

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



درمان وابستگی به مواد افیونی در دوران بارداری

دکتر محمد باقر صابری زفرقندی
دانشیار روان پزشکی - مدیر گروه اعتیاد- دانشگاه
علوم پزشکی ایران
وبینار باز آموزشی- آبان-402

مصرف مواد در بارداری چه عوارضی دارد؟



□ زنان مصرف کننده مواد

✓ مراقبت اکافی در دوران بارداری ندارند.

✓ معمولاً سبک زندگی نامناسب دارند. برای مثال مصرف سیگار، تغذیه نامناسب، توجه ناکافی به وضعیت سلامتی، رفتارهای پرخطر جنسی، زندگی پر استرس، دوره های مسمومیت - محرومیت زیاد

✓ دوره های مکرر مسمومیت و ترک به جنین آسیب می زند و یا زایمان زودرس یا سایر عوارض را القا کند

چه عوارضی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شایع است؟

- ✓ کم-خونی
- ✓ فلبیت
- ✓ باکتری‌می/سپتی-سمی
- ✓ پنومونی
- ✓ بیماری قلبی، خصوصاً اندوکاردیت
- ✓ بهداشت دهان ضعیف
- ✓ بیماری-های منتقله از راه جنسی
- ✓ سلولیت
- ✓ کلامیدیا
- ✓ ادم
- ✓ گونوره-آ
- ✓ دیابت بارداری
- ✓ هرپس
- ✓ هیپاتیت (حاد و مزمن)
- ✓ فشار خون بالا/تاکیکاردی

چه عوارضی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شایع است؟

✓ عفونت-های مجاری ادرار

✓ سیستیت

✓ پیلونفریت

✓ اورتریت

✓ اچ-آی-وی

✓ سیفلیس

✓ کزاز

✓ سل

چه عوارضی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شایع است؟

- ✓ پارگی جفت
- ✓ خون‌ریزی بعد از زایمان
- ✓ کوریوآمنیونیت
- ✓ پرده‌اکلامپسی
- ✓ مرگ داخل رحمی
- ✓ زایمان زودرس
- ✓ تأخیر رشد داخل رحمی
- ✓ پارگی زودرس غشاءها
- ✓ خروج مکونیوم داخل رحمی
- ✓ ترومبوفلبیت عفونی
- ✓ نمرات آپگار پایین
- ✓ سقط خودبخودی
- ✓ نارسایی جفت

چگونه اعتیاد و یا اعتیاد به مواد افیونی در زنان باردار را تشخیص بدهیم؟

- ✓ زنان معتاد به مواد افیونی
آمنوره ایجاد شده در اثر سبک
زندگی پراسترس و ناسالم را با
ناباروری اشتباه می-گیرند.
- ✓ زنان معتاد ممکن است برای
سال-ها از نظر جنسی فعال
باشند و بدون آن که از وسایل
پیشگیری از بارداری استفاده
کنند، حامله نشوند.

- ✓ برخی زنان وابسته به مواد
افیونی به سهولت متوجه
بارداری نمی-شوند.
- ✓ نشانه-های بارداری مثل
خستگی، سردرد، تهوع و
استفراغ، دل پیچه را به
محرومیت از مواد افیونی
نسبت می-دهند.

تشخیص اعتیاد و شانس بارداری با شروع درمان

✓ چرا افزایش شانس بارداری؟

✓ متادون کارکردهای اندوکراین را به حالت طبیعی بازمی‌گرداند.

✓ بنابراین این ممکن است زنان در مراحل اولیه درمان دارویی به صورت ناخواسته باردار شود.

✓ استفاده از آنتاگونیست‌های

مواد افیونی برای تشخیص اعتیاد در زنان بارداری مطلقاً ممنوع است.

✓ حتی القای محرومیت خفیف

می‌تواند باعث زایمان زودرس یا سایر عوارض جانبی جنینی گردد.

استاندارد درمان مصرف افیون ها در بارداری کدام است؟

✓ درمان نگهدارنده با آگونیست مثل متادون در افراد باردار همان منافی را در بردارد که در سایر بیماران به صورت عمومی دیده می-شود.

✓ درمان نگهدارنده با متادون دسترسی به مراقبت بارداری و نوزادی را افزایش می دهد.

✓ درمان نگهدارنده درمان انتخابی و استاندارد است.

✓ داروی آگونیست مثل متادون به صورت اساسی نوسانات در سطوح خونی مواد اُپیوئیدی مادر را کاهش می دهد.

✓ مواجهه داخل رحمی با آگونیست ها مثل متادون خطر ناهنجاری-های جنینی را افزایش نمی-دهد.

درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین؟

✓ درمان با متادون در ایران
بیشتر توصیه می شود چون:

✓ امکان نظارت بر آن بیشتر
است.

✓ احتمال مصرف نابجا در دوز
منزل کمتر است.

✓ دارو بیشتر و ارزان تر در
دسترس است.

✓ درمان نگهدارنده با متادون از
نظر ماندگاری در درمان بر
بوپرنورفین ارجحیت ندارد

✓ برخی مطالعات می گویند
سندرم پرهیز نوزادی به صورت
معنی داری با بوپرنورفین از
متادون کم تر است.

چه زمانی درمان با آگونیسست را شروع کنیم؟

✓ بازگیری از مواد موفق نیست
چون بارداری یک عامل خطر
عود است و احتمال عود را به
شدت افزایش می دهد.

□ اگر قبل از بارداری مراجعه
نمایند

✓ باید درمان نگهدارنده را شروع
کرد

چه زمانی درمان با آگونیست را شروع کنیم؟

- اگر زنان روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست باردار شوند.
- ✓ باید بیماران را تشویق نمود تا پایان بارداری درمان نگهدارنده خود را قطع نکنند.
- ✓ بازگیری از مواد افیونی یک گزینه درمانی پرخطر محسوب می شود، زیرا احتمال عود پس از بازگیری بالاست و عود اثرات منفی بر سیر بارداری و زایمان خواهد داشت.

سم زدایی یا درمان نگهدارنده

✓ انتخاب اصلی درمان نگهدارنده است.

✓ علایم بازگیری از مواد افیونی شدید می-تواند باعث القای سقط خودبخودی در سه ماهه اول یا زایمان زودرس در سه ماهه سوم بارداری گردد.

در طول بارداری میزان دارو تغییر می کند؟

✓ ممکن است لازم باشد با پیش-رفت بارداری در سه ماهه دوم و سوم دوز متادون افزایش داده شود.

□ با پیش-رفت بارداری به علل زیر زیست-فراهمی متادون کاهش می-یابد:

✓ افزایش سوخت-وساز

✓ افزایش حجم پلاسما

✓ افزایش پروتئین-های پلاسما

که به متادون متصل

می-شوند

✓ متابولیسم جفتی متادون

چرا دوز پایین متادون در دوران بارداری نه؟

✓ لذا ترجیحا دوز دارو در
بالاترین سطح درمان حفظ می
شود

✓ خطر بروز سندرم پرهیز
نوزادی را پایین نمی-آورد.
✓ کاهش دوز متادون می-تواند
منجر به تداوم مصرف مواد و
افزایش خطر هم برای مادر و
هم جنین شود

مراحل القاء و تثبیت

✓ اگر زن باردار بر روی متادون
نباشد، توصیه می-شود:

✓ درمان به روش استاندارد
سرپایی برای بیمار القاء شود.

✓ در بیمارستان (برای حدود 3
روز) بستری تا وضعیت
ارزیابی از نظر بارداری و
وابستگی فیزیولوژیک به مواد
افیونی انجام و درمان
نگهدارنده با متادون شروع
شود.

✓ زنانی که پیش از بارداری
متادون می-گرفتند باید در
اوایل بارداری با همان دوز به
درمان خود ادامه دهند

شروع مرحله القاء

✓ در صورت القای درمان به صورت سرپایی دو نوبت ویزیت در روز باید تا زمان تثبیت بیمار ادامه یابد.

✓ اکثر زنان باردار در عرض 48 تا 72 ساعت بر روی متادون تثبیت می-شوند.

✓ شروع درمان با دوز 10 تا 30 میلی-گرم در صبح است.

✓ باید از بیمار خواسته شود بعد از ظهر برای ارزیابی پیگیری مراجعه نماید و بر اساس پاسخ درمانی دوز اولیه را می-توان با 10 تا 20 میلی-گرم متادون بیشتر تکمیل نمود.

دوز منقسم

✓ در سه ماهه دوم و سوم
تجویز متادون در دوزهای
منقسم 12 ساعته بهتر می-
تواند علائم محرومیت و
وسوسه مواد افیونی و
مصرف هم-زمان مواد محرک
را کاهش دهد.

✓ تغییرات دوران بارداری باعث
کاهش نیمه-عمر متادون می-
شود.

✓ رژیم-های دوز منقسم متادون
در سه ماه دوم و سوم
بارداری پذیرفته شده است.

درمان بیش-مصرف حاد مواد افیونی در بارداری

✓ نالوکسان:

✓ یک آنتاگونیست خالص کوتاه اثر اپیوئیدیاست.

✓ درمان دارویی انتخابی برای بیش-مصرف مواد افیونی است.

✓ چون القای محرومیت خطر سقط و زایمان زودرس را افزایش می-دهد لذا در زنان باردار بعنوان آخرین گزینه در نظر گرفته شود.

✓ بیش-مصرف مواد افیونی در بارداری:

✓ هم مادر باردار

✓ و هم جنین او را به مخاطره می-اندازد.

درمان بازگیری با متادون

✓ بازگیری یا «سم-زدایی» با استفاده متادون در زنان باردار توصیه نمی-شود:

✓ زیرا خطر عود به مصرف مواد با این روش درمانی بسیار بالاست.

✓ بازگیری از ترکیبات افیونی در سه ماهه اول بارداری با افزایش خطر عوارض زایمان همراه باشد.

✓ بازگیری از ترکیبات افیونی در سه ماهه سوم بارداری می-تواند با دیسترس و مرگ جنین همراه باشد.

✓ اگر بازگیری در طول بارداری مورد نظر قرارگیرد، باید در سه ماهه دوم انجام گیرد.

تداوم درمان پس از زایمان

✓ در زنانی که درمان نگهدارنده را در طول بارداری شروع کرده-اند، با دوز تقریباً نصف دوز سه ماهه سوم تداوم یابد.

✓ پس از تولد نوزاد با توجه به برگشت تغییرات فیزیولوژیک بدن مادر دوز متادون باید کاهش داده شود.

✓ پس از زایمان درمان در زنانی که پیش از بارداری روی متادون بوده-اند با دوز مشابه پیش از بارداری ادامه یابد

شیردهی

- ✓ باید زنان روی درمان نگهدارنده با متادون را به شیردهی تشویق کنیم مگر:
 - ✓ اچ-آی-وی مثبت باشد.
 - ✓ مواد غیرقانونی همچون شیشه یا الکل سوء مصرف کند.
 - ✓ به بیماری دیگری که ممنوعیت شیردهی محسوب می-گردد مبتلا باشد.
- ✓ هپاتیت سی دیگر یک مورد ممنوعیت شیردهی به حساب نمی-آید.
- ✓ گرچه متادون در شیر مادر قابل ردیابی است، اما مطالعات نشان داده-اند، انتقال متادون به داخل شیر مادر صرف نظر از دوز مادر بسیار جزئی است.

سندرم پرهیز نوزادی

✓ سندرم پرهیز نوزادی درمان نشده می-تواند باعث بروز دیسترس قابل توجه و در موارد نادر تشنج در نوزاد شود.

✓ وقوع و شدت ترک نوزادی بسیار غیر قابل پیش-بینی است.

✓ نوزادان متولد شده از مادران وابسته به مواد افیونی یا مادران روی درمان نگهدارنده با متادون ممکن است پس از تولد دچار علایم محرومیت از مواد افیونی شوند که به آن در طب اعتیاد «سندرم پرهیز نوزادی» گفته می-شود.

علائم ترک نوزادی

✓ نوزادان مبتلا به سندرم پرهیز نوزادی اغلب شدیداً مشمت یا شست خود را می-مکند، اما ممکن است به علت ناهماهنگی رفلکس مکیدن در گرفتن سینه و شیر خوردن مشکل داشته باشند.

✓ علائم ترک معمولاً در طول 72 ساعت بعد از تولد ایجاد می-شوند اما ممکن است در شمار اندکی از موارد 7-14 روز به تأخیر افتد.

✓ سندرم پرهیز نوزادی ممکن است خفیف یا گذرا باشد، شروع تأخیری داشته یا شدت آن به صورت پله-ای افزایش یابد

علائم ترک تأخیری

✓ تشخیص افتراقی سندرم پرهیز
نوزادی شامل هیپوگلیسمی،
هیپوکلسمی، سپسیس و
بیماری‌های نورولوژیک
می‌شود.

✓ در علائم ترک تأخیری این
احتمال وجود دارد که متادون
همراه با بنزودیازپین مصرف
شده باشد.

✓ نوزادان نارس نیز معمولاً
علائم خفیف‌تری دارند و
علائم در آن‌ها با تأخیر
شروع می‌شود.

نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی

نشانه‌های شایع

- ✓ تحریک پذیری و بهم‌ریختگی خواب
- ✓ آب‌ریزش بینی
- ✓ مکیدن مشت
- ✓ گریه‌ همراه با جیغ
- ✓ مدفوع آبکی
- ✓ بیش‌فعالی عمومی
- ✓ مکش ناکارآمد هنگام شیر خوردن
- ✓ وزن‌گیری کم
- ✓ دوست نداشتن نورهای شدید
- ✓ لرزش
- ✓ افزایش تعداد تنفس

علائم کمتر شایع

- ✓ خمیازه کشیدن
- ✓ استفراغ
- ✓ تولید موکوس افزایش یافته
- ✓ پاسخ افزایش یافته به صدا
- ✓ تشنج (نادر)

دوز متادون مادر و میزان سندرم پرهیز نوزادی

- ✓ بیشتر مطالعات هیچ رابطه‌ای بین این دو نیافته‌اند.
- ✓ به دلیل نیمه عمر طولانی‌تر متادون، سندرم پرهیز نوزادی ناشی از متادون ممکن است از هروئین طولانی‌تر باشد

درمان سندرم پرهیز نوزادی

✓ درمان حمایتی شامل حداقل رساندن محرک-های محیطی و کمک به آرامش نوزاد :
✓ شامل:

- ✓ آرام کردن نوزاد از طریق نزدیک نگه داشتن به بدن و قنداق کردن
- ✓ پاک کردن دهان و بینی از ترشحات
- ✓ استفاده از یک پستانک برای تسکین تمایل افزایش یافته به مکیدن
- ✓ تغذیه مکرر با حجم اندک

✓ با مراقبت و در صورت نیاز دارودرمانی مناسب، سندرم پرهیز نوزادی بدون عارضه خاصی قابل درمان است.

اندیکاسیون-های درمان دارویی

✓ تشنج

✓ از دست دادن وزن (شیر
نخوردن، اسهال و استفراغ،
دهیدراتاسیون)

✓ خواب ناکافی

✓ تب

✓ گزینه-های درمانی

✓ محلول خوراکی مورفین

هیدروکلراید 05/0% که در

هر میلی-لیتر آن 5/0

میلی-گرم مورفین وجود دارد.



S6