

سُبْحَانَكَ اللَّهُمَّ

سُبْحَانَكَ اللَّهُمَّ



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

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

تهیه و تدوین:

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

با همکاری و مشارکت:

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران

مؤلفین:

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

فهرست مطالب

مقدمه	۹
تقدیر و سپاس‌گزاری	۱۱
تعریف واژه‌ها	۱۳
فصل ۱: اعتیاد در زنان	۲۱
۱-۱- مقدمه	۲۱
۱-۲- عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد در زنان	۲۲
۱-۳- الگوهای سوءمصرف مواد در زنان	۲۴
۱-۴- موانع درمان سوءمصرف مواد در زنان	۲۶
۱-۵- اثرات سوءمصرف مواد در زنان	۲۷
۱-۶- درمان اختلالات سوءمصرف مواد در زنان	۳۰
فصل ۱: عوارض سوءمصرف مواد در بارداری	۳۳
۱-۱- کلیات سوءمصرف مواد افیونی در بارداری	۳۳
۱-۲- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر برآوردهای بارداری	۳۵
۱-۳- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر مادر باردار	۳۶
۱-۴- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر جنین و نوزاد	۳۷
۱-۵- اثرات سایر مواد	۳۸
فصل ۳: غربال‌گری و ارزیابی	۴۳
۳-۱- لزوم غربال‌گری سوءمصرف مواد در بارداری	۴۳
۳-۲- زمان غربال‌گری	۴۵
۳-۳- جایگاه غربال‌گری سوءمصرف مواد در مراقبت‌های بارداری	۴۵
۳-۴- انتخاب و استفاده از ابزار غربال‌گری	۴۶



۵۰	۳-۵- نحوه غربالگری
۵۴	۳-۶- ارزیابی
۵۷	فصل ۴: هماهنگی و تداوم مراقبت
۵۷	۴-۱- مقدمه
۵۸	۴-۲- مراقبت‌های پیش از تولد
۶۴	۴-۲- مراقبت‌های حین زایمان
۶۹	۴-۴- مراقبت‌های پس از زایمان
۷۲	۴-۵- ملاحظات مهم در گروه‌های خاص
۷۴	فصل ۵: هنگام زایمان
۷۴	۵-۱- اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان
۷۵	۵-۲- اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد
۷۹	۵-۳- نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر
۸۰	۵-۴- نکات مهم در ارزیابی مادر وابسته یا مشکوک به وابستگی
۸۵	۵-۵- اقدامات حمایتی
۹۶	۵-۶- اقدامات لازم در انواع مواد
۹۶	مواد افیونی (Opiates)
۱۰۲	مواد محرک (Stimulants)
۱۱۳	مواد توهم‌زا (Hallucinogens)
۱۱۷	حشیش و ترکیبات مشابه (Cannabis)
۱۲۲	مواد دخانی (Tobacco)
۱۲۴	مواد الکلی (Alcoholic Beverages)
۱۲۷	فصل ۶: درمان
۱۲۷	۶-۱- مقدمه



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

فصل ۷: شیردهی..... ۱۵۹

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

فصل ۸: سندرم پرهیز نوزادی..... ۱۶۵

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

پیوست‌ها..... ۱۷۹

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



- پیوست ۵: فرم نمره‌دهی سندرم پرهیز نوزادی..... ۱۹۰
- پیوست ۶: نمره پرهیز نوزادی، نمره فینگان..... ۱۹۲
- پیوست ۷: مثال‌هایی از بروشورهای اطلاع‌رسانی به والدین در مورد
سندرم پرهیز نوزادی..... ۱۹۴
- راهنمای ۱: الگوریتم پیشگیری یا کنترل علائم محرومیت در مادر
باردار از هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی)..... ۱۹۸
- راهنمای ۲: الگوریتم تسکین دردهای پس از زایمان در صورت نیاز به
مخدر (مرور سریع و کلی)..... ۱۹۹
- راهنمای ۳: کنترل صدای قلب جنین..... ۲۰۰
- راهنمای ۴: کنترل علائم حیاتی..... ۲۰۱
- راهنمای ۵: روش‌های کاهش درد غیردارویی..... ۲۰۲
- فهرست منابع..... ۲۰۳



مقدمه

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

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

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



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

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

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

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

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دکتر سیدحسن امامی‌رضوی



تقدیر و سپاس‌گزاری

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

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



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



تعریف واژه‌ها

Addiction

اعتیاد

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

Vertical Transmission

انتقال عمودی

انتقال یک عفونت از مادر به جنین یا نوزاد.

Rehabilitation

بازتوانی

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



Medically Assisted Withdrawal

بازگیری طبی

بازگیری طبی یا به اختصار بازگیری فرآیندی 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.

Abstinence

پرهیز

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

Tolerance

تحمل

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.

Teratogen

تراژوژن

عاملی که می‌تواند در رویان یا جنین ناهنجاری ایجاد کند.

Dual Diagnosis

تشخیص دوگانه

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

Stabilization

تثبیت

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

Modality Matching

تطبیق روش درمانی

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



Placement Matching

تطبیق جایگاه درمانی

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

Agonist Drugs

داروهای آگونیست

داروهای آگونیست گیرنده‌های آپئوئیدی داروهایی 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.

Antagonist Drugs

داروهای آنتاگونیست

داروهایی 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

Opioid Substitution Therapy (OST)

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

Nicotine Replacement Therapies (NRT)

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 طولانی مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های آپئوئیدی با هدف کاهش سوءمصرف مواد غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. در این کتاب منظور از «درمان نگهدارنده»، «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» است. اصطلاح «درمان نگهدارنده» و «درمان جایگزین» معمولاً 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 سوءمصرف 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 طولانی مدت 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.

Preterm Labour

زایمان زودرس

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

Miscarriage

سقط

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

Detoxification

سم‌زدایی

به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. فرآیندی که در طول آن علایم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. واژه سم‌زدایی مفهوم کنترل علایم ترک را 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 (Neonatal Abstinence Syndrome (NAS)

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

سوءمصرف مواد (Drug Abuse)

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

سوءمصرف چندگانه مواد (Polysubstance Abuse)

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

عود (Relapse)

بازگشت به سوءمصرف مواد در یک فرد وابسته به مواد، بعد از یک دوره عدم مصرف را گویند که اغلب با بازگشت علایم وابستگی همراه است. باید میان «لغزش»^۱ و عود تفاوت قایل شد. لغزش به یک نوبت سوءمصرف مواد پس از یک



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.

Harm Reduction

کاهش آسیب

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

Methamphetamine

مت‌آمفتامین

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.

Withdrawal

محرومیت

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

Brief Intervention

مداخله مختصر

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



Matrix Model

مدل ماتریکس

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

Narcotic Anonymous (NA)

معتادان گمنام یا ان‌ای

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

Motivational Interview

مصاحبه انگیزشی

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

Polysubstance Use

مصرف مواد چندگانه

به سوءمصرف هم‌زمان چندین ماده روان‌گردان اطلاق می‌گردد.

Opioids

مواد افیونی

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 آپئوئیدی در مغز القا می‌کنند و سوءمصرف مستمر آن می‌تواند منجر به وابستگی شود.

Psychoactive Substances

مواد روان‌گردان

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

Narcotic Drugs

مواد مخدر

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، کوکائین و ماری جوانا اطلاق می‌شود که مصرف و تجارت آن‌ها براساس پیمان منفرد^۱ سازمان ملل (۱۹۶۱) غیرقانونی اعلام شده است.

Neonatal Period

نوزادی

۲۸ روز اول بعد از تولد.

Dependence

وابستگی

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

Polysubstance Dependence

وابستگی چندگانه مواد

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

Drug Craving

وسوسه مواد

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

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

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



اعتیاد در زنان

۱-۱- 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^۱، فرهنگی اجتماعی^۲ و ژنتیکی^۳ از جمله این عوامل محسوب می‌شود. عوامل مختلفی بر دلایل شروع سوءمصرف مواد در زنان اثر می‌گذارد و برخی از این عوامل در زنان از مردان شایع‌تر هستند. زنان اغلب اظهار می‌کنند

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



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

۲-۱- عوامل مؤثر بر سوءمصرف مواد در زنان

عوامل روانی اجتماعی

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

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

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



اختلالات هم‌زمان روان‌پزشکی با مصرف مواد و ارتباط آن با سابقه سوءرفتار جنسی در کودکی این فرض را مطرح می‌کند که هیجان‌طلبی^۱، افسردگی، اعتماد به نفس پایین، اختلال استرس پس از سانحه، انواع اختلالات جنسی، اختلالات خوردن و دشواری در تنظیم خلق ممکن است از جمله عوامل مساعدکننده مصرف مواد برای زنان باشد. از طرفی سوءمصرف مواد به نوبه خود موجب می‌شود که فرد بیشتر در معرض سوءرفتار جنسی قرار بگیرد.

عوامل فرهنگی، اجتماعی

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

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

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

برخی معضلات اجتماعی، فرهنگی نقش مهمی نظیر فرهنگ‌زدایی^۲، 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.

1. Sensation seeking

2. Acculturation



عوامل ژنتیکی

برای مقایسه تأثیر عوامل ژنتیک و محیطی بر مصرف مواد و اختلالات ناشی از آن در زنان و مردان، مطالعاتی بر دوقلوها انجام شده است. به طور کلی به نظر می‌رسد عوامل محیطی بیش از عوامل ارثی بر مصرف و سوء مصرف مواد اثر می‌گذارند. هرچند ژنتیک می‌تواند یک عامل مهم خطرزا در زنان باشد، پژوهش‌ها از تأثیر خانواده^۱ - ترکیبی از ژنتیک و اثرات محیطی - به عنوان یک عامل خطرزای مهم حمایت می‌کنند. درباره تأثیر خانوادگی بر شروع سایر مواد اطلاعات کمتری وجود دارد، اما مصرف الکل در والدین خطر شیوع اختلالات مصرف مواد را در دختران تا ۵۰٪ افزایش می‌دهد. خصوصیات خانواده بعداً نیز دخیل هستند. دیده شده که تأثیر عوامل ارثی برای مصرف، سوء مصرف و وابستگی به مواد در مردان بیش از زنان است (میزان ارثی بودن در مردان ۳۳٪ و در زنان ۱۱٪ است). در حالی که عوامل محیطی در زنان بیش از مردان تأثیرگذار است.

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

۳-۱- الگوهای سوء مصرف مواد در زنان

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



تجویز شده دارای پتانسیل سوء مصرف در آن‌ها بیشتر است. زنان وابسته به مواد با تحصیلات پایین‌تری و منابع مالی محدودتری دارند. میزان‌های سوء رفتار جنسی و جسمی در آن‌ها بیشتر است.

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

۱. شکاف جنسیتی از نظر سوء مصرف مواد بین مردان و زنان خصوصاً از نظر مواد جدید مثل محرک‌های شبه‌آمفتامینی در حال کاهش است.

۲. زنان با احتمال بیشتری با مواد از طریق روابط مهم خود آشنا شده و آن را شروع می‌کنند و تأهل نقش محافظت‌کننده در این خصوص ایفا می‌کند.

۳. رفتارهای پرخطر مصرف مواد مثل تزریق و استفاده از وسایل تزریق غیراستریل و درگیری در رفتارهای جنسی محافظت‌نشده تحت تأثیر مستقیم روابط مهم فرد قرار دارد.

۴. تجربه مصرف مواد در سنین پایین‌تر با خطر افزایش‌یافته وابستگی و اعتیاد مرتبط است.

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

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

علاوه بر این زنان به‌صورت معنی‌داری بیش از مردان داروهای تجویز شده مثل ضد درد های مخدر (کدئین، ترامادول) و داروهای ضد اضطراب (آلپرازولام، لورازپام) را سوء مصرف می‌کنند.



۴-۱- موانع درمان سوءمصرف مواد در زنان

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

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

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



- زنان برای گروه‌درمانی نیاز به گروه‌های تک‌جنسیتی دارند، زیرا شرکت در گروه‌درمانی در کنار مردان برای آن‌ها دشوار است.
 - زنان میزان‌های افزایش یافته آزار جنسی از طرف کارکنان درمان مرد را گزارش می‌کنند.
- علی‌رغم همه موارد فوق، در صورت پیش‌بینی حمایت‌های روانی، اجتماعی کافی در برنامه درمان زنان، ماندگاری در درمان بهتر خواهد شد.

۱-۵- اثرات سوءمصرف مواد در زنان

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

اثرات فارماکولوژیک

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



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

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

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

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

سیر وابستگی به مواد افیونی

زنان سریع‌تر از مردان متعاقب تجربه مصرف مواد دچار اختلالات مصرف مواد می‌شوند. مصرف مواد افیونی به‌خصوص هروئین و کراک در زنان اغلب به شکل 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 کوتاه‌اثر نظیر هروئین به‌طور شایعی باعث نقائص اندوکرین می‌شود. این نقائص شامل آمنوره، عدم تخمک‌گذاری، ناباروری، کاهش میل جنسی و آفت کارکرد آن می‌شود. این علایم احتمالاً به سرکوب ACTH، عملکرد آدرنال و تخمک‌گذاری و سطوح کاهش‌یافته هورمون‌های استرادیول و پروژسترون در این زنان قابل انتساب است. زنانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار می‌گیرند قاعدگی و تخمک‌گذاری منظم پیدا می‌کنند و به‌طور عادی باردار می‌شوند.

پاسخ به درمان

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

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

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



زنان رفتارهای پرخطر بیشتری برای ابتلا به اچ‌آی‌وی دارند، اما مشکلات قانونی آن‌ها از مردان کمتر است. هرچند گزارش مرکز اختصاصی کاهش آسیب زنان در جنوب شهر تهران نشان می‌دهد مشکلات قانونی در مراجعان این مرکز بسیار شایع 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.

گرچه میزان لغزش و عود در درمان زنان و مردان مشابه است اما عوامل خطر و شروع‌کننده عود و پاسخ رفتاری و هیجانی آن‌ها در حین و پس از عود متفاوت است. زنان بیش از مردان مشکلات بین‌فردی، و خلق منفی را به‌عنوان عوامل شروع‌کننده عود گزارش می‌کنند. آن‌ها مهارت‌های مقابله ضعیف‌تری دارند و در یافتن دوست‌های جدید غیرمصرف‌کننده مشکل دارند. برعکس زنانی که عود می‌کنند با احتمال بیشتری متقاضی کمک شده و دوره‌های عود کوتاه‌تری دارند. پیشرفت در درمان در هر دوجنس با کاهش ارتکاب جرم و سایر عوامل خطرآفرین برای سلامت همراه است. زنان نیاز به مداخلات بیشتر درباره مسائل و بحران‌های روان‌شناختی، اشتغال و ارجاعات طبیبی دارند و پس از ترخیص بیشتر به دنبال درمان‌های تکمیلی هستند. در یک مطالعه نشان داده شد که کاهش خطر اچ‌آی‌وی به دنبال مصرف متادون در زنان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از مردان وابسته به مواد افیونی است. این امر نشان می‌دهد که لازم است مداخلات تخصصی بیشتری برای زنان مصرف‌کننده مواد افیونی انجام شود.

۱-۶- درمان اختلالات سوءمصرف مواد در زنان

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



۱. در زنانی که درمان را آغاز می‌کنند افکار خودکشی یا اقدام به آن بیشتر است و این امر احتمالاً به علت علایم افسردگی یا ویژگی‌های تکانشی شخصیت آن‌ها است. ارزیابی دقیق خطر خودکشی و اختلال افسردگی جهت ارائه درمان‌های تخصصی ضروری است. با توجه به خطر بالقوه استفاده از مواد برای خودکشی، باید در تجویز دارو به این بیماران محتاط بود. بنابراین پزشک باید داروها را به مقدار کم تجویز کرده، بیمار را تشویق کند تا به‌طور منظم مراجعه نماید. حین تجویز دارو تداخل‌های دارویی باید در نظر گرفته شود.
۲. ممکن است در زنان وابسته به مواد اختلالات شخصیت از اختلالات روان‌پزشکی محور یک شایع‌تر باشند. این واقعیت به خودی خود موجب ضعیف‌شدن پیش‌آگهی درمان نمی‌شود، ولی در این موارد ارجاع به روان‌پزشک جهت ارزیابی‌های بیشتر و درمان لازم است.
۳. انگ اجتماعی اعتیاد مانع از مراجعه زنان به مراکز خدمات درمانی و تداوم درمان می‌شود، لذا برخورد غیرقضاوت‌گرانه حین درمان می‌تواند دسترسی به درمان را تسهیل و به ماندگاری در درمان کمک کند.
۴. غربال‌گری از نظر اچ‌آی‌وی، هپاتیت بی و سی، سیفیلیس و سایر بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی بخش مهمی از ارزیابی‌های زنان وابسته به مواد را تشکیل می‌دهد.
۵. زنانی که وارد درمان می‌شوند ممکن است نگران اضافه وزن خود باشند. در این موارد مشاوره درباره تغذیه مناسب و ورزش می‌تواند راهگشا باشد. گاهی مشاوره با تمرکز بر تصور ذهنی فرد از بدن خود لازم است.
۶. در مواردی که سابقه سوءرفتار جنسی وجود دارد، توصیه می‌شود از مشاوره‌های تخصصی استفاده شود.



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

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



عوارض سوء مصرف مواد در بارداری

۱-۲- کلیات سوء مصرف مواد افیونی در بارداری

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

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



تهیه مواد و سوءمصرف آن. لذا وقت کافی برای پرداختن به فعالیت‌های معمول زندگی روزمره را ندارد. اغلب زنان باردار از یک سو به علت الگوی زندگی خاص خود و ترس از فاش شدن سوءمصرف 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 علایم ناشی از پرهیز مواد افیونی نسبت می‌دهند. در نتیجه، شروع بارداری می‌تواند باعث شود این بیماران سوءمصرف مواد افیونی خود را افزایش داده تا علایمی را که به پرهیز نسبت می‌دهند، تخفیف دهند و با این کار، جنین را در معرض سطوح افزایش یافته این مواد قرار می‌دهند.

سوءمصرف مواد افیونی به طور شایع با مصرف سیگار همراه است. به علاوه سوءمصرف مواد چندگانه هم چون مت‌آمفتامین، داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش و الکل در سوءمصرف کنندگان مواد افیونی غیرشایع نیست. مصرف الکل در دوران بارداری به بروز سندرم جنین الکلی^۱ منجر شده 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 مصرف‌کننده مواد در معرض خطر بالای سوء تغذیه هستند، اغلب مراقبت بارداری کافی نمی‌گیرند و در محیط پر از خشونت و استرس زندگی می‌کنند. در میان زنان، بارداری که مواد را به صورت تزریقی استفاده می‌کنند خطر عوارض پزشکی مثل بیماری‌های عفونی، اندوکاردیت، آبسه و بیماری‌های منتقله از راه جنسی افزایش می‌یابد. بیش از ۵۰٪ زنان باردار همسر یا شریک

1. Fatal alcohol syndrome



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

۲-۲- تأثیر سوء مصرف مواد افیونی بر برآیندهای بارداری

مصرف اپیوئیدها حین بارداری باعث کاهش وزن تولد^۱، نارسایی^۲ و مرگ نوزاد می‌شود. این عوامل به نوبه خود منجر به ایجاد طیف وسیعی از مشکلات برای بارداری و نوزاد می‌شوند که شامل سندرم دیسترس تنفسی^۳، خونریزی داخل جمجمه‌ای، عقب افتادن رشد داخل رحمی، آسفیکسی نوزادی، آسپیراسیون مکنونیوم، جدا شدن زودرس جفت و سایر مشکلات می‌شود (جدول ۱-۲).

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

◀ کنده شدگی جفت	◀ خونریزی بعد از زایمان
◀ کوریو آمینیوت	◀ پره کلایمپسی
◀ مرگ داخل رحمی	◀ زایمان زودرس
◀ تأخیر رشد داخل رحمی	◀ پارگی زودرس پرده‌ها
◀ خروج داخل رحمی مکنونیوم	◀ ترومبوفلیت
◀ نمره آپگار پایین	◀ سقط خودبه خودی
◀ نارسایی جفت	

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

1. Low birth weight

2. Prematurity

3. Respiratory distress syndrome



غیرمبتلا به دکولمان وابسته به مصرف مواد مخدر بودند و چنین نتیجه‌گیری شد که شانس دکولمان با وابستگی به مواد مخدر، ۲/۶ برابر افزایش می‌یابد. بسیاری از این عوارض در دوران بارداری قابل درمان هستند و در صورتی که مادر باردار برای مراقبت‌های بارداری مراجعه کند، می‌توان به موقع به آن‌ها رسیدگی کرد.

۳-۲- تأثیر سوءمصرف مواد افیونی بر مادر باردار

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

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



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

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

عوارض غیر عفونی	عوارض عفونی
◀ کم خونی	◀ بیماری‌های منتقل‌شونده از راه جنسی
◀ کمبود ریز مغذی‌ها	◀ هرپس
◀ بیماری قلبی	◀ کزاز
◀ افسردگی و سایر بیماری‌های روانی	◀ باکتری / سپتی سمی
◀ ادم	◀ اندوکاردیت
◀ دیابت بارداری	◀ عفونت‌های مجرای ادراری
◀ فشارخون بالا / تاکی کاردی	◀ هپاتیت (حاد و مزمن)
◀ سلامت دهان و دندان ضعیف	◀ فلبیت
	◀ پنومونی

۲-۴- تأثیر 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 سوخت و ساز 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 منقبض کردن عروق نافی باعث کم شدن خون‌رسانی جنین - جفت می‌شوند و این امر باعث می‌شود



اکسیژن مورد نیاز جنین به حد کافی تأمین نشود. این عارضه جانبی متابولیک باعث می‌شود که دسترسی به اکسیژن کم شود و هایپوکسی و اسیدوز جنینی ایجاد شود. با پیشرفت بارداری نیاز جنین به اکسیژن بیشتر می‌شود، لذا بروز 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 به‌طور مستقیم باعث تأخیر رشد جنین می‌شود. این مشاهدات توسط داده‌های انسانی نیز تأیید شده است.

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

۲-۵- اثرات سایر مواد

نیکوتین

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



خودبه‌خودی، تأخیر رشد جنینی و وزن تولد کمتر می‌شود. این عوارض با سطوح افزایش‌یافته مونواکسیدکربن همبسته است. فرزندان سیگاری‌های قه‌ار نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی از خود بروز می‌دهند که به آن «سندرم تنباکوی جنینی»^۱ 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 نقض توجه و بیش‌فعالی در سال‌های بعد مرتبط است. علایمی مثل رشد ناکافی با توجه به سن بارداری از پیامدهای عدم کفایت جفتی ناشی از مصرف مواد افیونی دانسته می‌شوند هرچند مقالات اخیر نقش اصلی را در این خصوص برای مصرف نیکوتین قایل هستند. مطالعات همه‌گیری شناسی مصرف سیگار در بارداری را یکی از عوامل خطر «سندرم مرگ ناگهانی جنین» معرفی کرده‌اند.

حشیش

در کشورهای غربی، حشیش شایع‌ترین ماده مورد سوءمصرف خصوصاً در زنان جوان در سنین باروری 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 به‌صورت بالقوه پیامدهای شدید مادام‌العمر ایجاد

1. Fatal tobacco syndrome



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

محرک‌های شبه‌آمفتامینی

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

بنزودیازپین‌ها

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

کوکائین

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



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

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

جدول ۳-۲: عوارض مصرف مواد مختلف در بارداری

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



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

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



غربال‌گری و ارزیابی

۳-۱- لزوم غربال‌گری مصرف مواد در بارداری

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

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

1. Early Start



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

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

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

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



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

۲-۳- زمان غربال‌گری

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

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

۳-۳- جایگاه غربال‌گری مصرف مواد در مراقبت‌های بارداری

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



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

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

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

۳-۴- انتخاب و استفاده از ابزار غربال‌گری

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



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

- طی مدت کوتاهی قابل انجام باشند.
- به‌طور معمول برای همه مراجعان انجام شوند و فقط مختص به افراد مشکوک به سوءمصرف مواد نباشند.
- در طول دوره بارداری چندین بار قابل تکرار باشند تا بیمار به‌تدریج با برقراری اعتماد متقابل با کارکنان سلامت راحت‌تر مشکل خود را مطرح کنند.
- روش‌های مختلفی برای تشخیص سوءمصرف مواد وجود دارند که تنها برخی از آن‌ها برای غربالگری سوءمصرف مواد قابل استفاده هستند:
- *آزمایش سم شناسی خون و/ادرار*، فقط می‌تواند مصرف اخیر مواد را نشان دهد، اما اطلاعاتی در مورد طول مدت مصرف یا دفعات مصرف مواد تأمین نمی‌کند. پس برای کاربرد در غربالگری ایده‌آل نیستند.
- *بررسی عملکرد آنزیم‌های کبدی*، آسیب‌ها و اختلالات احتمالی ناشی از مصرف طولانی‌مدت و مزمن مواد را نشان می‌دهد، پس برای غربالگری قابل استفاده نیستند.
- *پرسش‌نامه‌های غربالگری*، خطر سوءمصرف مواد را مشخص می‌کنند، پس برای غربالگری سوءمصرف مواد مناسب هستند. نمونه‌هایی از ابزار غربالگری سوءمصرف مواد در دوران بارداری موجود است که با کمک آن‌ها می‌توان پرسش‌های لازم را در زمانی کوتاه، به‌طور یکسان از همه مراجعان پرسید. آزمون چهار سؤالی^۱، آزمون چهارسؤالی پلاس^۲ و آزمون

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

2. 4P's Plus test



دو سؤالی^۱ از جمله این ابزارها هستند. پرسش‌های طرح‌شده در این ابزارها را می‌توان به‌طور عادی به دنبال اخذ شرح‌حال بیمار مطرح کرد و آن‌ها را در ویزیت‌های مراقبت اولیه گنجاند.

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

جدول ۳-۱: پرسشنامه چهارسؤالی

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

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

جدول ۳-۲: پرسش‌نامه دوسؤالی

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

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



تجربیات حاصل از پرسش‌نامه چهارسؤالی و چهارسؤالی پلاس منجر به تدوین پرسش‌نامه پنج سؤالی^۱ شد. پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات پرسش‌نامه پنج سؤالی نشان‌دهنده غربال‌گری مثبت و نیاز به ارزیابی است (جدول ۳-۳). مطالعات نشان می‌دهد مصرف سیگار در ماه قبل از بارداری ۱۱ برابر خطر مصرف مواد در طول بارداری و ۹ بار خطر مصرف الکل و مواد را در بارداری افزایش می‌دهد. غربال‌گری مثبت در پرسش‌نامه پنج سؤالی نه تنها مصرف سنگین مواد، بلکه هم‌چنین مصرف سبک اما مشکل‌آفرین را در بارداری به‌خوبی پیش‌بینی می‌کند.

جدول ۳-۳: پرسش‌نامه پنج سؤالی

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

پرسش‌نامه آسیست یا «آزمون غربال‌گری درگیری در مصرف الکل، سیگار و مواد»^۲ یک پرسش‌نامه غربال‌گری کوتاه برای بررسی مصرف مواد است. این پرسش‌نامه توسط سازمان جهانی بهداشت و یک گروه بین‌المللی از پژوهشگران به منظور تأمین روشی آسان برای غربال‌گری مصرف خطرآفرین، آسیب‌رسان و وابستگی به تنباکو، مواد و الکل طراحی شده است و ترجمه آن در زبان فارسی نیز در دسترس است. پرسش‌نامه ASSIST اطلاعاتی در موارد زیر تأمین می‌کند:

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



- موادی که افراد در طول عمر خود مصرف کرده‌اند،
 - موادی که در سه ماه گذشته مصرف کرده‌اند،
 - مشکلات مرتبط با مصرف مواد،
 - خطر آسیب فعلی یا آینده،
 - وابستگی، و
 - مصرف تزریقی مواد.
- این پرسش‌نامه را می‌توان به‌عنوان یک ابزار غربال‌گری برای مادران باردار هر سه ماه یک بار تکمیل کرد.

۳-۵- نحوه غربال‌گری

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



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

برخورد حمایت‌گر و محترمانه حین 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 اطلاعاتی بدهد. جملاتی از قبیل «تو که مواد استفاده نمی‌کنی؟» موجب می‌شود که فرد نتواند مشکل مصرف مواد خود را مطرح کند و این فکر را القاء می‌کند که دیگر برای پرهیز کردن دیر شده و هر اقدامی بی‌فایده است.

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

- باید به احساسات و درک مراجع احترام بگذاریم.



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

جدول ۳-۴: برخورد با غربال‌گری منفی و مثبت

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری منفی

- ◀ فواید پرهیز از مصرف مواد در دوران بارداری را مرور کنید.
- ◀ غربال‌گری را در پایان هر سه ماهه، بعد از زایمان و در دوران شیردهی تکرار کنید.

در زنان باردار با نتیجه غربال‌گری مثبت

- ◀ ابتدا به همراه مراجعه‌کننده نتیجه غربال‌گری را مرور کنید.
- ◀ به وی بگویید که سلامت او و فرزندش برای شما اهمیت دارد.
- ◀ به او بگویید که می‌دانید و معتقدید که هر مادری می‌خواهد که فرزندش سالم باشد و او نیز می‌تواند با قطع مصرف مواد، به سلامت فرزندش کمک کند.
- ◀ تأکید کنید بلافاصله پس از پرهیز مصرف مواد، فواید پرهیز آغاز می‌شوند و هر چه زودتر اقدام به قطع مصرف مواد نماید، پرهیز مواد برایش آسان‌تر خواهد بود. هیچ وقت برای پرهیز مصرف مواد دیر نیست.
- ◀ در مورد این که برای پرهیز مواد به تصمیم خودش بستگی دارد صحبت کنید و به او اطمینان دهید که برای این که 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 هرگونه سوگیری غربال‌گری مصرف مواد را در محیطی خصوصی و برای تمام مادران باردار انجام دهند. به‌علاوه آن‌ها باید برخوردهای خود را به لحاظ تماس چشمی، زبان بدن، سبک برقراری ارتباط، متناسب با وضعیت مراجعان با پس‌زمینه‌ها اجتماعی و فرهنگی مختلف تنظیم کند. غربال‌گری به‌خودی خود یک مداخله نیست. آن چه می‌تواند باعث تغییر شود ارایه بازخورد، ارجاع، ارزیابی بیشتر و مداخله در صورت نیاز است.

جایگاه آزمایش غربال‌گری

استفاده از آزمایش سم‌شناسی به‌علت محدودیت‌های آن برای غربال‌گری همگانی توصیه نمی‌شود و باید به‌عنوان بخشی از برنامه ارزیابی جامع مورد استفاده قرار گیرد. نمونه ادرار و موی مادر و ادرار، مو و 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.



۳-۶- ارزیابی

تفاوت بین ارزیابی و غربالگری این است که ارزیابی نکات مثبت یافته‌شده در غربالگری را برای رسیدن به یک تشخیص اختلال مصرف مواد مورد بررسی بیشتر قرار می‌دهد. به علاوه در ارزیابی سایر حوزه‌های کارکردی مراجع از قبیل اختلالات روان پزشکی 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.

زنان باردار با مشکلات متعددی برای دسترسی به خدمات درمان مواجه‌اند. نگهداری از فرزندان، فقدان مراکز درمانی اختصاصی برای زنان، هزینه‌های درمانی و... همگی دسترسی زنان باردار را به خدمات درمانی کاهش می‌دهند. فرآیند ارزیابی این مشکلات را شناسایی و به منظور به حداقل رساندن آن‌ها مداخله می‌کند. به بیان دیگر درگیری در درمان^۱، قراردعی^۲ در جایگاه درمانی متناسب و برنامه‌ریزی درمان^۳ و بازبینی برنامه‌های درمانی اهداف فرآیند مداوم ارزیابی هستند. ارزیابی زن باردار وابسته به مواد افیونی با این اهداف انجام می‌شود:

ایجاد حس اعتماد و برقراری رابطه درمانی^۴

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

1. Engagement

2. Placement

3. Planning

4. Rapport



برنامه ارزیابی و درمان هستند. مقاومت به درمان که به صورت شایع دیده می شود و انتظار زیاد از درمان گر را باید به عنوان چالش های درمان دانست. سرزنش مادر باردار برای رفتارهای قبلی اش، تغییر رفتار در جهت مثبت را تسهیل نمی کند. برای کاهش میزان ریزش بیمار از درمان، باید بلافاصله پس از اولین مراجعه برای بیمار پرونده درمان تشکیل داد و ارزیابی را آغاز نمود.

جمع آوری اطلاعات برای برنامه ریزی مراقبت انفرادی شده

اخذ شرح حال مصرف داروها و تاریخچه درمان اعتیاد به تعیین بهترین برنامه درمانی کمک زیادی می کند. برخی بیمارانی که قبل از درمان تحت درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین بودند، ممکن است بعد از بارداری بخواهند درمان خود را ادامه دهند، داروی خود را عوض کنند یا درمان را قطع کنند. تقاضا برای کاهش و قطع داروی آگونیست اغلب به علت سوء برداشت از اثرات متادون یا بوپرنورفین بر بارداری ناشی می شود. منبع این اطلاعات غلط ممکن است اطرافیان بیمار یا حتی یکی از کارکنان مراقبت بارداری نا آشنا با داروهای آگونیست باشد. این افراد بیمار را تشویق می کنند 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 حمایت شده طبی (سم زدایی) برای مادر و جنین با مادر و در صورت نیاز سایر افراد مهم شامل خانواده و کارکنان مراقبت بارداری امکان تصمیم گیری کاملاً آگاهانه را برای بیمار فراهم می نماید.

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 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 اعتیاد^۱ یا پروفایل اعتیاد مادلز^۲ استفاده کرد. این ابزارها حوزه‌های مختلف کارکرد را که به‌طور معمول از مصرف مواد متأثر می‌شوند شامل تاریخچه مصرف مواد، سابقه درمان اعتیاد، وضعیت طبی و روان‌پزشکی، رفتارهای پرخطر، وضعیت خانوادگی و اجتماعی را ارزیابی کرده، اطلاعات لازم برای برنامه‌ریزی درمان را تأمین می‌کنند. علاوه بر کمک به برنامه‌ریزی اولیه درمان، نتایج ارزیابی‌های دوره‌ای به ارزیابی پیشرفت درمان و پرداختن به پیشگیری از عود در صورت وقوع کمک می‌کند.

مصاحبه بالینی

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

1. Addiction severity index
2. Maudsley addiction profile



هماهنگی و تداوم مراقبت

۴-۱- مقدمه

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



و ثبات مراقبین ایشان باعث کاهش ریزش مادران و نوزادانی در دوره پی گیری می شود.

تداوم خدمات درمان با روش های زیر تأمین می شود:

- درگیر کردن بیماران در فرآیند درمان
- طراحی سیستمی که در آن نقش و وظایف هر یک از اعضای تیم در تأمین مراقبت های جامع برای مادر باردار مصرف کننده مواد به روشنی تعریف شده است.
- تدوین برنامه مراقبت و درمان انفرادی شده متناسب با ویژگی های هر یک از مراجعان
- وجود سیستم ثبت و گزارش دهی منظم
- وجود سیستم ارجاع مؤثر به منظور تأمین خدمات درمانی و حمایتی مورد نیاز مادر باردار

۴-۲- مراقبت های پیش از تولد

ورود به برنامه های 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 خانواده اش را به سیستم مراقبت وارد کرد تا این مراقبت قبل، حین و پس از زایمان ادامه یابد. ورود به سیستم مراقبت پیش نیاز دریافت خدمات است. از آنجا که بین مراقبت های بارداری و سلامت نوزاد ارتباط مستقیمی وجود دارد پس مراجعه دیر هنگام حین حاملگی ممکن است احتمال بروز سندرم محرومیت را در نوزاد افزایش دهد.



اطلاع‌رسانی و توصیه^۱ درباره عوارض مواد به تنهایی ممکن است برای مادر باردار وابسته به مواد کافی نباشد و او را به مشاوره در مورد مشکلات ناشی از مصرف مواد و پی‌گیری جهت درمان راغب نکند. برقراری رابطه درمانی مناسب بین کارکنان و زن باردار موجب می‌شود که وی نسبت به کارکنان مراقبت بارداری حس اعتماد پیدا کند. ایجاد یک رابطه درمانی مناسب بین زن باردار و کارکنان سیستم مراقبت باعث ماندگاری او در درمان می‌شود.

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

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



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

پزشک درمان‌گر اعتیاد باید ارجاع به مراکز بهداشتی درمان ارایه‌کننده خدمات مراقبت مادر و کودک را برای زنان باردار مراجعه‌کننده با مشکلات مصرف مواد انجام دهد. در طول بارداری حداقل هفته‌ای یک بار بیمار را ویزیت و علاوه بر سایر ارزیابی‌ها، آزمایش ادرار را از نظر مصرف مواد مختلف انجام دهید. بارداری پایش نزدیک‌تر در درمان را الزامی می‌کند. پس از اخذ رضایت بیمار برای در میان‌گذاشتن اطلاعات ضروری با سایر تأمین‌کنندگان خدمات سلامت مستقیماً با متخصص زنان و زایمان، کارکنان مرکز ارایه‌کننده مراقبت‌های مادر 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، مت‌آمفتامین و در صورت لزوم مواد دیگر
- ارزیابی میزان پیروی از مراقبت‌های بارداری (ویزیت ماهانه تا هفته ۲۸، ویزیت ۲ هفته یک‌بار در ۲۸-۳۶ هفتگی و ویزیت هفتگی بعد از هفته ۳۶)
- تجویز دوز بیمار

بین هفته‌های ۳۲-۲۴ ارجاع‌های زیر را انجام دهید:

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



- مشاور بیهوشی برای برنامه مدیریت درد هفته‌های ۳۶-۴۰: برنامه‌ریزی زایمان و دوره پس از زایمان
- زمان و مقدار آخرین دوز دریافتی بیمار را به اطلاع متخصص زنان و زایمان برسانید.
- به اطلاع متخصص زنان و بیهوشی برسانید تجویز داروهایی نالbufین و بوتروفانول در بیماران به علت القای علایم محرومیت ممنوع است.
- آموزش در خصوص اهمیت و لزوم شیردهی.

ارزیابی جامع و برنامه‌ریزی برای درمان

- اگر در روند غربال‌گری به این نتیجه برسیم که مادر در معرض خطر مصرف مواد قرار دارد، لازم است ارزیابی کامل صورت پذیرد. در قدم اول:
- خطرهای ناشی از تداوم مصرف مواد طی بارداری را به فرد اطلاع دهیم.
 - در مورد وابستگی زن باردار به مصرف مواد مطمئن شویم.
 - در مورد مراقبت‌های تخصصی، روش‌های مختلف مشاوره و درمان سوءمصرف مواد به زن باردار آموزش دهیم.
- اگر ممکن است و در صورتی که به ارتباط بین کارکنان و مراجع لطمه وارد نشود، مطالب فوق در جلسه اول عنوان شوند. در شرایطی که این امر امکان‌پذیر نباشد، مثلاً در مواردی که زن باردار دچار علایم مسمومیت یا محرومیت مصرف مواد است. ارزیابی کامل را می‌توان در جلسه بعد انجام داد.
- پزشک باید در مورد بهترین زمان جمع‌آوری اطلاعات با توجه به تجربه و مهارت‌های خودش تصمیم بگیرد.



ارزیابی روانی، اجتماعی

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

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

اختلالات روان پزشکی همبود با سوءمصرف مواد

کلیه کارکنان مراقبت سلامت که مراقبت های بارداری را ارائه می کنند باید علایم مشکلات جدی روان پزشکی خصوصاً موارد زیر را بشناسند.

- اضطراب و افسردگی
- روان پریشی (شامل هذیان و توهم)
- 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 روان پزشک ارجاع نمایند.
- در مواردی که ارجاع اورژانس امکان پذیر نیست (مثل مناطق دوردست) سعی کنند از فرد متخصص مشاوره تلفنی بگیرند.
- داروهای روان پزشکی مورد مصرف (مثل داروهای ضد افسردگی، ضد جنون، تثبیت کننده خلق) باید در پرونده بیمار درج شود.



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

ادامه ارزیابی و برنامه‌ریزی درمان در هر ویزیت

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

- برخورد توأم با توجه و ارائه خدمات مشاوره
- وضعیت سلامت مادر و جنین
- مسائل روانی، اجتماعی (فقر، بی‌خانمانی، خشونت خانگی)
- سلامت روان
- بررسی علائم 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 پویس تا فوندوس رحم به سانتی‌متر و مقایسه با سن بارداری، مقیاس مناسبی برای اندازه‌گیری رشد جنین است. باید از دستورالعمل‌های زایمان برای پایش بیوفیزیکیال در موارد کاهش رشد جنین استفاده کرد.

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



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

حمایت همسر 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 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.

۴-۲- مراقبت های حین زایمان

در این بخش به پاره های 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 خود به خود زایمان، خیلی زود مراجعه کنند. پزشک درمان گر اعتیاد مادر باردار باید در مورد 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.



متخصص اطفال یا فوق تخصص نوزادان باید مطلع شود که نوزاد مواجهه 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 هرچند بعد از زایمان با تغییر نیاز بدن مادر به دارو دوز دارو می‌باید کاهش داده شود.

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

زنانی که تحت برنامه‌های درمانی هستند.

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

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



- باید مطمئن شد که مادر باردار داروی روزانه خود را مصرف کرده یا این که 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 بیش مصرف 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 ضد درد آپیوئیدی احتیاط برای اجتناب از القای پرهیز در طول دوره درد زایمان بسیار مهم است، مثلاً استفاده از داروهای ضد درد آپیوئیدی که آگونیست نسبی گیرنده‌های μ بوده و تمایل بالایی^۱ به این گیرنده‌ها دارند (برای مثال پنتازوسین و نالبوفین) در بیماران تحت درمان نگهدارنده با آگونیست کامل با تمایل پایین (هم‌چون متادون) باعث القای سندرم محرومیت از مواد افیونی می‌گردد.

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

✓ مدیریت درد زایمان در زنان روی درمان نگهدارنده با متادون

دوز معمول متادون در زنان تحت درمان با متادون، باعث کم‌شدن درد زایمان نمی‌شود. زنان باید دوز متادون را به موقع دریافت کنند (به‌صورت شربت، نه به شکل قرص) و درد باید به‌عنوان یک موضوع جداگانه ارزیابی شود. دوز داروهای ضد درد باید با توجه به میزان پاسخ بیمار تیتره شود. باید در ذهن داشت که حین درمان با متادون نسبت به آپیوئیدها تحمل ایجاد می‌شود. به همین دلیل به دوزهای بیشتر از معمول داروی ضد درد نیاز پیدا می‌شود. پتیدین در زنانی که وابسته به مواد افیونی هستند، به‌علت تغییر در گیرنده‌های افیونی، مؤثر نیست. بنابراین اگر روش‌های غیردارویی ضد درد و گاز انتونوکس^۲ مؤثر نبودند، بی‌حسی موضعی ممکن است مناسب باشد و باید در این مورد با تیم بیهوشی صحبت کرد.

1. High affinity

۱. مخلوط گارهای نیروس اکسید (۵۰٪) و اکسیژن (۵۰٪)



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

۷ 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 اویپوئیدها) برای مدیریت درد استفاده شود.

جداشدن آرام از گیرنده μ و فعالیت درونی پایین^۱ بوپرنورفین منجر به تقویت پروفایل ایمنی این دارو می‌شود. این خصوصیات به‌صورت بالقوه تسکین درد کافی مرحله وضع حمل و بعد از زایمان را دشوار می‌کند، زیرا داروی ضددرد آپیوئیدی نمی‌تواند به اندازه کافی بر روی گیرنده‌های μ تأثیر بگذارد. بنابراین آگونیست‌های کامل افیونی (مثل پتیدین) ممکن است کمتر مؤثر باشند. در این صورت، دوزهای بالاتر از دوزهای معمول ممکن است برای جداکردن بوپرنورفین از گیرنده μ لازم باشد. همچنین استفاده از بی‌حسی موضعی حین دردهای زایمان باید مد نظر باشد.

۷ مدیریت درد غیرقابل کنترل

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

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



۷ 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 پرهیزیم چون ممکن است اثرات وابسته به کاتکولامین ایجاد شود (مثل پرفشاری خون و تاکی کاردی).

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

۴-۴- مراقبت‌های پس از زایمان

زمان ترخیص

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

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

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



پیشگیری از بارداری

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

کنترل درد پس از زایمان

با متخصص زنان و زایمان بیمار مشاوره نموده و به او اطلاع دهید در صورتی که بیمار تثبیت شده بر روی دوز متادون یا بوپرنورفین از درد شکایت داشته باشد، دلیلی وجود ندارد که تصور کنیم این رفتاری موادجویانه است و تجویز داروهای ضددرد هم‌چون سایر بیماران در این گروه از بیماران بدون اشکال است. برای کنترل درد استامینوفن و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی برای دردهای خفیف تا متوسط و ضددردهای آپیوئیدی کوتاه‌اثر در دردهای شدید قابل استفاده است. در زایمان طبیعی داروهای ضددرد آپیوئیدی را می‌توان هم‌چون بیماران غیروابسته به مواد افیونی به‌صورت عندالزوم تجویز نمود.

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

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

ضددردهای آپیوئیدی 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 ۷۰٪ ضددرد بیش‌تر، خصوصاً در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان نیاز پیدا کردند.

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

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

ترخیص

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

سرپرستی نوزاد

هماهنگی بین مراکز بهداشتی، درمانی و حمایتی به‌منظور 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 بهزیستی منطقه می‌تواند کمک‌کننده باشد.



۴-۵- 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 به‌عنوان 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 مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شده و برای تداوم دریافت مراقبت مورد حمایت قرار گیرند. با در دسترس قرارگرفتن مداخلات جدید هم‌چون تجویز پیشگیرانه داروی ضدتروویروسی زیدوودین و سزارین خطر انتقال اچ‌ای‌وی از مادر به کودک در حین تولد به حدود ۵-۲٪ کاهش یافته است. علاوه بر دریافت داروی ضدتروویروسی 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 اچ‌ای‌وی 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 اچ‌ای‌وی مثبت خدمات مشاوره و ارجاع تکمیلی در مراکز درمان اعتیاد فراهم گردد. شیردهی خطر انتقال اچ‌ای‌وی را افزایش می‌دهد و در مادران اچ‌ای‌وی مثبت ممنوع است.

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



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

هپاتیت ب

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

هپاتیت سی

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



هنگام زایمان

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

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

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



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

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

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



- تشخیص وابستگی به مواد در بیماران و مادران باردار به راحتی امکان پذیر نمی باشد. 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 علایم بالینی در هنگام بستری، مؤثرترین راه برای تشخیص ابتلا به وابستگی به مواد می باشد.
- دوران بارداری و به خصوص زایمان زمان مناسبی برای ترک مواد نیست.
- 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 آن ها را مصرف کرده و دچار علایم مسمومیت شود. به منظور پیشگیری از این مشکل باید به مادر (و همراهان) توضیح داده شود که در حین بستری از مصرف مواد خودداری کرده و در عوض درد و سایر علایم وابستگی او با انجام مراقبت ها و مصرف داروها تحت کنترل قرار می گیرد.
- در افراد وابسته به مواد، باید به بیماری های همراه توجه شده و در صورت لزوم آزمایشات تشخیصی درخواست و انجام گردد. مهم ترین این بیماری ها 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 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.
- با توجه به این که بیماران وابسته به مواد ممکن است هر لحظه نیاز به تزریق سریع دارو داشته باشند، وجود رگ باز (KVO) برای این بیماران در هنگام زایمان و پس از آن الزامی است.
- عوارض حین یا پس از زایمان (خونریزی،...) در این گروه می‌باید همانند سایر مادران باردار و زایمان‌کرده مطابق "راهنمای کشوری ارائه خدمت مامایی و زایمان در بیمارستان‌های دوستدار" مادر اداره شود.
- کنترل علائم حیاتی در مراحل حین و پس از زایمان مطابق راهنمای شماره ۴ انجام شود. در صورتی که به علت مسمومیت با مواد مخدر و طبق تشخیص پزشک فواصل کنترل علائم حیاتی کمتر باید باشد در این مورد تأکیدات لازم به عمل آید.
- اداره مراحل مختلف زایمان (کنترل انقباضات، معاینه واژینال،...) و پس از زایمان در مادران وابسته به مواد تفاوتی با سایر مادران ندارد و باید مطابق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت از این مادران مراقبت شود.
- تفاوت عمده نحوه کنترل زایمان در افراد وابسته به مواد با سایر افراد در سه مورد زیر است:
 ۱. تلاش برای کاهش دردهای زایمان در این بیماران اهمیت زیادی دارد. در مادران وابسته به مواد، آستانه درد نسبت به افراد دیگر پایین‌تر می‌باشد و درد این افراد شدت بیشتری دارد. باید به گفته‌های مادر اعتماد کنید در مورد میزان درد از او سؤال کرده و وضعیت او را ارزیابی کنید. استفاده از روش‌های مختلف زایمان بی‌درد در این مادران اهمیت دارد و در موارد سزارین، روش‌های بی‌دردی بعد از عمل تحت نظر متخصص بیهوشی توصیه می‌شود.



۲. صدای قلب جنین با مصرف مواد مخدر به خصوص گروه افیونی مقدار کمی نوسان دارد (ممکن است کاهش یابد) بنابراین ارزیابی سلامت جنین و سمع صدای قلب جنین باید دقیق تر از سایر مادران انجام شود (مطابق راهنمای شماره ۳ سمع صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه).

۳. نکته قابل توجه دیگر، مراقبت از مادر از نظر Overdose شدن داروهای آرامبخش و مسکن می باشد. بنابراین اگر برای کنترل علائم محرومیت یا درمان های 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.

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

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

PCEA=Patient Controlled Epidural Analgesia

PCA=Patient Controlled Analgesia



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

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

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



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

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

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

- ارزیابی سطح هوشیاری (درجه کوما).
- کنترل 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 می‌باشند. معمولاً مردمک‌های میوتیک نوک‌سوزنی (Pin points) و تعداد ضربان قلب طبیعی یا مختصری برادی‌کارد مصرف ماده مخدر را در چند ساعت اخیر تأیید می‌کند.
- معاینه بالینی قلب و ریه (به‌خصوص در روش‌های تدخینی که ریه بسیار درگیر است).



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

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

تعاریف (به ترتیب حروف الفبا)

✓ ارزیابی سطح هوشیاری

- سطح هوشیاری بر مبنای (Glasgow Coma Scale (GCS با توجه به پاسخ‌های چشمی، کلامی و حرکتی به شرح زیر ارزیابی و امتیازدهی می‌شود:
- ♦ پاسخ چشمی: ۱- چشم را باز نمی‌کند، ۲- چشم را با تحریک دردناک باز می‌کند، ۳- چشم را با صدازدن باز می‌کند، ۴- چشم خودبه‌خود باز است.
 - ♦ پاسخ کلامی: ۱- پاسخی ندارد، ۲- اصوات نامفهوم می‌گوید، ۳- کلمات بدون ربط می‌گوید، ۴- گیج است، ۵- کاملاً اشراف دارد.
 - ♦ پاسخ حرکتی: ۱- پاسخ‌موتور ندارد، ۲- در اثر تحریک دردناک در اندام‌ها Extension انجام می‌دهد، ۳- در اثر تحریک دردناک در اندام‌ها Flexion



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

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

۷ ارزیابی علایم حیاتی

طبیعی بودن علایم حیاتی طبق معیارهای زیر ارزیابی می‌شود:

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

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

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

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



✓ استفاده از دارو به صورت تیتره (Titration)

در فرهنگ لغت، کلمه Titration، عیارسنجی و تعیین عیار ترجمه شده است. در راهنمای بالینی مدیریت اعتیاد در بارداری و زایمان (کشور استرالیا) لغت Titration به این صورت معنی شده است: روشی که با آن مقدار مناسب دارو برای هر فرد تعیین می‌شود. بدین ترتیب که ابتدا مقدار مشخص دارو به فرد داده و تأثیر آن ارزیابی می‌شود و سپس با کم یا زیاد کردن مقدار اولیه، دوز مؤثر و مورد نظر تنظیم می‌شود. ارزیابی تأثیر دارو از طریق مشاهده علائم و نشانه‌ها یا اندازه‌گیری مقادیر آزمایشگاهی مثل آزمایش خون امکان‌پذیر است. در این مجموعه منظور از استفاده دارو به صورت تیتره، تزریق مقدار مشخصی از دارو به صورت متناوب و بدون افزایش دوز می‌باشد به‌طوری که علائم محرومیت برطرف شده اما نشانه‌های مسمومیت ظاهر نشود.

✓ اعتیاد (Addiction)

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

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

✓ تحمل (Tolerance)

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



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

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

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

✓ 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 می‌گردد. مسمومیت تا حد زیادی به نوع ماده، مقدار مصرف، میزان تحمل فرد و مدت زمان مصرف بستگی دارد.

✓ نشانه‌های محرومیت (Withdrawal Symptoms)، سندرم محرومیت

(Withdrawal Syndrome)، علایم ترک

♦ عبارت است از وضعیت غیرطبیعی جسمی یا روانی که به دنبال قطع مصرف ماده یا دارویی که خاصیت ایجاد وابستگی دارد، در فرد ظاهر می‌شود.

♦ گروهی از نشانه‌های متغیر با شدت‌های متفاوت که به دنبال قطع یا کاهش مصرف مواد مخدر در فرد ایجاد می‌شود و ممکن است با اختلالات روانی همراه باشد. برای ایجاد این نشانه‌ها، مصرف مواد باید به‌طور مداوم



یا به مدت طولانی یا مقدار زیاد باشد. سندرم محرومیت یکی از شاخص‌های وابستگی است.

✓ وابستگی به مواد (Substance Dependency)

وابستگی یا اعتیاد، بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می‌دهد و باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است.

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

۵-۵- اقدامات حمایتی

منظور از اقدامات حمایتی در این مجموعه، مراقبت‌های مورد نیاز جهت پیشگیری (یا کنترل) علائم یا نشانه‌های مسمومیت یا محرومیت می‌باشد. 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، دستورالعمل تجویز مخدر جایگزین، دستورالعمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان، سم‌زدایی از دستگاه گوارش می‌باشد 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 حتماً 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 ۳۸ 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 (ترجیحاً نرمال سالین)،
- ◀ استفاده از ملافه خیس و پنکه، پاشویه،
- ◀ تجویز مایعات خوراکی (اگر بیمار NPO نیست) و در مرحله نهایی از Paralysis و لوله‌گذاری سریع به روش Rapid Sequence استفاده شود.

نکات مهم:

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



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

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

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

✓ افزایش فشار خون

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

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

ب) نیفدیپین ۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۴-۳ ساعت برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (با اطمینان از مبتلانی بودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیک مصرف هم‌زمان با سولفات منیزیم روی مادر و جنین)

ج) نیتروگلیسرین ۰/۴ میلی گرم زیر زبانی

نکات مهم:

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



۲. تجویز لابتالول برای کنترل فشارخون در افراد دچار مسمومیت با مواد محرک مثل کوکائین توصیه نمی‌شود. زیرا بلوک رسپتور بتاآدرنرژیک توسط این دارو ممکن است تحریک بلامنازع رسپتور آلفا با کوکائین و مواد محرک دیگر را ایجاد کند.

۳. در موارد مسمومیت با مواد محرک (کوکائین، کراک اروپایی یا امریکایی، مت‌آمفتامین، اکستازی) از آنجا که افزایش فشارخون ثانویه به علائم محرومیت می‌باشد، معمولاً با کنترل بی‌قراری و اضطراب، فشارخون بیمار نیز کنترل می‌گردد. بنابراین انتخاب اول برای کنترل فشارخون، داروهای ذکر شده در بخش بی‌قراری می‌باشد.

✓ بی‌قراری یا اضطراب

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

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

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

نکات مهم:

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



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

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

✓ تشنج

برای کنترل تشنج اقدامات زیر انجام شود:

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

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



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

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

نکات مهم:

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

✓ تهوع و استفراغ

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



- روش‌های دارویی درمان تهوع و استفراغ شدید عبارتند از:
- (الف) فنوتیازین‌ها: پرومتازین ۲۵-۱۲/۵ میلی گرم هر ۸ ساعت (خوراکی، عضلانی)، کلرپرومازین ۲۵-۱۰ میلی گرم به صورت وریدی هر ۶ ساعت یا ۲۵ میلی گرم عضلانی هر ۶ ساعت
- (ب) متوکلوپرامید ۱۰-۵ میلی گرم هر ۶ ساعت به صورت وریدی
- (ج) مهارکننده‌های سروتونین: Ondansetron و Granisetron با دوز ۸-۴ میلی گرم آهسته به صورت وریدی
- (د) اگر دهیدریشن وجود داشت سرم‌تراپی

✓ درد عضلات

- برای کاهش درد عضلات اقدامات زیر انجام شود:
- ماساژ، کمپرس گرم، استفاده از ژل‌های موضعی
 - در صورت نیاز: استامینوفن (Apotel) یک گرم وریدی تزریق آهسته هر ۴ ساعت یا انفوزیون وریدی (یک گرم در ۱۰۰ سی سی نرمال سالین طی ۱۵ دقیقه) هر ۸ ساعت

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

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 یا کراک ایرانی)
۱. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است، متادون طبق روش زیر تجویز شود:
- ◀ متادون خوراکی (با حداقل نصف دوز دریافتی در زمان حاملگی که در صورت نیاز می‌توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.



◀ متادون عضلانی ۱۰ میلی گرم که می توان در صورت نیاز هر ۱۲ تا ۲۴ ساعت یک بار آن را تکرار نمود.

۲. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون نبوده است یا در حال حاضر متادون در دسترس نمی باشد، می توان از تجویز مورفین عضلانی به میزان ۵-۱۰ میلی گرم استفاده کرد که هر ۴-۶ ساعت یک بار قابل تکرار است.

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

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

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

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

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

الف) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: مواد افیونی یا کراک ایرانی)
۱. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است، متادون طبق روش زیر تجویز شود:

◀ تجویز متادون خوراکی (با حداقل نصف دوز دریافتی در زمان حاملگی که در صورت نیاز می توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.



۴ تجویز متادون عضلانی ۱۰ میلی گرم که می توان در صورت نیاز هر ۱۲-۲۴ ساعت یک بار آن را تکرار نمود.

۲. اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون نبوده است یا در حال حاضر متادون در دسترس نمی باشد، می توان از تجویز مورفین عضلانی به میزان ۱۰-۵ میلی گرم استفاده کرد که هر ۶-۴ ساعت یک بار قابل تکرار است.

ب) مادران وابسته به مواد (نوع ماده مصرفی: سایر گروه ها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی): تجویز مورفین عضلانی مطابق توضیحات بند ۲ نکات مهم برای هر دو دستورالعمل تجویز مخدر:

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

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

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

۷ سم زدایی از دستگاه گوارش (فقط در مورد مسمومیت های خوراکی)

در صورتی که کمتر از ۶ 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:

۴ ۵۰ گرم پودر شارکول را در ۱۵۰ سی سی آب حل کرده و پس از مخلوط کردن با ۵۰ سی سی سوربیتول از راه دهان (در فرد هوشیار)



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

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

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

هنگام کاهش تعداد تنفس اقدامات زیر انجام شود:

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

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

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

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

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

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



در این موارد ۲ آمپول را به صورت 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 (۲۵ آمپول معادل ۱۰ 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 علایم حیاتی، نالوکسان به میزان دوسوم دوزی که بیمار به آن پاسخ داده، در ۱۰۰ سی سی محلول قندی ریخته و در طی یک ساعت انفوزیون شده و در ساعت های بعدی بسته به شرایط و وضعیت بیمار، به تدریج از میزان آن کاسته شود (tapering).

❖ روش دوم: دوسوم میزان نالوکسان تزریق شده جهت رفع آپنه را محاسبه کرده در ۵ ضرب کرده، همگی را در ۵۰۰ سی سی سرم قندی ریخته و در عرض ۵ ساعت انفوزیون می کنیم.

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

در صورت نیاز، تنفس با آمبویگ و لوله گذاری داخل تراشه همراه با تجویز دارو انجام شود.

نکات مهم:

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



۲. با توجه به احتمال بالای ایجاد 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 می‌کنیم.
۳. نیمه‌عمر نالوکسان کمتر از اغلب مخدرها است (۳۰-۴۵ دقیقه) بنابراین ممکن است علائم مسمومیت پس از انقضای نیمه‌عمر نالوکسان عود کند. در صورت نیاز، نالوکسان با همان دوز باید تکرار شود.
۴. اگر اشتباهاً به فرد معتاد (بدون علامت مسمومیت) نالوکسان تزریق شود علائم محرومیت در او ظاهر می‌شود. در این‌گونه موارد درمان حمایتی می‌باشد و داروهای مخدر نباید تزریق شوند.

۵-۶- اقدامات لازم در انواع مواد

مواد افیونی (Opiates)

این مواد شامل تریاک، شیر، هرویین، مورفین، کدئین، متادون می‌باشند. از دسته مواد افیونی در ایران تریاک، شیر و هرویین به‌طور رایج از قدیم مورد استفاده می‌باشند. تریاک و شیر بیشتر خوراکی و بعد تدخینی مصرف می‌شوند و هرویین به فرم تدخین و تزریقی مصرف می‌شود. منشأ اصلی این گروه، عصاره خشخاش (تریاک) است که حاوی ۲۱-۴ درصد مورفین و ۲۵-۱ درصد کدئین می‌باشد. با هیدرولیز کردن مورفین در آزمایشگاه از طریق فرایند شیمیایی هرویین به‌دست می‌آید.



اثرات مصرف بر سلامتی

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

✓ تأثیر در بارداری و زایمان:

- وابستگی به مواد افیونی مشکلات متعددی را برای مادر و جنین ایجاد می‌کنند.
- ♦ **اثرات مستقیم:** عبور از جفت و در نتیجه زایمان زودرس، کوریوآمیونیوت، خونریزی‌های سه ماهه سوم، تأخیر رشد داخل رحمی، دیسترس جنینی، مرده‌زایی، کاهش اندازه دور سر نوزاد، دفع مکنونیوم، کاهش آپگار نوزاد، کم‌وزنی نوزاد.
- ♦ **اثرات غیر مستقیم:** افزایش احتمال بیماری‌های آمیزشی، هپاتیت و عفونت HIV، سوءتغذیه، خطر سوء مصرف مواد و داروهای دیگر در مادر، بروز نشانه‌های محرومیت در نوزاد.

✓ تأثیر متادون بر تست‌های ارزیابی سلامت جنین:

- در مادرانی که طی بارداری از درمان نگهدارنده با متادون استفاده می‌کنند ممکن است اثرات زیر دیده شود:
- ◀ **NST:** متادون باعث کاهش Beat-to-Beat Variability، کاهش حرکت و کاهش ضربان قلب جنین می‌شود.
- ◀ **BPP:** متادون باعث کاهش تعداد تنفس جنین می‌شود.



محرومیت

- **علایم محرومیت:** افزایش ضربان قلب، تنفس و فشارخون، گشادی مردمک‌ها (میدریاز)، بی‌قراری و اضطراب، بی‌اشتهایی، تمایل زیاد به مصرف، کسالت، بی‌خوابی، اسپاسم عضلات اسکلتی و پرش ساق پا، علایم شبه آنفلوانزا شامل تب، لرز، درد عضلات، آبریزش بینی، سیخ‌شدن مو، تعریق، تهوع، استفراغ، اسهال، خمیازه (اختصاصی)، اشک‌ریزش (اختصاصی)
- ♦ **در بارداری:** محرومیت از مواد افیونی منجر به تحریک‌پذیری رحم می‌شود که به دنبال آن خطر زایمان زودرس، هیپوکسی و مرگ جنینی افزایش می‌یابد.

- ♦ **زمان شروع علایم:** زمان شروع، حداکثر شدت و طول مدت علایم بسته به نوع ترکیب و مقدار مورد استفاده متفاوت است.

◀ مورفین، کدئین و هرویین: شروع علایم ۱۸-۶ ساعت، حداکثر شدت ۳۶-۷۲ ساعت بعد از آخرین مصرف و طول مدت علایم ۱۰-۷ روز.

◀ شیر و تریاک: شروع علایم ۲۴-۱۲ ساعت پس از آخرین مصرف و با علایم ملایم‌تر

◀ متادون: شروع علایم ۴۸-۲۴ ساعت بعد از آخرین مصرف و حداکثر شروع علایم ۲۱-۳ روز و طول مدت آن ۷-۶ هفته است.

✓ اداره علایم محرومیت:

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

نکات مهم:

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



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

پس از زایمان

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

مسمومیت

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

✓ اداره علائم مسمومیت:

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

◀ علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
 ◀ در صورتی که تنفس خودبه‌خودی وجود ندارد، مطابق مطالب ذکرشده در راهنمای اقدامات حمایتی (کاهش تعداد تنفس) از نالوکسان استفاده کنید.

◀ در صورت نیاز سایر اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
 ◀ به دلیل مشکلات تنفسی و خطر آسپیراسیون، شارکول (ذغال فعال) در اداره 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 ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه).

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

- ♦ تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاح‌دید متخصص بیهوشی) مجاز نمی‌باشد.
- ♦ بیهوشی ناحیه‌ای برای این مادران ارجحیت دارد و پس از عمل امکان ادامه بی‌دردی بدون نیاز به تجویز داروهای مخدر را فراهم می‌کند.
- ♦ به‌دنبال اینداکشن داروهای بیهوشی (اپی‌دورال و اسپاینال) احتمال افت فشارخون زیاد است.
- ♦ در شرایط زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود:
 الف) مصرف حاد و زیاد مواد افیونی
 ب) کاهش حجم مایعات داخل عروقی، سوءتغذیه و بیماری پیشرفته کبدی
 ج) دریافت داروهای جایگزین برای کنترل نشانه‌های محرومیت
- ♦ مصرف‌کنندگان مواد افیونی معمولاً اختلالات کبدی نیز دارند بنابراین در این بیماران داروهایی که احتمال سمیت کبدی دارند (هالوتان، انفلوران، ایزوفلوران و...) باید با احتیاط مصرف شوند.
- ♦ در صورتی که 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 ۱۰٪) تزریق کنید.
- ◀ پس از کنترل علائم همودینامیک بیمار را بیهوش کنید.
- ◀ در صورت نیاز قبل از خروج نوزاد بقیه مورفین را به صورت 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 (به خصوص ادم ریه، کاهش تعداد تنفس، تأخیر در برگشت هوشیاری) باید لوله تراشه و تنفس کنترل حفظ گردد.
- ♦ در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲۴ ساعت مراقبت شود.
- ♦ برای تسکین دردهای پس از سزارین، مطابق راهنمای اقدامات حمایتی برای مادر مخدر جایگزین تجویز شود.
- ♦ بعد از تولد، علائم حیاتی نوزاد را سریعاً ارزیابی کنید.

✓ کنترل اندیکاسیون های بیهوشی ناحیه ای

۱) کنترل اندیکاسیون مطلق:

- ◀ عدم رضایت خانم باردار

نکته: در مورد مادران معتاد در صورتی که طبق صلاح دید پزشک، بیهوشی ناحیه ای ارجح 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

۲) کنتراندیکاسیون‌های نسبی:

- با توجه به شرایط بیمار و تجربیات متخصص بیهوشی درباره انجام یا عدم انجام آن تصمیم‌گیری شود.
- ◀ سابقه حساسیت به داروهای بی‌حس‌کننده یا سایر داروهای مصرفی در این روش‌ها
 - ◀ ضایعات حاد سیستم عصبی مرکزی
 - ◀ اختلال همودینامیک در مادر (هیپوتانسیون، هیپوتانسیون)
 - ◀ ابتلاء هم‌زمان اعتیاد و عفونت مغزی HIV (به دلیل این که احتمال عفونت بین مهره‌ای افزایش می‌یابد)

مواد محرک (Stimulants)

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

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



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

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

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

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

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

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



اثرات مصرف بر سلامتی

✓ اثرات زودرس

- ♦ شاخصه بالینی علایم مصرف مواد محرک، چشمان شیشه‌ای و مردمک‌های خیلی گشاد (میدریاتیک) در اثر جزء مت‌آفتمینی این مواد می‌باشد.
- ♦ سرخوشی همراه با تحریک CNS به صورت افزایش تمرکز، هوشیاری، پرحرفی، 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 علایم سرماخوردگی.
- ♦ اضطراب و بی‌خوابی، بدگمانی، توهم، اختلالات وسواسی
- ♦ اسهال، تاری دید، خواب‌رفتگی اندام، سردرد، آسیب غیر قابل برگشت به عروق کوچک مغزی.
- ♦ عوارض قلبی عروقی: افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب، آهسته شدن هدایت قلبی، تحریک‌پذیری بطنی، آریتمی‌های بدخیم، ایسکمی، انفارکتوس یا آسیب عضله میوکارد که همگی تهدیدکننده حیات هستند.

نکات مهم

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



✓ اثرات دیررس

- ♦ تحریک پذیری، اختلال تمرکز، بی خوابی شدید یا خواب آلودگی، کاهش وزن، خارش، خراشیدگی های شبیه آکنه در پوست (به علت توهومات 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 فشارخون، آریتمی، افزایش ضربان قلب) در بارداری سایر علائم دیگر سوء مصرف کوکائین شامل هیپرفلکسی، تشنج، عدم تعادل رفتاری، پروتئین اوری و ادم هم دیده می شود. ترکیب افزایش فشارخون، 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 مراقبت های لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.

- ♦ عوارض مادری و جنینی: سقط خودبه خودی در ماه های اول، زایمان زودرس، جدا شدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، پارگی رحم،



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

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

آمفتامین

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

محرومیت

- ♦ علایم محرومیت: علایم قطع ناگهانی عبارتند از: علایم خلقی غیرطبیعی، افسردگی، خستگی، احساس ولع شدید، تأخیر روانی حرکتی، کسالت، بی‌خوابی، گرسنگی، افزایش اشتها، عدم تحریک‌پذیری، کابوس‌های واضح شبانه.

- ♦ مراحل مختلف محرومیت: سه مرحله دارد، شامل:

- ◀ مرحله اول (Crash) یا افت یا مرحله حاد دیس‌فوریا (کج خلقی): که از ۹ ساعت تا ۴ روز ممکن است طول بکشد، با افسردگی و خلق پایین شروع می‌شود و با بی‌قراری، بی‌اشتهایی و ولع زیاد برای مصرف همراه



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

◀ مرحله دوم (post stimulant mood dysfunction): حالت اختلال

عملکرد پس از تحریک از ۱ تا ۱۰ هفته طول می‌کشد. در ابتدا خواب طبیعی می‌شود، فرد به حالت طبیعی برمی‌گردد و وسوسه خیلی کم است. از اواسط این مرحله تا انتها بی‌حالی، کمبود انرژی، فقدان توانایی لذت‌بردن، اضطراب و ولع زیاد برای مصرف وجود دارد. معمولاً در این مرحله فرد مجدداً اقدام به مصرف مواد می‌کند. در غیر این صورت وارد مرحله سوم می‌شود.

◀ مرحله سوم خاموشی (extinction): شادیه‌ها و وضعیت خلقی دوباره در

فرد طبیعی می‌شود ولی وسوسه به‌صورت دوره‌ای وجود دارد.

♦ شروع علائم محرومیت: ۶ تا ۸ ساعت بعد از آخرین مصرف.

✓ اداره علائم محرومیت

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

مسمومیت

✓ علائم مسمومیت

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



♦ **کوکائین:** افزایش فشارخون و ضربان قلب، گاهی افزایش درجه حرارت، بی‌قراری، میدریاز مردمک‌ها، کاهش صدای ریه پس از تدخین که مطرح کننده پنوموتوراکس می‌باشد، کاهش نبض در اندام‌ها که مطرح‌کننده حوادث بدخیم عروقی مثل دایسکشن آئورت می‌باشد.

♦ **اکستازی:** افزایش برق‌آسای درجه حرارت بدن، افزایش نوشیدن آب، افزایش ترشح هورمون آنتی‌دیورتیک، مسمومیت با آب، کاهش سدیم خون (هیپوناترمی)، ادم و هرنیاسیون مغزی، گیجی، تشنج، مرگ. آریتمی قلبی، نارسایی حاد کلیه، مسمومیت کبدی، DIC، نارسایی قلبی رابدومیولیز (شکسته‌شدن بافت عضلانی اسکلتی، رهاشدن و رسوب میوگلوبین در کلیه که منجر به نارسایی حاد کلیه می‌شود).

♦ **شیشه یا مت‌آفتمین:** افزایش درجه حرارت (با دوزهای متوسط و زیاد)، افزایش ضربان قلب و فشارخون (با دوزهای زیاد)، ایسکمی و انفارکتوس قلب.

◀ سرگردن: میدریاز مردمک‌ها، آسیب‌های مخاطی بینی، سوختگی‌های حنجره و دهان، هایپرتروفی لثه، پوسیدگی دندان به علت دندان قروچه (Bruxism)

◀ ریه: ادم و افزایش فشارخون ریه، آسیب‌های حرارتی، پنوموتوراکس، خونریزی ریه

◀ دستگاه گوارش: تهوع و استفراغ

◀ پوست: اثرات سوختگی و تزریق

◀ سیستم عصبی: حرکات شبیه کره، تشنج در ۲۴ ساعت اول که معمولاً خودبه‌خود بهبود می‌یابد.

◀ روانی: اضطراب، هذیان و سوءظن، در موارد شدیدتر افکار خودکشی و دیگرسازی و رفتارهای جنون‌آمیز



نکات مهم:

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

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

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

✓ اداره علایم مسمومیت

کوکائین و کراک:

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



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

اکستازی:

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

مت‌آمفتامین یا شیشه:

- ◀ اهداف اصلی درمان: کنترل بی‌قراری، کاهش درجه حرارت



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

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

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

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



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

کراک:

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



آمفتامین و مت‌آمفتامین:

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

✓ ملاحظات بعد از عمل

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

آمفتامین و مت‌آمفتامین

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

مواد توهم‌زا (Hallucinogens)

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



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

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

اثرات مصرف بر سلامتی

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



✓ تأثیر در بارداری و زایمان:

- ♦ مصرف PCP در دوران بارداری با بروز بالای تأخیر رشد داخل رحمی، زایمان زودرس و مایع آمنیوتیک مکونیومی و علایم 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 ال‌اس‌دی در بارداری موجب افزایش انقباضات رحمی می‌شود.

محرومیت

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

مسمومیت

- ♦ علایم مسمومیت: نسبت به نوع ماده مصرفی کمی متفاوت است مانند: توهم، دهیدراتاسیون، افزایش ضربان قلب و فشارخون، اثرات هیجانی، حسی و بصری ناشی از افزایش فشار خون و دمای بدن و به ندرت تشنج و قطع تنفس (آپنه).

✓ اداره علایم مسمومیت

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



نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

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

✓ ملاحظات بعد از عمل

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



حشیش و ترکیبات مشابه (Cannabis)

حشیش از گیاهی به نام Cannabis یا شاهدانه گرفته می‌شود. به نام‌ها و ترکیبات مختلفی مانند علف، گراس، بنگ، ماری جوانا و... وجود دارد. ماده اصلی روان‌گردان در حشیش، ۹ تتراهیدروکانابینول یا THC است. قدرت حشیش به غلظت این ماده بستگی دارد. THC به سرعت از ریه به جریان خون جذب می‌شود و ۱۰ دقیقه بعد غلظت آن به حداکثر می‌رسد.

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

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

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

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

اثرات مصرف بر سلامتی

♦ زودرس: عبارتند از:

◀ برای اکثر مصرف‌کننده‌ها سرخوشی خفیف یا آسودگی ایجاد می‌کند.



- ◀ معمولاً احساس سایر تجربه‌ها مانند گوش کردن به موسیقی، چشیدن طعم غذا یا لذت از فعالیت جنسی را افزایش می‌دهد.
- ◀ درک زمان از بین می‌رود و معمولاً گذشت زمان طولانی‌تر احساس می‌شود.
- ◀ در موقعیت‌های اجتماعی پرحرفی و خنده بیشتر می‌شود.
- ◀ اثرات روانی: با توجه به نوع ماده، ممکن است محرک، توهم‌زا بوده یا باعث افسردگی شود.
- ◀ مصرف بار اول باعث اضطراب، هراس و بدبینی می‌شود. افزایش ضربان قلب، نوسانات فشارخون، سبکی سر و غش کردن هنگام ایستادن ممکن است دیده شود (این اثرات هنگام مصرف بیش از حد نیز مشاهده می‌شوند. به همین دلیل در قسمت علایم مسمومیت نیز ذکر شده است).
- ◀ سایر اثرات: قرمزی چشم، خشکی دهان، حساسیت پوست به گرما و سرما، افزایش ضربان قلب، شلی عضلات، افزایش اشتها، گیجی و بی‌توجهی به اطراف، بی‌قراری، اضطراب.
- ♦ دیررس یا اثرات مصرف مکرر: اختلالات شناختی، کاهش وسعت حافظه، گیجی، کندی رفلکس‌ها، اشکال در حفظ فعالیت روزانه و طبیعی در منزل یا محل کار.
- ♦ سایر اثرات: خواب‌آلودگی، تحریک‌پذیری، عفونت‌های تنفسی و تضعیف عضله قلب، حملات وحشت، فراموشی دوره‌ای، زوال شخصیت، هذیان، اختلال در مهارت‌های حرکتی، اختلال در قاعدگی، اختلال در تعداد و فعالیت اسپرم و در موارد نادر تشنج.
- ♦ حشیش بیش از سیگار روی سیستم تنفسی اثرات مخرب دارد. هم‌چنین در عملکرد ریه نیز مشابه مصرف تنباکو اختلال ایجاد می‌کند.



✓ تأثیر در بارداری و زایمان:

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

✓ در مورد ماری جوانا

- ♦ به طور کلی مصرف مزمن ماری جوانا محور هیپوتالاموس هیپوفیز و تولید هورمون ها را تحت تأثیر 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 تأخیر رشد داخل رحمی می شود.

محرومیت

- ♦ علائم محرومیت: 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، گر گرفتگی، بی خوابی، تعریق، خستگی، آبریزش بینی، اسهال، سکسکه و بی اشتها می باشد.
- ♦ زمان شروع علائم محرومیت: بعد از گذشت ۱۲ ساعت از آخرین مصرف
- ♦ اداره علائم محرومیت: درمان جایگزین ندارد. در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.



مسمومیت

✓ علایم مسمومیت

- ♦ در مسمومیت با آن حافظه کوتاه مدت و توجه مختل می شود، افکار و گفتار منقطع شده و فرد جریان افکار و حرف های خود را فراموش می کند.
- ♦ مصرف بیش از حد باعث اضطراب، هراس و بدبینی می شود. افزایش ضربان قلب، نوسانات فشارخون 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).

✓ اداره علایم مسمومیت

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

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

- ♦ تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاح دید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
- ♦ استفاده از هالوتان توصیه نمی شود.
- ♦ به طور نادر در طی بیهوشی عمومی، اوروفارنژیت و ادم حنجره ممکن است موجب انسداد راه هوایی شود.



- ♦ واکنش‌های نامطلوب اتونومیک (افزایش ضربان قلب و آریتمی) و روانی (اضطراب، هراس، گیجی) به حشیش و ترکیبات مشابه ممکن است با مراحل مختلف بیهوشی مداخله کند.
- ♦ در افرادی که مصرف حاد حشیش یا ترکیبات مشابه دارند، داروهایی که ضربان قلب را افزایش می‌دهد (مثل کتامین، پانکرونیوم، آتروپین و اپی‌نفرین) با احتیاط استفاده شوند.
- ♦ در مورد روش‌های بی‌دردی دارویی: هنگام زایمان، داروهای انتونوکس (برای بی‌دردی استنشاقی) 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 ماری‌جوآنا باشد.
- ◀ افزایش ضربان قلب ناشی از مصرف ماری‌جوآنا با بلوک‌کننده‌های بتا‌آدرنرژیک (پروپرانولول، اسمولول) کنترل می‌شود.

✓ ملاحظات پس از عمل

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



مواد دخانی (Tobacco)

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

اثرات مصرف

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

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

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

✓ تأثیر در بارداری و زایمان:

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



محرومیت

- ♦ علائم محرومیت: سیگار: تحریک پذیری، خستگی، اضطراب، بی خوابی، عدم تمرکز
- ♦ زمان شروع علائم: در سیگار طی ۳-۴ روز علائم بدتر می شوند و ممکن است طی یک هفته یا بیشتر باقی بمانند - تمایل به مصرف ماه ها یا سال ها ادامه دارد.
- ♦ اداره علائم محرومیت: در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

مسمومیت

- ♦ 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.

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

- ♦ در بیماران سیگاری، در صورت مصرف مزمن و ایجاد COPD بعد از بیهوشی عمومی خطر عوارض تنفسی زیاد است.
- ♦ در صورتی که ۶-۴ هفته قبل از عمل، مصرف قطع شود عوارض تنفسی کمتر می شود.
- ♦ در صورتی که ۴۸ 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 ناحیه‌ای ارجح است. زیرا در این بیماران احتمالاً عملکرد آنزیم‌های کبدی مختل است و متابولیسم داروهایی که برای اینداکشن بیهوشی استفاده می‌شوند طبیعی نیست. هم‌چنین با اجتناب از دستکاری راه‌های هوایی، عوارض حین عمل نظیر برونکواسپاسم و اختلالات تنفسی پس از عمل کم می‌شود.

✓ ملاحظات بعد از عمل

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

مواد الکلی (Alcoholic Beverages)

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

اثرات مصرف

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



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

✓ تأثیر در بارداری و زایمان:

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

محرومیت

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

✓ اداره علائم محرومیت

- ♦ محرومیت از الکل با بنزودیازپین‌ها، آنتاگونیست‌های بتا (پروپرانولول، اسمولول)، آگونیست‌های α_2 ، کلونیدین یا شروع مجدد الکل درمان می‌شود.
- ♦ حفاظت راه‌هوایی، اصلاح اختلال مایع و الکترولیت (منیزیم و پتاسیم) و متابولیک (تیامین)



مسمومیت

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

✓ اداره علائم مسمومیت

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

نکات احتیاطی در صورت نیاز به بیهوشی یا بی‌دردی دارویی

✓ ملاحظات حین بیهوشی

- ♦ در مصرف‌کنندگان الکل بیهوشی ناحیه‌ای ارجحیت دارد.

✓ ملاحظات بعد از عمل

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



درمان

۶-۱- مقدمه

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

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



به طوری که یا اصلاً دارو نمی گیرند یا دارو را با مقادیر کمتر از سطوح درمانی دریافت می کنند. درمان نگهدارنده با متادون با حذف مصرف مواد افیونی و سایر مواد غیرقانونی، به زنان باردار وابسته به مواد افیونی کمک می کند روی بازسازی روابط، یافتن شغل و فعالیت های تفریحی لذت بخش تمرکز نمایند. علاوه بر این، ارتباط میان مادر و کودک متولد نشده اهمیت بالایی دارد. هیچ مداخله دارویی نمی تواند تمام رفتارها و اختلالات روان پزشکی همراه با مصرف مواد غیرقانونی را تغییر دهد. بنابراین، مداخلات رفتاری و روان شناختی اختصاصی برای دستیابی به پرهیز و تداوم آن از اهمیت فراوانی برخوردار است.

۶-۲- بازگیری از مواد افیونی

گرچه بازگیری از مواد افیونی و قطع مصرف هر گونه مواد غیرقانونی یا داروی آپئوئیدی در طول بارداری ایده آل است، تأکید بیش از حد بر دستیابی به پرهیز می تواند نامناسب بوده و مادر را تحت فشار زیادی قرار دهد. مطالعات نشان می دهند بسیاری از زنان باردار نمی توانند در طول بارداری پرهیز خود را حفظ کنند. بنابراین، بسیاری دچار لغزش می شوند و سیکل مسمومیت و پرهیز حاصله باعث دیسترس جنینی می گردد. سقط جنین در سه ماهه اول و زایمان زودرس در سه ماهه سوم از عوارض پرهیز در دوران بارداری به شمار می رود. در واقع، عاقبت پرهیز اجباری اغلب زنان باردار را از مراجعه به مراکز درمانی پشیمان می کند. بازگیری در زنانی که به خوبی تحت نظارت طبی تثبیت شده اند، و با کاهش تدریجی یک ماده افیونی صناعی قابل دستیابی است، گرچه برای اجتناب از زایمان پیش از موعد این روش نباید بعد از هفته ۳۲ بارداری استفاده شود. در واقع در صورت تصمیم به استفاده از رژیم بازگیری، این کار باید به زنان



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

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

- فقط در سه ماهه دوم، یعنی در هفته‌های ۱۴ تا ۳۲
 - همراه با پایش جنین، در یک جایگاه پایش مناسب مثل بخش بستری زایمان
 - استفاده از کاهش دوز متادون برای ایجاد پرهیز تدریجی
- در طول این دوره باید به آموزش درباره فواید درمان نگهدارنده با متادون ادامه داده شود.

۳-۶- 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 درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست هستند باید تشویق شوند تا این درمان را تا پایان بارداری ادامه دهند.



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

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

۴-۶- انتخاب داروی آگونیست

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

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



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

تصمیم در مورد مناسب‌ترین دارو باید با نظر پزشک درمان‌گر اعتیاد، متخصص زنان و زایمان و خود بیمار گرفته شود. با توجه به داده‌های طولی درباره ایمنی کاربرد متادون در بارداری به لحاظ برآیندهای 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 اثربخشی و ایمنی خود را در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری نشان داده است. بیشتر این داده‌ها از کشور فرانسه گزارش شده‌اند که از



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

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

گزینه‌های درمانی دیگر شامل مورفین آهسته‌رهش و 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 که در بالا در مورد اثربخشی مقایسه‌ای متادون و بوپرنورفین در جمعیت غیرباردار ذکر شده، برخی از مطالعات انجام شده در بارداری نیز نشان داده است که متادون از بوپرنورفین در نگهداری مادران باردار در درمان مؤثرتر است. البته توجه به این نکته لازم است که نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد خطر بروز سندرم پرهیز نوزادی در درمان با بوپرنورفین از متادون پایین‌تر است. اگر بیمار پیش از بارداری در حال درمان با بوپرنورفین بوده است، منافع ماندن بر روی درمان مؤثر قبلی با فواید احتمالی انتقال به متادون باید مقایسه شود.

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



نامزدهای احتمالی برای درمان نگهدارنده با بوپرنورفین در بارداری به حساب می‌آیند.

۵-۶- 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 تأثیر منفی بر روی رشد بعد از تولد در کودکان متولد شده از مادران وابسته به مواد افیونی ندارد. علی‌رغم شواهد قوی در حمایت از مصرف متادون در بارداری، مصرف آن در بارداری با برخی عوارض جانبی همراه است، گرچه همان‌طور که در بالا توضیح داده شد فواید درمان با متادون برای این بیماران به مراتب از خطرات احتمالی آن بیش‌تر است. درمان نگهدارنده با متادون به عنوان مراقبت استاندارد در درمان وابستگی به مواد افیونی در بارداری شناخته شده است.

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



فارماکولوژی

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

با پیشرفت بارداری به خاطر افزایش حجم مایع، افزایش ذخیره بافتی متادون و تغییر متابولیسم مواد افیونی در جفت و جنین دوز مشابه متادون سطوح خونی پایین‌تری ایجاد می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد در سه ماهه سوم بارداری با دوز ثابت متادون سطوح پلاسمایی به‌صورت معنی‌داری از سه ماهه‌های دیگر کم‌تر و علائم و نشانه‌های محرومیت بیشتر هستند. سطوح پلاسمایی کاهش‌یافته در اثر متابولیسم افزایش‌یافته متادون و کلیرانس^۱ سریع‌تر آن در طول سه ماهه سوم رخ می‌دهد.

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

1. Clearance



اصول درمان نگهدارنده با متادون در دوران بارداری

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

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

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

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



القا و تثبیت

زنانی که قبل از شروع بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده‌اند باید پس از بارداری نیز درمان را با دوز پیش از باردارشدن ادامه دهند. اگر زن باردار از پیش تحت درمان نگهدارنده نباشد، توصیه می‌شود متادون به صورت سرپایی القا شود یا در صورت امکان بیمار در بیمارستان بستری و پس از ارزیابی وضعیت سلامت پره‌ناتال 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 آپئوئیدی» 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 پلازما در طول بارداری، ممکن است در سه ماهه دوم و سوم به افزایش دوز متادون نیاز پیدا شود.

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

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



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

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

تنظیم دوز

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

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

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



استاندارد شده محرومیت مثل مقیاس بالینی محرومیت مواد افیونی^۱ (پیوست سه) یا مقیاس ارزیابی مخدر علایم محرومیت مؤسسه بالینی^۲ (پیوست چهار) برای علایم کمی ترک کمک کننده است. گرچه، برخی علایم محرومیت (برای مثال تهوع، درد پشت و غیره) با علایم بارداری هم پوشانی 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 بیش تر است. اغلب، بیماری که پیش از بارداری علایم محرومیت از مواد افیونی را تجربه کرده است، در صورت وجود اتحاد درمانی مناسب می تواند پزشک را برای افتراق علایم محرومیت از علایم عمومی و غیراختصاصی بارداری کمک کند.

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

دوز منقسم

با پیشرفت بارداری با افزایش حجم پلاسما، متابولیسم متادون و سرعت کلیرانس آن افزایش دوز متادون ممکن است نتواند اثر نگهدارندگی کافی به مدت ۲۴ ساعت ایجاد کند. استفاده از دوز منقسم دو بار در روز در سه ماهه دوم و سوم بارداری بهتر می تواند 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

1. Clinical Opiate Withdrawal Scale

2. Clinical Institute Narcotic Assessment Scale for Withdrawal Symptoms



حداکثر دارو به نشیب^۱ در خون کمک کند. توصیه می‌شود دوز منقسم به‌عنوان 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 ۲ دوز منقسم با فواصل حداقل ۸ ساعته تجویز می‌شود. دوز منقسم می‌تواند در سه ماهه سوم مناسب باشد زیرا سطوح پایه متادون کاهش می‌یابد. در یک مطالعه، مصرف مواد افیونی غیرقانونی و کوکائین در گروه دوز منقسم درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با دوز واحد در سه ماهه سوم کم‌تر گزارش شد (به ترتیب ۰/۵٪ و ۰/۳٪ در مقایسه با ۰/۲۴٪ و ۰/۱۵٪).

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

انتقال از درمان نگهدارنده با متادون به بوپرنورفین

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

1. Peak and trough



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

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

استفراغ در زنان باردار روی درمان نگهدارنده با متادون

استفراغ یک نگرانی جدی در زنان باردار روی درمان نگهدارنده با متادون است. استفراغ دوز متادون منجر به 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 ۱۰ دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تکرار دوز را در نظر بگیرید.
- بین ۱۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تجویز نصف دوز را در نظر بگیرید.
- بعد از ۶۰ دقیقه بعد از تجویز استفراغ شود: تجویز نصف دوز را در صورت بروز علائم محرومیت در نظر بگیرید.



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

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

- زنان باردار موقع دریافت متادون معده‌شان خالی نباشد.
- دوز متادون خود را به آرامی و جرعه‌جرعه بنوشند.
- اگر دوز متادون مکرراً استفراغ ایجاد نماید، تقسیم دوز روزانه یا تجویز پروکلرپرازین^۱ رکتال را ۳۰-۶۰ دقیقه پیش از تجویز دوز در نظر بگیرید.
- اگر یک زن باردار به‌صورت مداوم استفراغ دارد و استفراغ او ضرورتاً با دوز متادون مرتبط نیست باید زیر نظر متخصص زنان و زایمان و مطابق دستورالعمل‌های موجود برای هیپرامزیس گراویداروم^۲ درمان شود (جدول ۵-۱).

جدول ۵-۱: اصول راهنمای درمان هیپرامزیس گراویداروم

میزان دهیدراتاسیون و کتوزیس را ارزیابی کنید (پذیرش در بیمارستان را در صورت کتون ادرار بیش از ۲+ در نظر بگیرید).

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

نیاز به هیدراتاسیون وریدی را در نظر بگیرید.

نیاز به دارودرمانی را در نظر بگیرید (مثلاً پروکلرپرازین رکتال یا انداسترون^۳ عضلانی یا وریدی).

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

1. Prochlorperazine
2. Hyperemesis gravidarum
3. Ondansetron



درمان با متادون در طول زایمان

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

اگر لازم باشد بیمار به دلیل نیاز به بی‌هوشی NPO باقی بماند، محلول متادون را می‌توان در حجم بسیار کم (برای مثال ۳۰-۲۰ میلی‌لیتر) تجویز نمود. اگر این نگرانی وجود داشته باشد که دوز متادون سرعت زایمان را 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 ۵۰٪ تا ۷۵٪ دوز قبلی کاهش داده شود.

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

در یک گزارش از ۱۰ بیمار باردار تحت درمان دوزهای ۲۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم، فقط یک بیمار نشانه‌های خفیف مصرف بیش از حد دارو را ۳ روز بعد از زایمان نشان داد. با توجه به تنوع بین‌فردی بالا در میان بیماران، تغییرات دوز باید بر اساس نشانه‌ها و 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 مادرشدن با استرس‌هایی همراه است که ممکن است احتمال عود به مصرف مواد را متعاقب کاهش تدریجی و قطع دارو افزایش دهند. برخی گزارش‌های موردی نشان می‌دهند ۳-۶ ماه پس از زایمان، مادران روی درمان وابستگی به مواد افیونی به صورت خاص نسبت به لغزش و عود، آسیب‌پذیر هستند. تداوم درمان نگهدارنده، مشاوره، حمایت‌های اجتماعی و مراقبت‌های کودک می‌تواند خطر عود را در این گروه کاهش دهد.

بازگیری از مواد افیونی با متادون

بازگیری تحت نظارت طبی^۱ 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 نظارت‌شده طبی در یک برنامه درمانی ساختارمند برنامه‌ریزی کرده‌اند.

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

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

۶-۶- بوپرنورفین

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



اثرات طولانی مدت 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 مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون است. با این وجود اگر یک زن از قبل روی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین بوده و پس از آشنایی با منافع و خطرات احتمالی درمان با بوپرنورفین تمایل داشته باشد به این درمان ادامه دهد درمان با بوپرنورفین در بارداری و شیردهی قابل قبول است.

فارماکولوژی

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

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



تداخلات فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک بوپرنورفین با سایر داروها عموماً مشابه متادون است. برای مثال مصرف بوپرنورفین با سایر داروهای تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی می‌تواند تداخل فارماکودینامیک ایجاد نموده و باعث آرام‌بخشی بیش از حد شود. مصرف هم‌زمان بوپرنورفین با بنزودیازپین‌های کوتاه‌اثر با خطر 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 کاندیدهای خوبی برای درمان با بوپرنورفین باشند.

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



القا و تثبیت

برخلاف متادون، کار با بوپرنورفین به علت احتمال ایجاد علایم محرومیت پیچیده تر است. مثل بیماران غیرباردار، فاصله حداقل ۶ ساعته بین مصرف مواد افیونی کوتاه اثر و تجویز بوپرنورفین (زمانی که برخی علایم عینی پرهیز مواد افیونی وجود دارد) تحمل القای بوپرنورفین را افزایش می دهد. هر چند توصیه می شود حتی الامکان از علایم محرومیت در بارداری اجتناب شود اما علایم خفیف محرومیت (نمرات CINA در دامنه ۱۲-۱۰) از مواد افیونی برای بارداری خطرناک نیست (پیوست ۴). بنابراین منطقی است که از مادر باردار بخواهیم از مصرف هر گونه مصرف ماده افیونی پرهیز نموده و با شروع علایم محرومیت اولین دوز بوپرنورفین تجویز شود.

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

تنظیم دوز

۷۰٪ بیمارانی که قبل از بارداری بوپرنورفین مصرف می کردند تدریجاً در طول بارداری نیاز به افزایش دوز بوپرنورفین در حد متوسط (۳-۶ میلی گرم) پیدا می کنند. در یک مطالعه، میانگین دوز بوپرنورفین مادران بارداری که درمان را در طول بارداری شروع کرده بودند در زمان خاتمه بارداری ۱۱ میلی گرم بود. نیاز به افزایش شدید در بوپرنورفین در طول بارداری گزارش نشده است. با توجه به نیمه عمر طولانی بوپرنورفین و فارماکولوژی خاص آن، دوز منقسم برای تثبیت بوپرنورفین ضروری به نظر نمی رسد و بهترین روش تجویز آن، به صورت روزانه است. برای تثبیت بوپرنورفین دوزهای ۲۴-۴ میلی گرم روزانه



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

انتقال از درمان نگهدارنده با بوپرنورفین به درمان نگهدارنده با متادون

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

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



- به‌خاطر کاهش تدریجی اثرات انسدادی باقی‌مانده از بوپرنورفین ممکن است متادون با دوز ثابت اثرات، آپئوئیدی بیشتری در روزهای بعدی ایجاد کند، لذا ویزیت روزانه و پایش بیمار از نظر علایم 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 یا روزانه بیش از ۱۶ میلی‌گرم بوپرنورفین مصرف کند باید جهت انتقال درمان در بیمارستان بستری شود.

بازگیری از مواد افیونی با بوپرنورفین

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

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

درمان با بوپرنورفین در طول زایمان

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



درمان با بوپرنورفین بعد از وضع حمل

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

۶-۷- سایر ملاحظات درمانی مهم

پیشگیری از بارداری

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

شواهدی از تداخل دارویی از نظر بالینی مهم، بین داروهای ضد بارداری هورمونی و متادون و بوپرنورفین وجود ندارد. با توجه به خطرات بارداری مجدد بر سلامت جسمی و روانی زنان وابسته به مواد افیونی، استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری دائمی مثل بستن لوله‌ها در زنان و وازکتومی در همسران آنها برای زوج‌هایی که دیگر قصد 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 باردارشدن ندارند، خصوصاً در زنان فاقد همسر رسمی یا زنانی که در صیغه‌های ثبت‌نشده باردار شده‌اند، یکی از چالش‌های استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری مطمئن در این گروه از بیماران به حساب می‌آید.



عدم پایبندی به درمان

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

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

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



اهمیت مشاوره و مداخلات روانی، اجتماعی

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

وابستگی به نیکوتین

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

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



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

بوپروبیون و 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 بوپروبیون در بارداری با ناهنجاری مادرزادی همراه نبوده است. شواهد اولیه از یک مطالعه کوچک پیشنهاد می‌کند که بوپروبیون برای ترک سیگار در بارداری مؤثر است. برای ایمنی و اثر بخشی بوپروبیون و 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 علائم 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 $2/3-3/4$ دوز معادل از یک بنزودیازپین طولانی‌اثر هم‌چون دیازپام یا کلونازپام تبدیل و سپس روزانه 10% دوز را کاهش داده و قطع می‌کنیم.



درمان اختلالات روان پزشکی همبود در بارداری

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

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

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

داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین^۱ برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی استفاده می‌شوند. پزشکان مکرراً این داروها را برای زنان باردار تجویز می‌کنند. گرچه تحقیقات اولیه بر روی اثرات SSRIs در بارداری نتایج گمراه‌کننده‌ای داشت، اکنون دانسته شده که اثرات مصرف SSRIs بر نوزاد شامل تحریک بیش از حد سروتونرژیک، سندرم‌های محرومیت و اثرات طولانی‌مدت بر رفتار و عملکرد می‌شود.

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

1. SSRIs



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

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

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

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



ارزیابی و مشاوره تغذیه

افراد سوءمصرف کننده مواد اغلب تغذیه ضعیفی دارند. مواد ممکن است متابولیسم مصرف کنندگان را مختل کند، با قابلیت دسترسی مواد مغذی تداخل کند و بر روی اشتها تأثیر گذارد. گرچه، سایر عوامل سبک زندگی همراه با مصرف مواد در سوءتغذیه این بیماران نقش مهمی ایفا می کنند. این عوامل شامل وضعیت اقتصادی ضعیف، عادات تغذیه ای بد، فعالیت بدنی اندک، بی توجهی به اصول تغذیه صحیح و سلامت و محدود شدن رژیم غذایی به دلیل عوارض بارداری می شوند. بارداری زمان مناسبی برای کمک به زنان برای بهبود نگرش ها و رفتارهای مرتبط با سلامت است. توصیه می شود 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 مکمل های تغذیه ای مراقبت های بارداری تشویق و حمایت دریافت کنند.
- از نظر وجود مشکلات تغذیه ای ارزیابی و در صورت وجود مشکل برای درمان زیر نظر متخصص زنان ارجاع شوند.

درمان بیش مصرف مواد افیونی در بارداری

- آموزش های پیشگیری از بیش مصرف مواد افیونی باید به طور معمول برای تمام بیماران ارایه شود. این آموزش ها باید نکات زیر را پوشش دهند:
- شروع مجدد مصرف مواد با دوز قبلی پس از یک دوره قطع یا کاهش شدید مصرف می تواند باعث بیش مصرف شود.
 - سوءمصرف همزمان مواد مختلف خطر بیش مصرف را افزایش می دهد.



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

بیش‌مصرف حاد مواد افیونی در طول بارداری را می‌توان با حمایت تنفسی و استفاده از نالوکسان یک داروی آنتاگونیست کوتاه‌اثر - به‌عنوان آخرین راه‌حل - درمان نمود. دوز نالوکسان بر اساس پاسخ به درمان و طول عمر ماده افیونی مصرف‌شده تنظیم می‌شود. ممکن است لازم شود نالوکسان به‌صورت مداوم تجویز شود تا اثرات مواد افیونی مصرف‌شده برطرف گردد. باید برای پیشگیری از علایم محرومیت حاد که می‌تواند باعث دیسترس جنینی شود نهایت احتیاط به‌کار بسته شود. برحسب سن و قابلیت حیات^۱ جنین باید پایش جنینی انجام پذیرد.

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

درمان نگهدارنده با داروهای آنتاگونیست

ایمنی و اثربخشی 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 برای پژوهش کارآیی و ایمنی آن محدود شود.

1. Viability



اگر یک زن روی درمان با نالترکسون باردار شود و به خوبی در حال پیشرفت در درمان باشد، باید به او گفته شود که ایمنی نالترکسون در بارداری تعیین نشده است. اگر تمایل دارد به درمان با نالترکسون ادامه دهد و می تواند رضایت آگاهانه بدهد، تداوم نالترکسون در طول بارداری قابل پذیرش خواهد بود. پی گیری نوزادانی که در دوران جنینی با نالترکسون مواجهه داشته اند شامل ارزیابی رشدی جامع توسط متخصص کودکان تا دو سالگی توصیه می شود.



شیردهی

۷-۱- مقدمه

شیردهی به عنوان 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 نیازهای نوزادش پاسخ دهد توصیه شود.



۷-۲- اصول کلی شیردهی

- در توصیه به زنان وابسته به مواد در خصوص شیردهی خطرات اختصاصی بالقوه شیردهی هر مادر باید در برابر منافع آن 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 ۲-۱ 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.

۷-۳- شیردهی و درمان‌های نگهدارنده با آگونست

مادرانی که در دوران بارداری مواد مخدر مصرف می‌کرده یا تحت درمان نگهدارنده بوده‌اند، باید بدانند منافع تغذیه نوزاد با شیر مادر از مضرات آن بیشتر است. شیردهی می‌تواند در ایجاد پیوند میان مادر و کودک مفید باشد و به 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.

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

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

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



مادران دریافت‌کننده 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 شیرگرفتن نوزاد مادر روی درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین باید تحت نظارت طبی اختصاصی انجام شود، زیرا احتمال پرهیز نوزادی حاصله در اثر از شیرگرفتن سریع را نمی‌توان قطعاً رد کرد.

۷-۴- موارد منع شیردهی در زنان سوءمصرف‌کننده مواد

تنها در موارد زیر تغذیه با شیر مادر توصیه نمی‌شود:

عفونت اچ‌آی‌وی مادر

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

مصرف مقادیر بالا و مستمر مواد محرک

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



مصرف مقادیر زیاد الکل یا داروهای آرام‌بخش

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

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

نکته: یک الگوی ناپایدار مصرف مواد می‌تواند 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 ۱۲ ساعت بعد از تولد دریافت کنند. هنگامی که زنان HCV مثبت به شیردهی تشویق می‌شوند، تصمیم‌گیری آگاهانه مادر اهمیت اساسی دارد. اطلاعاتی که در این زمینه باید به مادر ارائه شود عبارتند از:

- ویروس در شیر وارد نمی‌شود.
- در غیاب 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 خون‌ریزی نوک پستان آگاه شوند و در صورت وقوع آن شیر خود را دوشیده و دور بریزند.



سندرم پرهیز نوزادی

۸-۱- 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 متولدشده از زنان وابسته به مواد مخدر در مقایسه با نوزادان متولدشده از زنان وابسته به سایر مواد یا الکل شایع‌تر است به طوری که در ۴۸-۹۵٪ نوزادان مادران وابسته به مواد مخدر دیده



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

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

۸-۲- پاتوفیزیولوژی

عوامل متعددی بر روی زمان شروع و شدت سندرم پرهیز نوزادی تأثیر می‌گذارد که شامل نوع مواد استفاده‌شده توسط مادر، آخرین زمان و دوز ماده قبل از زایمان، نوع زایمان، نوع و مقدار بی‌هوشی یا بی‌دردی در طول زایمان، نارسای نوزاد، سرعت متابولیسم کبد نوزاد و وجود بیماری در نوزاد می‌شوند. به‌طور 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^۱ یا دو مرحله‌ای^۲ باشد. در سیر دوم مرحله‌ای ابتدا نشانه‌های پرهیز نوزادی بهتر شده، سپس دوباره اوج می‌گیرد. شروع سندرم پرهیز نوزادی ممکن است به‌علت وجود سایر بیماری‌های نوزادی به تأخیر بیفتد. علائم محرومیت می‌تواند در عرض چند دقیقه یا چند ساعت بعد از تولد تا ۲ هفته بعد شروع شود، اما بیش‌تر علائم در عرض ۷۲ ساعت ظاهر می‌شوند. زمان شروع نشانه‌های محرومیت تابعی از

1. Incremental

2. Biphasic



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

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

۸-۳- تشخیص

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

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



آزمایش ادرار از نظر مواد در تمام نوزادان به‌طور معمول اندیکاسیون ندارد. آزمایش ادرار یا مکنونیوم از نظر مواد باید در مواردی در نظر گرفته شود که یافتن مواد مصرف‌شده توسط مادر اهمیت تشخیصی دارد، خصوصاً در مواردی که ارتباط درمانی مناسبی با مادر ایجاد نشده است. آزمایش ادرار نوزاد نشان‌دهنده مواجهه داخل رحمی با مواد در چند روز قبل و آزمایش مکنونیوم نشان‌دهنده 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 تا آماده شود و همچنین به‌طور 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 شرح‌حال دقیق در تشخیص سندرم پرهیز نوزادی از غربال‌گری نوزادان با آزمایش ادرار یا مکنونیوم بیشتر است.

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

۴-۸- مدیریت سندرم پرهیز نوزادی

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



باشد دیده شود، بنابراین اخذ یک 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، بیماری های مختلفی مثل هیپوگلیسمی^۱، هیپوکلسمی^۲، سپسیس^۳ و بیماری های نورولوژیک ممکن است سندرم پرهیز نوزادی را تقلید نمایند. برای رد این بیماری ها، باید نوزادان مشکوک به سندرم پرهیز نوزادی از نظر شمارش کامل خون، الکترولیت ها، 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 مواجهه یافته با مواد مخدر از نظر شروع، پیشرفت و تخفیف علایم باید از یک سیستم نمره دهی شدت محرومیت بهره گرفت. نمره پرهیز نوزادی^۴ (فینگان (پیوست ۶) و برخی ابزارهای ارزیابی اقتباس شده از آن (پیوست ۵) وسیعاً برای تخمین شدت سندرم پرهیز نوزادی، نیاز به درمان دارویی و پایش پاسخ بهینه به درمان استفاده می شوند.

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

1. Hypoglycemia

2. Hypocalcemia

3. Sepsis

4. Neonatal Abstinence Score



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

احیای نوزاد

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



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

جایگاه مراقبت

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

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

اقدامات حمایتی و درمان‌های غیردارویی

تقریباً ۷۰-۵۰٪ نوزادان متولدشده از زنان مصرف‌کننده مواد افیونی به‌دلیل بروز سندرم پرهیز نوزادی نیاز به درمان پیدا می‌کنند. درمان غیردارویی، درمان خط اول برای تمام کودکان متولدشده از زنان وابسته به مواد افیونی است. این درمان شامل مداخلات مراقبت حمایتی مثل یک محیط آرام، شیردهی مکرر، استفاده از پستانک، از نزدیک در آغوش گرفتن، خوب پوشاندن، تغذیه مکرر با حجم کم و تماس پوستی نزدیک می‌شود. نوزادانی که در معرض خطر سندرم پرهیز نوزادی هستند باید در بیمارستان برای حداقل ۳ روز باقی بمانند. این کار یک زمان حداقلی برای پایش نشانه‌های سندرم نوزادی، ارزیابی مهارت‌های فرزندپروری بیمار، ارزیابی کفایت تغذیه نوزاد و کنترل از نظر کاهش وزن بیش از حد فراهم می‌کند. پایش دقیق وزن نوزاد در طول این دوره ضروری است زیرا اختلالات تغذیه شایع هستند. در صورتی که



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

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

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

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

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

درمان دارویی

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



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

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

- اگر در ۲ ارزیابی متوالی نمره نوزاد قبل و بعد از تغذیه در مقیاس پرهیز نوزادی اصلاح شده (پیوست ۵) ۹ یا بیشتر بود و عوامل مخدوش‌گر دیگری وجود نداشت درمان دارویی را در نظر بگیرد.

- اگر نوزاد بر اساس سیستم نمره‌دهی فینگان (پیوست ۶) ۳ امتیاز یا میانگین ۸ یا بیشتر به‌طور متوالی یا ۲ امتیاز یا میانگین ۱۲ یا بیشتر به‌طور متوالی داشته باشد، باید تحت درمان دارویی سندرم پرهیز قرار گیرد. بیانیه کمیته سیاست‌گذاری داروهای آکادمی طب کودکان آمریکا درباره درمان دارویی سندرم پرهیز در نوزادی، داروهای متعددی را توصیه می‌کند که شامل مورفین، آپيوم تینکچر، پاره‌گوریک، متادون و فنوباریتال می‌شود. در جدول ۱-۷ 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 آپئوئیدها در نوزادان تازه متولدشده در یک مقاله مروری کوکرین^۱ بررسی شد و نتیجه این بود که آپئوئیدها درمان اولیه ارجح برای سندرم پرهیز نوزادی خصوصاً برای نوزادان مادران مصرف‌کننده آپئوئیدها در دوران بارداری هستند. اگر نوزادان دارای سندرم پرهیز نوزادی مرتبط با مواد افیونی با داروهای آپئوئیدی 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 آپئویدی فقط زمانی باید استفاده شوند که اطمینان داشته باشیم سندرم پرهیز نوزادی ناشی از ترک مواد افیونی است.

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

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

1. Natrium phenylethylbarbituricum
2. Preservatives
3. Aqua purificata



در منابع مختلف پروتکل‌های مختلفی برای تجویز 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 ۵) به شرح زیر آغاز کنید:

نمره	دوز اولیه مورفین سولفات
۹-۱۲	۰/۰۴ میلی گرم
۱۳-۱۶	۰/۰۸ میلی گرم
۱۷-۲۰	۰/۱۲ میلی گرم
۲۱-۲۴	۰/۱۶ میلی گرم
بیشتر از ۲۴	۰/۲۰ میلی گرم

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

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



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

پروتکل دو

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

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

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



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

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

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

استفاده از فنوباریتال در سندرم پرهیز نوزادی

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

معلوم نیست آیا باید یک دوز بارگیری فنوباریتال استفاده شود یا خیر. اگر فنوباریتال به‌عنوان درمان اولیه (نه به‌صورت درمان افزوده شده به داروی آگونست) استفاده می‌شود، احتمالاً یک دوز بارگیری به حصول سریع‌تر کنترل علایم کمک خواهد کرد. فنوباریتال باید با دوز ۵ میلی‌گرم / کیلوگرم / روز در دو دوز منقسم شروع شود. دوز دارو باید برای حصول کنترل سندرم پرهیز نوزادی براساس امتیازهای فینگان 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 آپیوئیدی برای درمان سندرم پرهیز نوزادی است تداوم مصرف بوپرنورفین بلامانع است اما از تجویز محصول ترکیبی بوپرنورفین + نالوکسان باید اجتناب شود.



پیوست‌ها

پیوست ۱: برگه آشنایی با درمان‌های نگهدارنده

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

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



- اطلاعات ما درباره اثرات طولانی مدت درمان با متادون بر شما و سلامت نوزاد شما بیشتر است.
- بوپرنورفین داروی جدیدی است. هرچند استفاده از آن در بارداری و نوزادی بی خطر است ولی اثرات طولانی مدت آن را بر رشد و نمو کودک نمی دانیم.
- بروز علائم محرومیت از قطع مصرف مواد افیونی که به آن «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می شود ممکن است با درمان با متادون یا بوپرنورفین دیده شود. البته احتمال آن با بوپرنورفین کمتر است.
- درمان با بوپرنورفین برای کسانی مناسب تر است که اعتیاد آنها سبک تر است و در صورتی که درمان با آن موفق نباشد درمان با متادون توصیه می شود.
- در کنار درمان دارویی دریافت مشاوره و شرکت در مراقبت های بارداری اهمیت زیادی در سلامت شما و کودک تان خواهد داشت.



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

اگر شما باردار هستید و موادی افیونی مثل هروئین یا تریاک مصرف می‌کنید، بسیار مهم است که برای قطع مصرف این مواد از مراکز درمانی کمک بگیرید زیرا تداوم مصرف این مواد در بارداری برای سلامت شما و جنین بسیار خطرناک است. درمان نگهدارنده با متادون می‌تواند به شما برای پرهیز کردن مصرف این مواد کمک کند. این دارو برای نوزادان 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 طولانی‌اثر 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. به‌علاوه 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 متولدشده از مادران روی درمان نگهدارنده با متادون پس از تولد دچار حالت‌های خماری می‌شوند.

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

نشانه‌های پرهیز نوزادی شامل موارد زیر است:

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



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

شیردهی

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

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

پیشگیری از بارداری

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



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

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

اجتناب از مصرف سیگار و مواد در طول بارداری

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



پیوست ۳: مقیاس بالینی محرومیت از مواد افیونی

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



تاریخ				علائم و معاینات بالینی
ساعت	ساعت	ساعت	ساعت	
				دردهای عضلانی یا مفصلی: اگر بیمار از قبل درد داشته فقط درد های قابل انتساب به محرومیت مواد افیونی را نمره دهی کنید. =۰ وجود ندارد. =۱ احساس ناراحتی خفیف منتشر =۲ بیمار دردهای منتشر شدید مفاصل و عضلات را گزارش می کند. =۴ بیمار عضلات و مفاصل خود را به هم می مالد و به دلیل احساس ناراحتی نمی تواند آرام بنشیند.
				آبریزش بینی یا اشک ریزش: غیر مرتبط با علایم سرماخوردگی یا آلرژی =۰ وجود ندارد. =۱ گرفتگی بینی یا رطوبت غیر معمول چشم ها =۲ آبریزش بینی و اشک ریزش =۴ آبریزش مداوم بینی یا جریان اشک فروچکان از گونه ها
				ناراحتی گوارشی: در نیم ساعت گذشته =۰ فقدان علایم گوارشی =۱ کرامپ های گوارشی =۲ تهوع یا مدفوع آبکی =۳ استفراغ یا اسهال =۵ دوره های مکرر اسهال یا استفراغ
				لرزش: مشاهده دست های کشیده شده =۰ فقدان لرزش =۱ لرزش قابل احساس است اما قابل مشاهده نیست. =۲ لرزش خفیف قابل مشاهده است. =۳ لرزش آشکار یا گرفتگی عضلات



تاریخ				علائم و معاینات بالینی
ساعت	ساعت	ساعت	ساعت	
				خمیازه کشیدن: مشاهده در طول ارزیابی ۰ = فقدان خمیازه ۱ = یک یا دوبار خمیازه در طول ارزیابی ۲ = خمیازه سه بار یا بیشتر در طول ارزیابی ۳ = چندین بار خمیازه در دقیقه
				اضطراب و تحریک پذیری ۰ = فقدان ۱ = گزارش های بیمار از تحریک پذیری یا اضطراب فزاینده ۲ = بیمار آشکارا مضطرب و تحریک پذیر است. ۴ = بیمار آن قدر تحریک پذیر یا مضطرب است که شرکت در ارزیابی را دشوار می کند.
				سیخ شدن موهای پوست ۰ = پوست نرم است. ۳ = سیخ شدن موها قابل لمس است یا موها بر روی بازوها سیخ شده اند. ۵ = سیخ شدن قابل توجه
				نمره کل
				فشار خون / ضربان قلب

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



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

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

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



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

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



پیوست ۵: فرم نمره‌دهی سندرم پرهیز نوزادی

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

نشانه‌ها بر اساس مشاهدات ۳-۴ ساعت قبل. برای هر روز یک برگه نمره‌دهی جدید تکمیل کنید.							وزن تولد= گرم (X۹۰٪= گرم) وزن روزانه= گرم						
تاریخ	نمره	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان	زمان		
گریه با فرکانس بال ^۱ مداوم < ۱۵ ثانیه یا غیرمداوم > ۵ دقیقه	۲												
گریه با فرکانس بالا مداوم < ۱۵ ثانیه یا غیرمداوم ≥ ۵ دقیقه	۳												
خواب > ۱ ساعت بعد از تغذیه	۳												
خواب > ۲ ساعت بعد از تغذیه	۲												
خواب > ۳ ساعت بعد از تغذیه	۱												
رفلکس موروی هیپراکتیو	۱												
رفلکس موروی شدیداً هیپراکتیو	۲												
لرزش خفیف: مختل	۱												
لرزش متوسط تا شدید: مختل	۲												
لرزش خفیف: غیرمختل													
لرزش متوسط تا شدید: غیرمختل													
افزایش تون عضلانی	۱-۲												
اکسکوریشن ^۳ (محل آن را مشخص کنید):	۱-۲												

1. High pitch
2. Excoriation



پیوست ۶: نمره پرهیز نوزادی، نمره فینگان

نام و نام خانوادگی: جنسیت: (تاریخ:)

زمان (ساعت)								امتیاز	علائم و نشانه‌ها	دستگاه
								۲	گریه با فرکانس بالا	اختلالات دستگاه اعصاب مرکزی
								۳	گریه مداوم با فرکانس بالا	
								۳	خواب > یک ساعت بعد از تغذیه	
								۲	خواب > دو ساعت بعد از تغذیه	
								۱	خواب > سه ساعت بعد از تغذیه	
								۱	لرزش خفیف: مختل	
								۲	لرزش متوسط تا شدید: مختل	
								۳	لرزش خفیف: غیرمختل	
								۴	لرزش متوسط تا شدید: غیرمختل	
								۲	افزایش تون عضلانی	
								۱	پوسته‌ریزی (منطقه را مشخص کنید):	اختلالات متابولیک، واروموتور و تنفسی
								۳	پرش‌های میوکلونیک	
								۵	تشنج‌های جنرالیزه	
								۱	تعریق	
								۱	تب (37.3°C تا 38.3°C)	
								۲	تب (38.4°C و بیشتر)	
								۱	خمیازه مکرر (< ۴-۳ نوبت)	
								۱	تغییر رنگ پوست	
								۱	گرفتگی بینی	
								۱	تنفس صدادر	



									۲	پرش پره‌های بینی ^۱	
									۱	سرعت تنفس < ۶۰ در دقیقه	
									۲	سرعت تنفس < ۶۰ در دقیقه با کشیدگی ^۲ بین دنده‌ای	
									۱	مکش بیش از حد	اختلالات گوارشی، روده‌ای
									۲	تغذیه بد	
									۲	پس آوردن مایعات خورده شده ^۳	
									۳	استفراغ جهشی	
									۲	مدفوع شل	
									۳	مدفوع آبکی	
											نمره کل
										نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:	

-
1. Nasal flaring
 2. Retraction
 3. Regurgitation



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

مراقبت از نوزاد مبتلا به 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 مصرف‌شده 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 بگذرانند تا بتوانید هرچه زودتر از بیمارستان مرخص شوید.



علایم سندرم پرهیز نوزادی

آیا نوزاد شما علایم زیر را دارد؟

- گریه با صدای بلند
- تحریک پذیری
- 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 علایم را به دلایل دیگری نیز تجربه کنند، پس باید نوزادان را به دقت تحت نظر بگیریم تا بتواند عوامل دیگری را که ممکن است این علایم را ایجاد کرده باشند، شناسایی و درمان کنیم.

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



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

مقدار دارویی که برای نوزادان تجویز می‌شود بستگی دارد به:

- شدت سندرم پرهیز نوزادی. هرچه نمره پرهیز بیشتر باشد، به مقدار داروی بیشتری نیاز است.
- وزن نوزاد. هرچه وزن 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 نوزادان 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 چگونه و چه موقع به نوزاد دارو بدهید.
- آن‌ها هم‌چنین به شما آموزش‌های مفیدی درباره نحوه صحیح شیردادن، 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
- نیمه‌عمر موادی که مادر مصرف کرده
- سندرم پرهیز نوزادی ممکن است از یک هفته تا شش ماه طول بکشد. طول مدت سندرم پرهیز نوزادی می‌تواند به عوامل زیر بستگی داشته باشد:
- مقدار موادی که نوزاد در معرض آن قرار گرفته است.



- مصرف چند نوع ماده به‌طور هم‌زمان توسط مادر. 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 فنوباربیتال هستند. از این داروها ممکن است به تنهایی یا به همراه یکدیگر استفاده کرد.

مورفین

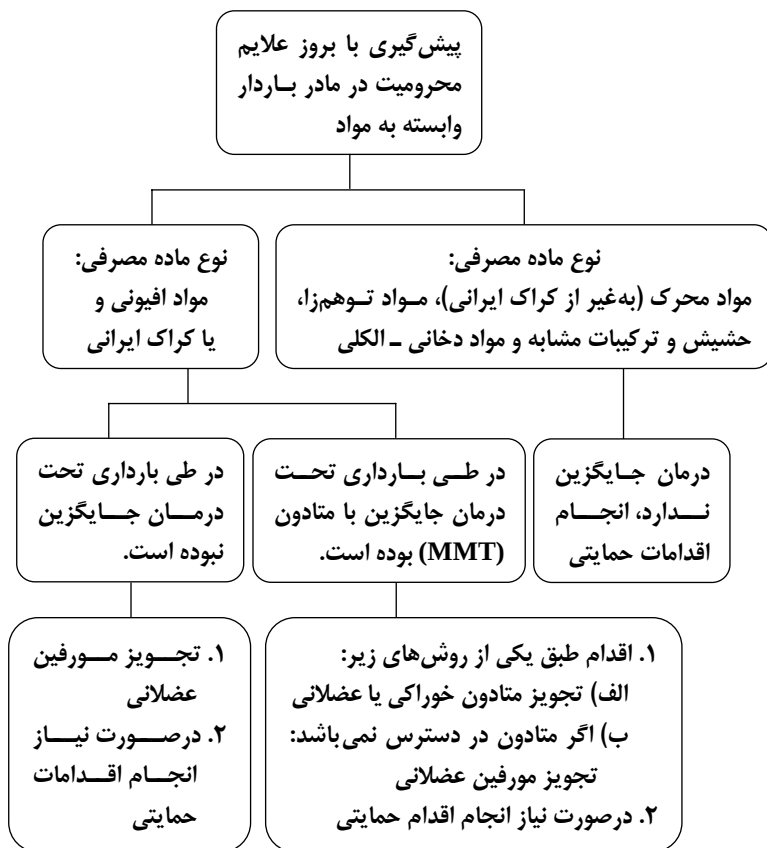
مورفین داروی ضددرد آپئوئیدی است. مورفین در مواردی که نوزادان دچار سندرم پرهیز نوزادی شده برای درمان دارویی استفاده می‌شود. در صورتی که نتوان مقدار مورفین را افزایش داد و علامت‌های نوزاد هم‌چنان باقی باشند، می‌توان از داروهای دیگری استفاده کرد.

فنوباربیتال

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

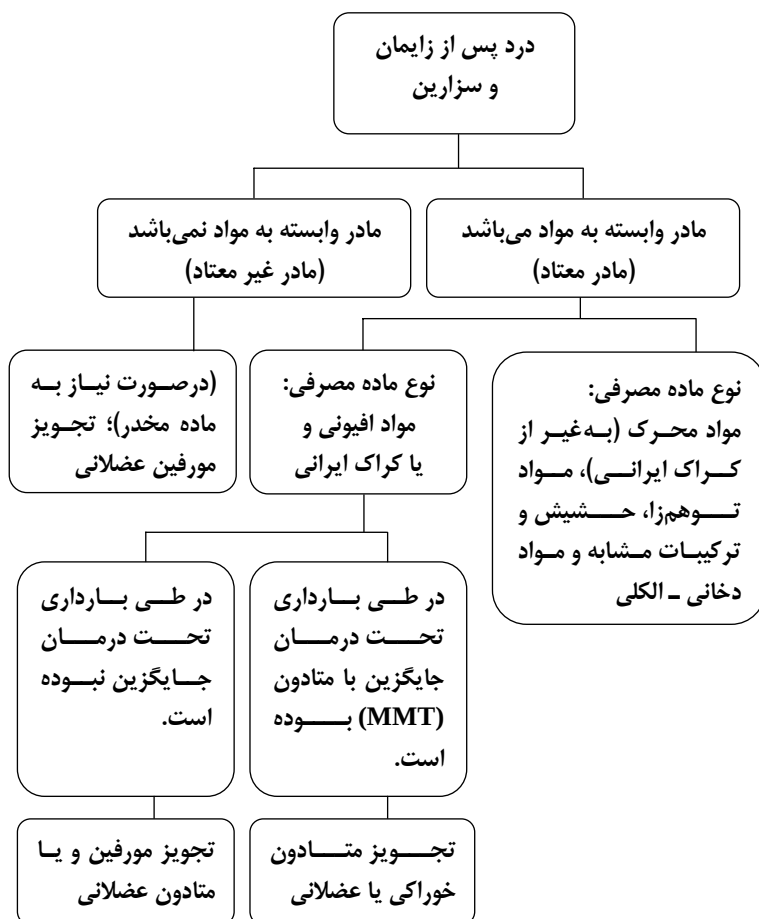


راهنمای ۱: الگوریتم پیشگیری یا کنترل علایم محرومیت در مادر باردار از هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی)





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





راهنمای ۳: کنترل صدای قلب جنین

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



راهنمای ۴: کنترل علائم حیاتی

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

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

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



راهنمای ۵: روش‌های کاهش درد غیردارویی

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



فهرست منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Text Revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Archie CL, Lee MI, Sokol RJ, Norman G. The effects of methadone treatment on the reactivity of the nonstress test. Obstet Gynecol. 74 (2): 254-5, 1989.
3. Babor, T.F., McRee, B.G., Kassebaum, P.A., Grimaldi, P.L., Ahmed, K., and Bray, J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. Substance Abuse 28 (3): 7-30, 2007.
4. Bell J, Ali R, et al. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of new born. NSW Department of Health, Commonwealth of Australia, 2006.



5. Center for Substance Abuse Prevention. Maternal Substance Use Assessment Methods Reference Manual: A Review Of Screening And Clinical Assessment Instruments For Examining Maternal Use Of Alcohol, Tobacco, And Other Drugs. CSAP Special Report 13. HHS Publication No. (SMA) 93-2059. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993.
6. Center for Substance Abuse Treatment. Pregnant, Substance-Using Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 2. HHS Publication No. (SMA) 93-1998. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993b.
7. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. HHS Publication No. SMA 05-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
8. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.
9. Center for Substance Abuse Treatment. Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 06-4214. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
10. Chasnoff I, Richard F, et al. The 4P's plus screen for substance use in pregnancy: Clinical application & outcomes. Journal of perinatology, 25; 368-74, 2005.
11. Dunlop AJ, Panjari M, O'Sullivan, H, Henschke, P, Love V, Ritter A, Lintzeris, N. Clinical guidelines for the use of buprenorphine in pregnancy. Fitzroy, Turning Point Alcohol and Drug Centre. 2003.



12. Edwards S.H, Humeniuk R, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): Guidelines for use in primary care, draft version 1.1 for field testing, Department of Mental health & Substance Dependence, WHO, 2003.
13. Finnegan, L. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. Addictive Diseases International Journal, 2, 141-58, 1975.
14. Fischer, G., Ortner, R., Rohrmeister, K., Jagsch, R., Baewert, A., Langer, M., and Aschauer, H. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: A double-blind, double-dummy comparison study. Addiction 101 (2): 275-81, 2006.
15. Kakko J, H. M. Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence in pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series. Drug and Alcohol Dependence, 96 (1-2), 69-78, 2008.
16. Kaltenbach, K., Berghella, V., and Finnegan, L. Opioid dependence during pregnancy: Effects and management. Obstetrics and Gynecology 25 (1): 139-151, 1998.
17. Jansson L, V. M. The opioid exposed newborn: assessment and pharmacologic management. J Opioid Manag, 5 (1), 47-55, 2009.
18. Johnston A, Mandell TW, Meyer M. Treatment of Opioid Dependence. Vermont Guidelines. Vermont State Approved Programs Publications, 2010.
19. Jones, H. E., Johnson, R. E., Jasinski, D. R., O'Grady, K. E., Chisholm, C. A., Choo, R. E. et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: Effects on the neonatal abstinence syndrome. Drug and Alcohol Dependence, 79, 2005. pp. 1-10.
20. Jones, H. E., Johnson, R. E., Jasinski, D. R., O'Grady, K. E., Chisholm, C. A., Choo, R. E. et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent



- patients: Effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 2005. pp. 1-10.
21. Lowinson.J. H, Ruiz P. Substance Abuse: A Comprehensive Text book .Lippincot Williams Wilkins. 4th ed. 2005
 22. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art.No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207. pub3.
 23. Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
 24. Morse B, Gehshan S. Screening for substance abuse during pregnancy: Improving care, improving health. Arlington, VA. National centre for education and child health, 2008.
 25. Morse B, Gehshan S, and Hutchins, E. Screening for Substance Abuse During Pregnancy: Improving Care, Improving Health. National Center for Education in Maternal and Child Health. 1997.
 26. Peachey, J.E., and Lei, H. Assessment of opioid dependence with naloxone. *British Journal of Addiction* 83 (2): 193-201, Reprinted with permission from Blackwell Publishing, Ltd, 1998.
 27. Scott E, Rosenstein S. Exposure to psychotropic medications and other substances during pregnancy and lactation: A hand book for health care providers. Centre for addiction and mental health, Canada, 2007.
 28. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned. United Nations Office on Drugs and Crime Publications, Vienna 2004.



29. Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. *Addiction*. Sep; 103 (9): 1429-40, 2008.
30. Wong S, Ordean A, Kahan M; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. *Int J Gynaecol Obstet*. 114 (2): 190-202, Aug 2011.
31. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO Publications, 2009.
32. Cunningham. Garry et al Williams Obstetrics (2010).
33. David H. Chestnut, *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice* (2004).
34. Haddad Lester M, Shannon Michael W. *Clinical Management of Poisoning and Drug overdose* (1998).
35. <http://dchq.ir>
36. <http://www.drannabi.com>
37. Jonathan Cohen, *Infectious Diseases* (2010).
38. Krzysztof M, Kuczkowski MD. Anesthetic Implications of Drug Abuse in Pregnancy, **Journal of Clinical Anesthesia** (2003), V15 P382-390.
39. Keegan Joan, et al. Addiction in Pregnancy, **Journal of Addictive Diseases** (2010) V2 P175-189.
40. Martin Richard J, Fanaroff Avroy A. **Neonatal-Perinatal Medicine**. Diseases of the Fetus and Infant (2010).



41. Nelson Lewis et al. Goldfrank's Toxicologic Emergencies (2010).
42. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn, Commonwealth of Australia (2006).
43. Ronald D, Miller et al. **Miller Textbook of Anesthesia** (2010).
44. Robert K. Stoelting, Stephen F. Dierdorf, **Anesthesia and Co-existing Disease** (2008).
45. UpToDate 2011.
46. William C. Shiel et al. Webster's New World Medical Dictionary (2008).
47. www.addictionpregnancy.ca - Pregnancy Related Issues in the Management of Addiction - PRIMA (2008)
۴۸. سالاری زهره، میرزایی فاطمه. بررسی ارتباط بین اعتیاد به مواد مخدر و دکولمان جفت. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، دوره چهاردهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۶.
۴۹. راهنمای بالینی و برنامه‌ریزی اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۶-۲۴ سال. اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس.
۵۰. کاپلان و سادوک، خلاصه روان‌پزشکی، جلد ۱، ترجمه حسن ربیعی و فرزین رضاعی (۲۰۰۳).
۵۱. وزیران، 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 (۱۳۸۴).