری نوزادان با آزمایش ادرار یا مکونیوم بیشتر است.

تشخیص افترافی سندرم پرهیز نوزادی شامل سپسیس، هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی، هیپومنیزیمی، هیپرتیروئیدیسم، آسفیکسی نوزادی و خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای می‌شود. ارزیابی و تصمیم‌گیری برای درمان در نوزاد با استفاده از یک سیستم نمره‌دهی استاندارد (پیوست ۵) بر اساس سیستم طراحی شده توسط فینگان (پیوست ۶) انجام می‌شود.

۸-۴- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

نوزادان تمام مادرانی که مواد افیونی را به‌صورت طولانی‌مدت مصرف می‌کنند باید از نظر سندرم پرهیز نوزادی پایش شوند. سندرم پرهیز نوزادی ممکن است حتی اگر مادر متادون را یک ماه قبل از زمان زایمان (اما نه زودتر) قطع کرده

باشد دیده شود، بنابراین اخذ یک شرح‌حال دقیق مصرف مواد افیونی اهمیت دارد. از طرف دیگر، نوزادان زنان دریافت‌کننده یک یا چند دوز مواد افیونی برای مثال در هنگام تولد را نباید در معرض خطر پرهیز در نظر گرفت.

همان‌گونه که پیشتر گفته شد، بیماری‌های مختلفی مثل هیپوگلیسمی[1]، هیپوکلسمی[2]، سپسیس[3] و بیماری‌های نورولوژیک ممکن است سندرم پرهیز نوزادی را تقلید نمایند. برای رد این بیماری‌ها، باید نوزادان مشکوک به سندرم پرهیز نوزادی از نظر شمارش کامل خون، الکترولیت‌ها، کلسیم و قند خون بررسی شوند و در صورت لزوم مشاوره نورولوژیک و سونوگرافی سر انجام گردد.

نمره پرهیز نوزادی

برای ارزیابی شدت سندرم پرهیز و پایش نوزادان مواجهه‌یافته با موادمخدر از نظر شروع، پیشرفت و تخفیف علایم باید از یک سیستم نمره‌دهی شدت محرومیت بهره گرفت. نمره پرهیز نوزادی[4] فینگان (پیوست ۶) و برخی ابزارهای ارزیابی اقتباس‌شده از آن (پیوست ۵) وسیعاً برای تخمین شدت سندرم پرهیز نوزادی، نیاز به درمان دارویی و پایش پاسخ بهینه به درمان استفاده می‌شوند.

- کلیه کودکان متولدشده از مادران مصرف‌کننده مواد مخدر علاوه بر مراقبت معمول بعد از تولد، باید با استفاده ار مقیاس فینگان اصلاح‌شده (پیوست ۵) مورد ارزیابی قرار گیرند. این ارزیابی باید ۲ ساعت بعد از تولد و پس از آن به‌طور منظم هر ۴-۳ ساعت انجام شود. تا زمانی که مادر و نوزاد بستری هستند (حداقل ۵ روز) ارزیابی را ادامه دهید. نوزاد را برای ارزیابی بیدار نکنید مگر بیشتر از ۶ ساعت از آخرین ارزیابی گذشته باشد.

1. Hypoglycemia
2. Hypocalcemia
3. Sepsis
4. Neonatal Abstinence Score

- ارزیابی را قبل از شیرخوردن یا تغذیه انجام دهید.
- مقیاس فینگان اصلاح‌شده معمولاً هر ۴ ساعت قبل از شیردهی اندازه‌گیری می‌شود. امتیاز کمتر از ۹ به معنی تغذیه، وزن‌گیری و دوره‌های خواب مناسب است.
- در صورت نمره کمتر از ۹ نمره‌دهی را در بخش نوزادان ادامه دهید.
- نمره‌دهی سندرم پرهیز نوزادی باید هر زمان که ممکن است در اتاق مادر انجام شود.
- در صورت نمره ۹ یا بیشتر، نوزاد را تغذیه کنید و هر ۱ ساعت نمره آن را اندازه‌گیری کنید. اگر باز هم نمره نوزاد ۹ یا بیشتر بود پرستار باید متخصص کودکان یا فوق‌تخصص نوزادان را جهت ارزیابی بیشتر و انتقال به آی‌سی‌یو نوزادان مطلع گرداند.
- درمان اولیه از تأمین محیط حمایتی (کاهش تحریک جسمی، تغییر وضعیت‌دادن نوزاد، تماس پوست با پوست، قنداق‌کردن و پستانک) تشکیل شده است.
- اگر در ۲ ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه ۹ یا بیشتر بود و عوامل مخدوش‌گر دیگری وجود نداشت، درمان دارویی را در نظر بگیرید.
- مراقبت‌های حمایتی شامل محیط حمایتی (کاهش تحریک جسمی، اجرای تغییر در وضعیت، تماس پوست به پوست، قنداق و پستانک) را ادامه دهید.

احیای نوزاد

اگر تاریخچه مصرف مستمر مواد افیونی در طول بارداری وجود داشته باشد، استفاده از داروهای آنتاگونیست مثل نالوکسان در دوره نوزادی از جمله برای احیا ممنوع است. استفاده از آن می‌تواند شروع سریع و شدید علایم پرهیز و تشنج را القا کند. در صورت سرکوب تنفسی در نوزاد مادر وابسته به موادافیونی،

روش‌های معمول احیاء شامل باز نگه‌داشتن راه هوایی و تهویه مکانیکی در صورت نیاز باید انجام شود.

جایگاه مراقبت

در مورد این که نوزاد باید در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان درمان شود یا در بخش بعد از زایمان در کنار مادر مراقبت گردد باید تصمیم‌گیری شود. به‌عنوان یک اصل، باید از جداکردن غیرضروری نوزاد از مادر اجتناب شود. گر چه در صورت شدیدبودن سندرم پرهیز نوزادی پذیرش بخش مراقبت‌های ویژه نوزادی اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. تعیین جایگاه مراقبت به تسهیلات مراقبت در دسترس، وضعیت نوزاد و توانایی مادر برای مراقبت از نوزاد بستگی دارد.

نکته: در صورت امکان انتخاب اول، نگه‌داشتن نوزاد با مادر است.

اقدامات حمایتی و درمان‌های غیردارویی

تقریباً ۷۰-۵۰٪ نوزادان متولدشده از زنان مصرف‌کننده مواد افیونی به‌دلیل بروز سندرم پرهیز نوزادی نیاز به درمان پیدا می‌کنند.

درمان غیردارویی، درمان خط اول برای تمام کودکان متولدشده از زنان وابسته به مواد افیونی است. این درمان شامل مداخلات مراقبت حمایتی مثل یک محیط آرام، شیردهی مکرر، استفاده از پستانک، از نزدیک در آغوش‌گرفتن، خوب‌پوشاندن، تغذیه مکرر با حجم کم و تماس پوستی نزدیک می‌شود. نوزادانی که در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی هستند باید در بیمارستان برای حداقل ۳ روز باقی بمانند. این کار یک زمان حداقلی برای پایش نشانه‌های سندرم نوزادی، ارزیابی مهارت‌های فرزندپروری بیمار، ارزیابی کفایت تغذیه نوزاد و کنترل از نظر کاهش وزن بیش از حد فراهم می‌کند. پایش دقیق وزن نوزاد در طول این دوره ضروری است زیرا اختلالات تغذیه شایع هستند. در صورتی که

دریافت کالری با شیردهی به تنهایی ناکافی باشد، باید استفاده کمکی از شیر خشک تا زمان برقراری دریافت کالری کافی در نظر گرفته شود.

نکته: شیردهی نقش مهمی در مدیریت زمان نوزاد متولدشده از زنان وابسته به مواد مخدر است. تغذیه با شیر مادر شدت علایم محرومیت، احتمال شروع تأخیری علایم و نیاز به درمان دارویی را کاهش می‌دهد.

مادران نوزادان در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی باید اطلاعات کافی و متناسب درباره شیردهی، حمایت برای فرزندپروری و ارزیابی دریافت کنند و باید به آن‌ها تکنیک‌های آرام‌کردن آموزش داده شود. زنان و والدین یا افراد حمایت‌کننده آن‌ها هم‌چنین باید درباره بهداشت خواب خصوصاً وقتی داروهای آرام‌بخش مثل متادون دریافت می‌کنند آموزش ببینند.

مادران باردار باید بعد از زایمان به تداوم درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (متادون یا بوپرنورفین) تشویق شوند. هم‌چنین در صورتی که مادر منع شیردهی نداشته باشد (فصل قبل را ببینید) باید به ادامه شیردهی تشویق شود.

نکته: اگر مادر اصرار به ترخیص زودرس نوزاد در معرض خطر داشت، نوزاد باید توسط فوق‌تخصص نوزادان بررسی شده و والدین نیز برگه رضایت‌نامه را امضا نمایند.

درمان دارویی

علی‌رغم اهمیت درمان‌های غیردارویی برای مدیریت سندرم پرهیز نوزادی، درمان با مراقبت حمایتی و مورفین از درمان مراقبتی به تنهایی مؤثرتر است و به‌صورت معنی‌داری زمان بازیابی وزن تولد و طول مدت مراقبت حمایتی را

کاهش می‌دهد. بر اساس مطالعات انجام شده ۹۱-۳۰٪ نوزادانی که نشانه‌های سندرم پرهیز را از خود نشان می‌دهند به درمان دارویی نیاز پیدا می‌کنند.

در متون مختلف چند ملاک برای شروع درمان دارویی در سندرم پرهیز نوزادی آورده شده است، که دو مورد از معتبرترین آن‌ها به شرح زیر است:

- اگر در ۲ ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه در مقیاس پرهیز نوزادی اصلاح شده (پیوست ۵) ۹ یا بیشتر بود و عوامل مخدوش‌گر دیگری وجود نداشت درمان دارویی را در نظر بگیرد.
- اگر نوزاد بر اساس سیستم نمره‌دهی فینگان (پیوست ۶) ۳ امتیاز با میانگین ۸ یا بیشتر به‌طور متوالی یا ۲ امتیاز با میانگین ۱۲ یا بیشتر به‌طور متوالی داشته باشد، باید تحت درمان دارویی سندرم پرهیز قرار گیرد.

بیانیه کمیته سیاست‌گذاری داروهای آکادمی طب کودکان آمریکا درباره درمان دارویی سندرم پرهیز در نوزادی، داروهای متعددی را توصیه می‌کند که شامل مورفین، اُپیوم تینکچر، پاره‌گوریک، متادون و فنوباربیتال می‌شود. در جدول ۱-۷ پروتکل دوز محلول مورفین و فنوباربیتال در درمان سندرم پرهیز نوزادی آورده شده است.

استفاده از داروهای آگونیست در سندرم پرهیز نوزادی

اثربخشی و ایمنی درمان با اُپیوئیدها در نوزادان تازه متولدشده در یک مقاله مروری کوکرین[1] بررسی شد و نتیجه این بود که اُپیوئیدها درمان اولیه ارجح برای سندرم پرهیز نوزادی خصوصاً برای نوزادان مادران مصرف‌کننده اپیوئیدها در دوران بارداری هستند. اگر نوزادان دارای سندرم پرهیز نوزادی مرتبط با مواد افیونی با داروهای اُپیوئیدی درمان شوند، احتمال کم‌تری وجود دارد که دچار

1. Cochrane

تشنج شوند. هم‌چنین احتمال کم‌تری وجود دارد که نیاز به درمان با یک عامل دارویی ثانویه پیدا کنند و ممکن است طول مدت درمان کم‌تر داشته باشند. مورفین خوراکی داروی آگونیست انتخابی است.

نکته: آگونیست‌های اُپیوئیدی فقط زمانی باید استفاده شوند که اطمینان داشته باشیم سندرم پرهیز نوزادی ناشی از ترک مواد افیونی است.

جدول ۱-۸: پروتکل‌های دوز درمان‌های دارویی سندرم پرهیز نوزادی

درمان	ترکیب	دوز	رژیم کاهش دوز
مورفین هیدروکلرید	شربت مورفین هیدروکلراید ۰/۰۵٪؛ ۱ میلی‌لیتر= ۰/۵ میلی‌گرم. آماده‌سازی: ۱ میلی‌لیتر محلول خوراکی (۵ میلی گرم / میلی‌لیتر) با شربت سیمپلکس ۱۰٪ تا ۱۰ میلی‌لیتر رقیق شود.	۰/۰۵-۰/۱ میلی‌گرم / کیلوگرم در هر دوز خوراکی تا حداکثر ۲ میلی‌گرم / کیلوگرم در روز	توصیه معمول کاهش روزانه ۱۰٪ دوز و قطع دارو پس از تثبیت وضعیت نوزاد است. در برخی منابع ذکر شده نیاز به کاهش دوز نیست: ۲۴ ساعت بعد از آن‌که نمره فینگان به ۸ یا کمتر یا نمره فینگان اصلاح شده به ۹ یا کمتر رسید قطع کنید.
محلول فنوباربیتال	۰/۱ میلی‌لیتر=۱ میلی‌گرم؛ آماده‌سازی: ناتریوم فنیل اتیل باربیتوریکوم[1] ۰/۲۲ گرم، مواد نگهدارنده[2] ۰/۳ میلی‌لیتر با آب مقطر[3] به ۲۰ میلی‌لیتر رسانده شود.	۵-۱۰ میلی‌گرم/ کیلوگرم در روز؛ سطوح پلاسمایی باید در دامنه طبیعی از ۵۰-۱۷۰ میکرومول / لیتر باشد.	به خاطر نیمه‌عمر طولانی، کاهش آرام و سپس قطع ناگهانی ۲۴ ساعت بعد از آن که نمره فینگان نوزاد به ۸ یا کمتر یا نمره فینگان اصلاح شده به ۹ یا کمتر برسد.

1. Natrium phenylethylbarbituricum
2. Preservatives
3. Aqua purificata

در منابع مختلف پروتکل‌های مختلفی برای تجویز مورفین‌سولفات در درمان سندرم پرهیز نوزادی پیشنهاد شده است. دو مورد از رایج‌ترین پروتکل‌ها برای تعیین دوز شروع به شرح زیر است:

پروتکل یک

- درمان با مورفین را با توجه به بیشترین نمره اندازه‌گیری شده در مقیاس فینگان اصلاح شده (پیوست ۵) به شرح زیر آغاز کنید:

نمره	دوز اولیه مورفین سولفات
۹–۱۲	۰/۰۴ میلی‌گرم
۱۳–۱۶	۰/۰۸ میلی‌گرم
۱۷–۲۰	۰/۱۲ میلی‌گرم
۲۱–۲۴	۰/۱۶ میلی‌گرم
بیشتر از ۲۴	۰/۲۰ میلی‌گرم

- اگر علایم نوزاد با پروتکل بالا کنترل نشد (برای مثال به محلول مورفین سولفات با دوز بیش از ۰/۲ میلی‌گرم هر ۳ ساعت نیاز داشت) یا اگر نوزاد خواب‌آلوده بود و به‌سختی بیدار می‌شد بلافاصله به پزشک اطلاع دهید.
- دوز شروع مورفین را هر ۴-۳ ساعت با تغذیه تکرار کنید.
- در صورت نمره ۹ یا بیشتر دوز را به شرح زیر افزایش دهید:

نمره	دوز جدید مورفین سولفات
۹–۱۲	دوز قبلی + ۰/۰۲ میلی‌گرم
۱۳–۱۶	دوز قبلی + ۰/۰۴ میلی‌گرم
۱۷–۲۰	دوز قبلی + ۰/۰۶ میلی‌گرم
۲۱–۲۴	دوز قبلی + ۰/۰۸ میلی‌گرم
>۲۴	دوز قبلی + ۰/۱ میلی‌گرم

- اگر نمره پرهیز به مدت بیش از ۴۸ ساعت به زیر ۹ کاهش یابد، هر ۲۴ ساعت ۱۰٪ دوز دارو را کاهش داده تا قطع شود.
- ۲۴ ساعت پس از قطع مورفین و در صورت نمره پرهیز زیر ۹ نوزاد را می‌توان ترخیص نمود.
- در حین درمان حداکثر هر ۴ ساعت ارزیابی از نظر پرهیز نوزادی باید انجام شود.
- توجه داشته باشید برای هر نمره‌ای بین ۹ و ۱۲ قبل از انجام هر اقدامی تکرار ارزیابی بعد از شیردهی را در نظر بگیرید.

پروتکل دو

- از ابزار غربال‌گری فینگان (پیوست ۶) برای نمره‌دهی شدت سندرم پرهیز نوزادی استفاده کنید.
- زمانی که نمره نوزاد در سه ارزیابی متوالی ۸ یا بیشتر باشد، یا اگر نمره کل سه ارزیابی متوالی مساوی یا بیشتر از ۲۴ باشد درمان دارویی باید شروع شود.
- پایش بهبودی باید با استفاده از نمرات ابزار غربال‌گری انجام گیرد.
- درمان با محلول مورفین ممکن است باعث سرکوب تنفسی در نوزاد شده و باید با احتیاط به کار گرفته شود.

نمره	دوز
۸–۱۰	۰/۵ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز هر ۴ ساعت
۱۱–۱۳	۰/۷ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز هر ۴ ساعت
+۱۴	۰/۹ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز هر ۴ ساعت

- زمانی که علایم محرومیت کنترل شد یعنی در سه ارزیابی متوالی نمره نوزاد زیر ۸ بود، اقدامات زیر باید انجام پذیرد. لطفاً توجه کنید که تمام

دوزها برای کل دروه درمان محرومیت بر اساس وزن تولد محاسبه می‌شوند نه وزن فعلی نوزاد.

- پس از کنترل علایم محرومیت، درمان را برای ۷۲ ساعت ادامه دهید.
- فرآیند بازگیری را با کاهش دوز کلی ۱۰٪ روزانه شروع کنید.
- زمانی که دوز دارو به ۰٫۲ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز رسید می‌توانید رژیم دوز را از هر ۴ ساعت به هر ۶ ساعت با همان دوز به مدت ۷۲ ساعت تغییر داده و سپس مورفین را قطع کنید.
- پس از قطع مورفین ارزیابی از نظر سندرم پرهیز نوزادی برای ۳ روز دیگر باید ادامه پیدا کند.

اگر نمرات پرهیز نوزادی بالا بماند، اما دوز روزانه به حداکثر برسد، نشانه‌های پرهیز را مجدداً ارزیابی نموده و درمان هم‌زمان با فنوباربیتال را در نظر بگیرد.

استفاده از فنوباربیتال در سندرم پرهیز نوزادی

کارآیی مقایسه‌ای فنوباربیتال با داروهای اُپیوئیدی مثل مورفین در درمان سندرم پرهیز نوزادی ارزیابی نشده است. اگر مصرف هم‌زمان سایر مواد خصوصاً بنزودیازپین‌ها در بارداری وجود داشته باشد و علایم سندرم پرهیز نوزادی به اندازه کافی توسط یک داروی اُپیوئیدی به تنهایی سرکوب نشود، فنوباربیتال ممکن است به‌عنوان یک درمان افزوده‌شده اندیکاسیون داشته باشد.

معلوم نیست آیا باید یک دوز بارگیری فنوباربیتال استفاده شود یا خیر. اگر فنوباربیتال به‌عنوان درمان اولیه (نه به‌صورت درمان افزوده شده به داروی آگونیست) استفاده می‌شود، احتمالاً یک دوز بارگیری به حصول سریع‌تر کنترل علایم کمک خواهد کرد. فنوباربیتول باید با دوز ۵ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز در دو دوز منقسم شروع شود. دوز دارو باید برای حصول کنترل سندرم پرهیز نوزادی براساس امتیازهای فینگان تیتر شود.

تداوم شیردهی در حین درمان سندرم پرهیز نوزادی

در صورتی که مادر باردار روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین است و نوزاد در حال دریافت داروی اُپیوئیدی برای درمان سندرم پرهیز نوزادی است تداوم مصرف بوپرنورفین بلامانع است اما از تجویز محصول ترکیبی بوپرنورفین + نالوکسان باید اجتناب شود.



پیوست‌ها

پیوست ۱: برگه آشنایی با درمان‌های نگهدارنده

مادران سالم کودکان سالم به دنیا خواهند آورد. تصمیم‌گیری در مورد دریافت دارو برای درمان وابستگی به مواد افیونی برای سلامت شما و کودک‌تان اهمیت بالایی دارند. درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست مثل متادون و بوپرنورفین، مواجهه جنین شما را با مواد غیرقانونی کاهش داده و خطر بروز عوارض بارداری و نوزادی را کاهش می‌دهد.

هم متادون و هم بوپرنورفین برای درمان وابستگی به مواد افیونی مؤثر هستند. در ادامه برخی اطلاعات مهم درباره این داروها آورده شده است. این اطلاعات موقع تصمیم‌گیری درباره انتخاب نوع دارو باید در نظر گرفته شوند.

- اطلاعات ما درباره اثرات طولانی‌مدت درمان با متادون بر شما و سلامت نوزاد شما بیشتر است.
- بوپرنورفین داروی جدیدی است. هرچند استفاده از آن در بارداری و نوزادی بی‌خطر است ولی اثرات طولانی‌مدت آن را بر رشد و نمو کودک نمی‌دانیم.
- بروز علایم محرومیت از قطع مصرف مواد افیونی که به آن «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می‌شود ممکن است با درمان با متادون یا بوپرنورفین دیده شود. البته احتمال آن با بوپرنورفین کمتر است.
- درمان با بوپرنورفین برای کسانی مناسب‌تر است که اعتیاد آن‌ها سبک‌تر است و در صورتی که درمان با آن موفق نباشد درمان با متادون توصیه می‌شود.
- در کنار درمان دارویی دریافت مشاوره و شرکت در مراقبت‌های بارداری اهمیت زیادی در سلامت شما و کودک‌تان خواهد داشت.

پیوست ۲: آشنایی با درمان نگهدارنده با متادون برای مادر باردار

اگر شما باردار هستید و موادی افیونی مثل هروئین یا تریاک مصرف می‌کنید، بسیار مهم است که برای قطع مصرف این مواد از مراکز درمانی کمک بگیرید زیرا تداوم مصرف این مواد در بارداری برای سلامت شما و جنین بسیار خطرناک است. درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند به شما برای پرهیزکردن مصرف این مواد کمک کند. این دارو برای نوزادتان بی‌خطر است و به شما کمک می‌کند که علایم ترک یا همان خماری را نداشته باشید و بتوانید بدون مصرف مواد افیونی از خودتان مراقبت کنید.

درمان نگهدارنده با متادون چطور عمل می‌کند؟

متادون یک داروی افیونی طولانی‌اثر است و به همراه خدمات دیگر مثل مشاوره برای درمان افراد معتاد به مواد مخدر به‌کار می‌رود. درمان مناسب با متادون چندین فایده دارد:

- ولع فرد برای مصرف مواد مخدر را کم می‌کند یا از بین می‌برد.
- از ایجاد حالت‌های خماری جلوگیری می‌کند.
- جلوی تأثیر و در نتیجه مسمومیت ناشی از مصرف مواد مخدر را می‌گیرد.
- باعث بهترشدن سلامت جسمی و روانی فرد می‌شود.
- کیفیت زندگی فرد را به‌طور کلی بهتر می‌کند.

درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند از حالت‌های خماری که در مصرف‌کنندگان مواد مخدر ایجاد می‌شود، جلوگیری کند. تجربه حالات خماری خصوصاً برای خانم باردار بسیار مضّر است چون باعث انقباضات رحم شده و ممکن است باعث سقط جنین یا زایمان زودرس شود. درمان نگهدارنده با متادون با جلوگیری از علایم مسمومیت و خماری ناشی از مصرف مواد مخدر

محیط داخل رحمی را تثبیت و برای رشد و نمو جنین مناسب می‌گرداند. به‌علاوه درمان با متادون وسوسه مصرف مواد غیرقانونی را کاهش می‌دهد و در نتیجه خطرات ناشی از مصرف مواد را برای شما و جنین‌تان به حداقل می‌رساند. مهم‌تر از همه این‌که به شما فرصت می‌دهد که کیفیت زندگی‌تان را بهتر کنید.

آشنایی با سندرم پرهیز نوزادی

استفاده از درمان نگهدارنده با متادون چرخه‌های مکرر مسمومیت و محرومیت ناشی از مصرف مواد را متوقف نموده و در نتیجه شرایط داخل رحمی را برای رشد و نمو جنین تثبیت می‌کند، اما بعضی از نوزادان متولدشده از مادران روی درمان نگهدارنده با متادون پس از تولد دچار حالت‌های خماری می‌شوند.

تحقیق‌های علمی نشان می‌دهند که مقدار متادون مصرفی شما اثری بر سندرم پرهیز نوزادی ندارد، بنابراین بهترین کار این است که داروی خود را با دوز کافی و بر اساس تجویز پزشک درمان‌گر خود مصرف کنید. سندرم پرهیز نوزادی از چند روز پس از تولد ایجاد می‌شود و تا ۴-۲ هفته پس از تولد ادامه دارد.

نشانه‌های پرهیز نوزادی شامل موارد زیر است:

- خوب نخوابیدن
- تب
- استفراغ
- لرز
- بی‌قراری
- گریه زیاد
- خوب شیرنخوردن

خیلی از مواقع یک محیط ساکت و راحت به آرام‌شدن کودک‌تان کمک می‌کند. اگر علامت‌ها شدید باشند، پزشک برای نوزاد دارو تجویز می‌کند. پزشک می‌تواند شما را در این مورد که چطور می‌توانید بدون دارودادن به نوزاد او را آرام کنید راهنمایی کند. وقتی کودک‌تان به دنیا آمد، هرگز بدون تجویز پزشک به او متادون یا داروهای دیگر ندهید. یک خبر خوب این است که نوزادی که از مادری که متادون مصرف می‌کند به دنیا می‌آید به اندازه سایر نوزادان سالم است. با این که اثرات درازمدت متادون بر کودک چندان مشخص نیست ولی سلامت این نوزادان بسیار بهتر از نوزادان مادران وابسته به هروئین است.

شیردهی

مادرانی که متادون مصرف می‌کنند می‌توانند به نوزادشان شیر بدهند. مگر آن که به دلیل دیگری مثلاً اچ‌آی‌وی مثبت‌بودن منع شیردهی داشته باشند. زنانی که مبتلا به هپاتیت سی هستند، اغلب می‌توانند به نوزادشان شیر بدهند، ولی باید قبلاً با پزشک مشورت کنند.

ترشح متادون در شیر مادر در دوزهای درمانی معمول بسیار ناچیز است و فایده شیردادن به نوزاد اغلب بیشتر از ضررهای احتمالی اندک متادونی است که وارد شیر می‌شود. در صورتی که درباره شیردهی در حین درمان نگهدارنده با متادون هر گونه سؤالی دارید، موضوع را با پزشک درمان‌گر خود در میان بگذارید.

پیشگیری از بارداری

مصرف مواد مخدر غیرقانونی ممکن است باعث قطع عادت ماهیانه شما شده باشد. این حالت ممکن است باعث شود که شما فکر کنید نمی‌توانید باردار شوید. در صورتی که مصرف موادتان را قطع کنید یا از متادون استفاده کنید،

احتمالاً عادت ماهیانه‌تان به حالت عادی برخواهد گشت و احتمال بارداشدن‌تان افزایش می‌یابد. بنابراین در شروع درمان نگهدارنده با متادون از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده کنید.

استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری مطمئن پس از وضع حمل به منظور فاصله‌گذاری مناسب بین بارداری‌ها و اجتناب از بارداری ناخواسته بسیار مهم است.

اجتناب از مصرف سیگار و مواد در طول بارداری

مصرف سیگار و سوءمصرف داروها و مواد دیگر مثل مت‌آمفتامین، الکل و قرص‌های آرام‌بخش و خواب‌آور اثرات بسیار سوئی بر بارداری و جنین دارند. در صورتی که سیگار می‌کشید یا علاوه بر مواد افیونی با مصرف مواد دیگر نیز مشکل دارید، موضوع را با پزشک درمان‌گر خود در میان بگذارید. پزشک درمان‌گر شما می‌تواند برای ترک سیگار و قطع مصرف مواد غیرقانونی دیگر به شما کمک کند.

پیوست ۳: مقیاس بالینی محرومیت از مواد افیونی

علایم و معاینات بالینی	تاریخ			
	ساعت	ساعت	ساعت	ساعت
ضربان قلب در حالت استراحت (در دقیقه): بعد از آن که بیمار در حال نشسته یا درازکشیده به مدت یک دقیقه استراحت نمود اندازه‌گیری خود را انجام دهید: ۰= ضربان قلب ۸۰ یا کمتر ۱= ضربان قلب ۱۰۰-۸۰ ۲= ضربان قلب ۱۲۰- ۱۰۱ ۴= ضربان قلب بالای ۱۲۰				
تعریق: در طول نیم ساعت قبل در دمای طبیعی اتاق و بدون ارتباط یا فعالیت ۰= هیچ گزارشی از لرز یا برافروختگی وجود ندارد. ۱= یک بار گزارش ذهنی احساس لرز یا برافروختگی ۲= برافروختگی یا رطوبت قابل مشاهده در پوست صورت ۳= قطرات عرق بر روی ابرو یا صورت ۴= جریان عرق بر روی صورت				
بی‌قراری: مشاهده در طول دوره ارزیابی ۰= قادر است آرام بنشیند. ۱= گزارش‌های دشواری در نشستن، اما می‌تواند این کار را بکند. ۳= جابجایی مکرر یا حرکات اضافه دست‌ها و پاها ۵= بیش از چند ثانیه نمی‌تواند آرام بنشیند.				
اندازه مردمک: ۰= در نور اتاق اندازه مردمک طبیعی یا منقبض شده ۱= مردمک‌ها احتمالاً در نور اتاق بزرگ‌تر از طبیعی هستند. ۲= اتساع متوسط مردمک‌ها ۵= مردمک‌ها آن‌قدر متسع هستند که فقط حلقه مردمک قابل مشاهده است.				

علایم و معاینات بالینی	تاریخ			
	ساعت	ساعت	ساعت	ساعت
دردهای عضلانی یا مفصلی: اگر بیمار از قبل درد داشته فقط دردهای قابل انتساب به محرومیت مواد افیونی را نمره‌دهی کنید. ۰= وجود ندارد. ۱= احساس ناراحتی خفیف منتشر ۲= بیمار دردهای منتشر شدید مفاصل و عضلات را گزارش می‌کند. ۴= بیمار عضلات و مفاصل خود را به هم می‌مالد و به‌دلیل احساس ناراحتی نمی‌تواند آرام بنشیند.				
آب‌ریزش‌بینی یا اشک‌ریزش: غیر مرتبط با علایم سرماخوردگی یا آلرژی ۰= وجود ندارد. ۱= گرفتگی بینی یا رطوبت غیرمعمول چشم‌ها ۲= آب‌ریزش بینی و اشک‌ریزش ۴= آب‌ریزش مداوم بینی یا جریان اشک فروچکان از گونه‌ها				
ناراحتی گوارشی: در نیم ساعت گذشته ۰= فقدان علایم گوارشی ۱= کرامپ‌های گوارشی ۲= تهوع یا مدفوع آبکی ۳= استفراغ یا اسهال ۵= دوره‌های مکرر اسهال یا استفراغ				
لرزش: مشاهده دست‌های کشیده شده ۰= فقدان لرزش ۱= لرزش قابل احساس است اما قابل مشاهده نیست. ۲= لرزش خفیف قابل مشاهده است. ۳= لرزش آشکار یا گرفتگی عضلات				

علایم و معاینات بالینی	تاریخ			
	ساعت	ساعت	ساعت	ساعت
خمیازه‌کشیدن: مشاهده در طول ارزیابی ۰= فقدان خمیازه ۱= یک یا دوبار خمیازه در طول ارزیابی ۲= خمیازه سه بار یا بیشتر در طول ارزیابی ۳= چندین بار خمیازه در دقیقه				
اضطراب و تحریک‌پذیری ۰= فقدان ۱= گزارش‌های بیمار از تحریک پذیری یا اضطراب فزاینده ۲= بیمار آشکارا مضطرب و تحریک‌پذیر است. ۴= بیمار آن قدر تحریک‌پذیر یا مضطرب است که شرکت در ارزیابی را دشوار می‌کند.				
سیخ‌شدن موهای پوست ۰= پوست نرم است. ۳= سیخ‌شدن موها قابل لمس است یا موها بر روی بازوها سیخ شده‌اند. ۵= سیخ‌شدن قابل توجه				
نمره کل				
فشار خون / ضربان قلب				

نمره کل: ۱۲-۵ خفیف، ۲۴-۱۳= متوسط، ۳۶-۲۵= متوسط رو به شدید و بیش از ۳۶= شدید

پیوست ۴: مقیاس ارزیابی مخدر علایم محرومیت مؤسسه بالینی (CINA)

ارزیابی مخدر مؤسسه بالینی ۱۱ نشانه و علامت شایع در بیماران در طول محرومیت از مواد مخدر را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار می‌تواند به سنجش شدت علایم و پایش تغییرات در موقعیت‌های بالینی در طول زمان کمک کند.

پارامترها بر اساس پرسش‌ها و مشاهدات	یافته‌ها	نمرات
۱- تغییرات شکمی آیا شما در شکم خود احساس درد دارید؟ درد پیچشی شکم، اسهال، صداهای فعال روده‌ای	فقدان شکایت شکمی، صدای شکمی طبیعی، گزارش دوره‌های درد شکمی پیچشی	۰ ۱ ۲
۲- تغییرات در دما: آیا شما احساس داغی یا سردی می‌کنید؟ سردبودن پوست در لمس، لرزش غیر قابل کنترل.	گزارش نشده است. گزارش احساس سرما، سردی دست‌ها.	۰ ۲ ۴ ۶
۳- تهوع و استفراغ: آیا در شکم خود احساس ناراحتی می‌کنید؟ آیا استفراغ کرده‌اید؟	فقدان تهوع یا استفراغ. تهوع خفیف، فقدان عق‌زدن یا استفراغ. تهوع متناوب، عق‌زدن خشک. تهوع مداوم، عق‌های خشک مکرر یا استفراغ	۰ ۱ ۲
۴- دردهای عضلانی: آیا احساس پیچش در عضلات خود دارید؟	هیچ‌گونه درد عضلانی گزارش نمی‌شود. عضلات گردن و بازوها در حال استراحت است. دردهای خفیف وجود دارد. گزارش دردهای شدید، عضلات در پاها، بازو یا گردن در حالت انقباض مداوم است.	۰ ۱ ۳
۵- سیخ‌شدن موها	قابل مشاهده نیست. سیخ‌شدن موها گاهی اما با لمس برانگیخته نمی‌شود، غیرمداوم. سیخ‌شدن موهای بارز به‌صورت دوره‌ای و برانگیخته‌شده با لمس. سیخ‌شدن دایم موها در صورت و بازوها.	۰ ۱ ۲ ۳

پارامترها بر اساس پرسش‌ها و مشاهدات	یافته‌ها	نمرات
۶- احتقان بینی	فقدان احتقان بینی یا آب‌ریزش. آب‌ریزش مکرر بینی. آب‌ریزش دایم بینی با ترشحات آبکی	۰ ۱ ۲
۷- بی‌قراری	فعالیت طبیعی. تا حدی بیش از فعالیت طبیعی، حرکت بالا و پایین پاها، تغییر وضعیت گهگاهی، بی‌قراری و ناآرامی متوسط، تغییر وضعیت بدنی مکرر. حرکات آشکار بیشتر اوقات یا حرکات مداوم	۰ ۱ ۲ ۳
۸- لرزش	هیچ. قابل مشاهده نیست اما در لمس نوع انگشت با نوک انگشت قابل احساس است.	۰ ۱ ۲ ۳
۹- اشک‌ریزش	هیچ. خیس‌بودن چشم‌ها، اشک در گوشه چشم‌ها، اشک‌ریزش شدید از چشم‌ها روی صورت	۰ ۱ ۲
۱۰- تعریق	فقدان تعریق قابل مشاهده. تعریق قابل لمس اندک، رطوبت کف دست‌ها، قطرات عرق قابل مشاهده روی صورت، آب‌چکان عرق از روی صورت و قفسه سینه	۰ ۱ ۲ ۳
۱۱- خمیازه	هیچ. خمیازه مکرر، خمیازه مداوم غیر قابل کنترل	۰ ۱ ۲
امتیاز کل	**مجموع امتیازات ۱۱ پارامتر**	

حداقل امتیاز = ۰، حداکثر امتیاز = ۳۱. هر چقدر نمره بالاتر باشد شدت سندرم محرومیت بیشتر است.

پیوست ۵: فرم نمره‌دهی سندرم پرهیز نوزادی

نام مادر: ..... نام نوزاد: ..... تاریخ تولد: -- /-- /-- ۱۳

نشانه‌ها بر اساس مشاهدات ۴-۳ ساعت قبل. برای هر روز یک برگه نمره‌دهی جدید تکمیل کنید.	وزن تولد= .....گرم (X۹۰٪= ..... گرم) وزن روزانه= ..... گرم

تاریخ	نمره	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان
گریه با فرکانس بال[1] مداوم > ۱۵ ثانیه یا غیرمداوم < ۵ دقیقه	۲								
گریه با فرکانس بالا مداوم > ۱۵ ثانیه یا غیرمداوم ≥ ۵ دقیقه	۳								
خواب < ۱ ساعت بعد از تغذیه	۳								
خواب < ۲ ساعت بعد از تغذیه	۲								
خواب < ۳ ساعت بعد از تغذیه	۱								
رفلکس موروی هیپراکتیو	۱								
رفلکس موروی شدیداً هیپراکتیو	۲								
لرزش خفیف: مختل	۱								
لرزش متوسط تا شدید: مختل	۲								
لرزش خفیف: غیرمختل									
لرزش متوسط تا شدید: غیرمختل									
افزایش تون عضلانی	۲-۱								
اکسکوریشن[2] (محل آن را مشخص کنید):	۲-۱								

1. High pitch
2. Excoriation

تاریخ	نمره	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان
تشنج ژنرالیزه	۸								
تب ≥ ۳۷٫۲ درجه سانتی‌گراد	۱								
خمیازه (≤ ۴ عدد در یک دوره زمانی)	۱								
تعریق	۱								
گرفتگی بینی	۱								
تنفس صدادار	۱								
تاکی پنه (< ۶۰ عدد در دقیقه)	۲								
خوب شیر نخوردن	۲								
استفراغ (یا برگرداندن شیر)	۲								
مدفوع آبکی	۲								
وزن کمتر یا مساوی ۹۰٪ وزن تولد	۲								
تحریک‌پذیری بیش از حد	۳-۱								
نمره کل									
نام‌ونام‌خانوادگی ارزیابی‌کننده:									

پیوست ۶: نمره پرهیز نوزادی، نمره فینگان

نام و نام خانوادگی: ..... جنسیت: ..... (تاریخ: .....

دستگاه	علایم و نشانه‌ها	امتیاز	زمان (ساعت)							
اختلالات دستگاه اعصاب مرکزی	گریه با فرکانس بالا	۲								
	گریه مداوم با فرکانس بالا	۳								
	خواب < یک ساعت بعد از تغذیه	۳								
	خواب < دو ساعت بعد از تغذیه	۲								
	خواب < سه ساعت بعد از تغذیه	۱								
	لرزش خفیف: مختل	۱								
	لرزش متوسط تا شدید: مختل	۲								
	لرزش خفیف: غیرمختل	۳								
	لرزش متوسط تا شدید: غیرمختل	۴								
	افزایش تون عضلانی	۲								
	پوسته‌ریزی (منطقه را مشخص کنید):	۱								
	پرش‌های میوکلونیک	۳								
	تشنج‌های جنرالیزه	۵								
اختلالات متابولیک، واژوموتور و تنفسی	تعریق	۱								
	تب (^{oC} ۳۷٫۳ تا ^{oC} ۳۸٫۳)	۱								
	تب (^{oC} ۳۸٫۴ و بیشتر)	۲								
	خمیازه مکرر (< ۴-۳ نوبت)	۱								
	تغییر رنگ پوست	۱								
	گرفتگی بینی	۱								
	تنفس صدادار	۱								

	پرش پره‌های بینی[1]	۲									
	سرعت تنفس > ۶۰ در دقیقه	۱									
	سرعت تنفس > ۶۰ در دقیقه با کشیدگی[2] بین دنده‌ای	۲									
اختلالات گوارشی، روده‌ای	مکش بیش از حد	۱									
	تغذیه بد	۲									
	پس‌آوردن مایعات خورده شده[3]	۲									
	استفراغ جهشی	۳									
	مدفوع شل	۲									
	مدفوع آبکی	۳									
نمره کل											
نام و نام خانوادگی ارزیابی‌کننده:											

1. Nasal flaring
2. Retraction
3. Regurgitation

پیوست ۷: مثال‌هایی از بروشورهای اطلاع‌رسانی به والدین در مورد سندرم پرهیز نوزادی

مراقبت از نوزاد مبتلابه سندرم پرهیز نوزادی

این بروشور برای تکثیر بر کاغذ A5 و تبدیل به یک کتابچه آموزشی طراحی شده است.

سندرم پرهیز نوزادی

مطالب این کتابچه به شما کمک می‌کند در صورتی که نوزاد شما دچار علایم ترک مواد یا خماری شده باشد، از او مراقبت کنید. علایم خماری به نام «سندرم پرهیز نوزاد» شناخته می‌شوند.

نوزاد پس از تولد، دیگر در معرض مواد مصرف‌شده توسط مادر قرار ندارد و به همین دلیل دچار علایم پرهیز می‌شود.

احساس والدین وقتی نوزادشان به سندرم پرهیز نوزادی دچار می‌شود

وقتی فرزندتان علایم سندرم پرهیز نوزادی را پیدا می‌کند، احساسات مختلف و شدیدی ممکن است در شما ایجاد شود.

احساسات شما ممکن است در طیفی از احساس گناه، اضطراب، ترس، خشم، غم، سوگ، ناامیدی و امید تغییر کند. این احساسات در مواقعی که از نوزاد جدا می‌شوید حتی تشدید هم می‌شوند. کارکنان بیمارستان شرایط و احساسات شما را درک می‌کنند و به آن احترام می‌گذارند.

ما و شما هدف مشترکی داریم: این که به نوزادتان کمک کنیم که دوره پرهیز را به سلامت بگذراند تا بتوانید هرچه زودتر از بیمارستان مرخص شوید.

علایم سندرم پرهیز نوزادی

آیا نوزاد شما علایم زیر را دارد؟

- گریه با صدای بلند
- تحریک‌پذیری
- لرزش
- مشکل خواب
- گرفتگی بینی
- عطسه
- اشکال در شیرخوردن به‌علت مشکلات مکیدن
- سفتی دست‌ها، پاها و پشت
- وزن‌نگرفتن
- استفراغ / اسهال
- تشنج
- التهاب پوستی
- افزایش دمای بدن / تعریق

وجود ترکیبی از این نشانه‌ها در نوزاد شما به این معناست که او به سندرم پرهیز نوزادی مبتلا شده است. نوزادان ممکن است این علایم را به دلایل دیگری نیز تجربه کنند، پس باید نوزادتان را به دقت تحت نظر بگیریم تا بتواند عوامل دیگری را که ممکن است این علایم را ایجاد کرده باشند، شناسایی و درمان کنیم.

بیشتر نوزادانی که دچار سندرم پرهیز نوزادی می‌شوند طی ۷۲-۲۴ ساعت پس از تولد، نشانه‌های این سندرم را نشان می‌دهند. اگرچه ممکن است این علایم تا ۷ روز پس از تولد هم تظاهر نکند. به همین خاطر نوزادانی که از

مادرانی متولد می‌شوند که مصرف مواد داشته‌اند، بهتر است ۷-۵ روز پس از تولد در بیمارستان بمانند.

مقدار دارویی که برای نوزادتان تجویز می‌شود بستگی دارد به:

- شدت سندرم پرهیز نوزادی. هرچه نمره پرهیز بیشتر باشد، به مقدار داروی بیشتری نیاز است.
- وزن نوزاد. هرچه ون نوزاد بیشتر باشد، به داروی بیشتری نیاز است.

مقدار دارو بر حسب پاسخ‌دهی نوزاد به درمان تنظیم می‌شود. نمره‌دهی به نشانه‌های نوزاد و به دنبال آن تنظیم مقدار دارو آن قدر ادامه می‌یابد تا نشانه‌های پرهیز از بین بروند.

در برخی موارد اگر سریعاً وزن نوزاد افزایش پیدا کند، لازم است که مقدار دارو نیز بیشتر شود.

اگر در موقع ترخیص نوزادتان هم‌چنان به دارو نیاز داشته باشد، قبل از رفتن به خانه قرار ویزیت بعدی پزشک گذاشته می‌شود و کارکنان بخش به شما آموزش خواهند داد که چطور و چه موقع به نوزاد دارو بدهید.

آن‌ها هم‌چنین به شما آموزش‌های مفیدی درباره نحوه صحیح شیردادن، پوشاندن نوزاد، حمام‌کردن و خواباندن نوزاد خواهند داد.

مدت زمانی که طول می‌کشد تا علایم سندرم پرهیز نوزادی شروع شوند به عوامل زیر بستگی دارد به:

- نوع موادی که مادر خصوصاً طی سه روز قبل از زایمان مصرف کرده
- نیمه‌عمر موادی که مادر مصرف کرده

سندرم پرهیز نوزادی ممکن است از یک هفته تا شش ماه طول بکشد. طول مدت سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند به عوامل زیر بستگی داشته باشد:

- مقدار موادی که نوزاد در معرض آن قرار گرفته است.

- مصرف چند نوع ماده به‌طور هم‌زمان توسط مادر.مثلا: مصرف هم‌زمان متادون و هروئین، قرص‌های خواب‌آور و شیشه.

کاهش و قطع مصرف مواد غیرقانونی در طول بارداری خطر بروز سندرم پرهیز نوزادی را کاهش خواهد داد.

دارو

داروهایی که در درمان سندرم پرهیز نوزادی استفاده می‌شوند شامل مرفین و فنوباربیتال هستند. از این داروها ممکن است به تنهایی یا به همراه یکدیگر استفاده کرد.

مورفین

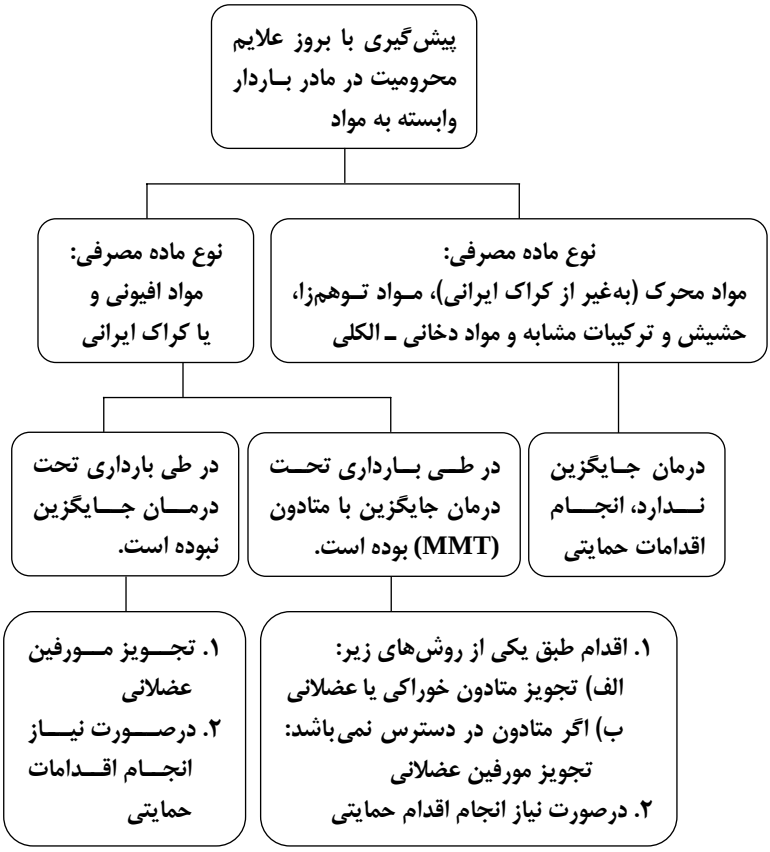
مورفین داروی ضددرد اُپیوئیدی است. مورفین در مواردی که نوزادتان دچار سندرم پرهیز نوزادی شده برای درمان دارویی استفاده می‌شود.

در صورتی که نتوان مقدار مورفین را افزایش داد و علامت‌های نوزاد هم‌چنان باقی باشند، می‌توان از داروهای دیگری استفاده کرد.

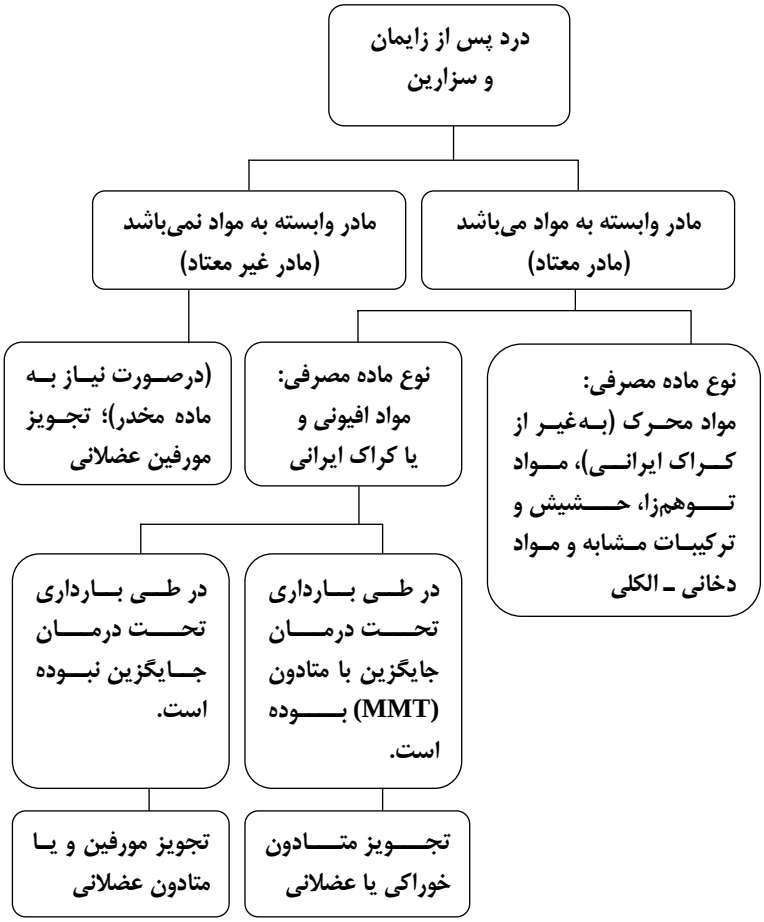
فنوباربیتال

فنوباربیتال یک داروی ضدتشنج است. فنوباربیتال به‌خصوص در درمان علایم پرهیز ناشی از داروهای خواب‌آور و الکل بیشتر استفاده می‌شود. گاهی لازم است برای تخفیف نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی مواد افیونی نیز از مورفین و فنوباربیتال با هم یا فنوباربیتال به تنهایی استفاده کرد. مثلاً در مواردی که نوزاد شما به‌طور هم‌زمان در معرض متادون و داروهای خواب‌آور قرار گرفته باشد یا این که مورفین با حداکثر مقدار ممکن تجویز شده باشد ولی علایم پرهیز در نوزاد برطرف نشده باشد، افزودن فنوباربیتال می‌تواند کمک‌کننده باشد.

راهنمای ۱: الگوریتم پیشگیری یا کنترل علایم محرومیت در مادر باردار از هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی)



راهنمای ۲: الگوریتم تسکین دردهای پس از زایمان در صورت نیاز به مخدر (مرور سریع و کلی)



راهنمای ۳: کنترل صدای قلب جنین

فاز نهفته غیربستری	مرحله اول		مرحله دوم
	فاز نهفته بستری	فاز فعال	
هر ۴ ساعت یک بار	هر ۳۰ تا ۶۰ دقیقه یک بار	هر ۱۵ دقیقه یک بار	هر ۵ دقیقه یک بار

راهنمای ۴: کنترل علایم حیاتی

مرحله اول			مرحله دوم	مرحله چهارم (۲ ساعت اول پس از زایمان)	تا زمان ترخیص
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال			
هر ۴ ساعت یک بار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۴ ساعت یک‌بار (در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت یک بار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت یک‌بار (در صورت پارگی کیسه آب بیش از ۶ ساعت هر یک ساعت یک بار)	حداقل یک‌بار★	در ساعت اول: فشارخون، نبض و تنفس هر ۱۵ دقیقه یک‌بار و درجه حرارت یک بار در ساعت دوم: فشارخون، نبض و تنفس هر ۳۰ دقیقه یک بار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت یک بار تا چهار ساعت سپس هر ۶ ساعت یک‌بار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص

★ در مرحله دوم زایمان، وضعیت علایم حیاتی به شرح زیر تغییر می‌کند:

- افزایش فشارخون سیستول به میزان ۱۵ تا ۲۵ میلی‌متر جیوه. افزایش آن تا ۱۰ میلی‌متر جیوه در هنگام زورزدن طبیعی است.
- افزایش تعداد نبض
- افزایش درجه حرارت به میزان ۰/۵ تا ۱ درجه سانتی‌گراد.
- تعداد تنفس تغییری نمی‌کند.

راهنمای ۵: روش‌های کاهش درد غیردارویی

مرحله اول		مرحله دوم
فاز نهفته بستری	فاز فعال	
۱. وضعیت‌های upright شامل: standing، walking، sitting، squatting, lateral (side lying) ۲. ماساژ: نواحی کمر، شکم، پاها، پرینه ۳. تنفس آگاهانه: تنفس شکمی، دم و بازدم آرام و طولانی با آگاهی به تعداد ۹-۶ تنفس در دقیقه ۴. آموزش و یادآوری تکنیک‌های تنفس، تن‌آرامی، تصویرسازی و تجسم مثبت درمراحل مختلف زایمان ۵. تشویق مادر به شنیدن آواهای مذهبی یا موسیقی مورد علاقه یا خواندن کتاب ۶. استفاده از آب: حمام‌کردن و دوش‌گرفتن ۷. گرما و سرما درمانی سطحی	۱- برقراری محیط ساکت، نور طبیعی روز، حریم شخصی ۲-حمام‌کردن و دوش‌گرفتن (چنانچه مادر مایل به خیس‌کردن موهای خود نمی‌باشد از کلاه پلاستیکی استفاده شود.) ۳-وضعیت‌های upright شامل: standing، walking، swaying, lunging rocking, lateral (side lying), semi-recumbent, forward leaning , kneeling squatting ۴- ماساژ: کمر، شکم، پاها ۵- استفاده از دستگاه TENS ۶- رایحه‌درمانی: گل سرخ، بهار نارنج، یاسمین یا اسطوخودوس به شکل استنشاقی،دستگاه بخور و اسپری داخل اتاق یا ماساژ ۷- گرما و سرما درمانی ۸- تن‌آرامی و تنفس: بر اساس تکنیک‌های آموزش داده شده در طی بارداری (شل و رهاسازی عضلات از ناحیه سر تا پا و توجه به دم و بازدم) ۹- تصویرسازی و تجسم مثبت ۱۰- موسیقی و آوا ۱۱- قرارگرفتن در وان آب برای زایمان	۱- وضعیت‌های upright شامل: rocking, lateral (side lying)، standing، walking, swaying lunging, semi-recumbent, forward leaning , kneeling squatting ۲- کمپرس گرم در نواحی کمر و زیر شکم ۳- تن‌آرامی، تصویرسازی و تجسم مثبت ۴- استفاده از دستگاه TENS ۵- ماساژ: کمر ۶- رایحه درمانی ۷- موسیقی و آوا ۱۰- تنفس مناسب این مرحله بر اساس آموزش‌های داده شده ۱۱- قرارگرفتن در وان آب برای انجام زایمان در صورت تمایل مادر

فهرست منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Text Revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

2. Archie CL, Lee MI, Sokol RJ, Norman G. The effects of methadone treatment on the reactivity of the nonstress test. Obstet Gynecol. 74 (2): 254-5, 1989.

3. Babor, T.F., McRee, B.G., Kassebaum, P.A., Grimaldi, P.L., Ahmed, K., and Bray, J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. Substance Abuse 28 (3): 7-30, 2007.

4. Bell J, Ali R, et al. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy,birth and the early development years of new born.NSW Department of Health, Commonwealth of Australia, 2006.

5. Center for Substance Abuse Prevention. Maternal Substance Use Assessment Methods Reference Manual: A Review Of Screening And Clinical Assessment Instruments For Examining Maternal Use Of Alcohol, Tobacco, And Other Drugs. CSAP Special Report 13. HHS Publication No. (SMA) 93-2059. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993.

6. Center for Substance Abuse Treatment. Pregnant,Substance-Using Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 2. HHS Publication No. (SMA) 93-1998. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993b.

7. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. HHS Publication No. SMA 05-3992. Rockville,MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

8. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.

9. Center for Substance Abuse Treatment. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 06-4214. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

10. Chasnoff I, Richard F, et al. The 4P's plus screen for substance use in pregnancy: Clinical application & outcomes. Journal of perinatology, 25; 368-74, 2005.

11. Dunlop AJ, Panjari M, O'Sullivan, H, Henschke, P, Love V, Ritter A, Lintzeris, N. Clinical guidelines for the use of buprenorphine in pregnancy. Fitzroy, Turning Point Alcohol and Drug Centre. 2003.

12. Edwards S.H, Humeniuk R, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Guidelines for use in primary care, draft version 1.1 for field testing, Department of Mental health & Substance Dependence, WHO, 2003.

13. Finnegan, L. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. Addictive Diseases International Journal, 2, 141-58, 1975.

14. Fischer, G., Ortner, R., Rohrmeister, K., Jagsch, R., Baewert, A., Langer, M., and Aschauer, H. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: A double-blind, double-dummy comparison study. Addiction 101 (2): 275-81, 2006.

15. Kakko J, H. M. Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence in pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series. Drug and Alcohol Dependence, 96 (1-2), 69-78, 2008.

16. Kaltenbach, K., Berghella, V., and Finnegan, L. Opioid dependence during pregnancy: Effects and management. Obstetrics and Gynecology 25 (1): 139-151, 1998.

17. Jansson L, V. M. The opioid exposed newborn: assessment and pharmacologic management. J Opioid Manag, 5 (1), 47-55, 2009.

18. Johnston A, Mandell TW, Meyer M. Treatment of Opioid Dpendence. Vermont Guidelines. Vermont State Approved Programs Publications, 2010.

19. Jones, H. E., Johnson, R. E., Jasinski, D. R., O'Grady, K. E., Chisholm, C. A., Choo, R. E. et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: Effects on the neonatal abstinence syndrome. Drug and Alcohol Dependence, 79, 2005. pp. 1-10.

20. Jones, H. E., Johnson, R. E., Jasinski, D. R., O'Grady, K. E., Chisholm, C. A., Choo, R. E. et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent

patients: Effects on the neonatal abstinence syndrome. Drug and Alcohol Dependence, 79, 2005. pp. 1-10.

21. Lowinson.J. H, Ruiz P.Substance Abuse: A Comprehensive Text book .Lippincot Williams Wilkins.4th ed.2005

22. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo ormethadonemaintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207. pub3.

23. Miller, W.R., and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.

24. Morse B, Gehshan S. Screening for substance abuse during pregnancy: Improving care, improving health. Arlington, VA. National centre for education and child health, 2008.

25. Morse B, Gehshan S, and Hutchins, E. Screening for Substance Abuse During Pregnancy: Improving Care, Improving Health. National Center for Education in Maternal and Child Health. 1997.

26. Peachey, J.E., and Lei, H. Assessment of opioid dependence with naloxone. British Journal of Addiction 83 (2): 193-201, Reprinted with permission from Blackwell Publishing, Ltd, 1998.

27. Scott E, Rosenstein S. Exposure to psychotropic medications and other substances during pregnancy and lactation: A hand book for health care providers. Centre for addiction and mental health, Canada, 2007.

28. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned. United Nations Office on Drugs and Crime Publications, Vienna 2004.

29. Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. Addiction. Sep; 103 (9): 1429-40, 2008.

30. Wong S, Ordean A, Kahan M; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. Int J Gynaecol Obstet. 114 (2): 190-202, Aug 2011.

31. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO Publications, 2009.

32. Cunningham. Garry et al Williams Obstetrics (2010).

33. David H. Chestnut, Obstetric Anesthesia: Principles and Practice (2004).

34. Haddad Lester M, Shannon Michael W. Clinical Management of Poisoning and Drug overdose (1998).

35. http://dchq.ir

36. http://www.drannabi.com

37. Jonathan Cohen, Infectious Diseases (2010).

38. Krzysztof M, Kuczkowski MD. Anesthetic Implications of Drug Abuse in Pregnancy, **Journal of Clinical Anesthesia (**2003), V15 P382-390.

39. Keegan Joan, et al. Addiction in Pregnancy, **Journal of Addictive Diseases** (2010) V2 P175-189.

40. Martin Richard J, Fanaroff Avroy A .**Neonatal-Perinatal Medicine**.Diseases of the Fetus and Infant (2010).

41. Nelson Lewise et al .Goldfrank′s Toxicologic Emergencies (2010).

42. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn, Commonwealth of Australia (2006).

43. Ronald D, Miller et al. **Miller Textbook of Anesthesia** (2010).

44. Robert K. Stoelting, Stephen F. Dierdof, **Anesthesia and Co-existing Disease** (2008).

45. UpToDate 2011.

46. William C. Shiel et al. Webster's New World Medical Dictionary (2008).

47. www.addictionpregnancy.ca - Pregnancy Related Issues in the Management of Addiction - PRIMA (2008)

۴۸. سالاری زهره، میرزایی فاطمه. بررسی ارتباط بین اعتیاد به مواد مخدر و دکولمان جفت. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره چهاردهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۶.

۴۹. راهنمای بالینی و برنامه‌ریزی اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۲۴-۶ سال. اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس.

۵۰. کاپلان و سادوک، خلاصه روان‌پزشکی، جلد ۱، ترجمه حسن ربیعی و فرزین رضاعی (۲۰۰۳).

۵۱. وزیریان، محسن. بوالهری، جعفر. راهنمای پیشگیری ودرمان سوء مصرف مواد، ویژه پزشکان. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (۱۳۸۴).