

اعتیاد و درمان آن در دوران بارداری

Addiction and Its Treatment during Pregnancy



Corresponding author:
Bita Mirzaei; MD

E-mail: bita_mirzaei@yahoo.com

نویسنده مسئول: دکتر بیتا میرزایی؛

پزشک درمانگر و پژوهشگر اعتیاد، کمیته آموزش و پژوهش انجمن مراکز درمان اعتیاد خراسان رضوی، مشهد، ایران؛ قائم مقام و نایب رئیس انجمن مراکز درمان اعتیاد خراسان، مشهد، ایران

How to cite this article: Mirzaei B. Addiction and Its Treatment during Pregnancy. *J Mashhad Med Counc* 2016;20:115-7.

سوءمصرف مواد مخدر در دوران بارداری همواره یکی از چالش‌های درمان اعتیاد بوده است زیرا زنان باردار وابسته به مواد مخدر با مشکلات متعدد جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی مواجه هستند. این مشکلات بر پیشرفت فرایند درمان آن‌ها تأثیرگذار هستند و این افراد معمولاً همکاری کمتری با پزشک درمانگر دارند که این مقاومت نتیجه تجربیات ناخوشایند زندگی خانوادگی و اجتماعی آن‌ها است. به علاوه، درمان اعتیاد در دوران بارداری باید به عنوان یک شرایط خاص مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر، آموزش‌های مبنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده می‌توانند در انجام مراقبت‌های بارداری مؤثر باشند. بنابراین، وجود خدمات جامع و یکپارچه و پروتکل درمانی خاص برای زنان باردار وابسته به مواد مخدر ضروری است و افزایش آگاهی و درک لازم از سوءمصرف مواد مخدر از نظر اخلاقی، امنیتی، قانونی، پزشکی و اجتماعی در کاهش موانع درمانی و جلوگیری از بروز عوارض بعدی مؤثر می‌باشد.

اپیدمیولوژی اعتیاد در دوران بارداری

براساس آمار گزارش شده در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶، در ایالات متحده آمریکا ۱۰٪ زنان باردار مصرف‌کننده مواد مخدر بودند که ۲۷٪ آن‌ها هروئین مصرف می‌کردند. در انگلستان ۱۶٪ زنان باردار وابسته به مواد مخدر بودند. آمار سازمان بهداشت جهانی نشان‌دهنده وابستگی ۱۰-۵٪ زنان باردار به مواد مخدر بود. لکن در ایران گزارش‌ها و آمار دقیقی از میزان اعتیاد در دوران بارداری موجود نیست.

عوارض اعتیاد در دوران بارداری

عوارض زایمانی مصرف مواد مخدر شامل پارگی جفت، کوریوآمینیوت، مرگ داخل رحمی، نارسایی جفت، خونریزی پس از زایمان، سقط جنین خود بخودی، ترومبوفلیت عفونی و پارگی زودرس کیسه آب می‌باشد. اما سوءمصرف مواد مخدر توسط مادر در دوره‌های مکرر سبب مسمومیت و محرومیت در جنین می‌شود و اثراتی مانند نمره آپگار پایین، هیپوکسمی داخل رحمی، کاهش وزن، آسفیکسی، خونریزی داخل جمجمه، هیپوگلیسمی، مسمومیت خون و هیپربیلی روبینمی بر جنین و نوزاد دارد. عوارض مختلف سوءمصرف مواد مخدر در دوران بارداری و عوارض نوزادی و بلندمدت آن با توجه به نوع ماده مصرفی متفاوت است. برای نمونه؛ نیکوتین سبب سقط جنین، زایمان زودرس، تأخیر رشد داخل رحمی، پارگی جفت، کم‌وزنی زمان تولد، پارگی زودرس کیسه آب و جفت سر راهی می‌شود، و همچنین موجب عوارضی مانند آسم در دوران کودکی، مشکلات رفتاری و بیش‌فعالی کودکان در سال‌های آتی می‌شود. مصرف ماری‌جوآنا برای مادران اثرات یکسانی را در دوران بارداری ندارد و تأثیراتی مانند رفتارهای عصبی، بیش‌فعالی، بزهکاری و اختلالات خواب را در کودکان متولد شده به همراه دارد.

زایمان زودرس، تأخیر رشد داخل رحمی، مسمومیت حاملگی، خونریزی در دوران بارداری و پس از زایمان و کاهش وزن نوزاد در زمان تولد از جمله عوارض ناشی از مصرف هروئین در دوران بارداری هستند. همچنین، سندرم محرومیت نوزادی آن بیشتر از سایر مواد است و می‌تواند افسردگی، اضطراب، بیش‌فعالی، کم‌توجهی و مشکلات رفتاری، تکاملی و یادگیری را در کودکان ایجاد کند. مسمومیت حاملگی، تأخیر رشد داخل رحمی، مرگ جنین، آنومالی‌های مادرزادی و مشکلات عصبی، قلبی و رفتاری از جمله عوارض مصرف آمفتامین‌ها در دوران بارداری می‌باشند. سندرم محرومیت نوزادی و در برخی موارد استراییسم به عنوان تنها عوارض ناشی از مصرف متادون در دوران بارداری گزارش شده‌اند.

ارزیابی و تشخیص اعتیاد در زنان باردار

ارزیابی اعتیاد باید به صورت بخشی از معاینه عمومی در هر نوبت ویزیت مراقبت بارداری، ویزیت قبل از بارداری، معاینات سه ماهه و پس از زایمان برای کلیه مراجعه‌کنندگان مراکز مراقبت‌های بارداری انجام شود.

ابزارهای غربالگری

ابزار مناسب غربالگری اعتیاد برای خانم‌های باردار باید قابلیت تکرار و انجام در کوتاه‌ترین زمان ممکن را برای همه مراجعه‌کنندگان داشته باشد. بنابراین، استفاده از ابزارهایی مانند آزمایش خون و ادرار و بررسی اختلالات جسمی احتمالی ناشی از مصرف مواد مخدر برای غربالگری نامناسب هستند. بر این اساس، آزمون‌هایی برای غربالگری طراحی شده‌اند که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و مراقبت‌های بارداری بتوانند از میان مراجعین، افراد سوءمصرف‌کننده مواد را شناسایی کنند. این آزمون‌ها شامل آزمون‌های چهار سؤالی، دو سؤالی، پنج سؤالی و آزمون Assist می‌باشند و از پرسش‌هایی با پاسخ‌های بسته (بلی و خیر) تشکیل شده‌اند. پرسشنامه Assist توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ایجاد روشی ساده برای غربالگری مصرف خطرآفرین، آسیب‌رسان یا وابستگی به مواد و الکل طراحی شد. محتوای مورد توجه در این پرسشنامه شامل سابقه تزریق، سوءمصرف موادی که افراد در طول عمر و سه ماه گذشته داشته‌اند، مشکلات مرتبط با مصرف مواد و خطر آسیب و وابستگی است.

غربالگری با نتیجه منفی باید در اولین مراجعه، پایان هر ماه، معاینات سه ماهه بارداری، پس از زایمان و در دوران شیردهی تکرار شود. در صورت مثبت بودن نتیجه غربالگری، مادران باید از تهدیدی که مصرف مواد برای سلامت آن‌ها و جنین دارد، آگاهی یابند. همچنین، این افراد تحت آموزش و اطلاع‌رسانی قرار گیرند و در نهایت، هر چه زودتر برای درمان به پزشک مربوطه ارجاع داده شوند. سپس، ارتباط میان مرکز بهداشتی-درمانی و مامای شاغل در آن مرکز (یا متخصص زنان) و پزشک درمانگر اعتیاد شروع می‌شود. تا هنگام زایمان باید با یک کار تیمی و گزارش‌دهی مراحل درمان، وضعیت جسمی و روحی بیمار به یکدیگر، روند مراقبت و درمان را پیش ببرند. بنابراین، از لحاظ مسائل قانونی اخذ رضایت بیمار به منظور به اشتراک گذاشتن اطلاعات مرتبط با سلامت بیمار میان پزشک درمانگر اعتیاد و زایشگاه، بیمارستان و متخصص زنان، اطفال و بیهوشی، ضروری است. در دوران بارداری برای این افراد باید حداقل هفته‌ای یک نوبت آزمایش ادرار از نظر مصرف مواد مختلف انجام شود. در ویزیت‌های هفتگی ارزیابی علائم محرومیت، میزان پیروی از برنامه‌های درمان اعتیاد و مراقبت‌های بارداری، تست ادرار و تجویز دوز داروی درمان اعتیاد مادر باردار وابسته به مواد مخدر باید انجام شود. در هفته ۲۴ تا ۳۴ بارداری، مشاوره با متخصص بیهوشی و ارتباط با متخصص اطفال ضروری است.

به منظور برنامه‌ریزی برای زایمان ارتباط با متخصص زنان و اعلام وضعیت دوز دارویی بیمار و اقدامات انجام شده الزامی است و باید یک خلاصه گزارش درمان و دوز مصرفی به صورت کتبی همراه بیمار باشد. اختلالات روانپزشکی در خانم‌های باردار به علت سوءمصرف مواد مخدر شامل اضطراب، افسردگی، هذیان، توهم و افکار آسیب‌رسانی به خود یا نوزاد می‌باشند که در صورت بروز این موارد، بیمار باید علاوه بر خدمات مشاوره‌ای، در صورت نیاز به روانپزشک نیز ارجاع داده شود. ارزیابی تأخیر رشد داخل رحمی و دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان پایش‌هایی هستند که در دوران بارداری برای مادران سوءمصرف‌کننده مواد ضروری می‌باشند.

درمان سوءمصرف مواد در دوران بارداری

سم‌زدایی از مواد و یا حذف داروی آگونیست در دوران بارداری دارای خطر زیادی است زیرا سم‌زدایی با بروز مجدد علائم بالینی و عوارض آن، خطر القای سقط جنین خودبه‌خودی در سه ماهه اول بارداری و زایمان زودرس در سه ماهه سوم همراه است. بنابراین، درمان نگهدارنده با متادون به‌عنوان درمان استاندارد توصیه می‌شود که علاوه بر دارا بودن منافع درمان نگهدارنده در اعتیاد به صورت عمومی، افزایش مراقبت‌های بارداری و نوزادی را نیز به همراه دارد. همچنین، این روش درمانی سبب کاهش نوسانات سطح خونی اپیوئید می‌شود که برای مادر و جنین شرایط با ثبات‌تری را فراهم می‌کند.

امروزه، متادون و بوپرنورفین داروهای مورد تأیید درمان اعتیاد هستند. در زمینه ایمنی و اثربخشی متادون نسبت به بوپرنورفین در درمان اعتیاد زنان باردار پژوهش‌های بیشتری انجام شده است. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که نه تنها مواجهه با متادون خطر ناهنجاری جنینی را افزایش نمی‌دهد بلکه ماندگاری درمان این افراد در MMT (درمان نگهدارنده با متادون) بیشتر است. البته لازم به ذکر است که اخیراً شواهدی از کاهش میزان زایمان زودرس، افزایش وزن در زمان تولد و بالا رفتن سایش سر جنین در مصرف بوپرنورفین نسبت به متادون در شرایط وابستگی مادر باردار به مواد مخدر گزارش شده است. از آن‌جا که در دوران بارداری کاهش فراهمی زیستی متادون وجود دارد که ناشی از افزایش سوخت و ساز، حجم پلاسما و پروتئین‌های اتصالی و متابولیسم جفتی متادون می‌باشد، توصیه می‌شود در سه ماهه دوم و سوم بارداری دوز متادون افزایش یابد. به‌علاوه، در سه ماهه دوم و سوم دوز منقسم در نظر گرفته شود. بنابراین، دو نوبت ویزیت در روز تا زمان تثبیت دوز درمانی مناسب لازم است و سپس هفته‌ای یک نوبت ویزیت تا زمان زایمان باید صورت پذیرد. باید خاطر نشان کرد که در دوره القاء دوز دارو، ثبت حرکات جنین در فواصل معین لازم است. در صورتی که ضرورتی به سم‌زدایی در دوران بارداری وجود داشته باشد، فقط در سه ماهه دوم این دوران سم‌زدایی تحت شرایط و مراقبت شدید جایز است. در صورت ایجاد دیسترس جنینی یا تهدید زایمان زودرس باید سم‌زدایی یا بازگیری از متادون متوقف شود. لذا کاهش دوز به میزان ۱۰-۲/۵ mg در هفته برای بیماران سرپایی و به میزان ۲/۵-۱ mg در روز برای بیماران بستری توصیه می‌شود.

پس از زایمان دوز متادون مشابه پیش از بارداری یا تقریباً نصف دوز سه ماهه سوم خواهد بود اما به طور کلی تنظیم دوز مانند همیشه براساس علائم مسمومیت یا محرومیت می‌باشد. لکن تاکنون مطالعات کمی در زمینه پایش غلظت خونی مطمئن متادون انجام شده است. با توجه به اینکه دوران پس از زایمان زمانی است که بیشترین احتمال قطع دارو توسط مادر وجود دارد، باید در این دوران مداخلات درمانی و تست‌ها را به منظور ماندگاری این بیماران در پروسه درمان افزایش داد و تفاوت‌های دارو درمانی و مصرف مجدد مواد را برای بیمار بیان کرد. از آن‌جایی که در دوران شیردهی انتقال متادون به شیر بسیار جزئی است، محدودیت دوز در این دوره لازم نیست. همچنین، در خصوص سندرم پرهیز نوزادی که ممکن است با دیسترس و تشنج همراه باشد، نگرانی وجود ندارد زیرا این سندرم قابل درمان است و باید توجه داشت که کاهش دوز با کاهش خطر

بهداشتی ارائه‌کننده مراقبت‌های بارداری، متخصصین زنان و پزشکان درمانگر اعتیاد به منظور اجرای یک برنامه درمانی جامع در زنان سوءمصرف‌کننده مواد ضروری به نظر می‌رسد.

سندرم پرهیز نوزادی همراه نیست. در نهایت، با توجه به حساسیت و نکات خاص ذکر شده در مراقبت‌های سلامت و درمان مادران باردار وابسته به مواد مخدر، وجود یک کار تیمی و مشارکتی بین مراکز

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

کد مقاله: ۷۲۰۶ نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

References

1. Honari F, Miri M, Moasheri BN. Evaluating the effect of educational intervention based on Theory of Planned Behavior on prenatal care of addicted pregnant women. *J Birjand Univ Med Sci* 2016;23:66-77. (In Persian)
2. Savadzadeh Sh. Consulting addicted in women during pregnancy. *Holistic Nurs Midwifery J* 2008;18:44-50. (In Persian)
3. Shiu JR, Ensom MH. Dosing and monitoring of methadone in pregnancy: literature review. *Can J Hosp Pharm* 2012;65:380-6.
4. Jones HE, Jansson LM, O'Grady KE, Kaltenbach K. The relationship between maternal methadone dose at delivery and neonatal outcome: methodological and design considerations. *Neurotoxicol Teratol* 2013;39:110-5.
5. Brogly SB, Saia KA, Walley AY, Du HM, Sebastiani P. Prenatal buprenorphine versus methadone exposure and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2014;180:673-86.
6. Wilder C, Lewis D, Winhusen T. Medication assisted treatment discontinuation in pregnant and postpartum women with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2015;149:225-31.
7. Zedler BK, Mann AL, Kim MM, Amick HR, Joyce AR, Murrelle EL et al. Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child. *Addiction* 2016;111:2115-2128.
8. Jumah NA. Rural, Pregnant, and Opioid Dependent: A Systematic Review. *Subst Abuse* 2016;10:35-41.