



راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، تولد (هنگام زایمان)، شیردهی و نوزادی

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

اداره پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوءمصرف مواد

با مشارکت دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت

اداره سلامت مادران

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

شناسنامه:

عنوان	راهنمای مدیریت وابستگی به مواد ادر بارداری، تولد(هنگام زایمان)، شیردهی و نوزادی
مؤلفان	دکتر علیرضا نوروزی ¹ ، دکتر مهسا گیلانی پور ² ، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی ³ ، دکتر عباسعلی ناصحی ⁴ ، دکتر علی نیک فرجام ⁵ ، دکتر فیروزه جعفری ⁶ ، دکتر نازنین حضرتی ⁷ ، دکتر مصطفی صادقی ⁸ ، دکتر محمد آریافر ⁹ ، دکتر مازیار مقصدلو ¹⁰ ، دکتر محمد اسماعیل مطلق ¹¹
گروه مخاطب	پزشکان و درمان‌گران اعتیاد، پزشکان، ماماها و کاردان‌های بهداشت خانواده مراکز بهداشتی، درمانی ارایه‌کننده خدمات مراقبت بارداری و متخصصین زنان و بیهوشی

¹ روان‌پزشک، دستیار مطالعات اعتیاد، دانشکده فن‌آوری‌های نوین پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

² روان‌پزشک

³ استادیار روان‌پزشکی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

⁴ روان‌پزشک، قائم مقام معاون درمان در حوزه سلامت روان و اعتیاد

⁵ پزشک، قائم مقام دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

⁶ روان‌پزشک، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

⁷ روان‌پزشک،

⁸ متخصص بیهوشی، دانشیار و مدیر گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه و درد دانشگاه علوم پزشکی تهران

⁹ متخصص بیهوشی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

¹⁰ متخصص بیهوشی، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی تهران

¹¹ متخصص اطفال، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اهواز

دیگر همکارانی که در طراحی و تدوین پروتکل زنان وابسته به مواد در هنگام زایمان، مشارکت داشته اند:
امامی افشار، نهضت . کارشناس ارشد آموزش بهداشت
جلیلوند، پوران. کارشناس بهداشت عمومی
حجازی، سعیده. کارشناس مامایی
رادپویان، لاله. کارشناس مامایی
رحیمی قصبه، سوسن. کارشناس ارشد مامایی
والافر، شهرزاد. کارشناس مامایی
هادی پور جهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

فهرست مطالب

مقدمه

تعریف واژه ها

فصل اول - اعتیاد در زنان

فصل دوم - عوارض سوءمصرف مواد در بارداری

فصل سوم - غربالگری و ارزیابی

فصل چهارم - هماهنگی و تداوم مراقبت

فصل پنجم - هنگام زایمان

فصل ششم - درمان

فصل هفتم - شیردهی

فصل هشتم - سندرم پرهیز نوزادی

فهرست منابع

پیوست ها

مقدمه

در سال‌های اخیر مداخلات موثر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای افزایش کیفیت مراقبت‌های حین بارداری و زایمان، بهبود تکنیک‌های بیهوشی، دسترسی به مراکز درمانی با کارکنان متخصص و آموزش دیده و نیز در دسترس بودن فراورده‌های خونی باعث شده است که خوشبختانه مرگ و میر مادران باردار بطور قابل توجهی کاهش یابد، اما مرگ مادران همچنان رابطه مستقیمی با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دارد و سوء مصرف مواد یک مثال اختصاصی در این مورد است.

امروزه ابتلا به مواد اعتیاد آور از مرزهای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی گذشته است و نمی‌توان مرز مشخصی از عدم ابتلا و ایمنی در این مورد قائل شد، زنان باردار نیز از این لحاظ مصون نیستند و به هر حال در کشور ما نیز تعدادی از زنان باردار متأسفانه دچار سوء مصرف مواد هستند. که با توجه به اهمیت مضاعف زنان به عنوان نیمی از افراد جامعه و همچنین تامین کننده مراقبت تمام جامعه لزوم توجه روزافزون به این گروه وجود دارد. یکی دیگر از اساسی ترین علل لزوم توجه به زنان حمایت‌های مورد نیاز برای دوران بارداری ، هنگام زایمان ، شیردهی و مراقبت از نوزاد است. همچنین مواردی از مرگ مادران معتاد به علت مستقیم مسمومیت با مواد و یا به علت عوارض مامایی ناشی از سوء مصرف مواد اتفاق می افتد.

با توجه به موارد فوق تهیه مجموعه ای برای آشنایی بیشتر پزشکان ، ماماها و کاردان ها و کارشناسان بهداشت خانواده مراکز بهداشتی، درمانی، متخصصین زنان و زایمان و متخصصین بیهوشی در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرارگرفت.

این راهنما با کوشش و همت کارشناسان محترم دفتر سلامت روانی ، اجتماعی و اعتیاد (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد) ، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، (اداره سلامت مادران گروه های تخصصی) روانپزشکی، بیهوشی و زنان دانشگاه های علوم پزشکی به خصوص دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شده است. در انتها از تلاش تمام این عزیزان و به ویژه جناب آقای دکتر مصدقی نیا معاون محترم بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخاطر حمایت های موثرشان تشکر و قدردانی می نمایم

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

پیشگفتار

معضل سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر در زنان باردار مشکلی پیچیده است. علل سوء مصرف مواد در زنان باردار بسیار متنوع بوده و عوامل متعددی شامل عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی در آن نقش دارند.

حل این معضل در بسیاری از مواقع مشکل تر از فهم علل و عوامل سبب ساز آن است. موانع بسیاری در درمان زنان سوء مصرف کننده مواد وجود دارد. زنان سوء مصرف کننده مواد با انگ اجتماعی، فرهنگی و فردی نسبت به مردان بیشتری مواجهند و از طرفی حین بارداری هم احساس گناه و شرم از مصرف مواد به آن افزوده می شود. لذا عدم مراجعه زنان باردار به مراکز بهداشتی درمانی می تواند مانعی در درمان باشد. مسئولیت مراقبت و نگهداری از کودکان در زمان مراجعه به مراکز از جمله مشکلات دیگری است که در هنگام مراجعه جهت درمان رویت می شود، از طرفی احتمال ابتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی و سایر اختلالات روانپزشکی هم در زنان و به خصوص زنان معتاد بیشتر است. بر اساس داده های سازمان بهداشت جهانی 10-5% از زنان در دوران بارداری مواد مصرف می کنند و الگوی زندگی زن باردار برای خود و خانواده اش آسیب رسان است و تلاش او برای تهیه مواد و مصرف آن، پرداختن به فعالیتهای معمول زندگی را از او سلب می کند. از این رو حمایت های روانی اجتماعی در درمان زن باردار معتاد و تدوین پروتکل واحد جهت تصمیم گیری در درمان اهمیت بسزایی دارد.

در پایان از زحمات جناب آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق مدیر کل محترم دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، و همکاران اداره سلامت مادران آن دفتر و همچنین همکاران اداره پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تشکر و قدردانی می نمایم.

دکتر عباسعلی ناصحی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

تعریف واژه‌ها

اعتیاد (Addiction):

به تعریف «وابستگی» مراجعه کنید. به مصرف 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»¹² در پیش‌نویس پنجمین طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی¹³ نشان می‌دهد.

انتقال عمودی (Vertical Transmission):

انتقال یک عفونت از مادر به جنین یا نوزاد.

ارزیابی سطح هوشیاری:

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

- پاسخ چشمی: 1- چشم را باز نمی‌کند 2- چشم را با تحریک دردناک باز می‌کند 3- چشم را با صدا زدن باز می‌کند 4- چشم خود بخود باز است.

- پاسخ کلامی: 1- پاسخی ندارد 2- اصوات نامفهوم می‌گوید 3- کلمات بدون ربط می‌گوید 4- گیج است 5- کاملاً اشرف دارد.

- پاسخ حرکتی: 1- پاسخ موتور ندارد 2- در اثر تحریک دردناک در اندامها Extension انجام می‌دهد 3- در اثر تحریک دردناک در اندامها Flexion نشان می‌دهد 4- در اثر تحریک دردناک در اندامها Withdrawal می‌کند 5- تحریکات دردناک را Localize می‌کند 6- دستورات را انجام می‌دهد

حداقل امتیاز GCS برابر با 3 (کوما می عمیق) و حداکثر آن برابر با 15 (کاملاً بیدار) است.

¹² addictive behavior

¹³ DSM-V

ارزیابی علائم حیاتی :

طبیعی بودن علائم حیاتی طبق معیارهای زیر ارزیابی می شود:

- فشار خون طبیعی کمتر از 140/90 باید باشد. فشار خون بالاتر از این حد « فشارخون بالا» در نظر گرفته می شود (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود).

- تعداد طبیعی نبض 60 تا 100 بار در دقیقه است (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود).

- تعداد طبیعی تنفس 16 تا 20 بار در دقیقه است (تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود) علاوه بر تعداد، عمق و ریتم تنفس نیز باید در نظر گرفته شود.

- درجه حرارت طبیعی کمتر از 38 درجه سانتیگراد است و بالاتر از این حد «تب» و یا «هیپرترمی» محسوب می شود (درجه حرارت به مدت 3 تا 5 دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود)

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

تب: درجه حرارت بدن (در مرکز هیپوتالاموس) بر روی درجه ای بالاتر از حد طبیعی تنظیم می شود.

هیپرترمی: مکانیسمهای کنترل درجه حرارت بدن دچار اختلال می شوند بدون اینکه تغییری در نقطه تنظیم درجه حرارت (در مرکز هیپوتالاموس) ایجاد شود.

استفاده از دارو به صورت تیتره (Titration)

در فرهنگهای لغت معنی کلمه Titration عیار سنجی و تعیین عیار ذکر شده است.

در راهنمای بالینی مدیریت اعتیاد هنگام بارداری و زایمان (کشور استرالیا) لغت Titration به این صورت معنی شده است: روشی که با آن مقدار مناسب دارو برای هر فرد تعیین می شود. بدین ترتیب که ابتدا مقدار مشخص دارو به فرد داده شده و تاثیر آن ارزیابی می شود. سپس با کم یا زیاد کردن مقدار اولیه، دوز موثر و مورد نظر تنظیم می گردد. ارزیابی تاثیر دارو از طریق مشاهده علائم و نشانه ها و یا اندازه گیری مقادیر آزمایشگاهی مثل آزمایش خون امکان پذیر است.

در این مجموعه منظور از استفاده دارو بصورت تیتره تزریق مقدار مشخصی از دارو به صورت متناوب و بدون افزایش دوز می باشد بطوری که علائم محرومیت برطرف شده اما نشانه های مسمومیت ظاهر نشود.

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.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

بازگیری طبی (Medically Assisted Withdrawal):

بازگیری طبی یا به اختصار بازگیری فرایندی است که در طول آن با تجویز دارو علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان گردان 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 به تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کمتر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علائم 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 مصرف مواد تشخیص دوگانه گفته می‌شود.

تثبیت (Stabilization):

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

تطبیق روش درمانی (Modality Matching):

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

تطبیق جایگاه درمانی (Placement Matching):

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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

داروهای آگونیست (Agonist Drugs):

داروهای آگونیست گیرنده‌های آپئوئیدی داروهای هستند با اتصال به گیرنده‌های آپئوئیدی در مغز - محل اتصال و اثر مواد افیونی - و فعال کردن آن‌ها اثراتی مشابه مواد افیونی ایجاد می‌کنند. مانند: متادون و بوپرنورفین.

داروهای آنتاگونیست (Antagonist Drugs):

داروهای که با اتصال به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز، مانع فعال شدن 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 آپئوئیدی است و مصرف آن باعث انسداد گیرنده‌های آپئوئیدی و ممانعت از فعال‌سازی آن‌ها می‌شود.

درمان جایگزین با داروهای آپئوئیدی (OST= Opioid Substitution Therapy):

به جایگزین کردن مصرف آسیب‌رسان مواد افیونی غیرقانونی با داروهای آپئوئیدی گفته می‌شود. تعریف «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» را نیز ملاحظه فرمایید.

درمان‌های جایگزین با نیکوتین (NRT: Nicotine Replacement Therapies):

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

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست (Agonist Maintenance Treatment):

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های آپئوئیدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی 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 به صورت معادل به کار می‌روند. اصطلاح «درمان جایگزین» بر این مفهوم تأکید دارد که در این روش مصرف مواد افیونی حذف نشده، بلکه به منظور کاهش عوارض مصرف مواد، ماده افیونی آسیب‌رسان و غیرقانونی با یک داروی آپئوئیدی 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 آپئوئیدی 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 20 هفته و قبل از 37 هفته را زایمان زودرس می‌گویند.

سقط (Miscarriage):

خروج خودبخودی محتویات بارداری از رحم پیش از هفته 20 را سقط می‌گویند.

سم‌زدایی (Detoxification):

به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. فرایندی که در طول آن علایم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. واژه سم‌زدایی مفهوم کنترل علایم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، به همین دلیل در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود.

سندرم پرهیز نوزادی (NAS=Neonatal Abstinence Syndrome):

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 تهییج نورولوژیک، کژکارکردی گوارشی و نشانه‌های اتونومیک مشخص می‌گردد. نشانه‌های همچون خوب شیر نخوردن، مشکلات خواب، استفراغ، دهیدراتاسیون، وزن نگرفتن و گاه تشنج ممکن است دیده شود.

سوء مصرف مواد (Drug Abuse):

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

سوء مصرف چندگانه مواد (Polysubstance Abuse):

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

عود (Relapse):

بازگشت به مصرف 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»¹⁴ و عود تفاوت قایل شد. لغزش به یک نوبت مصرف مواد پس از یک

¹⁴ 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 مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشند، هرچند فرد مصرف‌کننده به مصرف 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 علائمی که پس از ترک یا کاهش ناگهانی مصرف 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 درمانیست که در طی آن در زمانی کوتاه مشاوره ساختاریافته با هدف کمک به فرد برای کاهش یا قطع مصرف مواد (یا سایر مشکلات زندگی) ارائه 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.

مسمومیت (Intoxication)

وضعیتی که به دنبال مصرف مواد مخدر ایجاد شده و موجب اختلال در عملکرد سیستم تنفسی، قلبی، کاهش سطح هوشیاری و نیز اختلال در شناخت، درک، قضاوت، احساسات یا سایر پاسخها و عملکردهای جسمانی، روانی می گردد. مسمومیت تا حد زیادی به نوع ماده، مقدار مصرف، میزان تحمل فرد و مدت زمان مصرف بستگی دارد.

معتادان گمنام یا ان‌ای (NA: Narcotic Anonymous):

معتادان گمنام یک گروه خودیاری است که با استفاده از اصول و سنت‌های برنامه‌های 12 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 مصرف 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 آپئوپیدی در مغز القا می‌کنند و مصرف 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، کوکابین و ماری‌جوانا اطلاق می‌شود که مصرف و تجارت آن‌ها براساس پیمان منفرد¹⁵ سازمان ملل (1961) غیرقانونی اعلام شده است.

¹⁵ single convention

نوزادی (Neonatal Period):

28 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 (HIV= Human Immunodeficiency Virus):

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی ویروس ایجاد کننده 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.

فصل اول - اعتیاد در زنان

در این فصل می‌خوانید:

1-1- مقدمه

1-2- عوامل مؤثر بر مصرف مواد در زنان

1-3- الگوهای مصرف مواد در زنان

1-4- موانع درمان سوءمصرف مواد در زنان

1-5- اثرات سوءمصرف مواد در زنان

1-6- درمان اختلالات مصرف مواد در زنان

1-1- مقدمه

وابستگی و سوءمصرف مواد در زنان روندی رو به رشد دارد. به نظر 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، فرهنگی اجتماعی و ژنتیک از جمله این عوامل محسوب می‌شود.

عوامل مختلفی بر دلایل شروع مصرف مواد در زنان اثر می‌گذارد و برخی از این عوامل در زنان از مردان شایع‌تر هستند. زنان اغلب اظهار می‌کنند استرس، خلق منفی و روابطشان باعث شروع مصرف 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.

1-2- عوامل مؤثر بر مصرف مواد در زنان

عوامل روانی، اجتماعی¹⁶

مواجهه با محیطی 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 بصورت 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 - همسر مصرف‌کننده مواد دارند. در مواردی، زنان مصرف‌کننده مواد همراه با همسر یا شریک زندگی خود را همچون روشی برای ارتباط یا حفظ رابطه خود درک می‌کنند. روابط زنان همچنین به صورت 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 به شمار می‌رود. شیوع اختلالات مصرف مواد در طول عمر زنانی که مورد خشونت جنسی قرار گرفته‌اند، چهار برابر بیشتر از سایر زنان است. به علاوه، 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 روان-

¹⁶ psychosocial factors

پزشکی با مصرف مواد و ارتباط آن با سابقه سوءرفتار جنسی در کودکی این فرض را مطرح می‌کند که هیجان طلبی¹⁷، 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 مساعد کننده 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، اجتماعی¹⁸

عوامل فرهنگی علاوه بر شکل دادن به الگوهای مصرف و سوءمصرف، می‌توانند در شروع مصرف مواد در زنان موثر 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 تاثیر 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 همچون فرهنگ‌زدایی¹⁹، تجربه تبعیض و وضعیت اقتصادی، اجتماعی عوامل خطر مهم برای شروع مصرف مواد، وضعیت سلامتی، دسترسی به درمان و رفتار تقاضای درمان زنان به حساب می‌آیند.

عوامل ژنتیک

برای مقایسه تاثیر عوامل ژنتیک و محیطی بر مصرف مواد و اختلالات ناشی از آن در زنان و مردان، مطالعاتی بر دو قلوها انجام شده است. به‌طور کلی به نظر می‌رسد عوامل محیطی بیش از عوامل ارثی بر مصرف و سوءمصرف مواد اثر می‌گذارند. هر چند ژنتیک می‌تواند یک عامل خطر مهم خطرزا در زنان باشد، پژوهش‌ها از تاثیر خانواده²⁰ – ترکیبی از ژنتیک و اثرات محیطی – به عنوان یک عامل خطرزای مهم حمایت می‌کنند. درباره تأثیر خانوادگی بر شروع

¹⁷ sensation seeking

¹⁸ socio-cultural factor

¹⁹ acculturation

²⁰ family influence

سایر مواد اطلاعات کمتری وجود دارد، اما مصرف الکل در والدین خطر شیوع اختلالات مصرف مواد را در دختران تا 50 درصد افزایش می‌دهد. خصوصیات خانواده بعداً نیز دخیل هستند.

دیده شده که تاثیر عوامل ارثی برای مصرف، سوءمصرف و وابستگی به مواد در مردان بیش از زنان است (میزان ارثی بودن در مردان 33% و در زنان 11% است). در حالی که عوامل محیطی در زنان بیش از مردان تاثیرگذار است.

1-3- الگوهای مصرف مواد در زنان

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

1- شکاف جنسیتی از نظر مصرف مواد بین مردان و زنان خصوصاً از نظر مواد جدید مثل محرک‌های شبه-آمفتامینی در حال کاهش است.

2- 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.

3- رفتارهای پرخطر مصرف مواد مثل تزریق و استفاده از وسایل تزریق غیراستریل و درگیری در رفتارهای جنسی محافظت نشده تحت تأثیر مستقیم روابط مهم فرد قرار دارد.

4- تجربه مصرف مواد در سنین پایین‌تر با خطر افزایش یافته وابستگی و اعتیاد مرتبط است.

5- زنان با احتمال بیشتری ممکن است تحت تأثیر وظایف و نقش‌های خود در خانواده، الگوی مصرف خود را تغییر دهند.

6- زنان سریع‌تر از مردان در اثر مصرف مواد دچار پیامدها و عوارض جانبی ناشی از مصرف می‌شوند.

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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

1-4- موانع درمان سوءمصرف مواد در زنان

علی‌رغم در نظر گرفتن شیوع بیشتر مصرف مواد در مردان، همچنان به نظر 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 روبرو 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.

1-5- اثرات سوء مصرف مواد در زنان

میزان مرگ و میر در بیماران وابسته به مواد افیونی به 15-17 برابر از جمعیت عمومی بالاتر است. مرگ و میر در مردان اندکی از زنان بیشتر است. شیوع اختلالات روان پزشکی همبند خصوصاً اختلالات خلقی و اضطرابی در زنان مصرف کننده مواد بیش از مردان دیده می شود، در حالی که سوء مصرف چندگانه مواد همچون سوء مصرف الکل در بیماران وابسته به مواد افیونی در مردان بیشتر است. اثرات، سیر وابستگی و نحوه پاسخ به درمان سوء مصرف مواد در زنان دارای ویژگی های خاصی است که در زیر مورد بررسی قرار می گیرند.

اثرات فارماکولوژیک

تراکم گیرنده های آپئوئیدی مو و کاپا در زنان سنین باروری از مردان بیشتر است. میزان تهوع و اثرات ضد درد ناشی از مصرف حاد مواد افیونی در زنان بیش از مردان است. به نظر می رسد واکنش متقابل بین گیرنده های افیونی و گیرنده های هورمون های جنسی ممکن است در تفاوت های جنسیتی مربوط به شدت و قدرت تأثیر پاسخ به مواد افیونی دخیل باشند. همچنین نشان داده شده که نیمه عمر متادون در زنان طولانی تر از مردان است. بررسی های پیش بالینی نشانگر تفاوت های جنسیتی در مورد تأثیر مواد افیونی بر سیستم قلبی، عروقی است.

بررسی ها نشان می دهد سوء مصرف مواد افیونی، مواد محرک و داروهای آرام بخش و خواب آور بدون تجویز پزشک بر روی دوره های قاعدگی و دستگاه های گوارشی، عصبی - عضلانی و دستگاه قلبی اثر منفی می گذارد. مصرف الکل در زنان عوارض جسمی بیشتری از مردان ایجاد می کند که شامل مشکلات قلبی، عروقی، عواض باروری، استئوپروز، نقایص شناختی و عصبی، سرطان سینه افزایش حساسیت به عفونت های همچون اچ آی وی و هپاتیت سی می شود. مصرف سیگار در زنان خطر سرطان ریه را افزایش می دهد.

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

مطالعات نشان می دهد مواد محرک همچون مت آمفتامین اثرات تغییر دهنده خلق شدیدتری در مرحله فولیکولار دارد و نوسانات در سطوح پروژسترون تا حدی می تواند علت این تفاوت جنسیتی مشاهده شده باشد. برخی عوارض مصرف مت آمفتامین ها همچون قفل شدن فک، خشکی دهان، و کم اشتها یا بی اشتها در زنان از مردان شایع تر است.

سیر وابستگی به مواد افیونی

زنان سریع‌تر از مردان متعاقب تجربه مصرف مواد دچار اختلالات مصرف مواد می‌شوند. مصرف مواد افیونی به خصوص هروئین و کراک در زنان اغلب به شکل تدریجی 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 کوتاه اثر نظیر هروئین به طور شایعی باعث نقائص اندوکراین می‌شود. این نقائص شامل آمنوره، عدم تخمک‌گذاری، ناباروری، کاهش میل جنسی و اُفت کارکرد آن می‌شود. این علائم 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 آگونست 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 به نظر می‌رسد بازنمایی زنان در جمعیت افراد متقاضی درمان کمتر از میزان واقعی است.

زنان رفتارهای پرخطر بیشتری برای ابتلا به اچ‌آی‌وی دارند، اما مشکلات قانونی آن‌ها از مردان کمتر است. جنسیت پیش‌بینی‌کننده برآیندهای درمان نیست. برای مثال در زنان میزان‌های آزمایش منفی و تکمیل دوره درمان مشابه مردان است. با این وجود از برخی جنبه‌ها زنان برآیندهای درمان بهتری دارند که شامل بازداشت کمتر و میزان‌های اشتغال بالاتر می‌شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

گرچه میزان لغزش و عود در درمان زنان و مردان مشابه است اما عوامل خطر و شروع کننده عود و پاسخ رفتاری و هیجانی آنها در حین و پس از عود متفاوت است. زنان بیش از مردان مشکلات بین فردی، و خلق منفی را به عنوان عوامل شروع کننده عود گزارش می کنند. آنها مهارت های مقابله ضعیف تری دارند و در یافتن دوست های جدید غیرمصرف کننده مشکل دارند. برعکس زنانی که عود می کنند با احتمال بیشتری متقاضی کمک شده و دوره های عود کوتاه تری دارند.

پیشرفت در درمان در هر دو جنس با کاهش ارتکاب جرم و سایر عوامل خطر آفرین برای سلامت همراه است. زنان نیاز به مداخلات بیشتر درباره مسائل و بحران های روان شناختی، اشتغال و ارجاعات طبی دارند و پس از ترخیص بیشتر به دنبال درمان های تکمیلی هستند. در یک مطالعه نشان داد شد که کاهش خطر اچ آی وی به دنبال مصرف متادون در زنان به طور قابل ملاحظه ای کمتر از مردان وابسته به مواد افیونی است. این امر نشان می دهد که لازم است مداخلات تخصصی بیشتری برای زنان مصرف کننده مواد افیونی انجام شود.

1-6- درمان اختلالات مصرف مواد در زنان

در حالی که تحقیقات در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد در زنان هنوز ناقص است ولی برخی اصول کلی درمان اعتیاد در زنان به شرح زیر است:

- 1- در زنانی که درمان را آغاز می کنند افکار خودکشی یا اقدام به آن بیشتر است و این امر احتمالاً به علت علائم افسردگی یا ویژگی های تکانشی شخصیت آنها است. ارزیابی دقیق خطر خودکشی و اختلال افسردگی جهت ارائه درمان های 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 به طور منظم مراجعه نماید. حین تجویز دارو تداخل های دارویی باید در نظر گرفته شود.
- 2- ممکن است در زنان وابسته به مواد اختلالات شخصیت از اختلالات روان پزشکی محور یک شایع تر باشند. این واقعیت به خودی خود موجب ضعف شدن پیش آگهی درمان نمی شود، ولی در این موارد ارجاع به روان پزشک جهت ارزیابی های بیشتر و درمان لازم است.
- 3- انگ اجتماعی اعتیاد مانع از مراجعه زنان به مراکز خدمات درمانی و تداوم درمان می شود، لذا برخورد غیرقضاوت گرانه حین درمان می تواند دسترسی به درمان را تسهیل و به ماندگاری در درمان کمک کند.

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

5- 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.

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

برخی موضوعات که باید در مدیریت درمان زنان باردار به طور خاص مورد توجه قرار گیرد عبارتند از روابط بین فردی، تأثیرات خانواده، نقش مصرف 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.

فصل دوم - عوارض سوء مصرف مواد در بارداری

در این فصل می خوانید:

1-2- کلیات سوء مصرف مواد افیونی در بارداری

2-2- تاثیر سوء مصرف مواد افیونی بر برآیندهای بارداری

3-2- تاثیر سوء مصرف مواد افیونی بر مادر باردار

4-2- تاثیر سوء مصرف مواد افیونی بر جنین و نوزاد

5-2- اثرات سایر مواد

2-1- کلیات سوء مصرف مواد افیونی در بارداری

بر اساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت 10-5% زنان در دوران بارداری مواد مصرف می‌کنند. سرشماری ملی سال‌های 2005 و 2006 در ایالات متحده نشان داده 10% از زنان باردار در محدوده سنی 44-15 سال مواد مصرف می‌کنند که 27% از آنان مصرف هروئین یا داروهای مسکن اپیوئیدی را در دوران بارداری تأیید کرده‌اند. همچنین غربالگری زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه‌های دولتی در یک منطقه فقیرنشین انگلستان نشان داده 16% زنان باردار حداقل از یکی از انواع مواد استفاده می‌کنند.

الگوی زندگی زن باردار مصرف کننده مواد برای خود و خانواده‌اش آسیب‌رسان است. بیشتر وقت او طی روز، صرف دو فعالیت می‌شود: تلاش برای تهیه مواد و مصرف آن. لذا وقت کافی برای پرداختن به فعالیت‌های معمول زندگی روزمره را ندارد. اغلب زنان باردار از یک سو به علت الگوی زندگی خاص خود و ترس از فاش شدن سوء-مصرف مواد از سویی دیگر، از خدمات مراقبت بارداری استفاده نمی‌کنند. وابستگی به مواد نه تنها برای سلامت مادر مضر 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 علائم ناشی از پرهیز مواد افیونی نسبت می‌دهند. در نتیجه، شروع بارداری می‌تواند باعث شود این بیماران مصرف 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 افزایش یافته این مواد قرار می‌دهند.

سوء مصرف مواد افیونی به طور شایع با مصرف سیگار همراه است. به علاوه سوء مصرف مواد چندگانه همچون مت‌آمفتامین، داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش و الکل در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی غیر شایع نیست. مصرف الکل در دوران بارداری منجر به بروز سندرم جنین الکلی²¹ می‌شود که با تأخیر رشد، ناهنجاریهای دستگاه اعصاب مرکزی و عصبی-رشدی و ناهنجاریهای کرانیوفاشیال مشخص می‌گردد. مصرف سیگار در بارداری خطر زایمان زودرس، نارس و وزن کم هنگام تولد را افزایش می‌دهد.

زنان باردار مصرف کننده 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 به صورت تزریقی استفاده می‌کنند خطر عوارض پزشکی مثل بیماری‌های عفونی، اندوکاردیت، آبسه و بیماری‌های منتقله از راه جنسی افزایش می‌یابد.

²¹ fatal alcohol syndrome

بیش از 50% زنان باردار همسر یا شریک جنسی مصرف کننده مواد دارند و درمان موفق آنها در اکثر موافق فقط زمانی مقدور است که همسر یا شریک جنسی‌شان نیز درمان را شروع کند.

2-2- تأثیر سوء مصرف مواد افیونی بر برآیندهای بارداری

مصرف اوپیوئیدها حین بارداری باعث کاهش وزن تولد²²، نارسایی²³ 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 تنفسی²⁴، خونریزی داخل جمجمه‌ای، عقب افتادن رشد داخل رحمی، آسفیکسی نوزادی، آسپیراسیون مکنونیوم، جدا شدن زودرس جفت و سایر مشکلات می‌شود (جدول 1-2).

به طور مثال ثابت شده میزان خونریزی حین زایمان در زنانی که مواد اوپیوئیدی مصرف می‌کنند بیشتر است (نسبت برتری 2/33، فاصله اطمینان 1/32-4/3). همچنین مطالعه‌ای در ایران در مورد ارتباط بین اعتیاد به مواد مخدر و دکولمان جفت نشان داد که 37/3% زنان باردار مبتلا به دکولمان و 14/3% زنان باردار غیرمبتلا به دکولمان وابسته به مصرف مواد مخدر بودند و چنین نتیجه‌گیری شد که شانس دکولمان با وابستگی به مواد مخدر، 2/6 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.

²² low birth weight

²³ prematurity

²⁴ respiratory distress syndrome

جدول 1-2 عوارض زایمانی شایع در زنان باردار وابسته به مواد افیونی

خونریزی بعد از زایمان	کنده شده گی جفت
پره اکلامپسی	کوریوآمینیونیت
زایمان زودرس	مرگ داخل رحمی
پارگی زودرس پرده‌ها	تاخیر رشد داخل رحمی
ترومبوفلیت	خروج داخل رحمی مکونیوم
سقط خودبخودی	نمره آپگار پایین
	نارسایی جفت

2-3- تأثیر سوء مصرف مواد افیونی بر مادر باردار

مصرف مزمن مواد افیونی در دوران بارداری، بسته به روش مصرف، می‌تواند در مادر عوارض طبعی مختلفی ایجاد کند که این عوارض به نوبه خود بر نتایج بارداری و سلامت جنین و نوزاد تأثیر می‌گذارند. درصد بالایی از عوارض سوء مصرف مواد افیونی در زنان باردار مربوط به عفونت هاست به خصوص 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 به علت 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 می‌-

شوند. جذب غیرطبیعی مواد غذایی 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 B6 یا کمبود منیزیم باعث ایجاد تشنج در زنان الکلی و زنان وابسته به مصرف مواد می‌شود. جدول 2-2 مواردی از عوارض طبی شایع در زنان باردار وابسته به مواد افیونی را نشان می‌دهد.

جدول 2-2- عوارض طبی شایع زنان باردار وابسته به مواد افیونی

عوارض غیر عفونی	عوارض عفونی
کم خونی	بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی
کمبود ریزمغذی‌ها	هرپس
بیماری قلبی	کزاز
افسردگی و سایر بیماری‌های روانی	باکتری‌می/سپتی سمی
ادم	اندوکاردیت
دیابت بارداری	عفونت‌های مجرای ادراری
فشار خون بالا/تاکی‌کاردی	هپاتیت (حاد و مزمن)
سلامت دهان و دندان ضعیف	فلجیت
	پنومونی

2-4- تاثیر سوء مصرف مواد افیونی بر جنین و نوزاد

به علت کیفیت متغیر مواد مخدر خیابانی، زنان باردار سوء مصرف کننده اغلب دچار دوره‌های مکرر محرومیت و بیش مصرف 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 به علت

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

منقبض کردن عروق نافی باعث کم شدن خون‌رسانی جنین - جفت می‌شوند و این امر باعث می‌شود اکسیژن مورد نیاز جنین به حد کافی تامین 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 علائم 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 به طور 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 نارسایی است. فراتحلیل 6 مطالعه بالینی نشان داده، میانگین کاهش وزن حین تولد در نوزادان مادران مصرف‌کننده هروئین 489 گرم و در نوزادان مادران مصرف‌کننده متادون 279 گرم بوده است. نوزادان کم‌وزن متولد شده از مادران معتاد باید از نظر مسائلی مثل آسفیکسی، خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای، محرومیت تغذیه‌ای، هایپوگلیسمی، هایپوکلسمی، سپتی‌سمی، هایپر بیلی‌روبینمی تحت نظر قرار گیرند.

2-5- اثرات سایر مواد

نیکوتین

تخمین‌ها نشان می‌دهند بیش از 90% زنان وابسته به مواد افیونی مصرف‌کننده سیگار در حد سنگین هستند. نیکوتین از جفت عبور می‌کند و غلظت آن در خون جنین 15% از غلظت آن در خون مادر فراتر می‌رود. عوارض سیگار کشیدن در بارداری شامل جفت هیپوتروفیک، نارسایی جفت، سقط خودبخودی، تأخیر رشد جنینی و وزن تولد کمتر می‌شود. این عوارض با سطوح افزایش یافته مونواکسیدکربن همبسته است. فرزندان سیگاری‌های قهار نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی از خود بروز می‌دهند که به آن «سندرم تنباکوی جنینی»²⁵ 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 سیگار کشیدن در دوره بارداری با عملکرد ضعیف‌تر در مدرسه و ایجاد اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در سال‌های بعد مرتبط است. علائمی مثل رشد ناکافی با توجه به سن بارداری از پیامدهای عدم کفایت جفتی ناشی از مصرف مواد افیونی دانسته می‌شوند هر چند مقالات

²⁵ fatal tobacco syndrome

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 سوء مصرف خصوصاً در زنان جوان در سنین باروری به حساب می‌آید و اکثریت زنان وابسته به مواد افیونی مصرف آن را نیز گزارش می‌کند. داده‌های محدود در دسترس شامل یافته‌هایی دال بر رشد جنینی کاهش یافته است. در یک مطالعه مورد-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 به صورت بالقوه پیامدهای شدید مادام‌العمر ایجاد می‌کند. بنابراین وابستگی بر سوء مصرف الکل در بارداری می‌تواند منجر به سندرم الکل جنینی شود. در آمریکا شیوع سندرم الکل جنینی در دامنه بین 0/5 تا 2 مورد در هر 1000 تولد زنده است.

محرك‌های شبه‌آمفتامینی

سوء مصرف آمفتامین‌ها در طول بارداری با عوارض جنینی بالقوه همراه است زیرا محرك‌های شبه‌آمفتامینی به سهولت از جفت عبور می‌کند. در یک مطالعه در نوزادان با مواجهه یافته با مت‌آمفتامین در داخل رحم، حجم ساق-کورتیکال کوچک‌تر و نقایص عصبی-شناختی گزارش شد که مطرح کننده اثر نورو توکسیک مت‌آمفتامین بر رشد و تکامل مغز و تغییرات شیمیایی و متابولیک آن است.

بنزودیازپین‌ها

علی‌رغم سابقه 40 ساله مصرف بنزودیازپین‌ها هنوز داده‌های در خصوص اثرات تراتوژنیک آنها قطعی نیست. هر چند در مطالعات کوهودت خطر افزایش یافته برای ناهنجاری دیده نشده است، مطالعات مورد-شاهدی بین مصرف بنزودیازپین‌ها و ناهنجاریهای جنینی همبستگی نشان داده‌اند. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولد شده از مادران دارای مصرف چندگانه مواد افیونی و بنزودیازپین‌ها سیر طولانی‌تری دارد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

کوکائین

سوء مصرف کوکائین در زنان باردار می‌تواند منجر به اثرات تراژونیک بر جنین و عوارض تهدیدکننده حیات مثل اسکیمی‌های قلبی و مغزی، فشارخون بدخیم، سکته و مرگ ناگهانی در زنان باردار شود. تغییرات فیزیولوژیک در بارداری بر روی متابولیسم کوکائین اثر مستقیم دارد. کولین استراز متابولیسم کوکائین را در زنان باردار به تأخیر می‌اندازد. کوکائین لیپوفیلیک است و به سرعت از جفت عبور می‌کند، این خصوصیات در کنار فعالیت کولین استرازی پایین جنینی غلظت پلاسمایی جنین را افزایش می‌دهد. مصرف کوکائین در بارداری با عوارضی همچون تأخیر رشد، نارسایی، ناهنجاری‌های مادرزادی و عوارض نوزادی مثل آسفیکسی همراه است. نوزاد ممکن است علائم بالینی شبه سندرم پرهیز نوزادی مثل تنش بیش از حد عضلانی، لرزش، تحریک‌پذیری و تهییج بیش از حد نشان دهد.

در جدول 2-3 عوارض مصرف مواد مختلف بر برآوردهای بارداری، نوزادی و برآوردهای طولانی‌مدت کودک مواجهه یافته 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 2-3- عوارض مصرف مواد مختلف در بارداری

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی مدت
نیکوتین	سقط خودبخودی 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 بیش‌فعالی
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، تکانش- گری و بیش‌فعالی، بزهکاری و مشکلات برونی‌سازی، علائم

افسردگی و اضطراب			
افزایش بی‌توجهی، بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری	افزایش مرگ و میر حول و حوش تولد	زایمان زودرس	هروئین
دشواری در فرآیندهای جسمی، اجتماعی، سازگار نمودن خود و یادگیری	سندرم پرهیز نوزادی	تأخیر رشد داخل رحمی	
		وزن کم تولد	
		توکسمی	
		خون ریزی بارداری و پس از زایمان	
	سندرم پرهیز نوزادی		متادون
	استرابیسم		
مشکلات رفتاری	آنومالی‌های مادرزادی دستگاه اعصاب مرکزی، قلبی، عروقی، شکاف کام و لب،	فشار خون بارداری	آمفتامین‌ها
	اعضاء	تأخیر رشد داخل رحمی	
	عوارض عصبی رفتاری: کاهش برانگیختگی	مرگ جنینی	
	افزایش استرس و کیفیت حرکتی پایین (رابطه دوز - پاسخ)		
تأخیر زبان	آنومالی‌های مادرزادی: ناهنجاریهای تناسلی -	سقط خودبخودی	کوکائین
	ادراری	پارگی زودرس غشاها	
	افزایش گذرا در علایم و نشانه‌های دستگاه اعصاب مرکزی و اتونومیک	زایمان زودرس	
	وزن کم تولد، کاهش قد و دور سر (وابسته به دوز)	تأخیر رشد داخل رحمی	
	ناهنجاریهای مادرزادی: نقایص قلبی عروقی، کلیه مدولای اسفنجی	کنده شدن جفت	توهم‌زاها

فصل سوم - غربالگری و ارزیابی

در این فصل می خوانید:

1-2- لزوم غربالگری مصرف مواد در بارداری

2-3- زمان غربالگری

3-3- جایگاه غربالگری مصرف مواد در مراقبت‌های بارداری

3-4- انتخاب و استفاده از ابزار غربالگری

3-5- نحوه غربالگری

3-6- ارزیابی

3-1- لزوم غربالگری مصرف مواد در بارداری

همان گونه 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.

غربالگری⁴ موثرترین روش برای شناسایی به موقع افراد در معرض خطر ناشی از مشکلات سوءمصرف مواد، به شمار می‌رود. در ایالات متحده اجرای برنامه غربالگری همگانی «شروع زودهنگام»²⁶ که سالانه 39000 زن باردار را تحت پوشش قرار می‌دهد با کاهش معنادار موارد زایمان زودرس، مرده‌زایی و وزن کم تولد همراه بوده است. همچنین اجرای برنامه های 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 2004، با اجرای برنامه غربالگری همگانی به ازای هر مادر/نوزاد، به طور میانگین می‌توان از صرف هزینه‌ای معادل 4644 دلار جلوگیری کرد. غربالگری در زنان بدون مشکل مصرف مواد و بدون عامل زمینه‌ساز خاص حدوداً 1 دقیقه و در زنان مصرف‌کننده یا دارای عوامل خطر زمینه ساز، 5-10 دقیقه طول می‌کشد. اکثر متخصصان صرف وقت برای غربالگری را به نوعی 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 صرف شده برای مراقبت مادر باردار صرفه‌جویی می‌شود.

به‌طور ایده‌آل، زنان وابسته به مواد در سنین باروری باید قبل از باردار شدن 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 بالا رفتن 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.

²⁶ Early Start

باید همواره به یک نکته بسیار مهم توجه داشت که سوء مصرف مواد در همه سطوح اجتماعی و اقتصادی وجود دارد. زنان سوء مصرف کننده 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 سوء مصرف مواد می‌کاهد و امکان تشخیص به موقع درگیری با مصرف مواد را در تعداد بیشتری از مراجعین فراهم می‌نماید. پرسیدن سئوال‌های غربال‌گری از همه بیماران از دخالت نظر شخصی افراد در این خصوص که از چه کسی در مورد اعتیاد بپرسند و از چه کسی سئوال نکنند جلوگیری می‌کند.

3-2- زمان غربال‌گری

به طور 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 برنامه‌ریزی شده باشد، باید در ویزیت قبل از بارداری غربال‌گری واد انجام شود.

سئوال‌های غربال‌گری اگر به صورت منظم و در هر ارزیابی پرسیده شوند بیشتر موثر خواهند بود. زیرا مراجع ممکن است در دفعات اول مصرف مواد را انکار کند، ولی به تدریج و بسته به نحوه برقراری ارتباط با کارکنان مراقبت بارداری ممکن است بتوان در مورد سوء مصرف مواد اطلاعاتی بدست آورد.

3-3- جایگاه غربال‌گری مصرف مواد در مراقبت‌های بارداری

دوران بارداری می‌تواند فرصتی برای دستیابی به خدمات درمان سوء مصرف 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، به سختی وارد نظام مراقبت شده و در آن باقی می‌مانند.

کلیه کارکنانی که در مراقبت‌های دوران بارداری شرکت دارند، نقش مهمی در کاهش سوء مصرف مواد حین بارداری دارند، زیرا خانم‌های باردار از کارکنان مراقبت سلامت به عنوان 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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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.

3-4- 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، به کار می‌روند تا سپس با کمک متخصص مورد ارزیابی‌های دقیق و کامل قرار گیرد.

ابزارهای غربالگری موثر 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 به تدریج 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 طولانی مدت 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. نمونه‌های از ابزار غربالگری سوءمصرف مواد در دوران بارداری موجود است که با کمک آن‌ها می‌توان پرسش‌ها را در زمانی کوتاه، به طور یکسان از همه مراجعان پرسید. آزمون چهار سئوالی²⁷، آزمون چهارسئوالی پلاس²⁸ و آزمون دو سئوالی²⁹ از جمله این ابزارها هستند. پرسش‌های طرح شده در این ابزارها را می‌توان به طور عادی به دنبال اخذ شرح‌حال بیمار مطرح کرد و آن‌ها را در ویزیت‌های مراقبت اولیه گنجاند.

پرسشنامه چهار سئوالی حاوی پرسش‌های در مورد سوءمصرف مواد در والدین مراجع، همسرش، مصرف خودش در گذشته و در حاملگی فعلی است (جدول 1-3). شکل تعدیل‌شده پنج سئوالی 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 نشان دهنده نیاز به ارزیابی بیشتر است.

جدول 1-3- پرسشنامه چهارسئوالی

1- آیا طی این دوره بارداری، هیچ‌گاه الکل یا مواد مصرف کرده‌اید؟	بله	خیر
2- آیا در گذشته هیچ‌گاه مشکل مصرف الکل یا مواد داشته‌اید؟	بله	خیر
3- آیا همسر شما مشکل مصرف الکل یا مواد دارد؟	بله	خیر
4- آیا هیچ‌یک از والدین شما به الکل یا مواد معتاد بوده‌اند؟	بله	خیر

پرسشنامه دو سئوالی، مشکلات جاری سوءمصرف مواد را بررسی می‌کند (جدول 2-3).

²⁷ 4P's: Parents, Partner, Past, Pregnancy

²⁸ 4P's Plus test

²⁹ Two item test

جدول 2-3- پرسشنامه دوسؤالی

1- طی سال گذشته، آیا هیچ‌گاه بیش از میزانی که در نظر داشته‌اید الکل یا مواد مصرف کرده‌اید؟
بله .. خیر ..

2- 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.

تجربیات حاصل از پرسش‌نامه چهارسؤالی و چهارسؤالی پلاس منجر به تدوین پرسش‌نامه پنج سؤالی³⁰ شد. پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات پرسشنامه 5 سؤالی نشان دهنده غربالگری مثبت و نیاز به ارزیابی است (جدول 3-3). مطالعات نشان می‌دهد مصرف سیگار در ماه قبل از بارداری 11 برابر خطر مصرف مواد در طول بارداری و 9 بار خطر مصرف الکل و مواد را در بارداری افزایش می‌دهد. غربالگری مثبت در پرسشنامه 5 سؤالی نه تنها مصرف سنگین مواد، بلکه همچنین مصرف سبک اما مشکل‌آفرین را در بارداری به خوبی پیش‌بینی می‌کند.

³⁰ 5Ps: Peer, Partner, Parent, Present use, Past use, Smoke

جدول 3-3- 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 هیچ یک 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»³¹ 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 می‌نماید:

- 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 به عنوان یک ابزار غربالگری برای مادران باردار هر سه ماه یک بار تکمیل کرد.

³¹ "ASSIST": Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

3-5- 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 به عنوان مقدمه توضیح دهید که این سئوال‌ها را از همه زنان بارداری که به شما مراجعه می‌کنند 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.
- ابزاری که در غربالگری استفاده می‌شود 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 مطرح کردن 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، صحبت کردن 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 مطرح کردن پرسش توسط ایشان ممکن است به تدریج بتواند در مورد مصرف مواد خود

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

اطلاعاتی بدهد. جملاتی از قبیل «تو که مواد استفاده نمی کنی؟» موجب می شود که فرد نتواند مشکل مصرف مواد خود را مطرح کند و این فکر را القاء می کند که دیگر برای پرهیز کردن دیر شده و هر اقدامی بی فایده است. پس از انجام غربالگری و در صورت پی بردن به احتمال سوءمصرف مواد، نتیجه غربالگری باید به شیوه ای غیرقضاوتگرانه برای بیمار توضیح داده شود. اصول زیر برای توضیح بهتر نتیجه غربالگری به مادر باردار، توصیه می شود:

- متعاقب غربالگری باید فرصتی برای صحبت در مورد سوءمصرف مواد فراهم شود.
- باید به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.
- مادر باردار را با خطرات سوءمصرف مواد و فواید پرهیز مصرف مواد آشنا کنید.
- نحوه مشاوره با مراجعان، اعم از مواردی که نتیجه غربالگری مثبت یا منفی باشد را یاد بگیرید (در جدول 3-3 و 3-4 به اختصار اصول کلی برخورد با غربالگری منفی و مثبت توصیف شده است).

جدول 3-3- برخورد با غربالگری منفی

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.

جدول 4-4- نحوه برخورد با غربالگری مثبت

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.
- تاکید 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 تأثیرات عوامل اجتماعی، فرهنگی باشد. کارکنان مراقبت بارداری باید بدون هر گونه سوگیری غربالگری مصرف مواد را در محیطی خصوصی و برای تمام مادران باردار انجام دهند. به علاوه 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 به خودی 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 به علت محدودیت‌های آن برای غربالگری همگانی توصیه نمی‌شود و باید به عنوان بخشی از برنامه ارزیابی جامع مورد استفاده قرار گیرد. نمونه ادرار و موی مادر و ادرار، مو و مکنونیوم 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.

3-6- ارزیابی

تفاوت بین ارزیابی و غربالگری این است که ارزیابی نکات مثبت یافته شده در غربالگری را برای رسیدن به یک تشخیص اختلال مصرف مواد مورد بررسی بیشتر قرار می‌دهد. به علاوه 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 به صورت فزاینده‌ای تصویر واضح‌تری از مشکلات مراجع و نحوه تغییر آن در طول زمان فراهم می‌کند.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

زنان باردار با مشکلات متعددی برای دسترسی به خدمات درمان مواجه هستند. 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 حداقل رساندن آن‌ها مداخله می‌کند.

به بیان دیگر درگیری در درمان³²، قراردعی³³ در جایگاه درمانی متناسب و برنامه‌ریزی درمان³⁴ و بازبینی برنامه-های درمانی اهداف فرآیند مداوم ارزیابی هستند.

ارزیابی زن باردار وابسته به مواد افیونی با این اهداف انجام می‌شود:

- ایجاد حس اعتماد و برقراری رابطه درمانی³⁵

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 برنامه ارزیابی و درمان هستند. مقاومت به درمان که به صورت 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 انفرادی شده

اخذ شرح حال 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 آگونیسست اغلب به علت 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 آگونیسست باشد. این افراد

³² engagement

³³ placement

³⁴ planning

³⁵ rapport

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 مطلع شدن از بارداری وجود دارد. مسئولیت بزرگ کردن 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 و/ 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 طراحی شده نظیر اندکس شدت اعتیاد¹¹ یا پروفایل اعتیاد مادزلی³⁶ استفاده کرد. این ابزارها حوزه‌های مختلف کارکرد را که به طور معمول از مصرف مواد متاثر 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 تامین 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.

³⁶ Addiction severity index

¹² Maudsley addiction profile

فصل چهارم - هماهنگی و تداوم مراقبت

در این فصل می خوانید:

1-4- مقدمه

2-4- مراقبت‌های پیش از تولد

3-4- مراقبت‌های حین زایمان

4-4- مراقبت‌های بعد از زایمان

5-4- ملاحظات مهم در گروه‌های خاص

4-1- مقدمه

برای ارتقاء برآیندهای بارداری و نوزادی در سوءمصرف کنندگان 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:

- درگیر کردن 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

4-2- 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.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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

اطلاع رسانی و توصیه³⁷ درباره عوارض مواد به تنهایی ممکن است برای مادر باردار وابسته به مواد کافی نباشد و 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 می شود 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 می شود.

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

- با پرهیز از نگرش و برخورد قضاوت گرانه سعی کنیم، عقاید و ارزش های فرد را بشناسیم.
- بدانیم که سوء مصرف مواد از سایر عوامل فرهنگی و روانی، اجتماعی جدا نیست.
- کارکنان مراقبت بارداری متعهد هستند که خدمات مراقبت را به طور یکسان به همه مراجعان ارائه نمایند.
- توجه داشته باشیم که اعتیاد یک مقوله مرتبط با بیماری و سلامتی است، نه مقوله ای ارزشی و اجتماعی، بنابراین در مراقبت بارداری نیز باید به آن به عنوان یک مشکل سلامتی نگریسته شود.
- محیطی امن که متضمن حفظ اسرار بیمار است را برای زن باردار فراهم کنیم.
- به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.
- درک کنیم که در میان گذاشتن مشکل مصرف مواد برای مادر باردار امری دشوار است.
- بسیاری از زنان سوء مصرف کننده مواد مشکلات و محدودیت های اجتماعی متعددی دارند که کم سواد می تواند یکی از آنها باشد. 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 درمان گر اعتیاد باید ارجاع به مراکز بهداشتی درمان ارایه کننده خدمات مراقبت مادر و کودک را برای زنان باردار مراجعه کننده با مشکلات مصرف مواد انجام دهد. در طول بارداری حداقل هفته ای یک بار بیمار را ویزیت و علاوه بر سایر ارزیابی ها آزمایش ادرار از نظر مصرف مواد مختلف انجام دهید. بارداری پایش نزدیک تر در درمان الزامی می کند. پس از اخذ رضایت بیمار برای در میان گذاشتن اطلاعات ضروری با سایر تأمین کنندگان خدمات

³⁷ information and advice

سلامت مستقیماً با متخصص زنان و زایمان، کارکنان مرکز ارایه کننده مراقبت‌های مادر و کودک، 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 28، ویزیت 2 هفته یک بار بین هفته‌های 28-36 و ویزیت هفتگی بعد از هفته 36)

• تجویز دوز بیمار

بین هفته‌های 24-32 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 36 – 40 : 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 داروهای نالbufین و بوتروفانول در بیمارانی که به علت القای علائم 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:

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

- خطرهای ناشی از تداوم مصرف مواد طی دوره 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 امکان پذیر نباشد، مثلاً در مواردی که زن باردار دچار علائم مسمومیت یا محرومیت مصرف مواد است. ارزیابی کامل را می توان در جلسه بعد انجام داد.

پزشک باید در مورد بهترین زمان جمع آوری 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 می باشد:

- مسائل مالی
- نداشتن یا نامناسب بودن مسکن
- خشونت خانگی
- سوءرفتار جنسی و تهاجم
- ارتباطات بین فردی
- مسائل قانونی
- سابقه سوءمصرف مواد

اختلالات روانپزشکی همبود با سوءمصرف مواد

کلیه کارکنان مراقبت سلامت که مراقبت های بارداری را ارائه می کنند باید علائم مشکلات جدی روانپزشکی خصوصاً موارد زیر را بشناسند.

- اضطراب و افسردگی
- روان‌پریشی (شامل هذیان و توهم)

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

- افکار جدی یا نقشه خودکشی و آسیب به خود
 - فکر آسیب رساندن 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 امکان پذیر نیست (مثل مناطق دوردست) سعی کنند از فرد متخصص مشاوره تلفنی بگیرد.
 - مطمئن شوند تا زمانی که در این مورد مشاوره می‌کند، بیمار در وضعیتی ایمن قرارداد. گاهی ممکن است یکی از پرسنل در کنار بیمار بماند تا از احتمال آسیب رساندن به خود، جنین یا دیگران جلوگیری شود.
 - داروهای روان‌پزشکی مورد مصرف (مثل داروهای ضد افسردگی، ضد جنون، تثبیت کننده خلق) باید در پرونده بیمار درج 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 می دهد بیماری های دهان و دندان خطر زایمان زودرس را افزایش می دهد. به همین دلیل کلیه خانم های باردار باید از نظر دسترس به خدمات بهداشت دهان و دندان در اولویت قرار گیرند. زنان باردار وابسته به مصرف مواد اوبیوئیدی 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 و یا اعضای خانواده

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

4-2- مراقبت های حین زایمان

در این بخش به پاره ای ملاحظات که جهت تداوم درمان بیمار و کاهش عوارض ناشی از مصرف مواد می بایست مورد توجه قرار گیرند اشاره شده است و اطلاعات بیشتر در خصوص نکات تخصصی مراقبت های حین زایمان در دستورالعمل های سلامت مادران قابل دسترسی است.

پذیرش اولیه در بخش زایمان

باید به زنان باردار توصیه شود با شروع دردهای خودبه خود 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 می کند.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان باید مطلع شود که نوزاد مواجه یافته 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 هر چند 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.
- همان گونه که پیشتر گفته شد توصیه می‌شود پزشک درمان‌گر اعتیاد خلاصه‌ای از ملاحظات درمانی و دوز داروی مصرفی را به طور 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 شرح حال 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 اپیدورال بوده‌اند. متخصص زنان و زایمان باید بداند که درمان نگهدارنده بیمار اثر ضددرد را برای او تأمین نمی‌کند. در استفاده از داروی ضددرد آپیوئیدی احتیاط برای اجتناب از القای پرهیز در طول دوره درد زایمان بسیار مهم است، مثلاً استفاده از داروهای ضددرد آپیوئیدی که آگونیست نسبی گیرنده‌های μ بوده و تمایل بالایی³⁸ به این گیرنده‌ها دارند (برای مثال پنتازوسین و نالبوفین³⁹) 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.

³⁸ high affinity

³⁹ nalbuphine

• مدیریت درد زایمان در زنان روی درمان نگهدارنده با متادون

دوز معمول متادون در زنانی که تحت درمان با متادون هستند، باعث کم شدن درد زایمان نمی‌شود. زنان باید دوز متادون را به موقع دریافت کنند (به صورت شربت، نه به شکل قرص) و درد باید به عنوان 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، به علت تغییر در گیرنده های افیونی، موثر نیست. بنابراین اگر روش های غیردارویی ضددرد و گاز انتونوکس⁴⁰ مؤثر نبودند، بی‌حسی موضعی ممکن است مناسب باشد و باید در این مورد با تیم بیهوشی صحبت کرد.

نکته: متادون مصرفی زن باردار مانع از شروع علائم 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.

جدا شدن آرام از گیرنده μ و فعالیت درونی پایین⁴¹ بوپرنورفین منجر به تقویت پروفایل ایمنی این دارو می‌شود. خصوصیات به صورت بالقوه تسکین درد کافی مرحله وضع حمل و بعد از زایمان را دشوار می‌کند، زیرا داروی ضددرد آپیوئیدی نمی‌تواند به اندازه کافی بر روی گیرنده‌های μ تاثیر بگذارد. بنابراین آگونیست های کامل افیونی (مثل پتیدین) ممکن است کمتر موثر باشند. در این صورت، دوزهای بالاتر از دوزهای معمول ممکن است برای جدا کردن بوپرنورفین از گیرنده μ لازم باشد. همچنین استفاده از بی‌حسی موضعی حین دردهای زایمان باید مد نظر باشد.

⁴⁰ مخلوط گارهای نیروس اکسید (50%) و اکسیژن (50%)

⁴¹ low intrinsic activity

• 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 به علت 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.

• 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.

4-4- 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 علائم سندرم محرومیت مورد ارزیابی قرار گیرد.

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 به صورت عندالزوم تجویز نمود.

به طور معمول در یک زایمان طبیعی نیازی به تجویز داروهای ضددرد اُپیوئیدی پس از زایمان نباید وجود داشته باشد. در سزارین معمولاً استفاده داروهای ضددرد اُپیوئیدی کوتاه اثر تا 48 ساعت بعد ادامه پیدا می‌کند. ممکن است استفاده از داروهای ضد درد اُپیوئیدی با مقادیر کمتر به مدت 5-7 روز بعد از زایمان سزارین مورد نیاز باشد. دوز مورد نیاز داروهای ضددرد اُپیوئیدی کوتاه اثر برای کنترل درد در مادران روی درمان‌های نگهدارنده معمولاً 70% از دوز معمول بیشتر است.

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

ضددردهای اپیویدی در ترکیب با استامینوفن یا یک داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی 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 70% ضددرد بیشتر، خصوصاً در 24 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 اپیویدی کمتری متعاقب وضع حمل واژینال دارند و متعاقب زایمان سزارین افزایش غیرمعنی‌داری در مصرف مواد افیونی و امتیازهای درد نشان می‌دهند. داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی یا استامینوفن به جای داروهای اپیویدی برای مدیریت درد متوسط بعد از بارداری در بیماران تحت درمان نگهدارنده با بوپرنورفین توصیه می‌شوند.

ترخیص

حین ترخیص، مرکز درمان کننده 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 حداکثر رساندن 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 بهداشتی منطقه می‌تواند کمک کننده باشد.

4-5- ملاحظات مهم در گروه‌های خاص

اچ‌ای‌وی

تشخیص اچ‌ای‌وی در مادران بارداری که سابقه رفتارهای پرخطر مرتبط با اچ‌ای‌وی دارند بسیار مهم است. مشاوره داوطلبانه و آزمایش به عنوان رویه استاندارد برای تشخیص اچ‌ای‌وی در این گروه از بیماران نیز باید در نظر گرفته شود. کلیه مادران باردار اچ‌ای‌وی مثبت باید برای دریافت مداخلات پیشگیری از انتقال مادر به کودک به مراکز

دکتر سید حسن امامی رضوی

مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شده و برای تداوم دریافت مراقبت مورد حمایت قرار گیرند. با در دسترس قرار گرفتن مداخلات جدید همچون تجویز پیشگیرانه داروی ضدترتروویروسی زیدوودین و سزارین خطر انتقال اچ‌آی‌وی از مادر به کودک در حین تولد به حدود 2-5 درصد کاهش یافته است. علاوه بر دریافت داروی ضدترتروویروسی 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 12-9 ماه پس از تولد از بدن نوزاد پاک می‌شود هر چند می‌تواند تا 18 ماه در بدن نوزاد باقی بماند. بنابراین استفاده از این آزمایش برای تشخیص عفونت اچ‌آی‌وی در نوزادان حساسیت کافی ندارد و به جای 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 به طوری که در مطالعات مختلف بین 70 تا 90 درصد ذکر شده است، خصوصاً اگر مادر باردار در سه ماهه سوم بارداری یا 5 هفته پس از زایمان عفونت فعال داشته باشد که با مثبت بودن 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 مثبت بودن امکان ارجاع برای تعیین مرحله عفونت و درمان در صورت لزوم فراهم می‌گردد. خطر انتقال مادر به کودک هپاتیت سی نسبتاً پایین (1-5%) است و زایمان طبیعی و شیردهی خطر انتقال آن را افزایش نمی‌دهد. درمان‌های ضدویروسی با کاهش بار ویروس به صورت نظری احتمال انتقال عمودی را کاهش می‌دهند، با این وجود به علت 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 2-6 ماهگی انجام و سپس در 18-24 ماهگی تکرار شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

فصل پنجم - هنگام زایمان

در این فصل می‌خوانید:

- 5-1- اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان
- 5-2- اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد
- 5-3- نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر
- 5-4- نکات مهم هنگام ارزیابی مادر وابسته به مواد (یا مشکوک به وابستگی)
- 5-5- اقدامات حمایتی و راهنمای اقدامات حمایتی
- 5-6- اقدامات لازم در انواع مواد:

- | | |
|----------------|------------------------|
| - مواد افیونی | - مواد محرک |
| - مواد توهم‌زا | - حشیش و ترکیبات مشابه |
| - مواد دخانی | - مواد الکلی |

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 ویژه ای دارد:

- 1- این مادران معمولاً برای انجام مراقبت‌های بارداری مراجعه نمی‌کنند بنابراین برخی مشکلات و عوارض مامایی در آنان شناسایی نمی‌شود.
- 2- متخصصین زنان و بیهوشی هم در موقعیتهای اورژانس (زجر جنین، جدا شدن زودرس جفت، پارگی رحم و...) و هم در موقعیتهای غیراورژانس (زایمان بی درد دارویی، اداره علائم محرومیت و...) بر بالین مادران وابسته به مواد و یا نوزادان آنها فراخوانده می‌شوند.
- 3- عدم استفاده از دارو برای کنترل محرومیت (در مورد مواد افیونی) موجب بروز نشانه‌های محرومیت و عوارض بعدی می‌گردد.
- 4- افراد وابسته به مواد، نسبت به داروهای مخدر تحمل دارند و آستانه درد آنها نسبت به افراد غیر معتاد پائین‌تر میباشد لذا در صورت نیاز به سزارین بخصوص در مواردی که مادر دچار علائم 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.
- 5- مصرف مواد مخدر (به خصوص 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.
- 6- ممکن است در زمان بستری در بیمارستان، ملاقات کنندگان 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 علائم مسمومیت شود.

اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد:

- به منظور کاهش عوارض و جهت اداره بهتر روند زایمان لازم است که هنگام مراجعه و یا بستری از همه مادران در مورد مصرف مواد یا داروهای مخدر سوال شود نحوه سوال کردن باید با احترام، بدون قضاوت و با جملات خنثی باشد. بهتر است سوالات در مورد مواد غیر مخدر مثل سیگار شروع شود و سپس در مورد مواد مخدر یا سایر داروها ادامه یابد.

- از آنجا که معمولا بیماران، مصرف مواد را انکار می کنند در موارد مشکوک باید آزمایشات تشخیصی (Rapid test و یا در صورت نیاز آزمایش TLC (Thin Layer Chromatography) یا روش کروماتوگرافی لایه نازک) انجام شود.
- تشخیص وابستگی به مواد در بیماران و مادران باردار به راحتی امکان پذیر نمیباشد. آزمایشات پاراکلینیک در تمامی مراکز و به سرعت انجام نمی شوند و در صورت عدم وجود تغییرات واضح فیزیکی به راحتی نمی توان به مشکل بیماران پی برد. بنابراین گفته های بیمار(هنگام گرفتن تاریخچه) و توجه به علائم بالینی در هنگام بستری موثرترین راه برای تشخیص ابتلا به وابستگی به مواد می باشد
- دوران بارداری و بخصوص هنگام زایمان زمان مناسبی برای ترک مواد نمی باشد.
- ممکن است در زمان بستری، ملاقات کنندگان 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 علائم 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 علائم وابستگی او با انجام مراقبتها و مصرف داروها تحت کنترل قرار می گیرد.
- 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، ترومبوفلیت عفونی، آندوکاردیت، سوء تغذیه، پنومونی آسپیراسیون، اختلال عملکرد غده آدرنال، میلیت عرضی، خونریزی مغزی، انفارکتوس قلبی، دایسکشن آئورت، ادم و یا خونریزی ریه، آبسه محل تزریق و ... می باشد.
- تصمیم گیری در مورد روش زایمان، نحوه بیهوشی و اقدامات هنگام بیهوشی برای هر بیمار تا حدود زیادی اختصاصی است و نیازمند برنامه ریزی دقیق برای این افراد پرخطر می باشد.
- در طی زمان لیبر، زایمان و پس از زایمان مادر باید در محیط آرام و با حداقل محرکهای خارجی مراقبت شود.
- عوارض حین و یا پس از زایمان(خونریزی،...) در این گروه می باید همانند سایر مادران باردار و زایمان کرده مطابق "راهنمای کشوری ارائه خدمت مامائی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار" مادر اداره شود.
- کنترل علائم حیاتی در مراحل حین و پس از زایمان مطابق راهنمای شماره 4 انجام شود. در صورتی که به علت مسمومیت با مواد مخدر و طبق تشخیص پزشک فواصل کنترل علائم حیاتی کمتر باید باشد در این مورد تاکیدات 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 دستور عملهای 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:

1- تلاش برای کاهش دردهای زایمان در این بیماران اهمیت زیادی دارد. در مادران وابسته به مواد آستانه درد نسبت به افراد دیگر پائین تر میباشد و درد این افراد شدت بیشتری دارد. باید به گفته های مادر اعتماد کنید در مورد میزان درد از او سوال 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 می شود.

2- صدای قلب جنین با مصرف مواد مخدر به خصوص 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 3 سمع صدای قلب جنین در مرحله اول هر 15 دقیقه و در مرحله دوم هر 5 دقیقه).

3- نکته قابل توجه دیگر، مراقبت از مادر از نظر Overdose شدن داروهای آرامبخش و مسکن می باشد. بنابراین اگر برای کنترل علائم محرومیت یا درمانهای حمایتی به مادر متادون یا دیازپام و... تزریق شده باشد و علاوه براین استفاده از داروهای بیهوشی عمومی یا ناحیه ای نیز مورد نیاز باشد باید به مقدار، نحوه و فاصله تجویز داروها و ممنوعیت استفاده همزمان داروها توجه بسیار زیادی شود.

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

- حضور یک نفر همراه آموزش دیده (اعضای خانواده، دوستان و....) برای حمایت عاطفی
- روشهای غیر دارویی کاهش درد (ماساژ، کمپرس گرم، تغییر وضعیت و.....) مطابق راهنمای شماره 5
- 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 (PCA , PCEA) برای کاهش درد پس از سزارین یا حین زایمان طبیعی و پس از آن مطابق دستور متخصص بیهوشی

CEA= Patient Controlled Epidural Analgesia و PCA=Patient Controlled Analgesia

- نام داروهایی که برای مادر مصرف شده، به همراه مقدار، زمان و روش تجویز آنها (به خصوص دیازپام، متادون، مورفین و...) باید پس از تولد به پزشک و سایر مراقبین نوزاد اطلاع داده شود و در برگه آپگار و پرونده نوزاد ثبت گردد.

- نوزاد مادران وابسته به مواد ممکن است دچار سندرم محرومیت نوزادی (Neonatal Abstinence Syndrom=NAS) شوند یا به علت داروهای مصرف شده 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 دستور عملهای زیر که توسط اداره سلامت نوزادان معرفی شده اند مراجعه شود:

ü برنامه احیای نوزاد: در سننامه احیای نوزاد (ویرایش ششم)

ü برنامه تثبیت نوزاد: کتاب مراقبت بحرانی از نوزاد در معرض خطر (ویرایش اول)

- برای کسب اطلاعات در مورد شیردهی به کودک به دستور عملهای اداره سلامت کودکان مراجعه شود.
- امکان بروز افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان در مصرف کنندگان مواد مخدر به خصوص مت آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد. لذا باید مراقبتهای لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.
- هنگام ترخیص از بیمارستان مادر برای مراجعه به مراکز ترک اعتیاد تشویق شود.

نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر:

- از آنجا که معمولا بیماران و بخصوص زنان مصرف مواد را انکار می کنند برقراری ارتباط مناسب با مادر و جلب اعتماد او برای بیان حقیقت بسیار مهم می باشد. بنابراین هنگام برقراری ارتباط با مادر به موارد زیر توجه نمایید:
- با دقت به صحبتها و شکایتهای زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
 - نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به زن باردار داشته باشید.
 - از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار خودداری کنید (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانبدارانه نداشته باشید).
 - به زن باردار اطمینان دهید که اسرار او محرمانه می ماند.

- برای زن باردار توضیح دهید که مشکل وی قابل درمان است و راههای موثری برای کنترل اعتیاد وجود دارد.
- هنگام انجام مراقبتهای بر بالین بیمار، درباره اعتیاد او صحبت نکنید.

نکات مهم هنگام ارزیابی مادر وابسته به مواد (یا مشکوک به وابستگی):

- در صورتی که بیمار وابسته به مواد یا مشکوک به آن می باشد علاوه بر اخذ تاریخچه و معاینه بالینی که در همه بیماران انجام می شود، موارد زیر باید با دقت بیشتری مورد توجه قرار گیرد:
- ارزیابی سطح هوشیاری (درجه کوما).
- کنترل علائم حیاتی (درجه حرارت، نبض، فشار خون، تنفس).
- معاینه مردمکها از نظر اندازه، گشادی و واکنش به نور.
- ارزیابی سطح هوشیاری، کنترل علائم حیاتی و معاینه مردمکها در موارد مصرف حاد بسیار لازم و مفید می باشند. معمولاً مردمکهای میوتیک نوک سوزنی (Pin points) و تعداد ضربان قلب طبیعی و یا مختصری برادیکارد مصرف ماده مخدر (گروه افیونی) را در چند ساعت اخیر تأیید میکند.
- معاینه بالینی قلب و ریه (بخصوص در روشهای تدخینی که ریه بسیار درگیر است).
- مشاهده پوست از نظر وجود اثرات تزریق و آسیب به رگها در قسمت‌های مختلف بدن.

سوال در مورد:

- نوع ماده مصرفی
- مقدار و تعداد وعده های مصرف در روز
- نحوه مصرف (خوراکی، استنشاقی، تزریقی،)
- استفاده از سرنگ مشترک (در مواردی که نحوه مصرف تزریقی می باشد)
- آخرین زمان مصرف
- استفاده یا عدم استفاده از درمانهای نگهدارنده (Methadon Maintenance Therapy= MMT) و مدت زمان آن

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

اقدامات حمایتی

منظور از اقدامات حمایتی در این مجموعه، مراقبتهای مورد نیاز جهت پیشگیری (یا کنترل) علائم یا نشانه های مسمومیت و یا محرومیت می باشد. مهمترین این اقدامات، درمانهای علامتی در صورت افزایش درجه حرارت، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، بیقراری و اضطراب، تشنج، کاهش تنفس، تهوع و استفراغ، درد عضلات، دستور عمل تجویز مخدر جایگزین، دستور عمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان، سم زدایی از دستگاه گوارش می باشد که در مورد هر یک باید مطابق راهنما عمل شود.

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

راهنمای اقدامات حمایتی (به ترتیب حروف الفبا):

-افزایش درجه حرارت بیشتر از 38 درجه (هیپرترمی)

برای کنترل درجه حرارت اقدامات زیر انجام شود:

برطرف کردن بیقراری (مطابق توضیحاتی که در بخش اقدامات حمایتی مربوط به بیقراری یا اضطراب ارائه خواهد شد)، کاهش فعالیت عضلانی، جایگزینی مایعات (ترجیحا نرمال سالین)، استفاده از ملافه خیس و پنکه، پاشویه، تجویز مایعات خوراکی (در صورتی که بیمار NPO نمی باشد) و در مرحله نهایی از Paralysis و لوله گذاری سریع به روش Rapid Sequence استفاده شود.

نکات مهم:

- 1- داروهای تب بر تاثیری بر افزایش درجه حرارت ناشی از مسمومیت با مواد مخدر ندارند زیرا تب به علت افزایش فعالیت عضلانی است و منشا هیپوتالاموس ندارد.
- 2- در مورد هیپرترمی ناشی از مسمومیت با اکستازی (به دلیل افزایش خطر مسمومیت با آب) جایگزینی مایعات باید با اندازه گیری جذب و دفع و کنترل ادم ریه باشد.
- 3- در صورتی که با توجه به تاریخچه یا تشخیص پزشک بیمار به علل عفونی (شوک سپتیک و...) یا عوارض بارداری (کوریوآمنیونیت و...) دچار تب می باشد سایر اقدامات مطابق دستور عمل بیمارستانهای دوستدار مادر انجام شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

-افزایش ضربان قلب (بیش از 110 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 بلوک کننده های کانال کلسیم) انجام شود.

-افزایش فشار خون

در صورت فشارخون بیشتر یا مساوی 160/110 تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود: باید توجه داشت که مقدار فشارخون از حداکثر نرمال کمتر نشود.

الف) هیدرالازین 10 - 5 میلی گرم وریدی بصورت تیتره و آهسته که در صورت لزوم هر 20 دقیقه می توان تکرار کرد.

ب) نیفیدپین 10 میلی گرم خوراکی هر 4 - 3 ساعت برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (با اطمینان از مبتلا نبودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیک مصرف هم زمان با سولفات منیزیم روی مادر و جنین)

ج) نیتروگلیسرین 0/4 میلیگرم زیر زبانی

نکات مهم:

1- در صورتی که با توجه به آزمایشات یا تشخیص پزشک، بالا بودن فشار خون ناشی از پراکلامپسی و اکلامپسی می باشد سایر اقدامات مطابق دستور عمل بیمارستانهای دوستدار مادر انجام شود.

2- تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون در افراد دچار مسمومیت با مواد محرک مثل کوکائین توصیه نمی شود. زیرا بلوک رسپتور بتا آدرنرژیک توسط این دارو ممکن است تحریک بلامنازع رسپتور آلفا با کوکائین و مواد محرک دیگر را ایجاد کند.

3- در موارد مسمومیت با مواد محرک (کوکائین، کراک اروپایی یا امریکایی، متامفتامین، اکستازی) از آنجا که افزایش فشار خون ثانویه به علائم محرومیت می باشد، معمولاً با کنترل بیقراری و اضطراب فشار خون بیمار نیز کنترل می گردد. بنابراین انتخاب اول برای کنترل فشار خون، داروهای ذکر شده در بخش بیقراری می باشد

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

-بیقراری یا اضطراب

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

الف) میدازولام

با توجه به شدت بیقراری 5-10 میلیگرم عضلانی یا 2-1 میلیگرم وریدی که می توان در صورت نیاز هر 10 دقیقه آن را تکرار کرد.

ب) دیازپام

در موارد خفیف 2-5 میلیگرم وریدی و در موارد شدیدتر 5-10 میلیگرم وریدی که می توان در صورت نیاز هر 4 ساعت آن را تکرار کرد.

نکات مهم:

1- اگر زایمان 2 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 2 ساعت این احتمال حداقل است.

2- 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.

3- در صورت بیقراری و حرکات شدید، نباید با فیکس کردن، بستن بیمار به تخت و یا به هر شکل دیگر مانع

حرکت و فعالیت بیمار شویم زیرا انقباضات عضلانی ایزومتریک می تواند منجر به اسیدوز لاکتیک،

هیپرترمی و از کار افتادن ناگهانی قلب و مرگ شود. بیقراری بیمار باید از طریق داروهای فوق کنترل شود.

4- در صورت شدت بیقراری و در مرحله نهایی از paralysis و لوله گذاری سریع به روش Rapid

Sequance 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 پهلوئی چپ خوابانیده و در صورت تشنج سر او را به منظور جلوگیری از آسپیراسیون

احتمالی پایین تر از سطح بدن قرار دهید).

- تجویز اکسیژن به میزان 6 - 4 لیتر در هر دقیقه

- گذاشتن Air way و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ و سایر وسایل احیاء

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

- تجویز دارو :

دiazepam به میزان 10 میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت 2 دقیقه تزریق شود. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه 10 میلی گرم وریدی را تکرار کنید. اگر میزان دریافتی بیش از 30 میلی گرم در ساعت باشد امکان دپرسیون تنفسی مادر وجود دارد. بنابراین وجود وسایل احیا بر بالین مادر بسیار ضروری است.
نکته: مادر نباید در 24 ساعت بیش از 100 میلی گرم Diazepam دریافت نماید.
اگر تزریق وریدی امکان پذیر نباشد، Diazepam به صورت رکتال تجویز می شود. یک سرنگ 10 سی سی بدون سر سوزن حاوی 20 میلی گرم Diazepam را داخل رکتوم گذاشته، دارو را خالی نمایید. پس از تخلیه دارو، سرنگ را به مدت 10 دقیقه در حالی که باتوک ها نزدیک به هم نگه داشته شده، خارج نکنید. این کار از خروج دارو جلوگیری می کند. در صورت نیاز (یا عدم کنترل تشنج) می توان 10 میلی گرم دیگر نیز با این روش تجویز کنید.

نکات مهم:

- 1- در صورتی که با توجه به آزمایشات یا تشخیص پزشک، تشنج ناشی از اکلامپسی می باشد کنترل تشنج (با سولفات منیزیم) و سایر اقدامات مطابق دستور عمل بیمارستانهای دوستدار مادر انجام شود.
- 2- اگر زایمان 2 ساعت یا بیشتر پس از تزریق Diazepam انجام شود بیشترین احتمال دپرسیون تنفسی، شلی عضلات و هیپوترمی در نوزاد وجود دارد ولی در فاصله کمتر از 2 ساعت این احتمال حداقل است
- 3- برای کنترل تشنج به علت مسمومیت های دارویی یا مواد مخدر، فنی توین نباید تجویز شود.
- 4- در صورت تشنج آتیپیک یا کمای طولانی مدت انجام سی تی اسکن یا MRI توصیه می شود.

-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.

روش های دارویی درمان تهوع و استفراغ شدید عبارتند از:

- الف) فنوتیازین ها: پرومتازین 25-12.5 میلی گرم هر 8 ساعت (خوراکی، عضلانی)، کلرپرومازین 25 - 10 میلی گرم بصورت وریدی هر 6 ساعت و یا 25 میلی گرم عضلانی هر 6 ساعت
- ب) متوکلوپروماید 10-5 میلی گرم هر 6 ساعت بصورت وریدی
- ج) مهار کننده های سروتونین: Ondansetron , Granisetron با دوز 4-8 میلیگرم آهسته بصورت وریدی
- د) گر دهیدریشن وجود داشت سرم تراپی

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

-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 4 ساعت یا انفوزیون وریدی (یک گرم در 100 سی سی نرمال سالین طی 15 دقیقه) هر 8 ساعت

-دستور عمل تجویز مخدر جایگزین برای کنترل علائم محرومیت(راهنمای شماره 1)

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

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

- 1- اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است، متادون طبق روش زیر:
 - تجویز متادون خوراکی با حداقل نصف دوز دریافتی در زمان حاملگی که در صورت نیاز می توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.
 - تجویز متادون عضلانی 10 میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر 12-24 ساعت یک بار آن را تکرار نمود.

2- اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون نبوده است یا در حال حاضر متادون در

دسترس نمی باشد به روش زیر اقدام شود:

- تجویز مورفین عضلانی 5-10 میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر 4-6 ساعت یک بار آن را تکرار کرد

(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: دستور عمل فوق از هنگام بستری مادر جهت زایمان تا هنگام ترخیص مورد استفاده می باشد.

نحوه درمان نگهدارنده با متادون (Methadon Maintenance Therapy =MMT) در مادران وابسته به مواد افیونی

در دوران بارداری و نقاهت پس از زایمان، مطابق دستور عملهای اداره سوء مصرف مواد دفتر سلامت روانی

اجتماعی باید اجرا گردد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

- دستور عمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان طبیعی یا سزارین (راهنمای شماره 2) 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 و یا کراک ایرانی)
 - 1- اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است، متادون طبق روش زیر - تجویز متادون خوراکی با حداقل نصف دوز دریافتی در زمان حاملگی که در صورت نیاز می توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.
 - تجویز متادون عضلانی 10 میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر 12-24 ساعت یک بار آن را تکرار نمود.
 - 2- اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون نبوده است یا در حال حاضر متادون در دسترس نمی باشد به روش زیر اقدام شود:
 - تجویز مورفین عضلانی 5-10 میلیگرم که می توان در صورت نیاز هر 4-6 ساعت یک بار آن را تکرار کرد
- (ب) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: سایر گروهها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی): تجویز مورفین عضلانی مطابق توضیحات بند 2

نکات مهم برای هر دو دستور عمل تجویز مخدر:

- 1- تجویز توام متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.
 - 2- حداکثر مقدار متادون تزریقی و یا خوراکی در 24 ساعت برای بیماری که تا کنون تحت درمان متادون نبوده است، نباید از 40 میلی گرم بیشتر شود.
 - 3- اگر زایمان 2 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 2 ساعت این احتمال حداقل است
- سم زدایی از دستگاه گوارش (فقط در مورد مسمومیت های خوراکی)
- در صورتی که کمتر از 6 ساعت از خوردن مواد مخدر گذشته باشد برای سم زدایی از دستگاه گوارش از شارکول (ذغال فعال) به همراه سوربیتول به شرح زیر استفاده شود:

50 گرم پودر شارکول را در 150 سی سی آب حل کرده و پس از مخلوط کردن با 50 سی سی سوربیتول از راه دهان (در فرد هوشیار) و یا لوله بینی-معدی (در فرد غیرهوشیار و یا با هوشیاری کم) تجویز کنید. در صورت لزوم می توان شارکول را (بدون افزودن سوربیتول) هر 4-6 ساعت با همان دوز اولیه تکرار کرد. به ازای هر 2-3 بار تجویز شارکول (به تنهایی)، یک بار به آن سوربیتول اضافه کنید.

- کاهش تعداد تنفس (کمتر از 16 بار در دقیقه)

هنگام کاهش تعداد تنفس اقدامات زیر انجام شود:

1- تجویز اکسیژن به میزان 6-4 لیتر در هر دقیقه

2- گذاشتن Air way و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک، بگ و وسایل لوله گذاری

3- تجویز دارو (دستور عمل تجویز نالوکسان برای برقراری تنفس): در صورتی که همراه با تنفس کند (کمتر

از 12 بار در دقیقه) و سطحی، مردمکها سوزنی و فشارخون پایین است و تقریباً در مورد مسمومیت با مواد افیونی و یا کراک اطمینان وجود دارد نالوکسان بصورت تیره و تحت Close Observation به شرح زیر تزریق شود:

الف) در موارد تنفس کمتر از 12 بار در دقیقه و یا وجود اختلال تنفسی از جمله سیانوز: شروع با 0/04 میلیگرم نالوکسان وریدی آهسته

یک آمپول نالوکسان را با 9 سی سی آب مقطر رقیق کرده و به میزان 1 سی سی از آن را به آهستگی بصورت وریدی تجویز کرده و در صورت نیاز تا بهبود وضعیت تنفسی تکرار می کنیم.

ب) در موارد آپنه (ایست تنفسی): شروع با 0/8 میلیگرم (دو آمپول) نالوکسان وریدی آهسته

در این موارد 2 آمپول را بصورت وریدی تجویز کرده و در صورت 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. در صورت عدم پاسخ به حداکثر دوز نالوکسان (25 آمپول معادل 10 میلی گرم)، بیمار باید بلافاصله پس از لوله گذاری 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 روش های زیر انفوزیون شود:

- روش اول: پس از بهبود وضعیت تنفس و علائم حیاتی، نالوکسان به میزان دوسوم دوزی که بیمار به آن

پاسخ داده، در 100 سی سی محلول قندی ریخته و در طی یک ساعت انفوزیون شده و در ساعتهای بعدی

بسته به شرایط و وضعیت بیمار، به تدریج از میزان آن کاسته شود (tapering).

-روش دوم: دوسوم میزان نالوکسان تزریق شده جهت رفع آینه را محاسبه کرده در 5 ضرب کرده، همگی را در 500 سی سی سرم قندی ریخته و در عرض 5 ساعت انفوزیون می کنیم.
با توجه به وضعیت بیمار، مقادیر فوق باید هر چند دقیقه یک بار به صورت تیتره تکرار شود تا زمانی که تنفس به بیشتر از 12 بار در دقیقه برسد.
در صورت نیاز، تنفس با آمبوبگ و لوله گذاری داخل تراشه همراه با تجویز دارو انجام شود.

نکات مهم:

- 1-هدف از تزریق نالوکسان برقراری تنفس است نه بالا بردن سطح هوشیاری.
- 2-با توجه به احتمال بالای ایجاد علائم محرومیت (بیقراری و...) لازم است بیمار جهت مراقبت تحت مانیتورینگ و مشاهده مستقیم باشد. با بروز اولین علائم محرومیت ، انفوزیون را قطع کرده و مجدداً با بروز اختلال تنفسی آن را با سرعت انفوزیون کمتر برقرار می کنیم.
- 3-نیمه عمر نالوکسان کمتر از اغلب مخدرها است (30-45 دقیقه) بنابراین ممکن است علائم مسمومیت پس از انقضای نیمه عمر نالوکسان عود کند. در صورت نیاز نالوکسان با همان دوز باید تکرار شود.
- 4-اگر اشتباهاً به فرد معتاد(بدون علامت مسمومیت) نالوکسان تزریق شود علائم محرومیت در او ظاهر می شود. در اینگونه موارد درمان حمایتی می باشد و داروهای مخدر نباید تزریق شوند.

مواد افیونی Opiates

شامل تریاک، شیره، هرویین، مورفین، کدئین، متادون

از دسته مواد افیونی در ایران تریاک، شیره و هرویین بطور رایج از قدیم مورد استفاده میباشند. تریاک و شیره بیشتر خوراکی و بعد تدخینی مصرف میشوند و هرویین به فرم تدخین و تزریقی مصرف میشود.
منشاء اصلی این گروه عصاره خشخاش(تریاک) است که حاوی 1-21-4 درصد مورفین و 1-25 درصد کدئین می باشد. با هیدرولیز کردن مورفین در آزمایشگاه از طریق فرایند شیمیایی هرویین به دست می آید.

اثرات مصرف مواد افیونی

زودرس احساس سرخوشی و نشئگی، بیدردی، چرت زدن، تنگی مردمکها(میوز)، تضعیف تنفسی، سکسکه
دیررس خارش، یبوست، کاهش میل جنسی، ضعف و سستی اراده، اثر محل تزریق روی پوست(در مصرف کنندگان تزریقی)، تب مختصر(دراثراندوکاردیت)

تأثیر در بارداری و زایمان:

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

اثرات مستقیم: عبور از جفت و در نتیجه زایمان زودرس، کوریوآمنیونیت، خونریزیهای سه ماهه سوم، تاخیر رشد داخل رحمی، دیسترس جنینی، مرده زایی، کاهش اندازه دور سر نوزاد، دفع مکونیوم، کاهش آپگار نوزاد، کم وزنی نوزاد

اثرات غیر مستقیم: افزایش احتمال بیماریهای آمیزشی، هیپاتیت و عفونت HIV، سوء تغذیه، خطر سوء مصرف مواد و داروهای دیگر در مادر، بروز نشانه های محرومیت در نوزاد.

تأثیر متادون بر تستهای ارزیابی سلامت جنین: (در مادرانی که طی بارداری از درمان نگهدارنده با متادون استفاده می کنند ممکن است اثرات زیر دیده شود)

NST: متادون باعث کاهش Beat-to-Beat Variability، کاهش حرکت و کاهش ضربان قلب جنین می شود

BPP: متادون باعث کاهش تعداد تنفس جنین می شود.

محرومیت از مواد افیونی

علائم محرومیت افزایش ضربان قلب، تنفس و فشار خون، گشادی مردمکها (میدریاز)، بیقراری و اضطراب، بی اشتها، تمایل زیاد به مصرف، کسالت، بیخوابی، اسپاسم عضلات اسکلتی و پرش ساق پا، علائم شبه آنفولانزا شامل تب، لرز، درد عضلات، آبریزش بینی، سیخ شدن مو، عرق کردن، تهوع، استفراغ، اسهال، خمیازه (اختصاصی)، اشک ریزش (اختصاصی)

در بارداری: محرومیت از مواد افیونی منجر به تحریک پذیری رحم می شود که به دنبال آن خطر زایمان زودرس، هیپوکسی و مرگ جنینی افزایش می یابد.

زمان شروع علائم زمان شروع، حداکثر شدت و طول مدت علائم بسته به نوع ترکیب و مقدار مورد استفاده متفاوت است.

مورفین، کدئین و هروئین: شروع علائم 6-18 ساعت، حداکثر شدت 36-72 ساعت بعد از آخرین مصرف و طول مدت علائم 7-10 روز.

شیره و تریاک: شروع علائم 12-24 ساعت پس از آخرین مصرف و با علائم ملایمتر
متادون: شروع علائم 24-48 ساعت بعد از آخرین مصرف و حداکثر شروع علائم 3-21 روز و طول مدت آن 6-7 هفته است.

اداره علائم محرومیت

- برای پیشگیری و یا در صورت بروز علائم محرومیت، مطابق دستور عمل ذکر شده در بخش اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.
- در صورت نیاز سایر اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

نکات مهم:

- 1- تجویز توام متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.
- 2- آنتاگونیستها (نالوکسان، نالترکسون) یا آگونیست -آنتاگونیستهای اپیوئید (بوپرنورفین - پنتازوسین یا تالوین - نالبوفین یا نوبین - بوتور فانول یا استادول) نباید تجویز شوند زیرا باعث ایجاد علائم محرومیت می شوند.

پس از زایمان

- برای تسکین دردهای پس از زایمان، مطابق دستور عمل ذکر شده در بخش اقدامات حمایتی، برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.

مسمومیت با مواد افیونی

علائم مسمومیت

کاهش سطح هوشیاری، گیجی و خواب آلودگی، مردمکهای میوتیک نوک سوزنی (Pin points)، تنفس سطحی، کاهش تعداد تنفس تا قطع تنفس، ادم ریه، صحبت‌های گنگ و نامفهوم، عدم تعادل، خارش، سسکه.

اداره علائم مسمومیت

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

- علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
- در صورتی که تنفس خودبخودی وجود ندارد مطابق مطالب ذکر شده 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 علائم 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 15 دقیقه و در مرحله دوم هر 5 دقیقه)

در صورت نیاز به بیهوشی یا بیدردی دارویی موارد زیر رعایت شود:

ملاحظات حین بیهوشی

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
 - بیهوشی ناحیه ای برای این مادران ارجحیت دارد و پس از عمل امکان ادامه بیدردی بدون نیاز به تجویز داروهای مخدر را فراهم می کند.
 - به دنبال اینداکشن داروهای بیهوشی (اپیدورال و اسپاینال) احتمال افت فشار خون زیاد است.
 - در شرایط زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود:
- الف - مصرف حاد و زیاد مواد افیونی
- ب - کاهش حجم مایعات داخل عروقی، سوء تغذیه و بیماری پیشرفته کبدی
- ج - دریافت داروهای جایگزین برای کنترل نشانه های محرومیت
- مصرف کنندگان مواد افیونی معمولاً اختلالات کبدی نیز دارند بنابراین در این بیماران داروهای که احتمال سمیت کبدی دارند (هالوتان، انفلوران، ایزوفلوران...) باید با احتیاط مصرف شوند.
 - در صورتی که علائم 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 10% تزریق کنید.)
- پس از کنترل علائم همودینامیک بیمار را بیهوش کنید.
- در صورت نیاز قبل از خروج نوزاد بقیه مورفین را بصورت دوزهای منقسم تزریق کنید.

ملاحظات بعد از عمل

- بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
- در صورت وجود علائم مسمومیت (بخصوص ادم ریه، کاهش تعداد تنفس، تاخیر در برگشت هوشیاری) باید لوله تراشه و تنفس کنترل حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل 24 ساعت مراقبت شود.
- برای تسکین دردهای پس از سزارین، مطابق راهنمای اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.
- بعد از تولد، علائم حیاتی نوزاد را سریعاً ارزیابی کنید.

* کنتراندیکاسیونهای بیهوشی ناحیه ای شامل موارد زیر می باشد:

کنتراندیکاسیون مطلق:

- عدم رضایت خانم باردار

نکته: در مورد مادران معتاد در صورتی که طبق صلاحدید پزشک، بیهوشی ناحیه ای ارجح می باشد باید مشاوره بیشتری جهت متقاعد کردن بیمار انجام شود.

- عدم توانایی خانم باردار برای حفظ بی حرکتی 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 باکتری می

کنتراندیکاسیونهای نسبی: با توجه به شرایط بیمار و تجربیات متخصص بیهوشی درباره انجام یا عدم انجام آن تصمیم گیری شود

- سابقه حساسیت به داروهای بی حس کننده 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 اینکه احتمال عفونت بین مهره ای افزایش می یابد)

مواد محرک (Stimulants)

- مهمترین مواد مورد مصرف در این گروه به شرح زیر است: کوکائین، آمفتامین، مت آمفتامین (متداولترین

نامهای خیابانی: شیشه یا کریستال، آیس یا یخ، کرانک، گچ)، اکستازی یا MDMA (متداولترین نامهای

خیابانی: قرص شادی ,X, Adam)، نیکوتین، کافئین

- کوکائین از گیاه کوکا بدست میاید. به شکل نمک هیدرو کلراید قابل حل در آب برای انفیه یا تزریق بکار

میرود. رنگ آن بسته به موادی که به آن اضافه می شود از سفید تا کرم و قهوه ای روشن متفاوت است.

معمولاً به صورت پودر سفید در دسترس است.

- رایج ترین راه مصرف کوکائین استنشاق یا اصطلاحاً بالا کشیدن از راه بینی است. سایر روش ها عبارتند از

تزریق زیر جلدی یا وریدی و تدخین.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

- مت آمفتامین (شیشه) شایعترین ماده از انواع آمفتامین است. مشابه کوکائین در پیهایی مصرف میشود، بدون بو است و اثرات آن تا 12 ساعت ممکن است طول بکشد. بعد از مصرف از طریق تدخین یا تزریق وریدی فرد احساس حالت **Rush** یا **Flash** (برق زدن یا درخشیدن) میکند که فقط چند دقیقه طول میکشد و معمولاً خیلی لذت بخش توصیف میشود.
- اکستازی، یکی از مشتقات (آنالوگ) مت آمفتامین می باشد که علاوه بر محرک بودن ویژگی مواد توهم زا را هم دارد. در این مجموعه اطلاعات مربوط به اکستازی در گروه مواد محرک ذکر شده است.

اثرات مواد محرک بر سلامتی

زودرس: شاخصه بالینی علایم مصرف مواد محرک چشمان شیشه ای و مردمکهای خیلی گشاد (میدریاتیک) در اثر جزء مت آمفتامینی این مواد میباشد

سرخوشی همراه با تحریک CNS بصورت افزایش تمرکز، هوشیاری، پر حرفی، تکرار اعمال، افزایش میل و تغییر رفتارهای جنسی، کاهش اشتها، افزایش دمای پوست.

خشکی دهان، نوشیدن زیاد آب و لیس زدن لبها (cotton mouth)، احتقان و بالا کشیدن مرتب بینی بدون وجود علائم سرماخوردگی

اضطراب و بی خوابی، بدگمانی، توهم، اختلالات و سواسی

اسهال، تاری دید، خواب رفتگی اندام، سردرد، آسیب غیر قابل برگشت به عروق کوچک مغزی.

عوارض قلبی عروقی: افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب، آهسته شدن هدایت قلبی، تحریک پذیری بطنی، آریتمی های بدخیم، ایسکیمی، انفارکتوس و یا آسیب عضله میوکارد که همگی تهدید کننده حیات هستند.

نکات مهم

- 1- 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)
- 2- مصرف همزمان کوکائین و الکل یک منقبض کننده بالقوه عروق مغزی و خطرناک است.
- 3- مصرف همزمان کوکائین و مواد دخانی احتمال بروز عوارض قلبی عروقی را بیشتر می کند.

دیورس

تحریک پذیری، اختلال تمرکز، بی خوابی شدید و یا خواب آلودگی، کاهش وزن، خارش، خراشیدگیهای شبیه آکنه در پوست (بعلت توهمات لمسی)، سوراخ شدن 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 جنون آمیز

تأثیر در بارداری و زایمان:

بارداری همراه با مصرف مواد محرک عوارض قلبی عروقی این مواد را بیشتر می کند. علاوه بر علائم قلبی عروقی (افزایش فشار خون، آریتمی، افزایش ضربان قلب) در بارداری سایر علائم دیگر سوء مصرف کوکائین شامل هیپر رفلکسی، تشنج، عدم تعادل رفتاری، پروتئین اوری و ادم هم دیده می شود. ترکیب افزایش فشار خون، پروتئین اوری و تشنج می تواند با علائم 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 به خصوص مت آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد. لذا باید مراقبتهای لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.

عوارض مادری و جنینی: سقط خودبخودی در ماههای اول، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، پارگی رحم، بی نظمی ضربان قلب، پارگی کبد، ایسکیمی وانفارکتوس عروق مغزی و مرگ جنین، دیسترس جنینی، تاخیر رشد داخل رحمی.

عوارض جنینی و نوزادی: کوکائین سریعاً از جفت رد شده و وارد سیستم گردش خون نوزاد شده و باعث تنگی عروق نوزاد می شود و به صورت غیر مستقیم نیز تنگی عروق مادر روی جنین تاثیر می گذارد. برخی ناهنجاریهای ادراری تناسلی، رفلکسهای غیر طبیعی، تحریک پذیری بیش از حد، کاهش ضریب هوشی و قدرت یادگیری در این نوزادان بیشتر دیده می شود.

آمفتامین:

عوارض جنینی و نوزادی: آنومالی قلبی، شکاف لب و کام، آترزی مجرای صفراوی، تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ داخل رحمی و خونریزی مغزی.

عوارض مادری و جنینی: زجر جنینی و جدا شدن زودرس جفت. تشنج و پروتئین اوری و افزایش فشار خون ثانویه به مصرف آمفتامین (وکوکائین) ممکن است با علائم پراکلامپسی اشتباه شود.

شیشه یا مت آمفتامین: مرگهای جنینی و نوزادی

محرومیت از مواد محرک

علائم محرومیت

علائم قطع ناگهانی شامل افسردگی و علائم خلقی غیر طبیعی، خستگی، احساس ولع شدید و تاخیر روانی حرکتی، کسالت، بی خوابی، گرسنگی، افزایش اشتها، عدم تحریک پذیری، کابوسهای واضح شبانه می باشد. مراحل مختلف محرومیت:

- مرحله اول (Crash) یا افت یا مرحله حاد دیس فوریا (کج خلقی) که از 9 ساعت تا 4 روز ممکن است طول بکشد، با افسردگی و خلق پایین شروع میشود و با بی قراری، بی اشتها و ولع زیاد برای مصرف همراه است. در اواسط این مرحله خستگی، افسردگی و بی خوابی و در انتها خستگی بیش از حد، خواب آلودگی و پرخوری ایجاد میشود و بیمار ممکن است چند روز بخوابد.
- مرحله دوم (post stimulant mood dysfunction) حالت اختلال عملکرد پس از تحریک از 1 تا 10 هفته طول میکشد در ابتدا خواب طبیعی میشود، فرد به حالت طبیعی برمیگردد و وسوسه خیلی کم است. از اواسط این مرحله تا انتها بی حالی، کمبود انرژی، فقدان توانایی لذت بردن، اضطراب و ولع زیاد برای مصرف وجود دارد. معمولاً در این مرحله فرد مجدداً اقدام به مصرف مواد می کند. در غیر اینصورت وارد مرحله سوم میشود.
- مرحله سوم خاموشی (extinction) . شادیهها و وضعیت خلقی دوباره در فرد طبیعی میشود ولی وسوسه بصورت دوره ای وجود دارد.

شروع علائم محرومیت

6 تا 8 ساعت بعد از آخرین مصرف

اداره علائم محرومیت: در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

در مورد کراک: برای پیشگیری و یا در صورت بروز علائم محرومیت: مطابق دستور عمل ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود (زیرا در این نوع کراک جزء مخدر هرویین نیز وجود دارد) .

مسمومیت با مواد محرک

اداره علائم مسمومیت

در مورد کوکائین:

علائم مسمومیت

شاخصه بالینی علائم مصرف: چشمان شیشه ای و مردمکهای خیلی گشاد.

در مورد کوکائین: افزایش فشار خون و ضربان قلب، گاهی افزایش درجه حرارت، بیقراری، میدریاز مردمکها، کاهش صدای ریه پس از تدخین که مطرح کننده پنوموتوراکس می باشد، کاهش نبض در اندامها که مطرح کننده حوادث بدخیم عروقی مثل دایسکشن آئورت می باشد.

در مورد اکستازی: افزایش برق آسای درجه حرارت بدن، افزایش نوشیدن آب، افزایش ترشح هورمون آنتی دیورتیک، مسمومیت با آب، کاهش سدیم خون (هیپوناترمی)، ادم و هر نیاسیون مغزی، گیجی، تشنج، مرگ آریتمی قلبی، نارسایی حاد کلیه، مسمومیت کبدی، DIC، نارسایی قلبی رابدومیولیز (شکسته شدن بافت عضلانی اسکلتی، رها شدن و رسوب میوگلوبین در کلیه که منجر به نارسایی حاد کلیه می شود)

در مورد شیشه یا مت آمفتامین: افزایش درجه حرارت (با دوزهای متوسط و زیاد)، افزایش ضربان قلب و فشار خون (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 فشار خون ریه، آسیبهای حرارتی، پنوموتوراکس، خونریزی ریه

دستگاه گوارش: تهوع و استفراغ

پوست: اثرات سوختگی و تزریق

سیستم عصبی: حرکات شبیه کره، تشنج در 24 ساعت اول که معمولاً خودبخود بهبود می یابد

روانی: اضطراب، هذیان و سوء ظن، در موارد شدیدتر افکار خودکشی و دیگرکشی و رفتارهای جنون آمیز

نکات مهم:

- 1- مسمومیت با مت آمفتامین در هر بیمار دچار تعریق همراه با علائم زیر باید مد نظر باشد: افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب، بیقراری شدید، تمایل به آسیب به خود یا اطرافیان، رفتارهای جنون آمیز
 - 2- کوکائین در بین مواد مورد سوء مصرف بیش از همه با تشنج همراه است.
 - 3- 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 پروتیین اوری و افزایش فشار خون ثانویه به مصرف کوکائین (و آمفتامین) ممکن است با علائم اکلامپسی اشتباه شود

در صورتی که همراه با علائم فوق، آزمایشات عملکرد کبد و کلیه غیرطبیعی (افزایش میزان LDH, SGPT, SGOT, 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 تصمیم گیری شود.

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
 - افزایش فشار خون معمولاً با درمان بیقراری کنترل می گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود
 - تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون توصیه نمی شود.
 - معمولاً به ذغال فعال احتیاج ندارند زیرا مصرف خوراکی نیست.
 - در صورت بروز ایسکمی قلب ثانویه به مصرف زیاد کوکائین:
- انجام ECG
- تجویز آسپرین 325 میلیگرم خوراکی (در صورت مشکوک بودن به دایسکشن آئورت تجویز نشود)
- تجویز نیتروگلیسرین 0/4 میلیگرم زیر زبان

اداره علائم مسمومیت (ادامه)

در مورد اکستازی:

- اهداف اصلی درمان: کنترل بیقراری، کاهش درجه حرارت، جایگزینی الکتrolیتها، حفظ برون ده ادراری، درمان

ضدآریتمی

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- افزایش فشار خون معمولاً با درمان بیقراری کنترل می‌گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود
- تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون توصیه نمی‌شود.
- از تجویز بی رویه مایعات خودداری شود زیرا هیپوناترمی را تشدید می‌کند. در شرایط هیپوولمی و در صورت نیاز به تجویز مایعات از سرم نرمال سالین استفاده شود.
- در صورت لزوم، مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی برای بیمار شارکول (ذغال فعال) تجویز شود.

در مورد مت‌آمفتامین یا شیشه:

- اهداف اصلی درمان: کنترل بیقراری، کاهش درجه حرارت
- بی‌توجهی 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 خود بخود برطرف می‌شود. در صورت لزوم مطابق راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- افزایش فشار خون معمولاً با درمان بیقراری کنترل می‌گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون توصیه نمی‌شود.
- در موارد مسمومیت خوراکی: تجویز شارکول (ذغال فعال) مطابق مطالب ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی.

در صورت نیاز به بیهوشی یا بیدردی دارویی موارد زیر رعایت شود:

ملاحظات حین بیهوشی

- نکته:** بیمارانی که بطور 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 مصرف کنندگان مواد محرک هر دو نوع بیهوشی عمومی و ناحیه ای با مشکلات جدی همراه است.
- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
 - در مادران معتاد به کوکائین تجویز اپیوئیدها به داخل مایع مغزی نخاعی (Intrathecal) مدت کوتاهی اثری دردی دارد. استفاده از بیهوشی اپیدورال و تعبیه کاتتر موثر تر است.
 - در صورت نیاز باید برای این بیماران پایش دقیق و تهاجمی فشار خون و ضربان قلب انجام شود.
 - استفاده از هالوتان توصیه نمی شود.
 - در صورت وقوع ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد ناشی از کوکائین، داروهای مورد استفاده به ترتیب اولویت نیتروگلیسرین و بنزودیازپینها و سپس فتولامین می باشد.
 - برای اینداکشن بیهوشی، اتومیدیت (Etomidate, Amidate) به خصوص در مصرف کنندگان بوپره نورفین (تمجیزک و نورجیزک) نباید تجویز شود
 - در بیهوشی ناحیه ای:
 - ترومبوسیتوپنی ناشی از کوکائین کنترااندیکاسیون برای بیهوشی ناحیه ای می باشد.
 - بیمار باید از نظر رفتارهای تهاجمی، تغییر توصیف درد، ترومبوسیتوپنی ناشی از کوکائین و کاهش فشار خون مقاوم به افدرین مراقبت شود.
 - افت فشار خون ممکن است شدیدتر از معمول باشد.
 - پاسخ به داروهای بالابرنده فشار خون غیر قابل پیش بینی است. لذا این داروها را بصورت آهسته و با فواصل زمانی کافی تجویز نمایید.

ملاحظات حین بیهوشی (ادامه)

در مورد کراک :

- در صورتی که علائم محرومیت ظاهر شده و نیاز به بیهوشی وجود دارد:

- بیمار را هیدراته کنید.
- نصف دوز محاسبه شده مورفین را (مقدار مصرف روزانه بیمار در هر وعده با احتساب درجه خلوص 10%) تزریق کنید.
- پس از کنترل علائم همودینامیک بیمار را بیهوش کنید.
- در صورت نیاز قبل از خروج نوزاد بقیه مورفین را بصورت دوزهای منقسم تزریق کنید.

در مورد آمفتامین و مت آمفتامین:

- پس از اینداکشن داروهای بیهوشی عمومی، لارنگوسکوپی و لوله گذاری ممکن است افزایش فشار خون و 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 مت آمفتامین. زیرا غلظت حداقل آلئولی (MAC) بیهوشی استنشاقی را افزایش می دهد.
- در وضعیت زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود:
مصرف مزمن آمفتامین و مت آمفتامین.

ملاحظات بعد از عمل

- بعد از اتمام سزارین در صورت وجود علائم مسمومیت (بخصوص اختلال هوشیاری، کاهش تهویه و تضعیف تنفسی)، باید لوله تراشه و تنفس کنترل حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحا بیمار به این بخش منتقل و حداقل 24 ساعت مراقبت شود.

در مورد آمفتامین و مت آمفتامین

- پس از عمل جراحی در این بیماران، هنگام پایین آمدن از تخت و راه رفتن احتمال افت فشار خون زیاد است لذا از این لحاظ باید مراقبتهای لازم در مورد آنان انجام شود.

مواد توهم زا (Hallucinogen)

مواد توهم زا انواع زیادی دارند و با نامهای تجاری مختلف بفروش میروند که نوع معروف آن LSD (نام خیابانی: اسید یا تریپ) می باشد که اغلب به شکل خوراکی مصرف می شود.

مواد دیگر شایع در این دسته شامل فن سیکلیدین (PCP) و کتامین (Ketamine) می باشد.

نکته: اکستازی (MDMA) یکی از مشتقات (آنالوگ) مت آمفتامین می باشد که علاوه بر محرک بودن ویژگی مواد توهم زا را هم دارد. در این مجموعه اطلاعات مربوط به اکستازی در گروه مواد محرک ذکر شده است.

اثرات مصرف مواد توهم زا بر سلامتی

زودرس

اثرات حسی و هیجانی در مصرف کننده ایجاد میکنند. با مصرف مواد توهم زا ادراک معمولاً بسیار شفاف و عمیق است، موسیقی از نظر هیجانی عمیق و تاثیر گذار است. اعوجاج تصاویر و توهمات بینایی، شنوایی و لمسی ایجاد میکند. جابجایی 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 فشار خون، افزایش ضربان قلب و افزایش دمای بدن، گشادی مردمکها، خشکی دهان، لرزش، بی اشتها، 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 توهم زایی بسیار شدیدی دارد و باعث تصادف یا فعالیت هایی می شود که منجر به کشته شدن فرد می گردند مانند پریدن از ساختمان بلند برای پرواز.

دیورس

اثر روی حافظه بلند مدت، اختلال بینایی، بدبینی، هذیان، سایکوز

تاثیر دربارداری و زایمان :

مصرف PCP در دوران بارداری با بروز بالای تاخیر رشد داخل رحمی، زایمان زودرس و مایع آمنیوتیک مکنونیومی و علائم محرومیت در نوزاد همراه است. افزایش درجه حرارت ناشی از مصرف ممکن است مصرف اکسیژن را در مادر و نوزاد و صدمات ناشی از گرما را در جنین افزایش دهد.

مصرف ال اس دی در بارداری موجب افزایش انقباضات رحمی می شود.

محرومیت از مواد توهم زا

علائم محرومیت
محرومیت از مواد توهم زا علائم جسمی چندانی ندارد. علائم غیر جسمی در حد احساس ناخوشایند و خستگی می باشد.
اداره علائم محرومیت
درمان جایگزین ندارد. در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

مسمومیت با مواد توهم زا

علائم مسمومیت
نسبت به نوع ماده مصرفی کمی متفاوت است مانند: توهم، دهیدراتاسیون، افزایش ضربان قلب و فشار خون، اثرات هیجانی، حسی و بصری ناشی از افزایش فشار خون و دمای بدن و به ندرت تشنج و قطع تنفس (آپنه)
اداره علائم مسمومیت
<ul style="list-style-type: none">• در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.• در صورت نیاز، بیمار به ICU منتقل و حداقل 24 ساعت مراقبت شود.● در صورت توهم: جهت جلوگیری از آسیب به خود، بیمار باید توسط کارکنان و همراهان به شدت کنترل و مراقبت شود.

در صورت نیاز به بیهوشی یا بیدردی دارویی موارد زیر رعایت گردد :

ملاحظات حین بیهوشی

- در صورت وجود توهم، به علت عدم همکاری بیمار باید بیهوشی عمومی انجام شود (بیهوشی ناحیه ای بسیار مشکل است)
- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
- در مورد روشهای بیدردی دارویی: هنگام زایمان، داروهای انتونوکس (برای بیدردی استنشاقی) و انفلوران (برای استنشاقی تبخیری) در این بیماران با احتیاط استفاده شود.
- مصرف مواد توهم زا اثر بیدردی و تضعیف تنفسی مخدرها را طولانی تر می کند و پاسخ به مقلدهای سمپاتیک (مانند افدرین، اپی نفرین، ایزوپرنول) را بیشتر می کند.
- در صورت نیاز به تزریق داروهای مخدر و همچنین مقلد های سمپاتیک این داروها باید بصورت تیره و بسیار آرام تزریق شوند.

ملاحظات بعد از عمل

- بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را ارزیابی نمایید.
- در صورت وجود علائم مسمومیت، باید لوله تراشه و تنفس کنترل حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحا بیمار به این بخش منتقل و حداقل 24 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 می شود. به نامها و ترکیبات مختلفی مانند علف، گراس، بنگ، ماری جوانا و.... وجود دارد.

ماده اصلی روانگردان در حشیش 9 ترا هیدرو کاناپیول یا THC است. قدرت حشیش به غلظت این ماده بستگی دارد. THC به سرعت از ریه به جریان خون جذب می شود و 10 دقیقه بعد غلظت آن به حداکثر می رسد. مواد این گروه طیف وسیعی از اثرات شناختی احساسی فیزیولوژیک و رفتاری را که به مقدار مصرف ارتباط دارند ایجاد میکنند. موقعیت و حالت هم زمان مصرف کننده، تجربه و نگرش قبلی و انتظارات اطرافیان از فرد در ایجاد علائم موثر است. حشیش می تواند مانند سیگار کشیده و یا جویده شود. در صورت مصرف خوراکی، میزان مصرف حشیش باید 2 تا 3 برابر میزان تدخینی آن باشد تا اثر مشابه ایجاد شود. در صورت تدخین اثرات آن به سرعت ظاهر و 3 تا 4 ساعت باقی می ماند. در صورت مصرف خوراکی: شروع اثر بعد از یک ساعت یا بیشتر است و تا 24 ساعت ادامه دارد. ماری جوانا شایعترین ماده مورد سوء مصرف در جوامع غربی است که باعث بروز بیماریهای روانی می شود. اثرات حشیش بیشتر از ماری جوانا است. رنگ آن از مشکی تا قهوه ای طلایی است.

اثرات حشیش و ترکیبات مشابه بر سلامتی

زودرس

برای اکثر مصرف کننده ها یک سرخوشی خفیف یا آسودگی ایجاد میکند.

معمولا احساس سایر تجربه ها مانند گوش کردن به موسیقی، چشیدن طعم غذا یا لذت از فعالیت جنسی را افزایش میدهد.

درک زمان از بین می رود و معمولا گذشت زمان طولانی تر احساس میشود.

در موقعیتهای اجتماعی پر حرفی و خنده بیشتر میشود.

اثرات روانی: با توجه به نوع ماده، ممکن است محرک، توهم زا بوده و یا باعث افسردگی شود.

مصرف بار اول باعث اضطراب، هراس و بدبینی میشود. افزایش ضربان قلب، نوسانات فشار خون، سبکی سر و غش کردن هنگام ایستادن ممکن است دیده شود (این اثرات هنگام مصرف بیش از حد نیز مشاهده می شوند. به همین دلیل در قسمت علائم 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 بی توجهی به اطراف، بیقراری، اضطراب

دکتر سید حسن امامی رموی
معاون درمان

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: خواب آلودگی، تحریک پذیری، عفونتهای تنفسی و تضعیف عضله قلب، حملات وحشت، فراموشی دوره

ای، 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.

در مورد ماری جوانا: اختلال در عملکرد ریه مشابه مصرف تنباکو.

تاثیر در بارداری و زایمان:

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

در مورد ماری جوانا:

بطور کلی مصرف مزمن ماری جوانا محور هیپوتالاموس هیپوفیز و تولید هورمونها را تحت تاثیر قرار داده و در نتیجه اثرات نامطلوب بر باروری (مهار تخمک گذاری) و بارداری (تغییر در تولید استروژن و پروژسترون جفتی) دارد.

اکثر افراد معتاد به ماری جوانا مواد دیگر از قبیل تنباکو، کوکائین و الکل نیز مصرف می کنند. بنابراین تعیین اثر

اختصاصی آن بر جنین مشکل است. ولی از آنجا که عنصر ترکیبی ماری جوانا (THC) آزادانه از جفت عبور می کند،

مصرف این ماده بر جنین اثر مستقیم دارد، تبادلات جفتی جنینی را کاهش داده و موجب تاخیر رشد داخل رحمی می

شود.

محرومیت از حشیش و ترکیبات مشابه

<p>علائم محرومیت</p> <p>علائم ترک و محرومیت قابل چشم پوشی است و وابستگی جسمانی ایجاد نمی شود. در صورت مصرف مقادیر خیلی زیاد، علائم محرومیت شامل: بی قراری و خواب آلودگی، عصبانیت، گرگرفتگی، بی خوابی، تعریق، خستگی، آبریزش بینی، اسهال، سکسکه و بی اشتها می باشد.</p>
<p>زمان شروع علائم محرومیت</p> <p>بعد از گذشت 12 ساعت از آخرین مصرف</p>
<p>اداره علائم محرومیت</p> <p>درمان جایگزین ندارد. در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.</p>

مسمومیت با حشیش و ترکیبات مشابه

<p>علائم مسمومیت</p> <p>در مسمومیت با آن حافظه کوتاه مدت و توجه مختل میشود، افکار و گفتار منقطع شده و فرد جریان افکار و حرفهای خود را فراموش می کند.</p> <p>مصرف بیش از حد باعث اضطراب، هراس و بدبینی میشود. افزایش ضربان قلب، نوسانات فشار خون و سبکی سر و غش کردن هنگام ایستادن ممکن است دیده شود. (این اثرات هنگام اولین بار مصرف نیز مشاهده می شوند. به همین دلیل در قسمت اثرات زودرس بر سلامتی نیز ذکر شده است)</p>
<p>اداره علائم مسمومیت</p> <p>اگرچه مسمومیت با آن نادر است ولی هر یک از اعضای بدن با مصرف آن ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد. نمای بالینی مسمومیت غیر قابل پیش بینی است.</p> <p>در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.</p>

در صورت نیاز به بیهوشی یا بیدردی دارویی موارد زیر رعایت شود:

ملاحظات حین بیهوشی

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
- استفاده از هالوتان توصیه نمی شود
- بطور 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 می دهد (مثل کتامین، پانکرونیوم، آتروپین و اپی نفرین) با احتیاط استفاده شوند.

در مورد روشهای بیدردی دارویی:

هنگام زایمان، داروهای اتونوکس (برای بیدردی استنشاقی) و انفلوران (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 ماری جوآنا باشد.
- افزایش ضربان قلب ناشی از مصرف ماری جوآنا با بلوک کننده های بتآدرنرژیک (پروپرانولول، اسمولول) کنترل می شود.

ملاحظات پس از عمل

- بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار را ارزیابی کنید.
- در صورت وجود علائم مسمومیت، باید لوله تراشه و تنفس کنترل حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحا بیمار به این بخش منتقل و حداقل 24 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 تشکیل دهنده آنها برگ توتون یا تنباکو می باشد (سیگار، پیپ، قلیان، چپق و...) و به منظور دود کردن یا مکیدن یا جویدن یا استنشاق از راه بینی تولید می گردند.

اثرات مصرف سیگار :

زودرس

سرخوشی خفیف، احساس آرامش، افزایش تمرکز، افزایش ضربان قلب و فشار خون، کاهش اشتها و وزن، افزایش میزان سوخت و ساز نکته: مصرف همزمان کوکائین و مواد دخانی احتمال بروز عوارض قلبی عروقی را بیشتر می کند.

دیررس

افزایش غلظت موکوس دستگاه تنفس، کاهش در انتقال و تحرک موکوسیلیاری و باریک شدن راههای هوایی کوچک. تغییر در عملکرد آنزیمهای کبدی و تغییر در متابولیسم داروهای نظیر تئوفیلین، وارفارین و پروپرانولول. غیر طبیعی شدن پاسخ ایمنی هماتوکریت بالا و افزایش ویسکوزیته خون، افزایش فعالیت الاستاز و تخریب الاستین در اطراف الوئل های ریوی، غیر فعال شدن آلفا یک آنتی تریپسین

تأثیر در بارداری و زایمان:

کاهش وزن هنگام تولد، کاهش قدرت باروری، سقط خودبخود، مرگ جنین، ناهنجاریهای انگشتان جنین، جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، زایمان زودرس، گاسترو شیزی، آترزی روده کوچک، لب شکری، شکاف کام، هیدروسفالی، میکروسفالی، اومفالوسل، هیپوکسی جنین در اثر افزایش سطح کربوکسی هموگلوبین، کاهش تغییر پذیری ضربان قلب.

محرومیت از مواد دخانی

علائم محرومیت

سیگار : تحریک پذیری، خستگی، اضطراب، بیخوابی، عدم تمرکز

زمان شروع علائم

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

سیگار: طی 3-4 روز علائم بدتر می شوند و ممکن است طی یک هفته یا بیشتر باقی بمانند - تمایل به مصرف ماهها یا سالها ادامه دارد.

اداره علائم محرومیت

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

مسمومیت با مواد دخانی

علائم مسمومیت

در صورت مصرف خوراکی نیکوتین: تهوع، درد شکم، عرق کردن، سردرد، افزایش بزاق، گیجی و سرگیجه

اداره علائم مسمومیت

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

در صورت نیاز به بیهوشی یا بیدردی دارویی موارد زیر رعایت شود:

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 4-6 هفته قبل از عمل، مصرف قطع شود عوارض تنفسی کمتر می شود.

در صورتی که 48 ساعت قبل از عمل، مصرف قطع شود سطوح کربوکسی هموگلوبین به سطوح افراد غیر سیگاری می رسد و اکسیژن رسانی حین لیبر را بهتر می کند

در بیماران سیگاری بیهوشی ناحیه ای ارجح است. زیرا در این بیماران احتمالاً عملکرد آنزیمهای کبدی مختل است و متابولیسم داروهای که برای اینداکشن بیهوشی استفاده می شوند طبیعی نیست. همچنین با اجتناب از دستکاری راههای هوایی عوارض حین عمل نظیر برونکواسپاسم و اختلالات تنفسی پس از عمل کم می شود

ملاحظات بعد از عمل

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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

الکل

در مورد این بیماران باید به علائم قلبی، هماتولوژیک، نورولوژیک و هیپاتیک توجه ویژه شود.
مصرف همزمان الکل و کوکائین یک منقبض کننده بالقوه عروق مغزی و خطرناک است.
اثرات مصرف

زودرس:

علائم 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، ازوفازیت، سیروز، واریس های مری، هموروئید،

سایکوز، نوروپاتی (اختلال عصبی)، اختلالات روانی (افسردگی، رفتار ضد اجتماعی)، اختلال تغذیه ای، دژنراسیون مخچه و آتروفی مغز،

اختلالات انعقادی کاهش تعداد پلاکت ها، کاهش تعداد گلبولهای سفید و کم خونی، علائم پوستی بصورت آنژیوم عنکبوتی، میوپاتی

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

تأثیر در بارداری و زایمان:

ناهنجاریهای مادرزادی مانند باز ماندن مجرای شریانی و نقص دیواره ای، مرده زایی، سندرم جنین الکی یا Fetal Alcoholic Syndrom (FAS)، که شامل محدودیت رشد، ناهنجاریهای صورت، اختلال دستگاه عصبی مرکزی می باشد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

محرومیت از الکل

علائم محرومیت لرزش عمومی، اختلال ادراکی (وحشت شبانه، توهم)، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، افزایش درجه حرارت، اختلال ریتم قلبی، تهوع، استفراغ، بی خوابی، حالت گیجی خفیف با بیقراری، پرخاشگری، تشنج، تعریق
زمان شروع علائم 6-8 ساعت پس از قطع مصرف شروع و در 24-36 ساعت بعد علائم به حداکثر می رسند.

مسمومیت با الکل

علائم مسمومیت ترمور (لرزشهای تکرار شونده)، حملات بدون توجه، فراموشی، اختلال روانی، اختلال سیستم اتونوم، کاهش فشار خون، کاهش درجه حرارت، خواب آلودگی و در نهایت کما خطرات مسمومیت با الکل حین لیبر و زایمان: آسپیراسیون محتویات معده و زجر جنین .
اداره علائم مسمومیت در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

در صورت نیاز به بیهوشی یا بیدردی دارویی موارد زیر رعایت شود:

ملاحظات حین بیهوشی در مصرف کنندگان الکل بیهوشی ناحیه ای ارجحیت دارد.
ملاحظات بعد از عمل بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.

فصل ششم - درمان

در این فصل می خوانید:

6-1- مقدمه

6-2- بازگیری از مواد افیونی

6-3- درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

6-4- انتخاب نوع داروی آگونیست

6-5- متادون

6-6- بوپرنورفین

6-7- سایر ملاحظان درمانی مهم

6-1- 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 پرسش‌هایی مهمی هستند که مورد توجه پژوهش‌گران این حوزه قرار گرفته است.

هر چند 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، به طوری که یا اصلاً دارو نمی‌گیرند و 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 متولد نشده 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.

6-2- بازگیری از مواد افیونی

گرچه بازگیری از مواد افیونی و قطع مصرف هر گونه مواد غیرقانونی یا داروی آپئوئیدی در طول بارداری ایده‌آل است، تاکید 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 به شمار می‌رود.

در واقع، عاقبت پرهیز اجباری اغلب زنان باردار را از مراجعه به مراکز درمانی پشیمان می‌کند. بازگیری در زمانی که به خوبی 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 32 بارداری استفاده شود. در واقع در صورت تصمیم به استفاده از رژیم بازگیری این کار باید با زنان بارداری در سه ماهه سوم بارداری که 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 14 تا 32
 - 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.

6-3- درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست

برای زنان باردار و شیرده درمان نگهدارنده با متادون با در نظر گرفتن اثرات آن بر جنین، سندرم پرهیز نوزادی و اثرات آن بر مراقبت بارداری و سرپرستی نوزاد تولد یافته 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 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 علائم 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 پایدار نمودن 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 همان طور 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،

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

زایمان و نوزادی می‌گذارد. به علاوه، علایم محرومیت شدید از مواد افیونی می‌تواند باعث القای سقط خودبخودی در سه ماهه اول و زایمان زودرس در سه ماهه سوم گردد.

6-4- انتخاب داروی آگونیست

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

مرورهای سیستماتیک و فرا تحلیل مطالعات مقایسه‌ای درمان با متادون و بوپرنورفین در افراد وابسته به مواد افیونی غیرباردار نشان می‌دهد:

- بوپرنورفین با دوزهای پایین، متوسط و بالا به صورت معنی داری بر پلاسبو در درمان وابستگی به مواد افیونی ازجحیت دارد.
- تجویز بوپرنورفین با دوز مختلف به صورت معناداری از متادون در نگهداری بیماران در درمان کمتر مؤثر است اما هیچ تفاوتی بر 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 طولانی مدت 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 به صورت 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 به صورت آگاهانه انتخاب کنند.

بوپرنورفین اثر بخشی 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 1995 بوپرنورفین در آن به صورت مبتنی بر مطب در دسترس قرار گرفته است. این داده‌های نچرالیزتیک 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 یک 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 آپيوم تینکچر است. بر روی مورفین آهسته‌رهش مطالعات کوچکی انجام شده و استفاده از این دارو برای درمان در ابعاد گسترده هنوز تأیید نشده است. آپيوم تینکچر برای درمان وابستگی به مواد افیونی در کشور ما در دسترس قرار گرفته، اما در پروتکل آن، بارداری به عنوان یکی از ممنوعیت‌های مطلق تجویز آپيوم تینکچر ذکر شده است.

در مجموع به علت تجربه طولانی‌تر از نظر ایمنی، استفاده از متادون در بارداری بر بوپرنورفین اولویت دارد. به علاوه همان‌گونه 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 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 قلبی 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 به حساب می‌آیند.

6-6- متادون

در مقایسه با سایر رویکردهای درمان وابستگی به مواد افیونی در دسترس، درمان نگهدارنده با متادون در حال حاضر هزینه- اثربخش‌ترین روش درمانی به حساب می‌آید و به عنوان 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.

به علاوه درمان با متادون تراژونیک نیست و تاثیر 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 همان طور 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 بعنوان 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 2 تا 6 ساعت بعد از مصرف خوراکی دوز نگهدارنده متادون به دست می‌آید. در دوزهای درمانی، تقریباً 90% متادون به پروتئین‌های پلاسما متصل می‌گردد، به طوری که میانگین کسر آزاد متادون راسمیک 12% است. نیمه عمر دوز منفرد اولیه 12-18 ساعت با میانگین 10 ساعت است. با مصرف مداوم نیمه عمر متادون به 13-47 ساعت با میانگین 24 ساعت افزایش می‌یابد. متادون پس از 4-5 نیمه عمر یا تقریباً 10-3 روز (و به طور معمول 5-7/5 روز) در بدن به سطح پایه می‌رسد، بطوری 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 به صورت معنی‌داری از سه ماهه‌های دیگر کمتر و علایم و نشانه‌های محرومیت بیشتر هستند. سطوح پلاسمایی کاهش یافته در اثر متابولیسم افزایش‌یافته متادون و کلیرانس 42 سریع‌تر آن در طول سه ماهه سوم رخ می‌دهد.

⁴² clearance

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 به صورت منفرد یا دو بار در روز تجویز نمود.

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 به صورت 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 قرار دادن مطالب آموزشی چاپی می‌تواند کمک کننده 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 مناسب بودن این روش درمانی برای مادر باردار
- ویزیت های 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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

زنانی که قبل از شروع بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده‌اند باید پس از بارداری نیز درمان را با دوز پیش از باردار شدن ادامه دهند. اگر زن باردار از پیش تحت درمان نگهدارنده نباشد، توصیه می‌شود متادون به صورت سرپایی القا شود و یا در صورت امکان بیمار در بیمارستان بستری و پس از ارزیابی وضعیت سلامت پره-ناتال و مستند کردن 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 آپوئیدی» ایجاد کند. به طوری 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 دسه 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 بستگی بر اساس علایم بیمار انجام می‌شود. دوز شروع پایین‌تر می‌تواند برای زنانی مناسب باشد که به مواد افیونی کوتاه اثر مثل کدیین وابسته هستند. برای القای درمان نگهدارنده با متادون به صورت سرپایی یک پروتکل وسیعاً پذیرفته شده این است که متادون با دوز 10-20 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 5-10 میلی‌گرمی متادون دیگر برای از بین بردن علایم محرومیت تجویز نمود. تا زمانی که وضعیت بیمار تثبیت گردد ویزیت باید دو بار در روز باید ادامه پیدا کند. اگر شواهدی از مسمومیت یا محرومیت ظاهر شود، پزشک درمان‌گر باید دوز بیمار را بلافاصله تصحیح نمایند. اکثر بیماران باردار را می‌توان در طول 48 تا 72 ساعت تثبیت نمود.

در جایگاه‌های سرپایی که معمولاً پایش جنین امکان پذیر نیست، شمارش تعداد حرکات جنین توسط مادر باردار در فواصل زمانی تعیین شده 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 به علت ناتوانی دارو برای تخفیف علائم 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 علائم و نشانه‌های غیراختصاصی بارداری با علائم محرومیت اشتباه نشود و در صورت وجود علائم محرومیت از مواد افیونی دوز متادون افزایش داده می‌شود. باید در مورد افزایش دوز احتیاطات لازم انجام پذیرد، به این ترتیب که بیمار در زمان اوج سطوح پلاسمایی دارو (4-2 ساعت بعد از تجویز متادون) ویزیت گردد. در صورت مشاهده تسکین بیش از حد یا سایر علائم مسمومیت با متادون باید در افزایش دوز احتیاط شود زیرا در غیر این صورت ممکن است با تجمع دارو در بدن در عرض 3-7 روز اول بیش‌مصرف رخ دهد.

دوز کلی روزانه نباید با فواصل کمتر از هر 3-5 روز افزایش داده شود. دوز باید تا رسیدن به دوز بهینه افزایش داده شود، یعنی تا جایی که بیمار علائم محرومیت را تا 24 ساعت بعد از دوز تجربه نکند، دیگر مواد افیونی مصرف نکند، و سوسه نداشته باشد یا و سوسه جزیی را تجربه کند. استفاده از یک ارزیابی استاندارد شده محرومیت مثل مقیاس بالینی محرومیت مواد افیونی⁴³ (پیوست سه) یا مقیاس ارزیابی مخدر علائم محرومیت مؤسسه بالینی⁴⁴ (پیوست چهار) برای علائم کمی ترک کمک‌کننده است. گرچه، برخی علائم محرومیت (برای مثال تهوع، درد پشت و غیره) با علائم 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 علائم محرومیت از مواد افیونی را تجربه کرده است، در صورت وجود اتحاد درمانی مناسب می‌تواند پزشک را برای افتراق علائم محرومیت از علائم 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 علائم پرهیز شکایت دارند و بنابراین ممکن است نیاز به افزایش دوز مصرفی دارو برای حفظ سطوح پلاسمایی درمانی و پیشگیری از عود و علائم پرهیز داشته باشند.

⁴³ Clinical Opiate Withdrawal Scale

⁴⁴ Clinical Institute Narcotic Assessment Scale for Withdrawal Symptoms

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 24 ساعت ایجاد کند. استفاده از دوز منقسم دو بار در روز در سه ماه دوم و سوم بارداری بهتر می‌تواند وضعیت مادر باردار را پایدار نگه دارد. در مقایسه با دوز واحد روزانه، دوز منقسم ممکن است به پایدار کردن وضعیت رحم برای رشد جنین و کاهش مهار تنفس و حرکت آن از طریق کاهش اختلاف بین غلظت حداکثر دارو به نشیب⁴⁵ در خون کمک کند. توصیه می‌شود دوز منقسم بعنوان یک گزینه درمانی برای تمام زنان بارداری که علائم پرهیز را با پیشرفت بارداری تجربه می‌کنند در دسترس باشد.

اگر رژیم دارویی یک بار در روز نتواند علائم پرهیز را تخفیف دهد، متادون در 2 دوز منقسم با فواصل حداقل 8 ساعته تجویز می‌شود. دوز منقسم می‌تواند در سه ماهه سوم مناسب باشد زیرا و سطوح پایه متادون کاهش می‌یابد. در یک مطالعه مصرف مواد افیونی غیرقانونی و کوکائین کم‌تر در گروه دوز منقسم درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با دوز واحد در سه ماهه سوم گزارش شد (به ترتیب 0/5% و 0/3% در مقایسه با 24% و 15%).

باید در این موارد اجازه داده شود دوز دوم به صورت 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 شاغل بودن مادر باردار هستند.

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 به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. به علاوه 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 نمی‌شود و فقط باید زمانی در نظر گرفته شود که تداوم درمان نگهدارنده با متادون به هر دلیل امکان‌پذیر نباشد.

⁴⁵ peak and trough

شناسایی زمان بهینه شروع بوپرنورفین برای بیمارانی که مواد افیونی طولانی اثر (برای مثال متادون) استفاده می-کنند 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 85 میلی‌گرم روزانه) به بوپرنورفین زیربانی (تا 12 میلی‌گرم) شدنی است. شکایت اصلی ناشی از این انتقال خلق دیسفوریک و احساس سبکی سر بود که همچون گزارش‌ها در بیماران غیرباردار 2 روز به طول انجامید. تجربه کار با زنان باردار نشان می‌دهد که القای سریع 12-14 میلی‌گرم بوپرنورفین در عرض 2-3 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 علائم ترک هم در مادر و هم در جنین می‌شود. علائم 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 10 دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تکرار دوز را در نظر بگیرید.
- بین 10 تا 60 دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تجویز نصف دوز را در نظر بگیرید.
- بعد از 60 دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تجویز نصف دوز را در صورت بروز علائم محرومیت در نظر بگیرید.

ترجیح دارد که کارکنان محتویات استفراغ شده را ببینند، اما چون غیرمحمول است که تمام محتویات معده هنگام استفراغ خارج شده باشد، اطمینان از مقدار دوز جذب شده دشوار است. هر جا شک وجود داشته باشد، لازم است زن باردار 4-6 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 پروکلرپرازین⁴⁶ رکتال را 30-60 دقیقه پیش از تجویز دوز در نظر بگیرید.
- اگر یک زن باردار به صورت مداوم استفراغ دارد و استفراغ او ضرورتاً با دوز متادون مرتبط نیست باید زیر نظر متخصص زنان و زایمان و مطابق دستورالعمل‌های موجود برای هیپرامزیس گراویداروم⁴⁷ درمان شود (جدول 1-5).

جدول 1-6- اصول راهنمای درمان هیپرامزیس گراویداروم

میزان دهیدراتاسیون و کتوزیس را ارزیابی کنید (پذیرش در بیمارستان را در صورت کتون ادرار بیش از +2 در نظر بگیرید).

سایر علل استفراغ (برای مثال عفونت مجاری ادرار) را در نظر بگیرید.

نیاز به دهیدراتاسیون وریدی را در نظر بگیرید.

نیاز به دارودرمانی را در نظر بگیرید (مثلاً پروکلرپرازین رکتال یا اندانسترون⁴⁸ عضلانی یا وریدی).

نیاز به بهبود وضعیت تغذیه‌ای (برای مثال بهبود رژیم، مکمل‌های ویتامین/آهن) را ارزیابی کنید.

⁴⁶ prochlorperazine

⁴⁷ hyperemesis gravidarum

⁴⁸ 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 20-30 میلی‌لیتر) تجویز نمود. اگر این نگرانی وجود داشته باشد که دوز متادون سرعت زایمان را کند نماید، یک گزینه می‌تواند تقسیم دوز به صورت تحت نظارت باشد. نصف دوز در زمان معمول تجویز می‌شود و دوز باقیمانده باید با مشاهده اولین علائم 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 50% تا 75% 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 10 بیمار باردار تحت درمان دوزهای 25 تا 100 میلی‌گرم، فقط یک بیمار نشانه‌های خفیف مصرف بیش از حد دارو را 3 روز بعد از زایمان نشان داد. با توجه به تنوع بین‌فردی بالا در میان بیماران تغییرات دوز باید بر اساس نشانه‌ها و علائم 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 مادر شدن 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 3-6 ماه پس از زایمان مادران روی درمان وابستگی به مواد افیونی به صورت خاص نسبت به لغزش و عود آسیب پذیر هستند. تداوم درمان نگهدارنده، مشاوره، حمایت‌های اجتماعی و مراقبت‌های کودک می‌تواند خطر عود را در این گروه کاهش دهد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

بازگیری از مواد افیونی با متادون

بازگیری تحت نظارت طبی⁴⁹ یا همان «سم‌زدایی» با متادون، به علت 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 مناسب بودن 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 درخواست بازگیری تحت نظارت طبی دارند
 - نمی‌خواهند درمان نگهدارنده با متادون را ادامه دهند
 - برای بازگیری نظارت شده 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 مطلوب است این مداخله در سه ماهه دوم و در صورت پایدار بودن وضعیت بارداری انجام پذیرد.
- هنگام بازگیری نظارت شده طبی دوز متادون باید 1 تا 2/5 میلی‌گرم در روز برای بیماران بستری و 2/5 تا 10 میلی‌گرم در هفته در بیماران سرپایی کاهش داده شود. حرکات جنین باید روزی 2 بار در بیماران سرپایی پایش شود. بازگیری تحت نظارت طبی اگر باعث استرس جنینی یا تهدید به زایمان زودرس شود باید متوقف گردد.

6-6- 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

⁴⁹ medically supervised withdrawal

درمان اعتیاد، زایمان و نوزادی ایمن و مؤثر است. هر چند 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 غیرباردار را افزایش داده و بیماران می‌توانند در حین درمان با آن باردار شوند. درمان خط اول برای یک زن باردار وابسته به واد 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 به عنوان یک آگونیست نسبی گیرنده مو/ آنتاگونیست گیرنده کاپا از متادون پیچیده‌تر است. این موضوع القای درمان را خصوصاً اگر بیمار در زمان ارزیابی اولیه به صورت 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 علائم بالینی محرومیت از مواد افیونی) یا با دوزهای بالا تجویز شود، ممکن است علائم محرومیت در بیمار القا شود. همچون متادون اگر دوز بوپرنورفین خیلی کم باشد، ممکن است علائم پرهیز را به طور کامل برای 24 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 کوتاه اثر با خطر افزایش یافته مرگ ناشی از بیش‌مصرف همراه است.

اصول درمان با بوپرنورفین در دوران بارداری

با توجه به ناکافی بودن 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 کاندیداهای 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 1). 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 زیربانی 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 به علت احتمال ایجاد علائم محرومیت پیچیده‌تر است. مثل بیماران غیرباردار، فاصله حداقل 6 ساعته بین مصرف مواد افیونی کوتاه اثر و تجویز بوپرنورفین (زمانی که برخی علائم عینی پرهیز مواد افیونی وجود دارد) تحمل القای بوپرنورفین را افزایش می‌دهد. هر چند توصیه می‌شود حتی‌الامکان از علائم محرومیت در بارداری اجتناب شود اما علائم خفیف محرومیت (نمرات CINA در دامنه 10-12) از مواد افیونی برای بارداری خطرناک نیست (پیوست 4). بنابراین منطقی است که مادر باردار بخواهیم از مصرف هر گونه مصرف ماده افیونی پرهیز نموده و با شروع علائم محرومیت اولین دوز بوپرنورفین تجویز شود.

نکته: القای درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در طول بارداری نباید به صورت 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

70% بیمارانی که قبل از بارداری بوپرنورفین مصرف می‌کردند تدریجاً در طول بارداری نیاز به افزایش دوز بوپرنورفین در حد متوسط (3-6 میلی‌گرم) پیدا می‌کنند. در یک مطالعه میانگین دوز بوپرنورفین مادران بارداری که درمان را در طول بارداری شروع کرده بودند در زمان خاتمه بارداری 11 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 به نظر نمی‌رسد و بهترین روش تجویز آن، به صورت روزانه است. برای تثبیت بوپرنورفین دوزهای 4-24 میلی‌گرم روزانه می‌تواند برای بیماران غیرباردار مناسب باشد. همچون متادون، هدف اولیه در انتخاب دوز پایدار بوپرنورفین برای یک بیمار فرضی باید سرکوب علائم محرومیت و دستیابی به «انسداد آپئوئیدی» است. در یک مطالعه تصادفی دوسوکور میانگین نیاز به افزایش دوز در طول بارداری برای متادون و بوپرنورفین به ترتیب 30 میلی‌گرم و 6 میلی‌گرم بود.

انتقال از درمان نگهدارنده با بوپرنورفین به درمان نگهدارنده با متادون

همان گونه 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 24 ساعت پس از دریافت آخرین دوز بوپرنورفین

ارزیابی روزانه تا سه روز پس از تغییر درمان و سپس 2 بار در هفته تا پایدار شدن وضعیت بیمار (که اغلب در طول 1-2 هفته حاصل می‌شود)

برای بیمارانی که روزانه 2-4 میلی‌گرم بوپرنورفین مصرف می‌کنند، انتقال به 20 میلی‌گرم متادون؛ برای 6-8 میلی‌گرم بوپرنورفین، انتقال به 30 میلی‌گرم متادون و در مورد بیمارانی که روزانه بیش از 8 میلی‌گرم بوپرنورفین مصرف می‌کنند دوز شروع 40 میلی‌گرم متادون توصیه می‌شود. دوزهای متادون بالاتر در روز اول به علت نگرانی

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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.

به خاطر کاهش تدریجی اثرات انسدادی باقی مانده از بوپرنورفین ممکن است متادون با دوز ثابت اثرات آپئوئیدی بیشتری در روزهای بعدی ایجاد کند، لذا ویزیت روزانه و پایش بیمار از نظر علائم محرومیت و مسمومیت اهمیت بالایی دارد.

اگر مادر باردار دارای عوامل خطر دیگری از جمله مشکلات جسمی یا روانی باشد، قادر به مراجعه مرتب جهت پیگیری نباشد و یا روزانه بیش از 16 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 علائم 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 به شمار می‌رود، حتی الامکان 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 نیمه عمر نسبتاً طولانی‌تر بوپرنورفین و جدا شدن آهسته این دارو از گیرنده‌ها می‌توان در طول وضع حمل دوزی تجویز نکرد. تجویز بوپرنورفین داخل عضلانی با دوز معادل دوزی که به صورت 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 به طور معمول این کار توصیه نشده است. در بیماران روی درمان نگهدارنده پایش نزدیک علائم محرومیت و ممنوعیت به منظور تنظیم دوز دارو متناسب با تغییرات فیزیولوژیک بدن اهمیت اساسی دارد.

6-7- 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 می‌کند و همچنین پس از زایمان به منظور فاصله گذاری مناسب اهمیت بالایی دارد.

شواهدی از تداخل دارویی از نظر بالینی مهم بین داروهای ضد بارداری هورمونی و متادون و بوپرنورفین 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 بچه‌دار شدن 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 باردار شدن ندارند، 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 می‌کند و وضعیت اسکان ناپایدار دارد. ساختار تعبیه شده 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 به طور شایع دیده می‌شود. در صورت مواجهه با این مشکل در نظر گرفتن موارد زیر کمک کننده خواهد بود:

تداوم درمان نگهدارنده در محیط بستری (یا در صورت امکان اقامتی) به منظور فراهم آوردن امکان پایش و حمایت 24 ساعته در محیط عاری از مواد

افزایش دفعات ویزیت یا مشاوره و تأمین خدمات پزشکی یا روان پزشکی تکمیلی در صورت نیاز

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

انتقال بیمار به درمان نگهدارنده به متادون در صورتی که بیمار روی درمان با بوپرنورفین باشد.

در صورت مثبت بودن 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 بنزودیازپین‌ها ممکن است اندیکاسیون داشته باشد.

مستند سازی 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. به طور 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

همان گونه که در فصل 2 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-اثربخش هستند.

کارآزمایی‌های کنترل شده اثربخشی درمان جایگزین با نیکوتین را در افزایش میزان ترک سیگار در زنان باردار نشان نداده‌اند هر چند این درمان‌ها می‌توانند تعداد سیگار کشیده شده 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. هر چند 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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

داشته باشند. در صورت استفاده از درمان جایگزین نیکوتین در بارداری باید از پایین‌ترین دوز مؤثره استفاده نمود. در صورت تداوم مصرف سیگار استفاده از درمان جایگزین نیکوتین باید قطع شود.

بوپروپیون و وارنسیلین در درمان وابستگی به نیکوتین در افراد غیرباردار مؤثر هستند. داده‌های ایمنی در مورد استفاده از این داروها در بارداری محدود است. تا امروز مصرف بوپروپیون در بارداری با ناهنجاری مادرزادی همراه نبوده است. شواهد اولیه از یک مطالعه کوچک پیشنهاد می‌کند که بوپروپیون برای ترک سیگار در بارداری مؤثر است. برای ایمنی و اثر بخشی بوپروپیون و وارنسیلین 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 بازگیری 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 $3/4 - 2/3$ دوز معادل از یک بنزودیازپین طولانی اثر همچون دیازپام یا کلونازپام تبدیل و سپس روزانه 10% دوز را کاهش داده و قطع می‌کنیم.

درمان اختلالات روان‌پزشکی همبود در بارداری

بین 56 تا 73% 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 به نظر 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

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

نگرانی‌های زیادی در باره بی‌خطری آنها دارند. اثرات تراوتونیک و اختلالات رفتاری پس از تولد به طور خاص مورد نظر هستند.

داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین⁵⁰ 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 طولانی مدت بر رفتار و عملکرد می‌شود.

فلوکستین و متابولیت آن نورفلوکستین بیش از سرتورالین، پاروکستین و فلووکسامین مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. گرچه نتایج اولیه نشان داده که در طول سه ماهه اول SSRIs خطر ناهنجاری‌هایی نوزاد را افزایش نمی‌دهد، داده‌های متناقضی اکنون درباره پاروکستین در دسترس قرار گرفته است. علاوه بر این بحث‌هایی درباره ارتباط احتمالی بین فلوکستین و سقط وجود دارد. نوزادان مواجه یافته با فلوکستین در سه ماهه سوم بارداری در معرض خطر بالاتر عوارض نوزادی مثل هیپوگلیسمی، هیپوتری، دیسترس تنفس، هیپربیلیروبینمی، کاهش APGAR (براساس ارزیابی سریع رنگ پوست، ضربان قلب، رفلکس تحریک‌پذیری، تون عضلانی و تنفس در دقایق 1، 5، 10 پس از تولد) و افزایش بروز نارسی هستند. علایم مشاهده شده 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 فشار خون 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 مواجه یافته با SSRIs در بارداری در معرض خطر افزایش یافته تشنج به عنوان بخشی از سندرم پرهیز نوزادی قرار دارند.

تاکنون مطالعه‌ای که برآیندهای نوزادی و عوارض طولانی مدت احتمالی افسردگی درمان نشده، افسردگی درمان شده 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 تولد یافته از مادران مبتلا به افسردگی مزمن گزارش شد.

درمان‌های غیردارویی مثل روان‌درمانی شناختی، رفتاری باید به عنوان 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.

⁵⁰ SSRIs

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 تاثیر 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 محدود شدن 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 به طور معمول برای تمام بیماران ارایه شود. این آموزش‌های باید نکات زیر را پوشش دهند:

- شروع مجدد مصرف مواد با دوز قبلی پس از یک دوره قطع یا کاهش شدید مصرف می‌تواند باعث بیش-مصرف 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 علائم اولیه بیش‌مصرف مواد مثل چرت زدن، تکلم جویده جویده، تهوع، استفراغ و خواب‌آلودگی مراجعه فوری درمانی اهمیت اساسی دارد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

بیش مصرف حاد مواد افیونی در طول بارداری را می‌توان با حمایت تنفسی و استفاده از نالوکسان یک داروی آنتاگونیست کوتاه اثر - به عنوان آخرین راه حل - درمان نمود. دوز نالوکسان بر اساس پاسخ به درمان و طول عمر ماده افیونی مصرف شده تنظیم می‌شود. ممکن است لازم شود نالوکسان به صورت مداوم تجویز شود تا اثرات مواد افیونی مصرف شده برطرف گردد. باید برای پیشگیری از علائم محرومیت حاد که باعث دیسترس جنینی می‌تواند شود نهایت احتیاط به کار بسته شود. برحسب سن و قابلیت حیات 51 جنین باید پایش جنینی انجام پذیرد.

به صورت مشابهی، در طول دروه احیاء نوزادی به نوزاد متولد شده 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 نالتراکسون در بارداری تعیین نشده است. مطالعات انسانی در مورد اثرات نالتراکسون در بارداری بسیار محدود است. استفاده از نالتراکسون در بارداری به کارآزمایی‌های بالینی به منظور پژوهش کارآیی و ایمنی آن محدود گردد.

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

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

⁵¹ viability

فصل هفتم - شیردهی

در این فصل می خوانید:

7-1- مقدمه

7-2- اصول کلی

7-3- شیردهی و درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست

7-4- موارد منع شیردهی در زنان سوءمصرف‌کننده مواد مخدر

7-1- مقدمه

شیردهی بعنوان 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 دارا بودن طیفی از منافع سلامتی، رشدی، ایمنی و تکاملی باعث کاهش هزینه‌های اجتماعی نیز می‌شود. به علاوه مشخص شده که تماس پوستی با مادر برای نوزاد اهمیت دارد و باید به صورت فعال به مادری که کاملاً بیدار و هوشیار است و می‌تواند به نیازها نوزادش پاسخ دهد توصیه شود.

7-2- اصول کلی شیردهی

- در توصیه به زنان وابسته به مواد در خصوص شیردهی خطرات اختصاصی بالقوه شیردهی هر مادر باید در برابر منافع آن به صورت انفرادی شده سنجیده شده و مادر باید از آن‌ها مطلع گردد.
- برای به حداقل رساندن آسیب‌های احتمالی توصیه می‌شود مادر از اثرات محتمل مصرف مواد بر نوزاد مطلع شود و به مادر کمک شود تا برای به حداقل رساندن مواجهه با اثرات این مواد برنامه‌ریزی کند.
- بهتر است شیردهی بلافاصله قبل از مصرف دارو یا حداقل 1-2 ساعت پس از مصرف آخرین دوز دارو انجام شود.
- توصیه می‌شود دارو به صورت دوز واحد و قبل از خواب نوزاد مصرف شود.
- به علت احتمال بروز علائم 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.

7-3- شیردهی و درمان‌های نگهدارنده با آگونست

مادرانی که در دوران بارداری مواد مخدر مصرف می‌کرده یا تحت درمان نگهدارنده بوده اند 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 به

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

صورت بالقوه شدت سندرم پرهیز نوزادی را کاهش دهد. در واقع شیردهی به عنوان 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.

به طور کلی مادران تحت درمان نگهدارنده با متادون را بایستی به شیردهی تشویق کرد. توصیه سال 1983 آکادمی طب کودکان آمریکا این است که درمان نگهدارنده با متادون در شیردهی فقط زمانی بدون اشکال است که دوز متادون مادر بیش از 20 میلی‌گرم روزانه نباشد. گرچه، مطالعات اخیرتر نشان می‌دهد که در دوزهای نگهدارنده متادون زیر 180 میلی‌گرم در روز ترشح متادون در شیر مادر بسیار اندک بوده و محدودیت دوز 20 میلی‌گرم در روز برای شیردهی مبنای علمی ندارد. سطح متادون در شیر مادر در حدود 21-314 نانوگرم/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، به علت زیست‌فراهمی پایین آن در مصرف خوراکی (20-10 درصد)، نوزاد شیرخوار در معرض مقادیر کمتری از بوپرنورفین فعال قرار می‌گیرد. زیست‌فراهمی پائین بوپرنورفین توضیح می‌دهد چرا سطوح آن در شیر اثر اندکی بر سندرم پرهیز نوزادی دارد.

هر چند 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 - نوزاد، تغذیه و پیشگیری از بیماری‌های کودکی می‌شود. مادراندریافت‌کننده درمان‌های نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین باید برای شیردهی تشویق شوند مگر کنترااندیکاسیون دیگری برای شیردهی وجود داشته باشد.

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

7-4- موارد منع شیردهی در زنان سوءمصرف کننده مواد

تنها در موارد زیر تغذیه با شیر مادر توصیه نمی شود:

عفونت اچ‌آی‌وی و مادر

شیردهی خطر انتقال اچ‌آی‌وی را از مادر به نوزاد خصوصاً در طول 6 ماه اول افزایش می‌دهد. مادران اچ‌آی‌وی مثبت باید کاملاً از شیردهی اجتناب نموده و از شیر خشک به جای 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 24 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

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

افیونی غیرقانونی مثل هرویین و 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 می‌تواند مشکلاتی را در مورد 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 12 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 عفونت HIV 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 آلوده شدن شیرشان با خون مثلاً در اثر پرهیز یا خون-ریزی نوک پستان آگاه شوند و در صورت وقوع آن شیر خود را دوشیده و دور بریزند.

فصل هشتم - سندرم پرهیز نوزادی

در این فصل می خوانید:

8-1- مقدمه

8-2- پاتوفیزیولوژی

8-3- تشخیص

8-4- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

8-1- مقدمه

از آنجایی که مواد مخدر به راحتی از سد جفتی-جنینی عبور می‌کنند، مصرف مواد به هر شکل در دوران بارداری منجر به وابستگی جنین می‌شود. به مجموعه علائم 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 علائم با افزایش فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی و خودکار مشخص می‌شود و به صورت تغییرات دستگاه گوارشی، روده‌ای و تنفسی بازتاب می‌یابد. سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولد شده از زنان وابسته به مواد مخدر در مقایسه با نوزادان متولد شده از زنان وابسته به سایر مواد یا الکل شایع‌تر است به طوری که در 95-48 درصد نوزادان مادران وابسته به مواد مخدر دیده می‌شود. شیوع سندرم پرهیز نوزادی در نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده بوپرنورفین 67-42% و در نوزادان متولد شده از مادران مصرف کننده متادون 75-50 درصد است.

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

8-2- پاتوفیزیولوژی

عوامل متعددی بر روی زمان شروع و شدت سندرم پرهیز نوزادی تأثیر می‌گذارد که شامل نوع مواد استفاده شده توسط مادر، آخرین زمان و دوز ماده قبل از زایمان، نوع زایمان، نوع و مقدار بی‌هوشی یا بی‌دردی در طول زایمان، نارسایی نوزاد، سرعت متابولیسم کبد نوزاد و وجود بیماری در نوزاد می‌شوند. به طور کلی علائم محرومیت از متادون دیرتر شروع شده شدیدتر هستند و مدت زمان بیشتری طول می‌کشند، اما علائم 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 52 یا دو مرحله‌ای 53 باشد. در سیر دومرحله‌ای ابتدا نشانه‌های پرهیز نوزادی بهتر شده، سپس دوباره اوج می‌گیرد. شروع سندرم پرهیز نوزادی ممکن است به علت وجود سایر بیماری-های نوزادی به تأخیر بیفتد. علائم محرومیت می‌تواند در عرض چند دقیقه یا چند ساعت بعد از تولد تا 2 هفته بعد

⁵² incremental

⁵³ biphasic

شروع شود، اما بیش‌تر علائم در عرض 72 ساعت ظاهر می‌شوند. زمان شروع نشانه‌های محرومیت تابعی از نیمه عمر ماده است به این صورت که علائم محرومیت مواد با نیمه عمر طولانی‌تر دیرتر شروع خواهند شد. سندرم پرهیز در نوزادان متولدشده از مادران سوءمصرف‌کننده مواد افیونی کوتاه‌اثر مثل هرویین یا کِرَاک در طول 24 ساعت اول و در نوزادان مادران مصرف‌کننده بوپرنورفین در 12-48 ساعت اول بعد از تولد شروع می‌شود. در مقابل علائم پرهیز نوزادی با متادون زودتر از 48 ساعت شروع نمی‌شوند. علائم پرهیز می‌تواند در نوزادان مواجهه‌یافته با بوپرنورفین حتی دیرتر آغاز شود. نوزادان نارس علائم خفیف‌تری دارند که با تأخیر شروع می‌شود.

نکته: شواهد قانع‌کننده‌ای در حمایت از کاهش دوز متادون در بارداری برای اجتناب از سندرم پرهیز نوزداری از وجود ندارد. برعکس، دوزهای بالاتر با 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 متولد شده از مادر تحت درمان نگهدارنده می‌شود.

8-3- 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 شیر خوردن علی‌رغم افزایش رفلکس مکیدن، اسهال، استفراغ، تب، تعریق، افزایش دفعات تنفس در دقیقه، خمیازه‌های مکرر و آینه.

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

آزمایش ادرار از نظر مواد در تمام نوزادان به طور معمول اندیکاسیون ندارد. آزمایش ادرار و/یا مکنونیوم از نظر مواد باید در مواردی در نظر گرفته شود که یافتن مواد مصرف شده توسط مادر اهمیت تشخیصی دارد، خصوصاً در مواردی که ارتباط درمانی مناسبی با مادر ایجاد نشده است. آزمایش ادرار نوزاد نشان دهنده مواجهه داخل رحمی با مواد در چند روز قبل و آزمایش مکنونیوم نشان دهنده مواجهه 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 مکنونیوم معمولاً چند روز طول می‌کشد آماده شود و همچنین به طور معمول در آزمایشگاه‌های طبی بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود. در مواردی که تصمیم بر انجام آزمایش ادرار یا مکنونیوم قرار می‌گیرد، باید انجام آزمایش برای مادر توضیح داده شده و از او رضایت آگاهانه گرفته شود.

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

تشخیص افتراقی سندرم پرهیز نوزادی شامل سپیس، هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی، هیپومنیزیمی، هیپرتیروئیدیسم، آسفیکسی نوزادی و خون ریزی داخل جمجمه‌ای می‌شود. ارزیابی و تصمیم‌گیری برای درمان در نوزاد با استفاده با یک سیستم نمره‌دهی استاندارد (پیوست 5) بر اساس سیستم طراحی شده توسط فینگان (پیوست 6) انجام می‌شود.

8-4- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

نوزادان تمام مادرانی که مواد افیونی را به صورت 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 شرح حال دقیق مصرف مواد افیونی اهمیت دارد. از طرف دیگر، نوزادان زنان دریافت کننده یک یا چند دوز مواد افیونی برای مثال در هنگام تولد را نباید در معرض خطر پرهیز در نظر گرفت.

همان گونه که پیشتر گفته شد، بیماری‌های مختلفی مثل هیپوگلیسمی⁵⁴، هیپوکلسمی⁵⁵، سپیس⁵⁶ 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 مواجه یافته با موادمخدر از نظر شروع، پیشرفت و تخفیف علائم باید از یک سیستم نمره‌دهی شدت محرومیت بهره گرفت. نمره پرهیز نوزادی⁵⁷ فینگان (پیوست 6) و برخی ابزارهای ارزیابی اقباس شده از آن (پیوست 5) وسیعاً برای تخمین شدت سندرم پرهیز نوزادی، نیاز به درمان دارویی و پایش پاسخ بهینه به درمان استفاده می‌شوند.

⁵⁴ hypoglycemia

⁵⁵ hypocalcemia

⁵⁶ sepsis

⁵⁷ Neonatal Abstinence Score

- کلیه کودکان متولدشده از مادران مصرف‌کننده مواد مخدر علاوه بر مراقبت معمول بعد از تولد، باید با استفاده از مقیاس فینگان اصلاح‌شده (پیوست 5) مورد ارزیابی قرار گیرند. این ارزیابی باید 2 ساعت بعد از تولد و پس از آن به طور منظم هر 3-4 ساعت انجام شود. تا زمانی که مادر و نوزاد بستری هستند (حداقل 5 روز) ارزیابی را ادامه دهید. نوزاد را برای ارزیابی بیدار نکنید مگر بیشتر از 6 ساعت از آخرین ارزیابی گذشته باشد.
- ارزیابی را قبل از شیر خوردن یا تغذیه انجام دهید.
- مقیاس فینگان اصلاح‌شده معمولاً هر 4 ساعت قبل از شیردهی اندازه‌گیری می‌شود. امتیاز کمتر از 9 به معنی تغذیه، وزن‌گیری و دوره‌های خواب مناسب است.
- در صورت نمره کمتر از 9 نمره دهی را در بخش نوزادان ادامه دهید.
- نمره دهی سندرم پرهیز نوزادی باید هر زمان که ممکن است در اتاق مادر انجام شود.
- در صورت نمره 9 یا بیشتر نوزاد را تغذیه کنید و هر 1 ساعت نمره آن را اندازه‌گیری کنید، اگر باز هم نمره نوزاد 9 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 وضعیت دادن نوزاد، تماس پوست با پوست، فنداق کردن و پستانک) تشکیل شده است.
- اگر در 2 ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه 9 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، فنداق 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 علائم پرهیز

و تشنج را القا کند. در صورت سرکوب تنفسی در نوزاد مادر وابسته به مواد افیونی، روش‌های معمول احیاء از 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 شود باید تصمیم‌گیری شود. بعنوان یک اصل، باید از جدا کردن غیرضروری نوزاد از مادر اجتناب شود. گر چه در صورت شدید بودن 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 نگه داشتن نوزاد با مادر است.

اقدامات حمایتی و درمان‌های غیردارویی

تقریباً 50-70 درصد نوزادان متولد شده از زنان مصرف کننده مواد افیونی به دلیل بروز سندرم پرهیز نوزادی نیاز به درمان پیدا می‌کنند.

درمان غیردارویی، درمان خط اول برای تمام کودکان متولد شده 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 آغوش گرفتن، خوب پوشاندن، تغذیه مکرر با حجم کم و تماس پوستی نزدیک می‌شود. نوادانی که در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی هستند باید در بیمارستان برای حداقل 3 روز باقی بمانند. این کار یک زمان حداقلی برای پایش نشانه‌های سندرم نوزادی، ارزیابی مهارت‌های فرزندپروری بیمار، ارزیابی کیفیت 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 رمان نوزاد متولد شده از زنان وابسته به مواد مخدر است. تغذیه با شیر مادر شدت علائم محرومیت، احتمال شروع تأخیری علائم و نیاز به درمان دارویی را کاهش می‌دهد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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 آرام کردن آموزش داده شود. زنان و والدین و/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 به صورت معنی‌داری زمان بازیابی وزن تولد و طول مدت مراقبت حمایتی را کاهش می‌دهد. بر اساس مطالعات انجام شده 91-30 درصد 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 2 ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه در مقیاس پرهیز نوزادی اصلاح شده (پیوست 5) 9 یا بیشتر بود و عوامل مخدوش‌گر دیگری وجود نداشت درمان دارویی را در نظر بگیرد.

اگر نوزاد بر اساس سیستم نمره‌دهی فینگان (پیوست 6) 3 امتیاز با میانگین 8 یا بیشتر به طور متوالی و یا 2 امتیاز با میانگین 12 یا بیشتر به طور 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، آپیوم تینکچر، پاره‌گوریک، متادون و فنوباریتال می‌شود. در جدول 1-7 پروتکل دوز محلول مورفین و فنوباریتال در درمان سندرم پرهیز نوزادی آورده شده است.

استفاده از داروهای آگونیست در سندرم پرهیز نوزادی

اثر بخشی و ایمنی درمان با آپوییدها در نوزادان تازه متولد شده در یک مقاله مروری کوکرین⁵⁸ بررسی شد و نتیجه این بود که آپوییدها درمان اولیه ارجح برای سندرم پرهیز نوزادی خصوصاً برای نوزادان مادران مصرف کننده آپوییدها در دوران بارداری هستند. اگر نوزادان دارای سندرم پرهیز نوزادی مرتبط با مواد افیونی با داروهای آپوییدی درمان شوند، احتمال کمتری وجود دارد که دچار 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 آپوییدی فقط زمانی باید استفاده شوند که اطمینان داشته باشیم سندرم پرهیز نوزادی ناشی از ترک مواد افیونی است.

جدول 1-8- پروتکل‌های دوز درمان‌های دارویی سندرم پرهیز نوزادی

درمان	ترکیب	دوز	رژیم کاهش دوز
مورفین هیدروکلراید	شربت مورفین هیدروکلراید 0/05%؛ 1 میلی لیتر = 0/5 میلی گرم. آماده سازی: 1 میلی لیتر محلول خوراکی (5 میلی - گرم/میلی لیتر) با شربت سیمپلکس 10% تا 10 میلی لیتر رقیق شود	0/1-0/05 میلی گرم/کیلوگرم در هر دوز خوراکی تا حداکثر 2 میلی - گرم/کیلوگرم در روز	توصیه معمول کاهش روزانه 10% دوز و قطع دارو پس از تثبیت وضعیت نوزاد است. در برخی منابع ذکر شده نیاز به کاهش دوز نیست: 24 ساعت بعد از آن که نمره فینگان به 8 یا کمتر یا نمره فینگان اصلاح شده به 9 یا کمتر رسید قطع کنید.
محلول فنوباریتال	0/1 میلی لیتر = 1 میلی گرم؛ آماده سازی: ناتریوم فنیل اتیل باربیتوریکوم 59 0/22 گرم، مواد نگهدارنده 60 0/3 میلی لیتر با آب مقطر 61 به 20 میلی لیتر رسانده شود.	5-10 میلی گرم/کیلوگرم در روز؛ سطوح پلاسمایی باید در دامنه طبیعی از 50-170 میکرومول/لیتر باشد.	به خاطر نیمه عمر طولانی، کاهش آرام و سپس قطع ناگهانی 24 ساعت بعد از آن که نمره فینگان نوزاد به 8 یا کمتر یا نمره فینگان اصلاح شده به 9 یا کمتر برسد

⁵⁸ Cochrane

⁵⁹ natrium phenylethylbarbituricum

⁶⁰ preservatives

⁶¹ aqua purificata

در منابع مختلف پروتکل‌های مختلفی برای تجویز مورفین سولفات 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 5) به شرح زیر آغاز کنید:

نمره	دوز اولیه مورفین سولفات
9-12	0/04 میلی گرم
13-16	0/08 میلی گرم
17-20	0/12 میلی گرم
21-24	0/16 میلی گرم
بیشتر از 24	0/20 میلی گرم

- اگر علائم نوزاد با پروتکل بالا کنترل نشد (برای مثال به محلول مورفین سولفات با دوز بیش از 0/2 میلی - گرم هر 3 ساعت نیاز داشت) یا اگر نوزاد خواب آلوده بود و به سختی بیدار می‌شد بلافاصله پزشک درمان - گر را مطلع گردد.
- دوز شروع مورفین را هر 3-4 ساعت با تغذیه تکرار کنید.
- در صورت نمره 9 یا بیشتر دوز را به شرح زیر افزایش دهید:

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

نمره	دوز جدید مورفین سولفات
9-12	دوز قبلی + 0/02 میلی گرم
13-16	دوز قبلی + 0/04 میلی گرم
17-20	دوز قبلی + 0/06 میلی گرم
21-24	دوز قبلی + 0/08 میلی گرم
>24	دوز قبلی + 0/1 میلی گرم

- اگر نمره پرهیز به مدت بیش از 48 ساعت به زیر 9 کاهش یابد، هر 24 ساعت 10% دوز دارو را کاهش داده تا قطع شود.
- 24 ساعت پس از قطع مورفین و در صورت نمره پرهیز زیر 9 نوزاد را می توان ترخیص نمود.
- در حین درمان حداکثر هر 4 ساعت ارزیابی از نظر پرهیز نوزادی باید انجام شود.
- توجه داشته باشید برای هر نمره ای بین 9 و 12 قبل از انجام هر اقدامی تکرار ارزیابی بعد از شیردهی را در نظر بگیرید.

پروتکل دو

- از ابزار غربالگری فینگان (پیوست 6) برای نمره دهی شدت سندرم پرهیز نوزادی استفاده کنید.
- زمانی که نمره نوزاد در سه ارزیابی متوالی 8 یا بیشتر باشد، یا اگر نمره کل سه ارزیابی متوالی مساوی یا بیشتر از 24 باشد درمان دارویی باید شروع شود.
- پایش بهبودی باید با استفاده از نمرات ابزار غربالگری انجام گیرد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

- درمان با محلول مورفین ممکن است باعث سرکوب تنفسی در نوزاد شده و باید با احتیاط به کار گرفته شود.

نمره	دوز
8-10	0/5 میلی گرم / کیلوگرم / روز هر 4 ساعت
11-13	0/7 میلی گرم / کیلوگرم / روز هر 4 ساعت
+14	0/9 میلی گرم / کیلوگرم / روز هر 4 ساعت

- زمانی که علائم محرومیت کنترل شد یعنی در سه ارزیابی متوالی نمره نوزاد زیر 8 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 علائم محرومیت درمان را برای 72 ساعت ادامه دهید.
 - فرآیند بازگیری را با کاهش دوز کلی 10% روزانه شروع کنید.
 - زمانی که دوز دارو به 0/2 میلی گرم / کیلوگرم / روز رسید می‌توانید رژیم دوز را از هر 4 ساعت به هر 6 ساعت با همان دوز به مدت 72 ساعت تغییر داده و سپس مورفین را قطع کنید.
 - پس از قطع مورفین ارزیابی از نظر سندرم پرهیز نوزادی برای 3 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 فنو باربیتال در سندرم پرهیز نوزادی

کارآیی مقایسه‌ای فنوباربیتال با داروهای آپئویدی مثل مورفین در درمان سندرم پرهیز نوزادی ارزیابی نشده است. اگر مصرف هم‌زمان سایر مواد خصوصاً بنزودیازپین‌ها در بارداری وجود داشته باشد و علائم سندرم پرهیز

نوزادی به اندازه کافی توسط یک داروی اُپیوئیدی به تنهایی سرکوب نشود، فنوباربیتال ممکن است بعنوان یک درمان افزوده شده اندیکاسیون داشته باشد.

معلوم نیست آیا باید یک دوز بارگیری فنوباربیتال استفاده شود یا خیر. اگر فنوباربیتال بعنوان درمان اولیه (نه به صورت درمان افزوده شده به داروی آگونیست) استفاده می‌شود، احتمالاً یک دوز بارگیری به حصول سریع‌تر کنترل علائم کمک خواهد کرد. فنوباربیتال باید با دوز 5 میلی‌گرم/کیلوگرم/روز در دو دوز منقسم شروع شود. دوز دارو باید برای حصول کنترل سندرم پرهیز نوزادی براساس امتیازهای فینگان تیترا 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.

فهرست منابع

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

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Chasnoff I, Richard F, et al. The 4P's plus screen for substance use in pregnancy: Clinical application & outcomes. *Journal of perinatology*, 25 368-374, 2005.

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.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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.

Finnegan, L. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addictive Diseases International Journal*, 2, 141-158, 1975.

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):275–281, 2006.

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.

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

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

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

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.

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.

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

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

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

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

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.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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.

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.

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.

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.

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.

World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO Publications, 2009.

Cunningham.Garry et al *Williams Obstetrics*(2010)

David H. Chestnut ,*Obstetric Anesthesia :Principles and Practice*(2004)

Haddad Lester M, Shannon Michael W .*Clinical Management of Poisoning and Drug overdose* (1998)

<http://dchq.ir>

<http://www.drannabi.com>

Jonathan Cohen, *Infectious Diseases* (2010)

Krzysztof M ,Kuczkowski MD , *Anesthetic Implications of Drug Abuse in Pregnancy*, *Journal of Clinical Anesthesia*(2003) ,V 15 P 382-390

Keegan Joan et al ,*Addiction in Pregnancy* ,*Journal of Addictive Diseases*(2010) V2 P175-189

Martin Richard J, Fanaroff Avroy A .*Neonatal-Perinatal Medicine.Diseases of the Fetus and Infant* (2010)

Nelson Lewise et al .*Goldfrank s Toxicologic Emergencies*(2010)

National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn , *Commonwealth of Australia*(2006)

Ronald D.Miller etal ,*Miller Textbook of Anesthesia*(2010)

Robert K. Stoelting,Stephen F.Dierdorf, *Anesthesia and Co-existing Disease*(2008)

UpToDate 2011

William C. Shiel et al *Webster's New World Medical Dictionary*(2008)

www.addictionpregnancy.ca - *Pregnancy Related Issues in the Management of Addiction - PRIMA*(2008)

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

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 1، بهار 1386.

راهنمای بالینی و برنامه ریزی اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی 24-6 سال. اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس.

کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی، جلد 1 ترجمه حسن ربیعی و فرزین رضاعی (2003).

وزیریان، محسن. بوالهری، جعفر. راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ویژه پزشکان. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (1384).

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

پیوست‌ها

پیوست 1- 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 طولانی مدت درمان با متادون بر شما و سلامت نوزاد شما بیشتر است.
- بوپرنورفین داروی جدیدی است. هر چند استفاده از آن در بارداری و نوزادی بی‌خطر است ولی اثرات طولانی مدت آن را بر رشد و نمو کودک نمی‌دانیم.
- بروز علائم 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 2- 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 پرهیز کردن مصرف این مواد کمک کند. این دارو برای نوزادتان بی‌خطر است و به شما کمک می‌کند که علائم ترک یا همان خماری را نداشته باشید و بتوانید بدون مصرف مواد افیونی از خودتان مراقبت کنید.

درمان نگهدارنده با متادون چگونه عمل می‌کند؟

متادون یک داروی افیونی طولانی اثر است و به همراه خدمات دیگر مثل مشاوره برای درمان افراد معتاد به مواد مخدر به کار 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 بهتر شدن 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 مضر است چون باعث انقباضات رحم شده و ممکن است باعث سقط جنین یا زایمان زودرس شود. درمان نگهدارنده با متادون با جلوگیری از علائم مسمومیت و خماری ناشی از مصرف مواد مخدر محیط داخل رحمی را تثبیت و برای رشد و نمو جنین مناسب می‌گرداند. به علاوه درمان با متادون و سوسه 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 متولد شده 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 2-4 هفته پس از تولد ادامه دارد.

نشانه‌های پرهیز نوزادی شامل موارد زیر است:

- بی‌قراری
- خوب نخوابیدن
- گریه زیاد
- تب
- خوب شیر نخوردن
- استفراغ
- لرز

خیلی از مواقع یک محیط ساکت و راحت به آرام شدن کودک‌تان کمک می‌کند. اگر علامت‌ها شدید باشند، پزشک برای نوزاد دارو تجویز می‌کند. پزشک می‌تواند شما را در این مورد که چطور می‌توانید بدون دارو دادن 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 مثبت بودن منع شیردهی داشته باشند. زنانی که مبتلا به هیپاتیت 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 شیر دادن 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 بر خواهد گشت و احتمال باردار شدن‌تان 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 3- مقیاس بالینی محرومیت از مواد افیونی

تاریخ				
ساعت	ساعت	ساعت	ساعت	
				<p>ضربان قلب در حالت استراحت (در دقیقه): بعد از آن که بیمار در حال نشسته یا دراز کشیده به مدت یک دقیقه استراحت نمود اندازه گیری خود را انجام دهید:</p> <p>0= ضربان قلب 80 یا کمتر 1= ضربان قلب 80-100</p> <p>2= ضربان قلب 101-120 4= ضربان قلب بالای 120</p>
				<p>تعریق: در طول نیم ساعت قبل در دمای طبیعی اتاق و بدون ارتباط یا فعالیت</p> <p>0= هیچ گزارشی از لرز یا برافروختگی وجود ندارد</p> <p>1= یک بار گزارش ذهنی احساس لرز یا برافروختگی</p> <p>2= برافروختگی یا رطوبت قابل مشاهده در پوست صورت</p> <p>3= قطرات عرق بر روی ابرو یا صورت 4= جریان عرق بر روی صورت</p>
				<p>بی قراری: مشاهده در طول دوره ارزیابی</p> <p>0= قادر است آرام بنشیند</p> <p>1= گزارش های دشواری در نشستن، اما می تواند این کار را بکند</p> <p>3= جابجایی مکرر یا حرکات اضافه دست ها و پاها</p> <p>5= بیش از چند ثانیه نمی تواند آرام بنشیند</p>
				<p>اندازه مردمک:</p> <p>0= در نور اتاق اندازه مردمک طبیعی یا منقبض شده</p>

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

				<p>1= مردمک‌ها احتمالاً در نور اتاق بزرگ‌تر از طبیعی هستند</p> <p>2= اتساع متوسط مردمک‌ها</p> <p>5= مردمک‌ها آن قدر متسع هستند که فقط حلقه مردمک قابل مشاهده است</p>
				<p>دردهای عضلانی یا مفصلی: اگر بیمار از قبل درد داشته فقط دردهای قابل انتساب به محرومیت مواد افیونی را نمره‌دهی کنید.</p> <p>0= وجود ندارد 1= احساس ناراحتی خفیف منتشر</p> <p>2= بیمار دردهای منتشر شدید مفاصل و عضلات را گزارش می‌کند</p> <p>4= بیمار عضلات و مفاصل خود را به هم می‌مالد و به دلیل احساس ناراحتی نمی‌تواند آرام بنشیند.</p>
				<p>آب ریزش بینی یا اشک ریزش: غیر مرتبط با علایم سرماخوردگی یا آلرژی</p> <p>0= وجود ندارد 1= گرفتگی بینی یا رطوبت غیر معمول چشم‌ها</p> <p>2= آب‌ریزش بینی و اشک ریزش</p> <p>4= آب ریزش مداوم بینی یا جریان اشک فروچکان از گونه‌ها</p>
				<p>ناراحتی گوارشی: در نیم ساعت گذشته</p> <p>0= فقدان علایم گوارشی 1= کرامپ‌های گوارشی</p> <p>2= تهوع یا مدفوع آبکی 3= استفراغ یا اسهال</p> <p>5= دوره‌های مکرر اسهال یا استفراغ</p>
				<p>لرزش: مشاهده دستهای کشیده شده</p> <p>0= فقدان لرزش 1= لرزش قابل احساس است اما قابل مشاهده نیست</p> <p>2= لرزش خفیف قابل مشاهده است 3= لرزش آشکار یا گرفتگی عضلات</p>

				<p>خمیازه کشیدن: مشاهده در طول ارزیابی</p> <p>0= فقدان خمیازه 1= یک یا دو بار خمیازه در طول ارزیابی 2= خمیازه سه بار یا بیشتر در طول ارزیابی 3= چندین بار خمیازه در دقیقه</p>
				<p>اضطراب و تحریک پذیری</p> <p>0= فقدان 1= گزارش های بیمار از تحریک پذیری یا اضطراب فزاینده 2= بیمار آشکارا مضطرب و تحریک پذیر است 4= بیمار آن قدر تحریک پذیر یا مضطرب است که شرکت در ارزیابی را دشوار می کند</p>
				<p>سیخ شدن موهای پوست</p> <p>0= پوست نرم است 3= سیخ شدن موها قابل لمس است یا موها بر روی بازوها سیخ شده اند 5= سیخ شدن قابل توجه</p>
				<p>نمره کل</p>
				<p>فشار خون / ضربان قلب</p>

نمره کل: 12-5 خفیف، 24-13= متوسط، 36-25= متوسط رو به شدید و بیش از 36= شدید

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

پیوست 4- مقیاس ارزیابی مخدر علایم محرومیت موسسه بالینی (CINA)

ارزیابی مخدر مؤسسه بالینی 11 نشانه و علامت شایع در بیماران در طول محرومیت از مواد مخدر را اندازه گیری می‌کند. این ابزار می‌تواند به سنجش شدت علایم و پایش تغییرات در موقعیت‌های بالینی در طول زمان کمک کند.

نمرات	یافته‌ها	پارامترها بر اساس پرسش‌ها و مشاهدات
0 1 2	فقدان شکایت شکمی، صدای شکمی طبیعی، گزارش دوره‌های درد شکمی پیچشی	1- تغییرات شکمی آیا شما در شکم خود احساس درد دارید؟ درد پیچشی شکم، اسهال، صداهای فعال روده‌ای
0 2 4 6	گزارش نشده است. گزارش احساس سرما، سردی دست‌ها.	2- تغییرات در دما: آیا شما احساس داغی یا سردی می‌کنید؟ سرد بودن پوست در لمس. لرزش غیر قابل کنترل.
0 1 2	فقدان تهوع یا استفراغ. تهوع خفیف، فقدان عرق زدن یا استفراغ. تهوع متناوب، عرق زدن خشک. تهوع مداوم، عرق‌های خشک مکرر و یا استفراغ	3- تهوع و استفراغ: آیا در شکم خود احساس ناراحتی می‌کنید؟ آیا استفراغ کرده‌اید؟
0 1 3	هیچ گونه درد عضلانی گزارش نمی‌شود. عضلات گردن و بازوها در حالت استراحت است. دردهای خفیف وجود دارد. گزارش دردهای شدید، عضلات در پاها، بازو یا گردن در حالت انقباض مداوم است.	4- دردهای عضلانی: آیا احساس پیچش در عضلات خود دارید؟
	قابل مشاهده نیست. سیخ شدن موها	

0 1 2 3	<p>گاهگاهی اما با لمس برانگیخته نمی‌شود، غیرمداوم. سیخ شدن موهای بارز به صورت دوره‌ای و برانگیخته شده با لمس. سیخ شدن دائم موها در صورت و بازوها.</p>	5- سیخ شدن موها
0 1 2	<p>فقدان احتقان بینی یا آب ریزش. آب ریزش مکرر بینی. آبریزش دائم بینی با ترشحات آبکی</p>	6- احتقان بینی
0 1 2 3	<p>فعالیت طبیعی. تا حدی بیش از فعالیت طبیعی، حرکت بالا و پائین پاها، تغییر وضعیت گهگاهی، بی‌قراری و ناآرامی متوسط، تغییر وضعیت بدنی مکرر. حرکات آشکار بیشتر اوقات یا حرکات مداوم</p>	7- بی‌قراری
0 1 2 3	<p>هیچ. قابل مشاهده نیست اما در لمس نوع انگشت با نوک انگشت قابل احساس است.</p>	8- لرزش
0 1 2	<p>هیچ. خیس بودن چشم‌ها، اشک در گوشه چشم‌ها، اشک ریزش شدید از چشم‌ها روی صورت</p>	9- اشک ریزش

0 1 2 3	فقدان تعریق قابل مشاهده. تعریق قابل لمس اندک، رطوبت کف دست‌ها، قطرات عرق قابل مشاهده روی صورت، آب چکان عرق از روی صورت و قفسه سینه	10- تعریق
0 1 2	هیچ. خمیازه مکرر، خمیازه مداوم غیر قابل کنترل	11- خمیازه
	مجموع امتیازات 11 پارامتر	امتیاز کل

حداقل امتیاز = 0، حداکثر امتیاز = 31. هر چقدر نمره بالاتر باشد شدت سندرم محرومیت بیشتر است.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

پیوست 5- فرم نمره‌دهی سندرم پرهیز نوزادی

نام مادر: نام نوزاد: تاریخ تولد: --/--/13

وزن تولد = گرم (90X درصد = گرم)							نشانه‌ها بر اساس مشاهدات 3-4 ساعت قبل.		
وزن روزانه = گرم							برای هر روز یک برگه نمره‌دهی جدید تکمیل کنید.		
تاریخ	نمره	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان
	2								گریه با فرکانس بال ⁶² مداوم < 15 ثانیه یا غیرمداوم > 5 دقیقه
	3								گریه با فرکانس بالا مداوم < 15 ثانیه یا غیرمداوم \geq 5 دقیقه
	3								خواب > 1 ساعت بعد از تغذیه
	2								خواب > 2 ساعت بعد از تغذیه
	1								خواب > 3 ساعت بعد از تغذیه
	1								رفلکس موروی هیپراکتیو
	2								رفلکس موروی شدیداً هیپراکتیو
	1								لرزش خفیف: مختل
	2								لرزش متوسط تا شدید: مختل
									لرزش خفیف: غیرمختل
									لرزش متوسط تا شدید: غیرمختل
	1-2								افزایش تون عضلانی
	1-2								اکسکوریشن ⁶³ (محل آن را مشخص کنید):
	8								تشنج ژنرالیزه
	1								تب \leq 37/2 درجه سانتیگراد
	1								خمیازه (\leq 4 عدد در یک دوره زمانی)
	1								تعریق
	1								گرفتگی بینی
	1								تنفس صدادار
	2								تاکی پنه (< 60 عدد در دقیقه)

⁶² high pitch

⁶³ excoriation

								2	خوب شیر نخوردن
								2	استفراغ (یا برگرداندن شیر)
								2	مدفوع آبکی
								2	وزن کمتر یا مساوی 90% وزن تولد
								1-3	تحریک پذیری بیش از حد
									نمره کل
									نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

پیوست 6- نمره پرهیز نوزادی، نمره فینگان

نام و نام خانوادگی:

جنسیت:

تاریخ:

زمان (ساعت)								امتیاز	علام و نشانه‌ها	دستگاه
								2	گریه با فرکانس بالا	اختلالات دستگاه اعصاب مرکزی
								3	گریه مداوم با فرکانس بالا	
								3	خواب > یک ساعت بعد از تغذیه	
								2	خواب > دو ساعت بعد از تغذیه	
								1	خواب > سه ساعت بعد از تغذیه	
								1	لرزش خفیف: مختل	
								2	لرزش متوسط تا شدید: مختل	
								3	لرزش خفیف: غیرمختل	
								4	لرزش متوسط تا شدید: غیرمختل	
								2	افزایش تون عضلانی	
								1	پوسته‌ریزی (منطقه را مشخص کنید):	
								3	پرش‌های میوکلونیک	
								5	تشنج‌های جنرالیزه	

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

									1	تعریق	اختلالات متابولیک، وازمو تورتور و تنفسی
									1	تب (C 38/30 تا 37/30)	
									2	تب (C 38/40 و بیشتر)	
									1	خمبازه مکرر (< 3-4 نوبت)	
									1	تغییر رنگ پوست	
									1	گرفتگی بینی	
									1	تنفس صدادار	
									2	پرش پره‌های بینی ⁶⁴	
									1	سرعت تنفس < 60 در دقیقه	
									2	سرعت تنفس < 60 در دقیقه با کشیدگی ⁶⁵ بین دنده‌ای	
									1	مکش بیش از حد	اختلالات گوارشی، رودهای
									2	تغذیه بد	
									2	پس آوردن مایعات خورده شده ⁶⁶	
									3	استفراغ جهشی	
									2	مدفوع شل	
									3	مدفوع آبکی	
										نمره کل	
										نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:	

⁶⁴ nasal flaring

⁶⁵ retraction

⁶⁶ regurgitation

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

پیوست 7- 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 علائم ترک مواد یا خماری شده باشد، از او مراقبت کنید. علائم خماری به نام «سندرم پرهیز نوزاد» شناخته می‌شوند.

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

احساس والدین وقتی نوزادشان به سندرم پرهیز نوزادی دچار می‌شود

وقتی فرزندان علائم 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.

علائم سندرم پرهیز نوزادی

آیا نوزاد شما علائم زیر را دارد؟

- گریه با صدای بلند
- تحریک‌پذیری
- لرزش

- مشکل خواب
- گرفتگی بینی
- عطسه
- اشکال در شیر خوردن به علت مشکلات مکیدن
- سفتی دست‌ها، پاها و پشت
- وزن نگرفتن
- 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 علائم 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 علائم را ایجاد رده باشند شناسایی و درمان کنیم.

بیشتر نوزادانی که دچار سندرم پرهیز نوزادی می‌شوند طی 72-24 ساعت پس از تولد، نشانه‌های این سندرم را نشان می‌دهند. اگرچه ممکن است این علائم تا 7 روز پس از تولد هم تظاهر نکند. به همین خاطر نوزادانی که از مادرانی متولد می‌شوند که مصرف مواد داشته‌اند، بهتر است 7-5 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 شیر دادن، پوشاندن نوزاد، حمام کردن و خواباندن نوزاد خواهند داد.

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

- نوع موادی که مادر خصوصاً طی سه روز قبل از زایمان مصرف کرده
 - نیمه عمر 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 بطور همزمان توسط مادر. مثلاً: 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 مورفین و فنوباریتال هستند. از این داروها ممکن است به تنهایی یا به همراه یکدیگر استفاده کرد.

مورفین

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

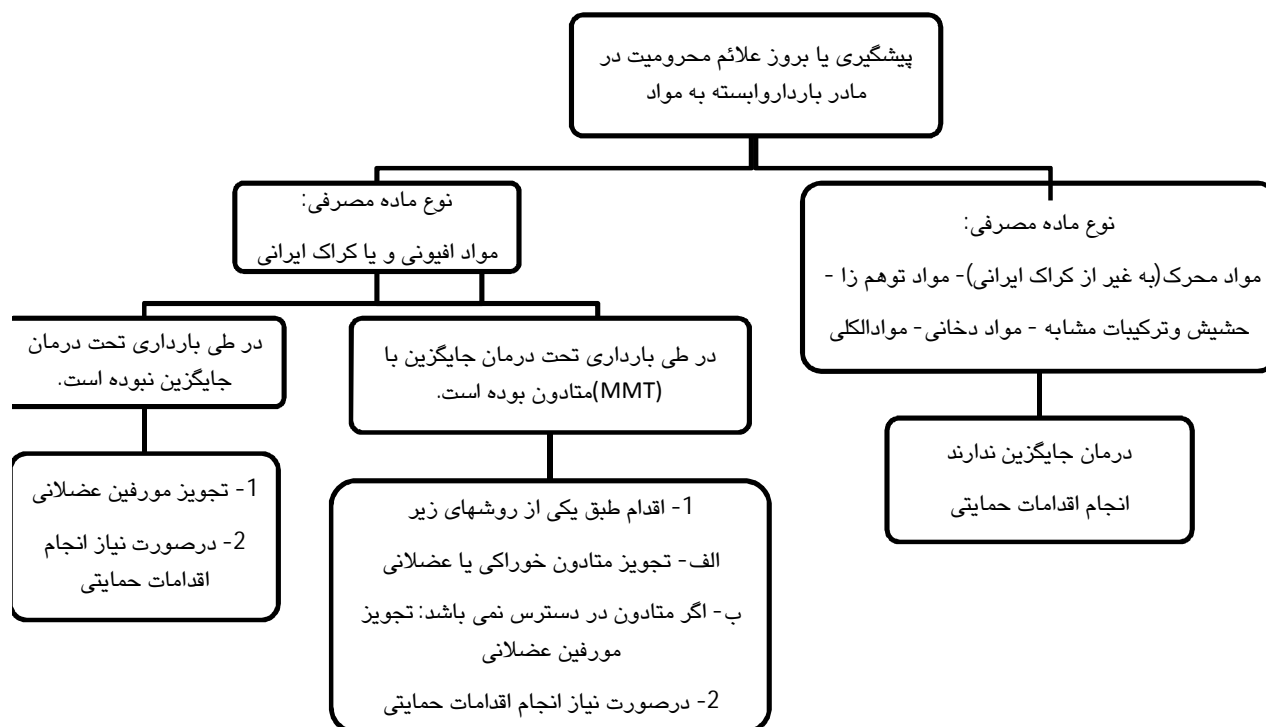
در صورتی که نتوان مقدار مورفین را افزایش داد و علامت‌های نوزاد همچنان باقی باشند، می‌توان از داروهای دیگری استفاده کرد.

فنوباریتال

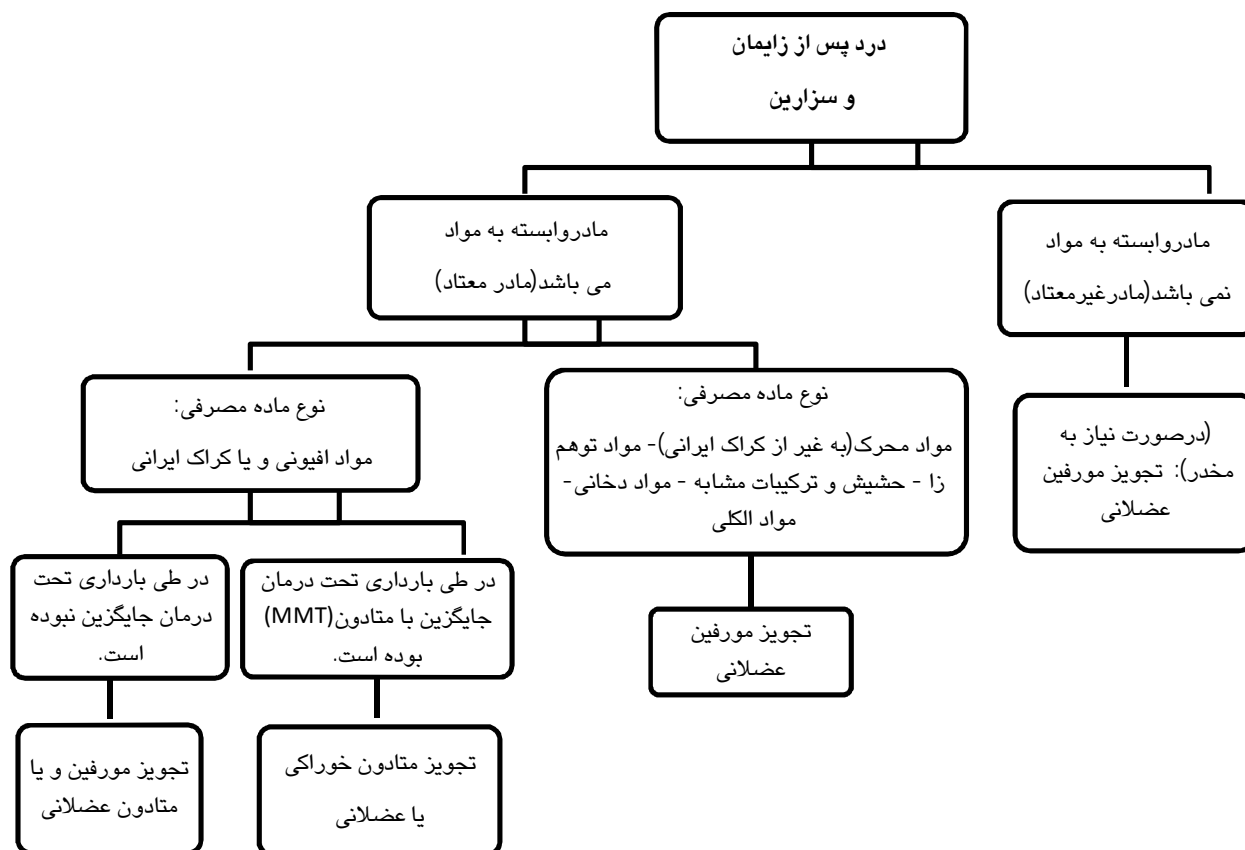
فنوباریتال یک داروی ضدتشنج است. فنوباریتال به خصوص در درمان علائم پرهیز ناشی از داروهای خواب‌آور و الکل بیشتر استفاده می‌شود. گاهی لازم است برای تخفیف نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی مواد افیونی

نیز از مرفین و فنوباریتال با هم یا فنوباریتال به تنهایی استفاده کرد. مثلا در مواردی که نوزاد شما به طور همزمان در معرض متادون و داروهای خواب‌آور قرار گرفته باشد یا این که مرفین با حداکثر مقدار ممکن تجویز شده باشد ولی علائم پرهیز در نوزاد برطرف نشده باشد افزودن فنوباریتال می‌تواند کمک کننده باشد.

راهنمای شماره 1) الگوریتم پیشگیری یا کنترل علائم محرومیت در مادر بارداراز هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی)



راهنمای شماره 2) الگوریتم تسکین دردهای پس از زایمان در صورت نیاز به مخدر (مرور سریع و کلی)



نکات مهم:

- 1- باکس مربوط به مادرانی که وابسته به مواد نمی باشند جهت تکمیل راهنما ذکر شده و به معنی استفاده ضروری از داروهای مخدر در این مادران نمی باشد.
- 2- در مادرانی که وابسته به مواد هستند، استفاده از داروهای مخدر یکی از روشهای کنترل درد پس از زایمان می باشد.

راهنمای شماره 3) کنترل صدای قلب جنین

مرحله اول	مرحله دوم	
	فاز نهفته غیر بستری	فاز نهفته بستری
هر 4 ساعت یکبار	هر 30 تا 60 دقیقه یکبار	هر 15 دقیقه یکبار

راهنمای شماره 4) کنترل علائم حیاتی

مرحله اول	فاز نهفته غیر بستری	فاز فعال	مرحله دوم	مرحله چهارم	تا زمان ترخیص
				(2 ساعت اول پس از زایمان)	
هر 4 ساعت یکبار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر 4 ساعت یکبار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از 6 ساعت هر یک ساعت یکبار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر 2 ساعت یکبار(در صورت پارگی کیسه آب بیش از 6 ساعت هر یک ساعت یکبار)	حداقل یکبار	در ساعت اول: فشارخون، نبض و تنفس هر 15 دقیقه یکبار و درجه حرارت یکبار در ساعت دوم: فشارخون، نبض و تنفس هر 30 دقیقه یکبار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت یکبار تا چهار ساعت سپس هر 6 ساعت یکبار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص

«در مرحله دوم زایمان، وضعیت علائم حیاتی به شرح زیر تغییر می کند:

- افزایش فشارخون سیستول به میزان 15 تا 25 میلی متر جیوه. افزایش آن تا 10 میلی متر جیوه در هنگام زور زدن

طبیعی است.

- افزایش تعداد نبض

- افزایش درجه حرارت به میزان 0/5 تا 1 درجه سانتیگراد.

- تعداد تنفس تغییری نمی کند.

راهنمای شماره 5) روش های کاهش درد غیر دارویی

مرحله دوم	مرحله اول	
	فاز فعال	فاز نهفته بستری
<p>1- وضعیت های upright شامل:</p> <p>rocking, lateral(side lying), walking, standing</p> <p>lunging, swaying</p> <p>semi-recumbent, forward leaning, squatting</p> <p>kneeling</p> <p>2- کمپرس گرم در نواحی کمر و زیر شکم</p> <p>3- تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت</p> <p>4- استفاده از دستگاه TENS</p> <p>5- ماساژ: کمر</p> <p>6- رایحه درمانی</p> <p>7- موسیقی و آوا</p> <p>10- تنفس مناسب این مرحله بر اساس آموزشهای داده شده</p> <p>11- قرار گرفتن در وان آب برای انجام زایمان در صورت تمایل مادر</p>	<p>1- برقراری محیط ساکت، نور طبیعی روز، حریم شخصی</p> <p>2- حمام کردن و دوش گرفتن (چنانچه مادر مایل به خیس کردن موهای خود نمی باشد از کلاه پلاستیکی استفاده شود)</p> <p>3- وضعیت های upright شامل:</p> <p>rocking, lateral(side lying), lunging, swaying, walking, standing</p> <p>semi-recumbent, forward leaning, squatting kneeling</p> <p>4- ماساژ: کمر، شکم، پاها</p> <p>5- استفاده از دستگاه TENS</p> <p>6- رایحه درمانی: گل سرخ، بهار نارنج، یاسمین یا اسطوخودوس به شکل استنشاقی، دستگاه بخور و اسپری داخل اتاق یا ماساژ</p> <p>7- گرما و سرما درمانی</p> <p>8- تن آرامی و تنفس: بر اساس تکنیکهای آموزش داده شده در طی بارداری (شل و رها سازی عضلات از ناحیه سر تا پا و توجه به دم و بازدم)</p> <p>9- تصویر سازی و تجسم مثبت</p> <p>10- موسیقی و آوا</p> <p>11- قرار گرفتن در وان آب برای زایمان</p>	<p>1- وضعیت های upright شامل: standing, walking, sitting, squatting, lateral(side lying)</p> <p>2- ماساژ: نواحی کمر، شکم، پاها، پرینه</p> <p>3- تنفس آگاهانه: تنفس شکمی، دم و بازدم آرام و طولانی با آگاهی به تعداد 6-9 تنفس در دقیقه</p> <p>4- آموزش و یاد آوری تکنیکهای تنفس، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت در مراحل مختلف زایمان</p> <p>5- تشویق مادر به شنیدن آواهای مذهبی و یا موسیقی مورد علاقه و یا خواندن کتاب</p> <p>6- استفاده از آب: حمام کردن و دوش گرفتن</p> <p>7- گرما و سرما درمانی سطحی</p>