

**راهنمای کشوری بیمارستانی**  
**ملاحظات بالینی هنگام زایمان**  
**در مادران وابسته به مواد مخدر**

ویرایش دوم - ۱۳۹۹

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران

با مشارکت

دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و مبارزه با سوء مصرف مواد

انجمن آنستزیولوژی و مراقبتهای ویژه ایران

## طراحی و اجرا

✓ اداره سلامت مادران ، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

با مشارکت

✓ دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و مبارزه با سوء مصرف مواد

✓ انجمن آنستزیولوژی و مراقبتهای ویژه ایران

## متخصصین محترم که در ویرایش دوم مجموعه همکاری داشته اند:

✓ اسلامیان، دکتر لاله. پریناتولوژیست

✓ امام هادی، دکتر محمد علی. متخصص مسمومیتها و پزشکی قانونی

✓ بهناز، دکتر فرانک. متخصص بیهوشی

✓ حسنی، دکتر ولی الله. متخصص بیهوشی

✓ حنطوش زاده، دکتر صدیقه. پریناتولوژیست

✓ رحیم زاده، دکتر پوپک. متخصص بیهوشی

✓ سالاری، دکتر زهره. متخصص زنان و زایمان

✓ کاشانیان، دکتر مریم. متخصص زنان و زایمان

✓ مددی، دکتر فیروزه. متخصص بیهوشی

✓ میرخشتی، دکتر علیرضا. متخصص بیهوشی

✓ میرزایی، دکتر فاطمه. پریناتولوژیست

## متخصصین محترم که در ویرایش اول مجموعه همکاری داشته اند:

### گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه

✓ آریا فر، دکتر محمد. دانشگاه آزاد اسلامی

✓ پسته ای، دکتر سید خلیل. دانشگاه علوم پزشکی تهران

✓ جبل عاملی، دکتر میترا. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

✓ حسنی، دکتر ولی الله. دانشگاه علوم پزشکی ایران

✓ رحیم زاده، دکتر پوپک. دانشگاه علوم پزشکی ایران

✓ رحیمی، دکتر مجتبی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

✓ رضوی، دکتر سید سجاد. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

✓ روشنی، دکتر بهمن. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

✓ سلیمی، دکتر علیرضا. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

✓ شکرانی فر، دکتر شهرام. دانشگاه علوم پزشکی ایران

✓ صابر مقدم رنجبر، دکتر محسن. دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

✓ صادقی، دکتر مصطفی. دانشگاه علوم پزشکی تهران

✓ صمدی، دکتر شهرام. دانشگاه علوم پزشکی ایران

✓ عطاری، دکتر محمدعلی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

✓ عبدالله زاده بقایی، دکتر علیرضا. دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

✓ فریدی، دکتر نسرین. دانشگاه علوم پزشکی تهران

✓ فکرت، دکتر فریدون. دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

✓ مقصودلو، دکتر مازیار. دانشگاه علوم پزشکی تهران

✓ یوسفی، دکتر ابوالقاسم. دانشگاه علوم پزشکی تهران

متخصصین محترم که در ویرایش اول مجموعه همکاری داشته اند :

گروه زنان و زایمان

- ✓ اسلامیان، دکتر لاله . دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ✓ حنطوش زاده، دکتر صدیقه . دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ✓ طاهری پناه، دکتر ربابه . دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ✓ کاشانیان، دکتر مریم . دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ✓ ملک خسروی، دکتر شهره . دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

گروه مسمومیتها و پزشکی قانونی

- ✓ امام هادی، دکتر محمدعلی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ✓ خدابنده، دکتر فریده. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

متخصصین محترم که در ویرایش اول مجموعه همکاری داشته اند :

سایر گروهها

- ✓ تاشی، شهره. کارشناس ارشد مامایی و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ✓ تیزآهنگی، مهین. کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
- ✓ صالحی، دکتر مهرداد . متخصص روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ✓ کاظمی، شیوا. کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
- ✓ میرمیران، دکتر پریناز. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ✓ مدنی، دکتر زهره. پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
- ✓ هاشمی فشارکی، دکتر منصور. فارماکولوژیست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

شماره صفحه

عنوان مطلب

۷	.....	مقدمه
۸	.....	آشنایی با مجموعه
۹	.....	اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان
۱۰	.....	اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد
۱۳	.....	نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر
۱۴	.....	نکات مهم هنگام ارزیابی مادر وابسته به مواد (یا مشکوک به وابستگی)
		تعاریف (به ترتیب حروف الفبا)
۱۵	.....	• ارزیابی سطح هوشیاری
۱۵	.....	• ارزیابی علائم حیاتی
۱۶	.....	• استفاده از دارو به صورت تیره
۱۶	.....	• اختلال مصرف مواد
۱۶	.....	• اعتیاد
۱۷	.....	• تحمل
۱۷	.....	• تشخیص اختلال سوء مصرف مواد
۱۷	.....	• مسمومیت
۱۸	.....	• معتاد - وابسته به مواد
۱۸	.....	• نشانه های محرومیت - سندرم محرومیت - علائم ترک
۱۸	.....	• وابستگی به مواد

## عنوان مطلب

شماره صفحه

### اقدامات حمایتی

- ۲۰ ..... راهنمای اقدامات حمایتی (به ترتیب حروف الفبا).....
- ۲۰ ..... • افزایش درجه حرارت (بیشتر از ۳۸ درجه).....
- ۲۱ ..... • افزایش ضربان قلب (بیش از ۱۱۰ بار در دقیقه).....
- ۲۱ ..... • افزایش فشار خون.....
- ۲۲ ..... • بی قراری یا اضطراب.....
- ۲۲ ..... • تشنج.....
- ۲۳ ..... • تهوع و استفراغ.....
- ۲۴ ..... • دستور عمل تجویز مخدر جایگزین برای کنترل علائم محرومیت.....
- ۲۴ ..... • دستور عمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان.....
- ۲۵ ..... • درد عضلات.....
- ۲۵ ..... • سم زدایی از دستگاه گوارش.....
- ۲۶ ..... • کاهش تعداد تنفس (کمتر از ۱۶ بار در دقیقه) همراه با دستور عمل تزریق نالوکسان.....

## عنوان مطلب

گروه‌های مختلف مواد مخدر

شماره صفحه

- مواد افیونی Opiates - تریاک، شیره، هرویین، مورفین، کدئین..... ۲۹
- مواد محرک Stimulants - کوکائین، کراک (هرویین + مت آمفتامین)، آمفتامین، متامفتامین (شیشه یا کریستال، آیس یا یخ، کرانک، گچ)، اکستازی (MDMA)، نیکوتین، کافئین..... ۳۵
- مواد توهم زا Hallucinogens - اسید (LSD)، فن سیکلیدین (PCP)، کتامین (Ketamine)..... ۴۵
- حشیش و ترکیبات مشابه Cannabis - حشیش، علف، گراس، بنگ، ماری جوانا..... ۴۹
- مواد دخانی Tobacco - سیگار، پیپ، قلیان، چپق..... ۵۵
- مواد الکلی Alcoholic beverages..... ۵۹
- گروه داروهای بنزودیازپین Benzodiazepins Drugs..... ۶۱

## راهنماها

- راهنمای شماره ۱) الگوریتم پیشگیری یا کنترل علائم محرومیت در مادر بارداراز هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی)..... ۶۳
- راهنمای شماره ۲) الگوریتم تسکین دردهای پس از زایمان در صورت نیاز به داروهای مخدر (مرور سریع و کلی)..... ۶۴
- راهنمای شماره ۳) کنترل صدای قلب جنین..... ۶۵
- راهنمای شماره ۴) کنترل علائم حیاتی..... ۶۵
- راهنمای شماره ۵) روش های کاهش درد غیر دارویی..... ۶۶

## مقدمه

افزایش کیفیت مراقبت‌های حین بارداری و زایمان، بهبود تکنیک‌های بیهوشی، دسترسی به مراکز درمانی با کارکنان متخصص و آموزش دیده و نیز در دسترس بودن فراورده های خونی باعث شده اند که مرگ و میر مادران بطور قابل توجهی کاهش یابد. اما مرگ مادران همچنان رابطه مستقیمی با عوامل اجتماعی موثر بر سلامتی دارد و اعتیاد به مواد مخدر یک مثال اختصاصی در این مورد است.

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

متأسفانه در سالهای اخیر تعداد مادران باردار وابسته به مواد رو به افزایش بوده و مواردی از مرگ مادران معتاد به اداره سلامت مادران گزارش شده که یا به علت مستقیم مسمومیت با مواد و یا به علت عوارض مامایی (که احتمال بروز آنها همراه با مصرف مواد بیشتر می شود) رخ داده است.

با توجه به موارد فوق و همچنین درخواست همکاران محیطی، تهیه مجموعه ای برای آشنایی متخصصین و سایر ارائه دهندگان خدمت با گروههای مختلف مواد مخدر و نحوه درمان عوارض آن به خصوص در هنگام زایمان در دستور کار اداره سلامت مادران قرار گرفت و در سال جاری با توجه به بازخوردها و نظر اساتید زنان و بیهوشی و مسمومیتها بازنگری شد.

امید است که استفاده از این مجموعه موجب کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از اعتیاد در گروه اختصاصی و پرخطر مادران گردد. دریافت نظرات علمی و پیشنهادات کاربردی شما عزیزان برای غنی تر شدن محتوی و برطرف کردن مشکلات اجرایی موجب امتنان است.

## آشنایی با مجموعه

- ✓ گروه هدف استفاده کننده از این مجموعه متخصصین محترم زنان، بیهوشی، پزشکان عمومی، ماماها و مراقبین مادر هنگام زایمان می باشد.
- ✓ در بخش تعاریف توضیحاتی برای آشنایی بیشتر خوانندگان، در مورد اصطلاحات مهمی که در مجموعه به کار رفته ارائه شده است.
- ✓ موادی که ایجاد وابستگی می کنند بر اساس ساختار و نوع علائم به ۶ گروه به شرح زیر تقسیم شده اند: مواد افیونی، مواد محرک، مواد توهم زا، حشیش و ترکیبات مشابه، مواد دخانی، مواد الکلی.
- ✓ با توجه به اهمیت آشنایی با بنزودیازپین ها و مسایل مرتبط در بارداری، مطالب مرتبط با این دسته دارویی بطور جداگانه در انتهای این ۶ گروه ذکر شده است.
- ✓ مباحث ذکر شده در هر یک از گروههای فوق در قالب عناوین زیر ذکر شده است:
  - معرفی مواد موجود در گروه
  - اثرات زودرس و دیررس مصرف مواد بر سلامتی
  - تاثیر بر بارداری و زایمان
  - علائم محرومیت و نحوه اداره آن
  - علائم مسمومیت و نحوه اداره آن
  - ملاحظات حین بیهوشی و پس از عمل
- ✓ با توجه به اینکه برخی عوارض ناشی از محرومیت و یا مسمومیت (از قبیل بی قراری، افزایش فشار خون، درد عضلات و...) در گروههای مختلف مواد مخدر مشترک می باشد به منظور پیشگیری از تکرار مطالب، در بخشی به نام راهنمای اقدامات حمایتی نحوه برخورد با اینگونه عوارض توضیح داده شده است. بنابراین در جداول مربوط به اداره علائم محرومیت یا مسمومیت مربوط به هر یک از گروهها، خواننده مجموعه در صورت نیاز به این راهنما ارجاع داده می شود.
- ✓ کلیه داروها باید طبق تشخیص و دستور پزشک معالج مصرف گردد.



## اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان

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

- 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، جدا شدن زودرس جفت، پارگی رحم و...) و هم در موقعیتهای غیر اورژانس (زایمان بی درد دارویی، اداره علائم محرومیت و...) بر بالین مادران وابسته به مواد و 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 بخصوص در مواردی که مادر دچار علائم محرومیت شده باشد باید مقدار بیشتری از داروهای مخدر به بیمار تزریق شود که یکی از اثرات آن تضعیف سیستم تنفسی جنین و نوزاد است.
- مصرف مواد مخدر (به خصوص مواد افیونی) باعث اختلال در حرکات دستگاه گوارش و تأخیر در تخلیه معده می‌شود و چون حاملگی هم اثر مشابه را دارد در نتیجه مجموع این دو عامل احتمال آسپیراسیون را در طی بیهوشی عمومی افزایش می‌دهند.
- ممکن است در زمان بستری در بیمارستان، ملاقات کنندگان مخفیانه مواد مخدر را به مادر برسانند یا مادر این مواد را در داخل وسایل شخصی خود پنهان نموده و دور از چشم کارکنان بیمارستان به مقدار زیادی آنها را مصرف کند و دچار علائم مسمومیت شود.

## اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد

- به منظور کاهش عوارض و جهت اداره بهتر روند زایمان لازم است که هنگام مراجعه و یا بستری از همه مادران در مورد مصرف مواد یا داروهای مخدر سوال شود نحوه سوال کردن باید با احترام، بدون قضاوت و با جملات خنثی باشد. بهتر است سوالات در مورد مواد غیر مخدر مثل سیگار شروع شود و سپس در مورد مواد مخدر یا سایر داروها ادامه یابد.
- از آنجا که معمولاً بیماران، مصرف مواد و الکل را انکار می کنند در موارد مشکوک باید آزمایشات تشخیصی (Rapid test و یا در صورت نیاز آزمایش TLC) انجام شود. (Thin Layer Chromatography یا روش کروماتوگرافی لایه نازک)
- 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 علائم بالینی در هنگام بستری موثرترین راه برای تشخیص ابتلا به وابستگی به مواد می باشد.
- دوران بارداری و بخصوص هنگام زایمان زمان مناسبی برای ترک مواد نمی باشد.
- در مورد گروه مواد افیونی، در صورت شناسایی در زمان بارداری مادر برای درمان جایگزینی (MMT) باید ارجاع شود اما برای گروه مواد محرک، هیچ داروی مطمئنی برای جایگزینی در دوران بارداری شناخته نشده و توصیه نمی شود.
- ممکن است در زمان بستری، ملاقات کنندگان مخفیانه مواد مخدر را به مادر برسانند یا مادر این مواد را در داخل وسایل شخصی خود پنهان نموده و دور از چشم کارکنان بیمارستان به مقدار زیادی آنها را مصرف کرده و دچار علائم مسمومیت شود. به منظور پیشگیری از این مشکل باید به مادر (و همراهان) توضیح داده شود که در حین بستری از مصرف مواد خودداری کرده و در عوض درد و سایر علائم وابستگی او با انجام مراقبتها و مصرف داروها تحت کنترل قرار می گیرد.
- در افراد وابسته به مواد، باید به بیماریهای همراه توجه شده و در صورت لزوم آزمایشات تشخیصی درخواست و انجام گردد. مهمترین این بیماریها شامل هپاتیت و ایدز، سلولیت، ترومبوفلیت عفونی، آندوکاردیت، سوء تغذیه، پنومونی آسپیراسیون، اختلال عملکرد غده آدرنال، میلیت عرضی، خونریزی مغزی، انفارکتوس قلبی، دایسکشن آئورت، ادم و یا خونریزی ریه، آبسه محل تزریق و... می باشد.
- به عنوان یک اصل کلی، در موارد مسمومیت با مواد، داروهای پادزهر (antidote) زمانی تجویز می شوند که حفظ حیات مادر با انجام سایر روشها و اقدامات (مثلاً لوله گذاری یا ...) مقدور یا در دسترس نباشد

- تصمیم‌گیری 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 اینکه 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. با توجه به دشواری تعبیه لاین وریدی در این افراد، ممکن است از فرد حاذق و ماهر در این مورد کمک گرفته شود تا از برقراری لاین وریدی اطمینان حاصل شود.
- عوارض حین و یا پس از زایمان (خونریزی، ...) در این گروه می باید همانند سایر مادران باردار و زایمان کرده مطابق "راهنمای کشوری ارائه خدمت مامائی و زایمان در بیمارستانهای دوستدار مادر" اداره شود.
- کنترل علائم حیاتی در مراحل حین و پس از زایمان مطابق راهنمای شماره 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 تاکیدات لازم به عمل آید.
- اداره مراحل مختلف زایمان (کنترل انقباضات، معاینه واژینال، ...) و پس از زایمان در مادران وابسته به مواد تفاوتی با سایر مادران ندارد و باید مطابق دستور عملهای وزارت بهداشت از این مادران مراقبت شود.
- تفاوت عمده نحوه کنترل زایمان در افراد وابسته به مواد با سایر افراد در سه مورد زیر است:
  - ۱- تلاش برای کاهش دردهای زایمان در این بیماران اهمیت زیادی دارد. در مادران وابسته به مواد آستانه درد نسبت به افراد دیگر پائین تر می باشد و درد این افراد شدت بیشتری دارد. باید به گفته های مادر اعتماد کنید در مورد میزان درد از او سوال کرده و وضعیت او را ارزیابی کنید. استفاده از روشهای مختلف زایمان بی درد در این مادران اهمیت دارد و در موارد سزارین، روشهای بی دردی بعد از عمل تحت نظر متخصص بیهوشی توصیه می شود.
  - 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 دقیقتر 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 درمانهای حمایتی به مادر متادون یا دیازپام و ... تزریق شده باشد و علاوه براین استفاده از داروهای بیهوشی عمومی یا ناحیه ای نیز مورد نیاز باشد باید به مقدار، نحوه و فاصله تجویز داروها و ممنوعیت استفاده همزمان داروها توجه بسیار زیادی شود.

- در صورت امکان و تمایل مادر و مطابق دستور عمل از روشهای زیر برای کاهش درد استفاده نمایید:  
 - حضور یک نفر همراه آموزش دیده (اعضای خانواده، دوستان و ...) برای حمایت عاطفی  
 - روشهای غیر دارویی کاهش درد (ماساژ، کمپرس گرم، تغییر وضعیت و ...) مطابق راهنمای شماره ۵  
 - روشهای بی دردی دارویی با توجه به جدول ملاحظات حین بیهوشی و بی دردی هر یک از گروهها در این مجموعه و مطابق دستور متخصص بیهوشی  
 - روشهای بی دردی با کنترل بیمار (PCA , IVPCEA) برای کاهش درد پس از سزارین یا حین زایمان طبیعی و پس از آن مطابق دستور متخصص بیهوشی.
- IVPCEA=IV Patient Controlled Epidural Analgesia و IVPCA= Patient Controlled Analgesia

- نام داروهایی که برای مادر مصرف شده، به همراه مقدار، زمان و روش تجویز آنها (به خصوص دیازپام، متادون، مورفین و ...) باید پس از تولد به پزشک و سایر مراقبین نوزاد اطلاع داده شود و در برگه آپگار و پرونده نوزاد ثبت گردد.
- نوزاد مادران وابسته به مواد ممکن است دچار سندرم محرومیت نوزادی (Neonatal Abstinence Syndrom=NAS) شوند یا به علت داروهای مصرف شده توسط مادر، نیاز به احیا داشته باشند، بنابراین تجهیزات و فرد مجرب برای احیا نوزاد باید از قبل از زایمان آماده باشد. ولی از نالوکسان نباید استفاده شود.
- به مادران وابسته به مواد باید آگاهی داده شود که ممکن است نوزاد آنها مدتی در بیمارستان بستری باشد تا از نظر سندرم محرومیت کنترل شود. چنین آمادگی می تواند به کاهش ترس آنها و درگیر کردن آنها در درمان کمک کند.
- برای کسب اطلاعات کامل در مورد مراقبت از نوزاد به دستور عملهای زیر که توسط اداره سلامت نوزادان معرفی شده اند مراجعه شود:  
 ✓ برنامه احیای نوزاد: درسنامه احیای نوزاد (ویرایش هفتم)  
 ✓ برنامه تثبیت نوزاد: مراقبت بحرانی نوزاد در معرض خطر (ویرایش اول)
- برای کسب اطلاعات در مورد شیردهی به کودک به دستور عملهای اداره سلامت کودکان مراجعه شود.
- امکان بروز افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان در مصرف کنندگان مواد به خصوص مت آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد. لذا باید مراقبتهای لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.
- هنگام ترخیص از بیمارستان مادر برای مراجعه به مراکز ترک اعتیاد تشویق شود.

## نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر

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

- با دقت به صحبتها و شکایتهای زن باردار گوش کرده و یادآوری کنید که مشکل او را درک می کنید.
- نگرش احترام آمیز و صلح جویانه نسبت به زن باردار داشته باشید.
- از سرزنش کردن، ترحم و قضاوت نسبت به زن باردار خودداری کنید (متهم نکنید، انگ نزنید، برخورد اهانت آمیز و یا جانبدارانه نداشته باشید).
- به زن باردار اطمینان دهید که اسرار او محرمانه می ماند.
- برای زن باردار توضیح دهید که مشکل وی قابل درمان است و راههای موثری برای کنترل اعتیاد وجود دارد.
- هنگام انجام مراقبتهای بالین بیمار، درباره اعتیاد او صحبت نکنید.

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

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

- ارزیابی سطح هوشیاری (درجه کوما).
  - کنترل علائم حیاتی (درجه حرارت، نبض، فشار خون، تنفس).
  - معاینه مردمکها از نظر اندازه، گشادی و واکنش به نور.
- ارزیابی سطح هوشیاری، کنترل علائم حیاتی و معاینه مردمکها در موارد مصرف حاد بسیار لازم و مفید می باشند. معمولاً مردمکهای میوتیک نوک سوزنی (Pin points) و تعداد ضربان قلب طبیعی و یا مختصری برادیکاردی مصرف ماده مخدر (گروه افیونی) را در چند ساعت اخیر تأیید می کند.
- معاینه بالینی قلب و ریه (بخصوص در روشهای تدخینی که ریه بسیار درگیر است).
  - مشاهده پوست از نظر وجود اثرات تزریق و آسیب به رگها در قسمت‌های مختلف بدن.
  - سوال در مورد:
- نوع ماده مصرفی
  - مقدار و تعداد وعده های مصرف در روز
  - نحوه مصرف (خوراکی، استنشاقی، تزریقی، ...)
  - استفاده از سرنگ مشترک (در مواردی که نحوه مصرف تزریقی می باشد)
  - آخرین زمان مصرف
  - استفاده یا عدم استفاده از درمانهای نگهدارنده (Methadon Maintenance Therapy= MMT) و مدت زمان آن.
- نکته:** معمولاً این افراد به علت ترس از ایجاد علائم محرومیت بخصوص درد بعد از عمل، قبل از ورود به بیمارستان ماده مخدر را مصرف می کنند.

## 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 امتیاز دهی می شود:

- پاسخ چشمی: ۱- چشم را باز نمی کند ۲- چشم را با تحریک دردناک باز می کند ۳- چشم را با صدا زدن باز می کند ۴- چشم خود بخود باز است.
  - پاسخ کلامی: ۱- پاسخی ندارد ۲- اصوات نامفهوم می گوید ۳- کلمات بدون ربط می گوید ۴- گیج است ۵- کاملاً اشراف دارد.
  - پاسخ حرکتی: ۱- پاسخ موتور ندارد ۲- در اثر تحریک دردناک در اندامها Extension انجام می دهد ۳- در اثر تحریک دردناک در اندامها Flexion نشان می دهد ۴- در اثر تحریک دردناک در اندامها Withdrawal می کند ۵- تحریکات دردناک را Localize می کند ۶- دستورات را انجام می دهد.
- حداقل امتیاز GCS برابر با ۳ (کومای عمیق) و حداکثر آن برابر با ۱۵ (کاملاً بیدار) است.

### ارزیابی علائم حیاتی

طبیعی بودن علائم حیاتی طبق معیارهای زیر ارزیابی می شود:

- فشار خون طبیعی باید کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه باشد. فشار خون بالاتر از این حد «فشارخون بالا» در نظر گرفته می شود (فشار خون باید در بین انقباضات اندازه گیری شود).
- تعداد طبیعی نبض ۶۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود).
- تعداد طبیعی تنفس ۱۶ تا ۲۰ بار در دقیقه است (تعداد تنفس باید به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود) علاوه بر تعداد، عمق و ریتم تنفس نیز باید در نظر گرفته شود.
- درجه حرارت طبیعی کمتر از ۳۸ درجه سانتیگراد است و بالاتر از این حد «تب» و یا «هیپرترمی» محسوب می شود (درجه حرارت به مدت ۳ تا ۵ دقیقه زیر زبانی اندازه گیری شود). نکته: تفاوت تب و هیپرترمی در مکانیسم ایجاد آنها است.
- تب: درجه حرارت بدن (در مرکز هیپوتالاموس) بر روی درجه ای بالاتر از حد طبیعی تنظیم می شود.
- هیپرترمی: مکانیسمهای کنترل درجه حرارت بدن دچار اختلال می شوند بدون اینکه تغییری در نقطه تنظیم درجه حرارت (در مرکز هیپوتالاموس) ایجاد شود.

### استفاده از دارو به صورت تیتره (Titration)

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

در راهنمای بالینی مدیریت اعتیاد هنگام بارداری و زایمان (کشور استرالیا) لغت Titration به این صورت معنی شده است: روشی که با آن مقدار مناسب دارو برای هر فرد تعیین می شود. بدین ترتیب که ابتدا مقدار مشخص دارو به فرد داده شده و تاثیر آن ارزیابی می شود. سپس با کم یا زیاد کردن مقدار اولیه، دوز موثر و مورد نظر تنظیم می گردد. ارزیابی تاثیر دارو از طریق مشاهده علائم و نشانه ها و یا اندازه گیری مقادیر آزمایشگاهی مثل آزمایش خون امکان پذیر است. در این مجموعه منظور از استفاده دارو بصورت تیتره تزریق مقدار مشخصی از دارو به صورت متناوب و بدون افزایش دوز می باشد بطوری که علائم محرومیت برطرف شده اما نشانه های مسمومیت ظاهر نشود.

### اختلال مصرف مواد ( Substance Use Disorders )

به صورت یک الگوی مشکل آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، تعریف میشود که با تغییرات رفتاری و فیزیولوژی همچون نقص در کنترل مصرف، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژی در طول یک دوره ۱۲ ماهه مشخص می گردد

### اعتیاد (Addiction)

در سال ۱۹۶۴ کمیته تخصصی WHO اصطلاح "وابستگی" را برای جایگزینی اصطلاحات "اعتیاد" و "عادت" معرفی کرد. این اصطلاح را می توان به طور کلی اینگونه تعریف کرد؛ مصرف مکرر و افراطی یک ماده که دوری از آن سبب افزایش علائم دیسترس و یک میل قوی برای تکرار مصرف آن شده و منجر به اُفت کارکردهای ذهنی و سلامت جسمی فرد می شود.



## تحمل (Tolerance)

تحمل عبارت است از وضعیتی که در آن اثرات رفتاری یا فیزیولوژیک یک مقدار ثابت ماده روانگردان به مرور کاهش می یابد. به عبارت دیگر تحمل یعنی کاهش تدریجی اثر یک ماده، در این صورت برای دستیابی به همان میزان اثرنیاز به مصرف مقدار بیشتری از ماده است. 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 کم تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علائم سندرم وابستگی یا اختلال مصرف مواد است. تحمل رفتاری به توانایی فرد برای انجام تکالیف علیرغم اثرات ماده گفته می شود

### تشخیص اختلال سوء مصرف مواد ( دستورالعمل تشخیص اختلال "DSM-۵") :

- استفاده بیشتر از یک ماده از میزان برنامه ریزی شده و ناتوانی در کاهش آن با وجود تمایل به انجام.
- صرف مقدار قابل توجهی از روز برای به دست آوردن، استفاده یا ریکآوری از مصرف مواد.
- گرایش شدید برای استفاده.
- استفاده مکرر باعث ناتوانی در برآورده شدن اهداف اجتماعی یا حرفه ای مهمی شود.
- استفاده مداوم باعث مشکلات مکرر در محل کار، مدرسه یا خانه شود.
- ناتوانی در نقش پذیری در فعالیت های مهم اجتماعی، حرفه ای یا اوقات فراغت به دلیل استفاده زیاد.
- داشتن وضعیت جسمی خطرناک یا حس داشتن آسیب های روحی.
- با وجود آگاهی کاربر از بدتر شدن وضعیت جسمی یا روحی خود (با ادامه مصرف) این کار را ادامه دهد.
- نیاز به استفاده از مقادیر زیاد مواد برای دستیابی به اثرات مورد نظر خود.
- مشکلات فیزیکی مشخصی که با کاهش ماده در بدن زیاد می شود.

## مسمومیت (Intoxication)

یک سندرم قابل بازگشت که توسط مصرف بیش از حد یک ماده خاص ایجاد شده و یک یا بیشتر از کارکردهای حافظه، هوشیاری، خلق، قضاوت و عملکرد شغلی و اجتماعی و رفتاری را متأثر میکند.

### 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 می شود. از نظر جامعه شناسی 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 نشانه های محرومیت در او ایجاد می شود.

### نشانه های محرومیت (Withdrawal Symptoms) - سندرم محرومیت (Withdrawal Syndrome) - علائم ترک

- عبارتست از وضعیت غیر طبیعی جسمی یا روانی که به دنبال قطع مصرف ماده یا دارویی که خاصیت ایجاد وابستگی دارد، در فرد ظاهر می شود.
- گروهی از نشانه های متغیر با شدتهای متفاوت که به دنبال قطع یا کاهش مصرف مواد مخدر در فرد ایجاد می شود و ممکن است با اختلالات روانی همراه باشد. برای ایجاد این نشانه ها، مصرف مواد باید بطور مداوم یا به مدت طولانی و یا مقدار زیاد باشد. سندرم محرومیت یکی از شاخصهای وابستگی است.

### وابستگی به مواد (Substance Dependency)

دهمین بازبینی طبقه بندی بین المللی بیماریها و مشکلات بهداشتی (ICD-۱۰) سندرم وابستگی را مجموعه ای از پدیده های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی تعریف می کند که در آن استفاده از یک ماده یا دسته ای از مواد برای فرد، نسبت به سایر رفتارهایی که قبلاً برای وی ارزش بالاتری داشتند، در اولویت بیشتری قرار می گیرد. وابستگی به عنوان یک تشخیص در DSM-IV-TR و ICD-۱۰ پیش بینی شده است. اصطلاح وابستگی در بحث درباره اختلالات مصرف مواد به چند صورت استفاده شده است. در وابستگی رفتاری فعالیت های موادجویانه و شواهد الگوی مصرف بیمارگونه مورد تأکید است. وابستگی جسمی به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) مصرف مواد اطلاق می شود. وابستگی روان شناختی به نوعی خوگیری گفته می شود که با وسوسه متناوب و مداوم برای مصرف مواد به منظور اجتناب از یک حالت کج خلقی، مشخص می شود. وابستگی رفتاری، جسمی و روان شناختی شاه علامت اعتیاد محسوب می شود. سندرم وابستگی را ببینید. (سلامت روان)

# اقدامات حمایتی

## اقدامات حمایتی

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

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

## راهنمای اقدامات حمایتی (به ترتیب حروف الفبا)

- افزایش درجه حرارت بیشتر از ۳۸ درجه (هیپرترمی)

برای کنترل درجه حرارت اقدامات زیر انجام شود:

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

### نکات مهم:

- ۱- داروهای تب بر تاثیری 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 اندازه گیری 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 (کورئوآمیونیوت و...) دچار تب می باشد سایر اقدامات مطابق دستور عمل بیمارستانهای دوستدار مادر انجام شود.

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

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

• افزایش فشار خون

در صورت فشارخون بیشتر یا مساوی ۱۶۰/۱۱۰ میلی متر جیوه، تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود. باید توجه داشت که مقدار فشارخون از حداکثر نرمال کمتر نشود.

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

ب) نیفدیپین ۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۴ - ۳ ساعت برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (با اطمینان از مبتلا نبودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیک مصرف هم زمان با سولفات منیزیوم روی مادر و جنین)

ج) نیتروگلیسیرین ۰/۴ میلی گرم زیر زبانی.

**نکات مهم:**

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

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

۳- در موارد مسمومیت با مواد محرک (کوکائین، کراک اروپایی یا امریکایی، متامفتامین، اکستازی) از آنجا که افزایش فشار خون ثانویه به علائم محرومیت می باشد، معمولاً با کنترل بی قراری و اضطراب فشار خون بیمار نیز کنترل می گردد. بنابراین انتخاب اول برای کنترل فشار خون، کنترل " بی قراری یا اضطراب " است.

### • بی قراری یا اضطراب

برای کنترل بی قراری، تجویز دارو به یکی از روشهای زیر انجام شود:

- الف) میدازولام: با توجه به شدت بی قراری ۱۰-۵ میلی گرم عضلانی یا ۲-۱ میلی گرم وریدی که می توان 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 می توان 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 بی قراری و حرکات شدید، نباید با فیکس کردن، بستن بیمار به تخت و یا به هر شکل دیگر مانع حرکت و فعالیت بیمار شویم زیرا انقباضات عضلانی ایزومتریک می تواند منجر به اسیدوز لاکتیک، هیپرترمی و از کار افتادن ناگهانی قلب و مرگ شود. بی قراری بیمار باید از طریق داروهای فوق کنترل شود.
- ۴- در صورت شدت بی قراری و در مرحله نهایی از paralysis و لوله گذاری 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 پهلوئی چپ خوابانیده و در صورت تشنج سر او را به منظور جلوگیری از آسیب‌رسانی احتمالی پایین تر 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 احیاء
- تجویز دارو :
- دیازپام به میزان ۱۰ میلی گرم وریدی و بسیار آهسته در مدت ۲ دقیقه تزریق شود. در صورت تکرار تشنج دوز اولیه ۱۰ میلی گرم وریدی را تکرار کنید. اگر میزان دریافتی بیش از ۳۰ میلی گرم در ساعت باشد امکان دپرسیون تنفسی مادر وجود دارد. بنابراین وجود وسایل احیا بر بالین مادر بسیار ضروری است.

**نکته:** مادر نباید در ۲۴ ساعت بیش از ۱۰۰ میلی گرم دیازپام دریافت نماید.

اگر تزریق وریدی امکان پذیر نباشد، دیازپام به صورت رکتال تجویز می شود. یک سرنگ ۱۰ سی سی بدون سر سوزن حاوی ۲۰ میلی گرم دیازپام را داخل رکتوم گذاشته، دارو را خالی نمایید. پس از تخلیه دارو، سرنگ را به مدت ۱۰ دقیقه در حالی که باتوک ها نزدیک به هم نگه داشته شده، خارج نکنید. این کار از خروج دارو جلوگیری می کند. در صورت نیاز (یا عدم کنترل تشنج) می توان ۱۰ میلی گرم دیگر نیز با این روش تجویز کنید.

### نکات مهم:

- ۱- در صورتی که با توجه به آزمایشات یا تشخیص پزشک، تشنج ناشی از اکلامپسی می باشد کنترل تشنج (با سولفات منیزیم) و سایر اقدامات مطابق دستور عمل بیمارستانهای دوستدار مادر انجام شود.
- 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 مسمومیت های دارویی یا مواد مخدر، فنی توین نباید تجویز شود.
- ۴- در صورت تشنج آتیپیک یا کمای طولانی مدت انجام سی تی اسکن یا MRI توصیه می شود.

### • تهوع و استفراغ

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

روش های دارویی درمان تهوع و استفراغ شدید عبارتند از:

الف) فنوتیازین ها: پرومتازین ۲۵-۱۲,۵ میلی گرم هر ۸ ساعت (خوراکی، عضلانی)، کلرپرومازین ۲۵ - ۱۰ میلی گرم وریدی هر ۶ ساعت یا ۲۵ میلی گرم عضلانی هر ۶ ساعت

ب) متوکلوپروماید ۱۰-۵ میلی گرم هر ۶ ساعت بصورت وریدی

ج) مهار کننده های سروتونین: Ondansetron , Granisetron با دوز ۸-۴ میلیگرم آهسته بصورت وریدی

د) اگر دهیدریشن وجود داشت سرم تراپی

• **دستور عمل 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 که نوع ماده مصرفی آن‌ها مواد افیونی و یا کراک ایرانی است:

۱- اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است، متادون طبق روش زیر:

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

- تجویز متادون عضلانی ۱۰ میلی‌گرم که می‌توان 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 نمی‌باشد به روش زیر اقدام شود:

- تجویز مورفین عضلانی ۱۰-۵ میلی‌گرم که می‌توان در صورت نیاز هر ۶-۴ ساعت یک بار آن را تکرار کرد.

ب) مادران وابسته به مواد که نوع ماده مصرفی آن‌ها سایر گروهها به غیر از مواد افیونی و کراک ایرانی است: فقط اقدامات حمایتی باید انجام شود و درمان جایگزین ندارند.

**نکته:** دستور عمل فوق از هنگام بستری مادر جهت زایمان تا هنگام ترخیص مورد استفاده می‌باشد.

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

• **دستور عمل 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 که نوع ماده مصرفی آن‌ها مواد افیونی و یا کراک ایرانی است:

۱- اگر بیمار در طی بارداری تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده است، متادون طبق روش زیر:

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

- تجویز متادون عضلانی ۱۰ میلی‌گرم که می‌توان 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 نمی‌باشد به روش زیر اقدام شود:

- تجویز مورفین عضلانی ۱۰-۵ میلی‌گرم که می‌توان در صورت نیاز هر ۶-۴ ساعت یک بار آن را تکرار کرد.



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

### نکات مهم برای هر دو دستور عمل تجویز مخدر:

- ۱- تجویز توام متادون و مورفین بسیار خطرناک است و ممکن است تضعیف تنفسی را تشدید کند.
- ۲- حداکثر مقدار متادون تزریقی و یا خوراکی در ۲۴ ساعت برای بیماری که تا کنون 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.

#### • 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

#### • سم زدایی از دستگاه گوارش (فقط در مورد مسمومیتهای خوراکی)

در صورتی که کمتر از ۶ ساعت از خوردن مواد مخدر گذشته، برای سم زدایی از دستگاه گوارش از شارکول (ذغال فعال) به همراه سوربیتول به شرح زیر استفاده شود:  
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) و یا لوله بینی-معدی (در فرد غیرهوشیار و یا با هوشیاری کم) تجویز کنید.  
در صورت لزوم می توان شارکول را (بدون افزودن سوربیتول) هر 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 Air way و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک، بگ و وسایل لوله گذاری
- (۳) تجویز دارو (دستور عمل 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 و یا کراک اطمینان وجود دارد نالوکسان بصورت تیتره و تحت Close Observation به شرح زیر تزریق شود:

الف) در موارد تنفس کمتر از ۱۲ بار در دقیقه و 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 ۱ سی سی از آن را آهسته وریدی تجویز کرده و در صورت نیاز تا بهبود وضعیت تنفسی تکرار می کنیم.

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

در این موارد ۲ آمپول را بصورت وریدی تجویز کرده و در صورت عدم پاسخ، دوز تجویزی را به ترتیب دو، سه و چهار برابر کرده تا زمانی که پاسخ تنفسی و خروج بیمار از وضعیت آپنه ایجاد شود. در صورت عدم پاسخ به حداکثر دوز نالوکسان (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 علائم حیاتی، نالوکسان به میزان دو سوم دوزی که بیمار به آن پاسخ داده، در ۱۰۰ سی سی محلول قندی ریخته و در طی یک ساعت انفوزیون شده و در ساعتهای بعدی بسته به شرایط و وضعیت بیمار، به تدریج از میزان آن کاسته شود (tapering).
- روش دوم: دو سوم 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 هر چند 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 آمبوبگ و لوله گذاری داخل تراشه همراه با تجویز دارو انجام شود.

























































































