جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت و معاونت درمان

راهنمای کشوری بیمارستانی

ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر



دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس- اداره سلامت مادران

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

۱۳۹۰

راهنمای کشوری بیمارستانی

ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر

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

۱۳۹۰

سرشناسه: صادقی، مصطفی، ۱۳۳۹
عنوان و نام پدیدآور: راهنمای کشوری بیمارستانی ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر/ نویسندگان مصطفی صادقی، محمد آریافر، مازیار مقصودلو؛ [برای] دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران؛ با مشارکت دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و مبارزه با سوءمصرف مواد.
مشخصات نشر: تهران: تندیس، ۱۳۹۱.
مشخصات ظاهری: ۷۱ ص.: جدول، نمودار؛ ۲۹ × ۲۲ س‌م
شابک:978-600-5445-46-6
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: کتابنامه.
موضوع: زنان آبستن ـ ـ مواد مخدر
موضوع: آبستنی ـ ـ سوءِ استفاده دارویی
شناسه افزوده: آریافر، محمد، ۱۳۴۵ -
شناسه افزوده: مقصودلو، مازیار، ۱۳۴۸ -
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفترسلامت خانواده و جمعیت. اداره سلامت مادران
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اداره پیشگیری و درمان سوءِ مصرف مواد
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۲ص۸م/۶/RG۶۲۷
رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۲۴
شماره کتابشناسی ملی: ۲۷۲۳۸۷۸

راهنمای کشوری بیمارستانی

ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر

نویسندگان: دکتر مصطفی صادقی ـ دکتر محمد آریافر ـ دکتر مازیار مقصودلو
ناشر: تندیس
نوبت چاپ: اول ـ ۱۳۹۱
چاپ و صحافی: بهرام
شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه
شابک: ۹۷۸ـ۶۰۰ـ۵۴۴۵ـ۴۶ـ۶

حق چاپ و نشر برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.

نویسندگان:

دکتر مصطفی صادقی، متخصص بیهوشی، دانشیار و مدیر گروه بیهوشی و مراقبت های ویژه و درد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمد آریافر، متخصص بیهوشی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

دکتر مازیار مقصودلو، متخصص بیهوشی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

طراحی و اجرا: اداره سلامت مادران، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

امامی افشار، نهضت. کارشناس ارشد آموزش بهداشت

جلیلوند، پوران. کارشناس بهداشت عمومی

حجازی، سعیده. کارشناس مامایی

رادپویان، لاله. کارشناس مامایی

رحیمی قصبه، سوسن. کارشناس ارشد مامایی

والافر، شهرزاد. کارشناس مامایی

هادی پور جهرمی، لیلا. کارشناس ارشد مامایی

زیر نظر: دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر سید تقی یمانی، دکتر فرحناز ترکستانی

با تشکر از متخصصین و کارشناسان محترم که در تکمیل مجموعه همکاری داشته اند

دانشگاه علوم پزشکی تهران

اسلامیان، دکتر لاله. متخصص زنان و زایمان

بهاء صدری، دکتر شهره. متخصص زنان و زایمان

پسته ای، دکتر سید خلیل. دستیاربیهوشی

حسنی، دکتر ولی الله. متخصص بیهوشی و دبیر ارزشیابی و اعتبار بخشی هیئت برد تخصصی بیهوشی

حنطوش زاده، دکتر صدیقه. متخصص زنان و زایمان

شکرانی فر، دکتر شهرام. متخصص بیهوشی

صمدی، دکتر شهرام. متخصص بیهوشی

فریدی، دکتر نسرین. متخصص بیهوشی

کاشانیان، دکتر مریم. متخصص زنان و زایمان

یوسفی، دکتر ابوالقاسم. متخصص بیهوشی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

امام هادی، دکتر محمدعلی. متخصص و رییس گروه پزشکی قانونی و مسمومیت های دانشگاه

خدابنده، دکتر فریده. متخصص پزشکی قانونی و مسمومیتها

رضوی، دکتر سید سجاد. رییس گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه دانشگاه، مدیر کل دفتر اعتبار بخشی و نظارت بر درمان

سلیمی، دکتر علیرضا. متخصص بیهوشی

طاهری پناه، دکتر ربابه. متخصص زنان و زایمان

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاشی، شهره. کارشناس ارشد مامایی و آموزش پزشکی

جبل عاملی، دکتر میترا. متخصص بیهوشی

رحیمی، دکتر مجتبی. متخصص بیهوشی و معاون درمان دانشگاه

صالحی، دکتر مهرداد. متخصص بیهوشی

عطاری، دکترمحمدعلی. متخصص بیهوشی

میرمیران، دکتر پریناز. پزشک عمومی

هاشمی فشارکی، دکتر منصور. فارماکولوژیست

دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

تیزآهنگی، مهین. کارشناس مامایی

صابر مقدم رنجبر، دکتر محسن. متخصص بیهوشی و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات کاربردی تحقیقات سلامت- واحد مطالعات اعتیاد

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

روشنی، دکتر بهمن. متخصص و رییس گروه بیهوشی و مراقبتهای ویژه دانشگاه

کاظمی، شیوا. کارشناس مامایی

ملک خسروی، دکتر شهره. متخصص و رییس گروه زنان و زایمان دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

عبدالله زاده بقایی، دکتر علیرضا. متخصص بیهوشی

فکرت، دکتر فریدون. متخصص بیهوشی

مدنی، دکتر زهره. پزشک عمومی

عنوان مطلب **شماره صفحه**

مقدمه ۹

آشنایی با مجموعه ۱۰

اهمیت توجه به زنان وابسته به مواد هنگام زایمان ۱۱

اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد ۱۲

نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر ۱۵

نکات مهم هنگام ارزیابی مادر وابسته به مواد (یا مشکوک به وابستگی) ۱۶

تعاریف (به ترتیب حروف الفبا) ۱۷

- ارزیابی سطح هوشیاری ۱۷
- ارزیابی علائم حیاتی ۱۷
- استفاده از دارو به صورت تیتره ۱۸
- اعتیاد ۱۸
- تحمل ۱۸
- مسمومیت ۱۸
- معتاد – وابسته به مواد ۱۹
- نشانه های محرومیت – سندرم محرومیت- علائم ترک ۱۹
- وابستگی به مواد ۱۹

عنوان مطلب **شماره صفحه**

اقدامات حمایتی ۲۲

راهنمای اقدامات حمایتی (به ترتیب حروف الفبا) ۲۲

- افزایش درجه حرارت (بیشتر از ۳۸ درجه) ۲۲
- افزایش ضربان قلب (بیش از ۱۱۰ بار در دقیقه) ۲۳
- افزایش فشار خون ۲۳
- بی قراری یا اضطراب ۲۴
- تشنج ۲۴
- تهوع و استفراغ ۲۶
- دستور عمل تجویز مخدر جایگزین برای کنترل علائم محرومیت ۲۶
- دستور عمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان ۲۷
- درد عضلات ۲۸
- سم زدایی از دستگاه گوارش ۲۸
- کاهش تعداد تنفس (کمتر از ۱۶ بار در دقیقه) همراه با دستور عمل تزریق نالوکسان ۲۸

عنوان مطلب **شماره صفحه**

گروههای مختلف مواد مخدر

- مواد افیونی Opiates – تریاک، شیره، هروئین، مورفین، کدئین ۳۱
- مواد محرک Stimulants – کوکائین، کراک (هروئین + مت آمفتامین)، آمفتامین، متامفتامین (شیشه یا کریستال، آیس یا یخ، کرانک، گچ)، اکستازی (MDMA)، نیکوتین، کافیئن ۳۷
- مواد توهم زا Hallucinogens – اسید (LSD)، فن سیکلیدین (PCP)، کتامین (Ketamine) ۴۷
- حشیش و ترکیبات مشابهCannabis – حشیش، علف، گراس، بنگ، ماری جوانا ۵۱
- مواد دخانی Tobacco– سیگار، پیپ، قلیان، چپق ۵۷
- مواد الکلی Alcoholic beverages ۶۱

راهنماها

- راهنمای شماره ۱) الگوریتم پیشگیری یا کنترل علائم محرومیت در مادر بارداراز هنگام بستری تا ترخیص (مرور سریع و کلی) ۶۶
- راهنمای شماره ۲) الگوریتم تسکین دردهای پس از زایمان در صورت نیاز به داروهای مخدر (مرور سریع و کلی) ۶۷
- راهنمای شماره ۳) کنترل صدای قلب جنین ۶۸
- راهنمای شماره ٤) کنترل علائم حیاتی ۶۸
- راهنمای شماره ٥) روش های کاهش درد غیر دارویی ۶۹

منابع ۷۰

بخشنامه ابلاغ راهنمای بالینی ۷۱

مقدمه

افزایش کیفیت مراقبتهای حین بارداری وزایمان، 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 ومیر 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 تقریبا نمی توان مرز مشخصی از عدم ابتلا و ایمنی در این مورد قائل شد زنان باردار نیز از این لحاظ مصون نیستند.

متاسفانه 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.

تهیه این راهنما با کوشش و همت اعضای محترم گروه تخصصی بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده و از همکاری سایر متخصصین محترم بیهوشی و زنان در تکمیل آن استفاده گردیده است.

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.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشت

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 ٦ گروه به شرح زیر تقسیم شده اند: مواد افیونی، مواد محرک، مواد توهم زا، حشیش و ترکیبات مشابه، مواد دخانی، مواد الکلی.
- ✓ 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 معمولا برای انجام مراقبتهای بارداری مراجعه نمی کنند بنابراین برخی مشکلات و عوارض مامایی در آنان شناسایی نمی شود.
- 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...) بربالین مادران وابسته به مواد و یا نوزادان آنها فراخوانده می شوند.
- عدم استفاده از دارو برای کنترل محرومیت (در مورد مواد افیونی) موجب بروز نشانه های محرومیت و عوارض بعدی می گردد.
- افراد وابسته به مواد، نسبت به داروهای مخدر تحمل دارند و آستانه درد آنها نسبت به افراد غیر معتاد پائین تر می باشد، 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 می شود و چون حاملگی هم اثر مشابه را دارد در نتیجه مجموع این دو عامل احتمال آسپیراسیون را در طی بیهوشی عمومی افزایش می دهند.
- ممکن است در زمان بستری در بیمارستان، ملاقات کنندگان مخفیانه مواد مخدر را به مادر برسانند یا مادر این مواد را در داخل وسایل شخصی خود پنهان نموده و دور از چشم کارکنان بیمارستان به مقدار زیادی آنها را مصرف کند و دچار علائم مسمومیت شود.

اصول کلی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد

- به منظور کاهش عوارض و جهت اداره بهتر روند زایمان لازم است که هنگام مراجعه و یا بستری از همه مادران در مورد مصرف مواد یا داروهای مخدر سوال شود نحوه سوال کردن باید با احترام، بدون قضاوت و با جملات خنثی باشد. بهتر است سوالات در مورد مواد غیر مخدر مثل سیگار شروع شود و سپس در مورد مواد مخدر یا سایر داروها ادامه یابد.
- از آنجا که معمولا بیماران، مصرف مواد را انکار می کنند در موارد مشکوک باید آزمایشات تشخیصی (Rapid test و یا در صورت نیاز آزمایشTLC) انجام شود. (Thin Layer Cromatography 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.
- 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، ترومبوفلبیت عفونی، آندوکاردیت، سوء تغذیه، پنومونی آسپیراسیون، اختلال عملکرد غده آدرنال، میلیت عرضی، خونریزی مغزی، انفارکتوس قلبی، دایسکشن آئورت، ادم و یا خونریزی ریه، آبسه محل تزریق و.... می باشد.
- تصمیم گیری در مورد روش زایمان، نحوه بیهوشی و اقدامات هنگام بیهوشی برای هر بیمار تا حدود زیادی اختصاصی است و نیازمند برنامه ریزی دقیق برای این افراد پرخطر می باشد.

- درطی 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.
- 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 ٤ 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 درمرحله 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 ٥
  - 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 , PCEA) برای کاهش درد پس از سزارین یا حین زایمان طبیعی و پس از آن مطابق دستور متخصص بیهوشی.

PCA=Patient Controlled Analgesia و PCEA= Patient Controlled Epidural Analgesia

- نام داروهایی که برای مادر مصرف شده، به همراه مقدار، زمان و روش تجویز آنها (به خصوص دیازپام، متادون، مورفین و ...) باید پس از تولد به پزشک و سایر مراقبین نوزاد اطلاع داده شود و در برگه آپگار و پرونده نوزاد ثبت گردد.
- نوزاد مادران وابسته به مواد ممکن است دچار سندرم محرومیت نوزادی(Neonatal Abstinence Syndrom=NAS) شوند یا به علت داروهای مصرف شده توسط مادر، نیاز به احیا داشته باشند، بنابراین تجهیزات و فرد مجرب برای احیا نوزاد باید از قبل از زایمان آماده باشد. ولی از نالوکسان نباید استفاده شود.
- برای کسب اطلاعات کامل در مورد مراقبت از نوزاد به دستور عملهای زیر که توسط اداره سلامت نوزادان معرفی شده اند مراجعه شود:
  - ✓ برنامه احیای نوزاد: درسنامه احیای نوزاد (ویرایش ششم)
  - ✓ 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 مخدر به خصوص مت آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد. لذا باید مراقبتهای لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.
- هنگام ترخیص از بیمارستان مادر برای مراجعه به مراکز ترک اعتیاد تشویق شود.

نکات مهم در برقراری ارتباط مناسب با مادر

از آنجا که 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 مراقبتها بر بالین بیمار، درباره اعتیاد او صحبت نکنید.

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

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

- ارزیابی سطح هوشیاری (درجه کوما).
- کنترل علائم حیاتی (درجه حرارت، نبض، فشار خون، تنفس).
- معاینه مردمکها از نظر اندازه، گشادی و واکنش به نور.

ارزیابی سطح هوشیاری، کنترل علائم حیاتی و معاینه مردمکها در موارد مصرف حاد بسیارلازم و مفید می باشند. معمولا مردمکهای میوتیک نوک سوزنی (Pin points) و تعداد ضربان قلب طبیعی و یا مختصری برادیکارد مصرف ماده مخدر (گروه افیونی) را در چند ساعت اخیر تائید 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 Theraphy= 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 وامتیاز 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 ٤- چشم خود بخود باز است.
- پاسخ کلامی: ۱- پاسخی ندارد ۲- اصوات نامفهوم می گوید ۳- کلمات بدون ربط می گوید ٤- گیج است ٥- کاملا 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 ٤- در اثر تحریک دردناک در اندامها Withdrawal می کند ٥- تحریکات دردناک را Localize می کند ٦- دستورات را انجام می دهد.

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

ارزیابی علائم حیاتی

طبیعی بودن علائم حیاتی طبق معیارهای زیر ارزیابی می شود:

- فشار خون طبیعی باید کمتر از ۱٤۰/۹۰ 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 ٦۰ تا ۱۰۰ بار در دقیقه است (تعداد نبض به مدت یک دقیقه کامل اندازه گیری شود).
- تعداد طبیعی تنفس ۱٦ 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 ٥ 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.

اعتیاد (Addiction)

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۰ تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه داده است: اعتیاد دارویی حالتی است که در اثر مصرف دوره ای یا مداوم یک ماده شیمیایی (طبیعی یا مصنوعی) که برای انسان یا جامعه مضر باشد ایجاد می گردد 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
- پیدا شدن وابستگیهای جسمی و روانی بر اثر استفاده از آن ماده

تحمل (Tolerance)

تحمل عبارت است از وضعیتی که درآن 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.

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 درشناخت، درک، قضاوت، احساسات یا سایر پاسخها و عملکردهای جسمانی، روانی می گردد. مسمومیت تاحد زیادی به نوع ماده، مقدارمصرف، میزان تحمل فرد و مدت زمان مصرف بستگی دارد.

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 مخدردر 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)

وابستگی یا اعتیاد، بیماری بالینی است که خود را با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک نشان می دهد و باعث می شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد. برای تشخیص وابستگی به مواد حداقل وجود۳ نشانه از نشانه های 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 مصرف یا کاهش مقدار مصرف.

– تمایل دائم 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.

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 واضطراب، تشنج، کاهش تنفس، تهوع و استفراغ، درد عضلات، دستور عمل تجویز مخدر جایگزین، دستور عمل تجویز مخدر برای تسکین درد پس از زایمان، سم زدایی از دستگاه گوارش می باشد که در مورد هر یک باید مطابق راهنما عمل شود.

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

راهنمای اقدامات حمایتی (به ترتیب حروف الفبا)

- **افزایش درجه حرارت بیشتر از 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 بیمارNPO نمی باشد) و در مرحله نهایی از Paralysis و لوله گذاری سریع به روش Rapid Sequnce 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 منشا 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 (کوریوآمنیونیت 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 ـ 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 ٤ ـ ۳ ساعت برای کنترل فشارخون قابل استفاده است (با اطمینان از مبتلا نبودن مادر به بیماری عروق کرونر و توجه به اثر سینرژیسم مصرف هم زمان با سولفات منیزیوم روی مادر و جنین)

ج) نیتروگلیسیرین ۰/٤ 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 کوکایین توصیه نمی شود. 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، 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 خفیف۵-۲ میلی گرم وریدی و در موارد شدیدتر ۱۰-۵ میلی گرم وریدی که می توان در صورت نیاز هر ٤ 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.

٤- در صورت شدت بی قراری و در مرحله نهایی از paralysis و لوله گذاری سریع به روش Rapid Sequnce استفاده شود.

- **تشنج**

برای کنترل تشنج اقدامات زیر انجام شود:

ـ 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 پایین تر از سطح بدن قرار دهید.

- تجویز اکسیژن به میزان ٦ ـ ٤ لیتر در هر دقیقه

ـ گذاشتنAir way و در دسترس گذاشتن ساکشن، ماسک و بگ و سایر وسایل احیاء

ـ 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 تکرارکنید. 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 ٢٤ 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 مسمومیتهای دارویی یا مواد مخدر، فنی توین نباید تجویز شود.

٤- 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 ـ ۱۰ میلی گرم وریدی هر ٦ ساعت یا ۲۵ میلی گرم عضلانی هر ٦ ساعت

ب) متوکلوپرومايد ۱۰-۵ میلی گرم هر٦ ساعت بصورت وریدی

ج) مهار کننده های سروتونین: Ondansetron , Granisetron با دوز ۸-٤ میلیگرم آهسته بصورت وریدی

د) ا گر 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 آن ها 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 درصورت نیاز می توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.
- تجویز متادون عضلانی ۱۰ میلی گرم که می توان در صورت نیاز هر ٢٤-۱۲ 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 به روش زیر اقدام شود:

- تجویز مورفین عضلانی ۱۰-۵ میلی گرم که می توان در صورت نیاز هر ٦-٤ 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: 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 می باشد.

نحوه درمان نگهدارنده با متادون (Methadon Maintenance Theraphy =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 آن ها 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 می توان آن را تا حد دوز زمان بارداری افزایش داد.
- تجویز متادون عضلانی ۱۰ میلی گرم که می توان در صورت نیاز هر ۲٤-۱۲ 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 به روش زیر اقدام شود:

- تجویز مورفین عضلانی ۱۰-۵ میلی گرم که می توان در صورت نیاز هر ٦-٤ 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 ۲٤ ساعت برای بیماری که تا کنون تحت درمان متادون نبوده است، نباید از ٤۰ 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 ٤ 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 ٦ 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:

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.

درصورت لزوم می توان شارکول را (بدون افزودن سوربیتول) هر ٦–٤ 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 ٦ ـ ٤ لیتر در هر دقیقه

۲) گذاشتنAir 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 باردر 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 ۰/۰٤ 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 درصورت 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. درصورت 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 (tappering).
- 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.

نکات مهم:

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

۲- با توجه به احتمال بالای ایجاد علائم محرومیت (بی قراری و...) لازم است بیمار جهت مراقبت تحت مانیتورینگ و مشاهده مستقیم باشد. با بروز اولین علائم محرومیت، انفوزیون را قطع کرده و مجدداً با بروز اختلال تنفسی آن را با سرعت انفوزیون کمتر برقرار می کنیم.

۳- نیمه عمر نالوکسان کمتر از اغلب مخدرها است (٤٥-۳۰ دقیقه) بنابراین ممکن است علائم مسمومیت پس از انقضای نیمه عمر نالوکسان عود کند. درصورت نیاز نالوکسان با همان دوز باید تکرار شود.

٤- اگر اشتباها به فرد معتاد (بدون علامت مسمومیت) نالوکسان تزریق شود علائم محرومیت در او ظاهر می شود. در اینگونه موارد درمان حمایتی می باشد و داروهای مخدر نباید تزریق شوند.

مواد افیونی

Opiates

مواد افیونی Opiates (تریاک، شیره، هرویین، مورفین، کدئین، متادون)

از دسته مواد افیونی در ایران تریاک، شیره و هرویین بطور رایج از قدیم مورد استفاده می باشند. تریاک و شیره بیشتر خوراکی و بعد تدخینی مصرف می شوند و هرویین به فرم تدخین وتزریقی مصرف می شود.

منشاء اصلی این گروه عصاره خشخاش (تریاک) است که حاوی ۲۱-٤ درصد مورفین و ۲۵- ۱ درصد کدئین می باشد. با هیدرولیز کردن مورفین در آزمایشگاه از طریق فرایند شیمیایی هرویین به دست می آید.

نکته: کراک ایرانی (مخلوط هرویین و مت آمفتامین) را نیز می توان در گروه مواد افیونی طبقه بندی نمود. در این مجموعه اطلاعات مربوط به کراک ایرانی در گروه مواد محرک ذکر شده است.

اثرات مصرف مواد افیونی

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

تاثیر در بارداری و زایمان:

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

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

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

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

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

متادون باعث کاهش تعداد تنفس جنین درBPP می شود.

محرومیت از مواد افیونی

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

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

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

مورفین، کدئین و هروئین: شروع علائم ۱۸-٦ ساعت، حداکثر شدت ۷۲-۳٦ ساعت بعد از آخرین مصرف و طول مدت علائم ۱۰-۷ روز.

شیره و تریاک: شروع علائم ۲٤- ۱۲ ساعت پس از آخرین مصرف و با علائم ملایمتر

متادون: شروع علائم ٤۸-۲٤ بعد از آخرین مصرف و حداکثر شروع علائم ۲۱-۳ روز و طول مدت آن ۷-٦ هفته است.

اداره علائم محرومیت

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

نکات مهم:

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

۲- آنتاگونیستها (نالوکسان، نالترکسون) یا آگونیست-آنتاگونیستهای اپیوئید (بوپر نورفین- پنتازوسین یا تالوین- نالبوفین یا نوبین-بوتور فانول یا استادول) نباید تجویز شوند زیرا باعث ایجاد علائم محرومیت می شوند.

پس از زایمان

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

مسمومیت با مواد افیونی

علائم مسمومیت

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

اداره علائم مسمومیت

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

- علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
- در صورتی که تنفس خودبخودی وجود ندارد، مطابق مطالب ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی (کاهش تعداد تنفس) از نالوکسان استفاده کنید.
- در صورت نیاز سایر اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- به دلیل مشکلات تنفسی و خطر آسپیراسیون، شارکول (ذغال فعال) در اداره علائم مسمومیت با مواد افیونی نباید تجویز شود.
- صدای قلب جنین با مصرف مواد افیونی مقدار کمی نوسان دارد (ممکن است کاهش یابد). بنابراین ارزیابی سلامت جنین و سمع صدای قلب جنین باید دقیقتر از سایر مادران انجام شود (سمع صدای قلب جنین در مرحله اول هر ۱۵ دقیقه و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه).

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

ملاحظات حین بیهوشی

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
- بیهوشی ناحیه ای برای این مادران ارجحیت دارد و پس از عمل امکان ادامه بی دردی بدون نیاز به تجویز داروهای مخدر را فراهم می کند.
- به دنبال ایناکشن داروهای بیهوشی (اپیدورال و اسپاینال) احتمال افت فشار خون زیاد است.
- در شرایط زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود:

  الف- مصرف حاد و زیاد مواد افیونی

  ب- کاهش حجم مایعات داخل عروقی، سوء تغذیه و بیماری پیشرفته کبدی

  ج- دریافت داروهای جایگزین برای کنترل نشانه های محرومیت
- مصرف کنندگان مواد افیونی معمولا اختلالات کبدی نیز دارند بنابراین در این بیماران داروهایی که احتمال سمیت کبدی دارند (هالوتان، انفلوران، ایزوفلوران، ...) باید با احتیاط مصرف شوند.
- در صورتی که علائم محرومیت ظاهر شده و بیمار نیاز به بیهوشی دارد، پس از هیدراته کردن بیمار:
  - نصف دوز محاسبه شده مورفین (مقدار مصرف روزانه بیمار در هر وعده با احتساب درجه خلوص ۱۰٪) را تزریق کنید.
  - پس از کنترل علائم همودینامیک بیمار را بیهوش کنید.
  - در صورت نیاز قبل از خروج نوزاد بقیه مورفین را بصورت دوزهای منقسم تزریق کنید.

ملاحظات بعد از عمل

- بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.
- در صورت وجود علائم مسمومیت (بخصوص ادم ریه، کاهش تعداد تنفس، تاخیر در برگشت هوشیاری) باید لوله تراشه و تنفس کنترله حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲٤ 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 سریعا ارزیابی کنید.

* کنتراندیکاسیونهای بیهوشی ناحیه ای شامل موارد زیر می باشد:

کنتراندیکاسیون مطلق:

- عدم رضایت خانم باردار

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

- عدم توانایی خانم باردار برای حفظ بی حرکتی حین انجام کار (مثلا بیماری پارکینسون)
- وجود اختلال انعقادی و نقایص هموستاز
- افزایش فشار داخل جمجمه به هر علت (ضایعات فضاگیر و...)
- عفونت موضعی محل انجام تزریق و باکتریمی

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

- سابقه حساسیت به داروهای بی حس کننده یا سایر داروهای مصرفی در این روشها
- ضایعات حاد سیستم عصبی مرکزی
- اختلال همودینامیک در مادر (هیپوولمی، هیپوتانسیون)
- ابتلاء همزمان اعتیاد و عفونت مغزی HIV (به دلیل اینکه احتمال عفونت بین مهره ای افزایش می یابد).

مواد محرک

Stimulants

مواد محرک (Stimulants)

مهمترین مواد مورد مصرف دراین گروه به شرح زیر است: کوکائین، کراک، آمفتامین، مت آمفتامین (متداولترین نامهای خیابانی: شیشه یا کریستال، آیس یا یخ، کرانک، گچ)، اکستازی یا MDMA (متداولترین نامهای خیابانی: قرص شادی ,X, Adam)، نیکوتین، کافیئن.

کوکائین: از گیاه کوکا بدست می آید. به شکل نمک هیدرو کلراید قابل حل در آب برای انفیه یا تزریق بکار می رود. رنگ آن بسته به موادی که به آن اضافه می شود از سفید تا کرم و قهوه ای روشن متفاوت است. معمولاً به صورت پودر سفید در دسترس است.

رایج ترین راه مصرف کوکایین استنشاق یا اصطلاحاً بالا کشیدن از راه بینی است. سایر روش ها عبارتند از تزریق زیر جلدی یا وریدی و تدخین.

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

کراک در ایران: کراک، کوکائین تغلیظ شده 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 متامفتامین است. اهمیت آن در این است که علاوه بر خاصیت مواد محرک دارای جزء مخدری نیز می باشد (بنابراین می توان آن را در گروه مواد افیونی نیز طبقه بندی نمود). کسانی که ابتدا مواد مخدر مانند تریاک یا هروئین و اکنون کراک مصرف می کنند، دچار علایم محرومیت (از تریاک یا هروئین) نمی شوند. این امر نشان می دهد 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 میوتیک بودن میدریاتیک هستند که در اثر جزء مت آمفتامینی این ماده می باشد. البته با توجه به مقدار درصد هروئین، مردمکها می تواند نرمال یا میوتیک نیز باشند اما نوک سوزنی (Pin points) نیستند.

مت آمفتامین (شیشه): شایعترین ماده از انواع آمفتامین است. مشابه کوکائین در پیپهایی مصرف می شود، بدون بو است و اثر آن تا ۱۲ ساعت ممکن است طول بکشد. بعد از مصرف از طریق تدخین یا تزریق وریدی فرد احساس حالت Rush یاFlash (برق زدن یا درخشیدن) می کند که فقط چند دقیقه طول می کشد و لذت بخش توصیف می شود.

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

اثرات مواد محرک بر سلامتی

زودرس:

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

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

خشکی دهان، نوشیدن زیاد آب و لیس زدن لبها (cotton mouth)، احتقان و بالا کشیدن مرتب بینی بدون وجود علائم سرماخوردگی، اضطراب و بی خوابی، بدگمانی، توهم، اختلالات وسواسی، اسهال، تاری دید، خواب رفتگی اندام، سردرد، آسیب غیر قابل برگشت به عروق کوچک مغزی.

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

نکات مهم

۱- 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).

۲- مصرف همزمان کوکائین و الکل یک منقبض کننده بالقوه عروق مغزی و خطرناک است.

۳- مصرف همزمان کوکائین و مواد دخانی احتمال بروز عوارض قلبی عروقی را بیشتر می کند.

دیررس:

تحریک پذیری، اختلال تمرکز، بی خوابی شدید و یا خواب آلودگی، کاهش وزن، خارش، خراشیدگیهای شبیه آکنه در پوست (بعلت توهمات لمسی)، سوراخ شدن تیغه بینی به علت ایسکمی و نکروز حاصل از استنشاق مواد از راه بینی، افزایش ضربان قلب، توهم، بدگمانی، رفتارهای پر خطر جنسی، تشنج و لرز.

شاخصه بالینی مصرف مزمن: افسردگی، خستگی، تمرکز ضعیف، نمای پارکینسونی خفیف و لرزش، رفتار جنون آمیز

تاثیر در بارداری و زایمان

بارداری همراه با مصرف مواد محرک عوارض قلبی عروقی این مواد را بیشتر می کند. علاوه بر علائم قلبی عروقی (افزایش فشار خون، آریتمی، افزایش ضربان قلب) در بارداری سایر علائم دیگر سوء مصرف کوکائین شامل هیپر رفلکسی، تشنج، عدم تعادل رفتاری، پروتئین اوری و ادم هم دیده می شود. ترکیب افزایش فشار خون، پروتئین اوری و تشنج می تواند با علائم پره اکلامپسی و اکلامپسی اشتباه شود. بنابراین برای تشخیص بین این دو لازم است آزمایشات بیشتری از عملکرد کلیه و کبد درخواست شود.

نکته: امکان بروز افسردگی در طی بارداری و پس از زایمان در مصرف کنندگان مواد مخدر به خصوص مت آمفتامین (شیشه) و اکستازی بیشتر از افراد دیگر وجود دارد. لذا باید مراقبتهای لازم در این خصوص برای آنان انجام شود.

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

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

آمفتامین:

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

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

شیشه یا مت آمفتامین: مرگ جنینی و نوزادی

محرومیت از مواد محرک

علائم محرومیت

علائم قطع ناگهانی شامل افسردگی وعلایم خلقی غیر طبیعی، خستگی، احساس ولع شدید و تاخیر روانی حرکتی، کسالت، بی خوابی، گرسنگی، افزایش اشتها، عدم تحریک پذیری، کابوسهای واضح شبانه است.

مراحل مختلف محرومیت:

- مرحله اول (Crash) یا افت یا مرحله حاد دیس فوریا (کج خلقی) که از ۹ ساعت تا ٤ روز ممکن است طول بکشد، با افسردگی و خلق پایین شروع می شود و با بی قراری، بی اشتهایی و ولع زیاد برای مصرف همراه است.

در اواسط این مرحله خستگی، افسردگی و بی خوابی و در انتها خستگی بیش از حد، خواب آلودگی و پرخوری ایجاد می شود 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 می کشد.

در ابتدا خواب طبیعی می شود، فرد به حالت طبیعی بر می گردد و وسوسه خیلی کم است. از اواسط این مرحله تا انتها بی حالی، کمبود انرژی، فقدان توانایی لذت بردن، اضطراب و ولع زیاد برای مصرف وجود دارد. معمولاً در این مرحله فرد مجدداً اقدام به مصرف مواد می کند. در غیر اینصورت وارد مرحله سوم می شود.

- مرحله سوم خاموشی (extinction) شادیها و وضعیت خلقی دوباره در فرد طبیعی می شود ولی وسوسه بصورت دوره ای وجود دارد.

شروع علائم محرومیت

٦ تا ٨ ساعت بعد از آخرین مصرف

اداره علائم محرومیت

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

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

مسمومیت با مواد محرک

علائم مسمومیت

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

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

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

در مورد شیشه یا مت آمفتامین: افزایش درجه حرارت (با دوزهای متوسط و زیاد)، افزایش ضربان قلب و فشار خون (با دوزهای زیاد)، ایسکمی و انفارکتوس قلب

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

ریه: ادم و افزایش فشار خون ریه، آسیبهای حرارتی، پنوموتوراکس، خونریزی ریه

دستگاه گوارش: تهوع و استفراغ

پوست : اثرات سوختگی و تزریق

سیستم عصبی: حرکات شبیه کره، تشنج در ۲۴ ساعت اول که معمولا خودبخود بهبود می یابد

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

نکات مهم مربوط به علائم مسمومیت :

۱- مسمومیت با مت آمفتامین در هر بیمار دچار تعریق همراه با علائم زیر باید مد نظر باشد: افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب، بی قراری شدید، تمایل به آسیب به خود یا اطرافیان، رفتارهای جنون آمیز

۲- کوکایین در بین مواد مورد سوء مصرف بیش از همه با تشنج همراه است.

۳- عوارض قلبی عروقی وابسته به دوز نبوده و حتی با یک مورد استفاده به مقدار کم نیز ممکن است ایجاد شوند (به همین دلیل در قسمت اثرات زودرس مصرف نیز این موارد ذکر شده است).

نکته مهم : تشنج و پروتیین اوری و افزایش فشار خون ثانویه به مصرف کوکائین (و آمفتامین) ممکن است با علائم اکلامپسی اشتباه شود.

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

اداره علائم مسمومیت

در مورد کوکایین و کراک:

- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- افزایش فشار خون معمولا با درمان بی قراری کنترل می گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود
- تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون توصیه نمی شود.
- معمولا 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 ۰/٤ میلی گرم زیر زبانی

اداره علائم مسمومیت (ادامه)

در مورد اکستازی:

- اهداف اصلی درمان کنترل بی قراری، کاهش در جه حرارت، جایگزینی الکترولیتها، حفظ برون ده ادراری و درمان ضدآریتمی است.
- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- افزایش فشار خون معمولا با درمان بی قراری کنترل می گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون توصیه نمی شود.
- از تجویز بی رویه مایعات خودداری شود. زیرا هیپوناترمی را تشدید می کند. در شرایط هیپوولمی و در صورت نیاز به تجویز مایعات از سرم نرمال سالین استفاده شود.
- در صورت لزوم، برای بیمار مطابق راهنمای اقدامات حمایتی شارکول (ذغال فعال) تجویز شود.

در مورد مت آمفتامین یا شیشه:

- اهداف اصلی درمان کنترل بی قراری و کاهش درجه حرارت است.
- بی توجهی به بی قراری منجر به افزایش درجه حرارت، اسیدوز، رابدومیولیز، هیپرکالمی و ایست ناگهانی قلب می شود.
- در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.
- تشنج معمولاً مختصر است و خود بخود برطرف می شود. در صورت لزوم مطابق راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- افزایش فشار خون معمولاً با درمان بی قراری کنترل می گردد. در غیر این صورت مطابق توضیحات ذکر شده در راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود.
- تجویز لابتالول برای کنترل فشار خون توصیه نمی شود.
- درموارد مسمومیت خوراکی: برای بیمار مطابق راهنمای اقدامات حمایتی شارکول (ذغال فعال) تجویز شود.

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

ملاحظات حین بیهوشی

نکته: بیمارانی که بطور مداوم مواد محرک را مصرف می کنند در طی بیهوشی دچار عدم ثبات همودینامیک شامل تغییرات ناخواسته و شدید تعداد ضربان قلب فشارخون، آریتمی و ایسکمی قلب می شوند و در معرض خطر قرار دارند. بنابراین در مورد مصرف کنندگان مواد محرک هر دو نوع بیهوشی عمومی و ناحیه ای با مشکلات جدی همراه است.

- تجویز کتامین باید طبق صلاحدید متخصص بیهوشی باشد و به جز موارد خاص مجاز نیست.
- در مادران معتاد به کوکائین تجویز اپیوییدها به داخل مایع مغزی نخاعی (Intrathecal) مدت کوتاهتری اثر بی دردی دارد. استفاده از بیهوشی اپیدورال و تعبیه کاتتر موثرتر است.
- در صورت نیاز باید برای این بیماران پایش دقیق و تهاجمی فشار خون و ضربان قلب انجام شود.
- استفاده از هالوتان توصیه نمی شود.
- در صورت وقوع ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد ناشی از کوکائین، داروهای مورد استفاده به ترتیب اولویت نیتروگلیسیرین و بنزودیازپینها و سپس فنتولامین می باشد.
- برای ایناداکشن بیهوشی، اتومیدیت (Etomidate ,Amidate) به خصوص در مصرف کنندگان بوپره نورفین (تمجیزک و نورجیزک) نباید تجویز شود.
- در بیهوشی ناحیه ای:
  - ترومبوسیتوپنی ناشی از کوکائین کنتراندیکاسیون برای بیهوشی ناحیه ای است.
  - بیمار باید از نظر رفتارهای تهاجمی، تغییر توصیف درد، ترومبوسیتوپنی ناشی از کوکائین و کاهش فشار خون مقاوم به افدرین مراقبت شود.
  - افت فشار خون ممکن است شدیدتر از معمول باشد.
  - پاسخ به داروهای بالابرنده فشار خون غیر قابل پیش بینی است. لذا این داروها را بصورت آهسته و با فواصل زمانی کافی تجویز نمایید.

ملاحظات حین بیهوشی (ادامه)

در مورد کراک :

- در صورتی که علائم محرومیت ظاهر شده و نیاز به بیهوشی وجود دارد، پس از هیدراته کردن بیمار:
- 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 بصورت دوزهای منقسم تزریق کنید.

در مورد آمفتامین و مت آمفتامین:

- پس از ایندااکشن داروهای بیهوشی عمومی،لارنگوسکوپی و لوله گذاری ممکن است افزایش فشار خون و یا آریتمی رخ دهد. لذا باید عمق بیهوشی کافی باشد و دوز کافی داروهای بیهوشی استفاده گردد.
- در وضعیت زیر دوز داروهای بیهوشی باید بیشتر شود:

مصرف حاد آمفتامین و مت آمفتامین. زیرا غلظت حداقل آلوئولی (MAC) بیهوشی استنشاقی را افزایش می دهد.

- در وضعیت زیر دوز داروهای بیهوشی باید کمتر شود:

مصرف مزمن آمفتامین و مت آمفتامین.

ملاحظات بعد از عمل

- بعد از اتمام سزارین در صورت وجودعلائم مسمومیت (بخصوص اختلال هوشیاری، کاهش تهویه و تضعیف تنفسی)، باید لوله تراشه حفظ و وضعیت تنفس به دقت کنترل شود.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ٢٤ ساعت مراقبت شود.

در مورد آمفتامین و مت آمفتامین

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

مواد توهم زا

Hallucinogens

مواد توهم زا (Hallucinogen)

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

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

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

اثرات مصرف مواد توهم زا بر سلامتی

زودرس اثرات حسی و هیجانی در مصرف کننده ایجاد می کنند. با مصرف مواد توهم زا ادراک معمولاً بسیار شفاف و عمیق است، موسیقی از نظر هیجانی عمیق و تاثیر گذار است. اعوجاج تصاویر و توهمات بینایی، شنوایی و لمسی ایجاد می کند. جابجایی حسی شایع است مثلاً بیمار ممکن است رنگهارا بشنود یا صداها را ببیند. تاثیرات جسمانی کمی دارند که شامل موارد زیر است: سرگیجه، خستگی، افزایش فشار خون، افزایش ضربان قلب و افزایش دمای بدن، گشادی مردمکها، خشکی دهان، لرزش، بی اشتهایی، بی خوابی، تشنگی زیاد و مصرف مقادیر زیاد آب و در نتیجه هیپوناترمی و احتمال ایجاد ادم مغز و ریه. **ال.اس.دی** وابستگی جسمانی ندارد ولی قدرت توهم زایی بسیار شدیدی دارد و باعث تصادف یا فعالیت هایی می شود که منجر به کشته شدن فرد می گردند. مانند پریدن از ساختمان بلند برای پرواز.
دیررس اثر روی حافظه بلند مدت، اختلال بینایی، بدبینی، هذیان، سایکوز

تاثیر درباردارى و زایمان

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

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

محرومیت ازمواد توهم زا

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

مسمومیت با مواد توهم زا

علائم مسمومیت
نسبت به نوع ماده مصرفی کمی متفاوت است مانند: توهم، دهیدراتاسیون، افزایش ضربان قلب و فشار خون، اثرات هیجانی، حسی و بصری ناشی از افزایش فشار خون و دمای بدن و به ندرت تشنج و قطع تنفس (آپنه)
اداره علائم مسمومیت • در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید. • در صورت نیاز بیمار به ICU منتقل و حداقل ٢٤ ساعت مراقبت شود. • در صورت توهم: جهت جلو گیری از آسیب به خود، بیمار باید توسط کارکنان و همراهان به شدت کنترل و مراقبت شود.

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

ملاحظات حین بیهوشی

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

ملاحظات بعد از عمل

- بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را ارزیابی نمایید.
- در صورت وجود علائم مسمومیت، باید لوله تراشه حفظ و وضعیت تنفس با دقت کنترل شود.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحاً بیمار به این بخش منتقل و حداقل ۲٤ ساعت مراقبت شود.
- در صورت توهم: جهت جلو گیری از آسیب به خود، بیمار باید توسط کارکنان و همراهان به شدت کنترل و مراقبت شود.

حشیش و ترکیبات مشابه

Cannabis

حشیش و
ترکیبات مشابه

حشیش و ترکیبات مشابه (Cannabis)

حشیش از گیاهی به نام Cannabis یا شاهدانه گرفته می شود. به نامها و ترکیبات مختلفی مانند علف، گراس، بنگ، ماری جوانا و... وجود دارد.

ماده اصلی روانگردان در حشیش ۹ تترا هیدرو کانابیول یا THC است. قدرت حشیش به غلظت این ماده بستگی دارد.THC به سرعت از ریه به جریان خون جذب می شود و ۱۰ دقیقه بعد غلظت آن به حداکثر می رسد.

مواد این گروه طیف وسیعی از اثرات شناختی احساسی فیزیولوژیک و رفتاری را که به مقدار مصرف ارتباط دارند ایجاد می کنند. موقعیت و حالت هم زمان مصرف کننده، تجربه و نگرش قبلی و انتظارات اطرافیان از فرد در ایجاد علایم موثر است.

حشیش می تواند مانند سیگار کشیده و 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 و۳ تا ٤ ساعت باقی می ماند.

در صورت مصرف خوراکی: شروع اثر بعد از یک ساعت یا بیشتر است و تا ٢٤ ساعت ادامه دارد.

ماری جوانا شایعترین ماده مورد سوء مصرف در جوامع غربی است که باعث بروز بیماریهای روانی می شود.

اثرات حشیش/ بیشتر از ماری جوانا است. رنگ آن از مشکی تا قهوه ای طلایی است.

اثرات مصرف حشیش و ترکیبات مشابه بر سلامتی

زودرس

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

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

درک زمان از بین می رود و معمولاً گذشت زمان طولانی تر احساس می شود.

در موقعیتهای اجتماعی پر حرفی و خنده بیشتر می شود.

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

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

سایر اثرات: قرمزی چشم، خشکی دهان، حساسیت پوست به گرما و سرما، افزایش ضربان قلب، شلی عضلات، افزایش اشتها، گیجی و بی توجهی به اطراف، بی قراری، اضطراب.

دیررس

اثرات مصرف مکرر: اختلالات شناختی، کاهش وسعت حافظه، گیجی، کندی رفلکسها، اشکال در حفظ فعالیت روزانه و طبیعی در منزل یا محل کار.

سایر اثرات: خواب آلودگی، تحریک پذیری، عفونتهای تنفسی و تضعیف عضله قلب، حملات وحشت، فراموشی دوره ای، زوال شخصیت، هذیان، اختلال در مهارتهای حرکتی، اختلال در قاعدگی، اختلال در تعداد و فعالیت اسپرم و در موارد نادر تشنج.

حشیش بیش از سیگار روی سیستم تنفسی اثرات مخرب دارد.

در مورد ماری جوآنا: اختلال در عملکرد ریه مشابه مصرف تنبا کو.

تاثیر در بارداری و زایمان

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

در مورد ماری جوانا

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

اکثر افراد معتاد به ماری جوانا مواد دیگر از قبیل تنباکو، کوکائین و الکل نیز مصرف می کنند. بنابراین تعیین اثر اختصاصی آن بر جنین مشکل است. ولی از آنجا که عنصر ترکیبی ماری جوانا (THC) آزادانه از جفت عبور می کند، مصرف این ماده بر جنین اثر مستقیم دارد، تبادلات جفتی جنینی را کاهش داده و موجب تاخیر رشد داخل رحمی می شود.

محرومیت از حشیش و ترکیبات مشابه

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 وخواب آلودگی، عصبانیت، گرگرفتگی، بی خوابی، تعریق، خستگی، آبریزش بینی، اسهال، سکسکه و بی اشتهایی.
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 با حشیش و ترکیبات مشابه

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

درصورت نیاز به بیهوشی یا بی دردی دارویی موارد زیر رعایت شود:

ملاحظات حین بیهوشی

- تجویز کتامین به جز در موارد خاص (طبق صلاحدید متخصص بیهوشی) مجاز نمی باشد.
- استفاده از هالوتان توصیه نمی شود
- بطور نادر در طی بیهوشی عمومی، اوروفارنژیت و ادم حنجره ممکن است موجب انسداد راه هوایی شود.
- واکنشهای نامطلوب اتونومیک (افزایش ضربان قلب وآریتمی) و روانی (اضطراب، هراس، گیجی) به حشیش و ترکیبات مشابه ممکن است با مراحل مختلف بیهوشی مداخله کند.
- در افرادی که مصرف حاد حشیش یا ترکیبات مشابه دارند داروهایی که ضربان قلب را افزایش می دهد (مثل کتامین، پانکرونیوم، آتروپین و اپی نفرین) با احتیاط استفاده شوند.
- **در مورد روشهای بی دردی دارویی:** هنگام زایمان، داروهای انتونوکس (برای بی دردی استنشاقی) وانفلوران (برای استنشاقی تبخیری) در این بیماران با احتیاط استفاده شود.

در مورد ماری جوآنا:

- افزایش ضربان قلب حین عمل بدون علت خاص ممکن است ناشی از مصرف ماری جوآنا باشد.
- افزایش ضربان قلب ناشی از مصرف ماری جوآنا با بلوک کننده های بتاآدرنرژیک (پروپورانولول، اسمولول) کنترل می شود.

ملاحظات پس از عمل

- بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار را ارزیابی کنید.
- در صورت وجودعلائم مسمومیت، باید لوله تراشه و تنفس کنترله حفظ گردد.
- در صورت دسترسی به ICU، ترجیحا بیمار به این بخش منتقل و حداقل ٢٤ ساعت مراقبت شود.
- بعد از تولد نوزاد، برای کاهش بی قراری و اضطراب مطابق راهنمای اقدامات حمایتی، اقدام شود

مواد دخانی

Tobacco

مواد دخانی Tobacco

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

اثرات مصرف سیگار بر سلامتی

زودرس سرخوشی خفیف، احساس آرامش، افزایش تمرکز، افزایش ضربان قلب و فشار خون، کاهش اشتها و وزن، افزایش میزان سوخت و ساز. **نکته:** مصرف همزمان کوکائین و مواد دخانی احتمال بروز عوارض قلبی عروقی را بیشتر می کند.
دیررس افزایش غلظت موکوس دستگاه تنفس، کاهش در انتقال و تحرک موکوسیلیاری و باریک شدن راههای هوایی کوچک. تغییر در عملکرد آنزیمهای کبدی و تغییر در متابولیسم داروهایی نظیر تئوفیلین، وارفارین و پروپرانولول. غیر طبیعی شدن پاسخ ایمنی. هماتوکریت بالا و افزایش ویسکوزیته خون، افزایش فعالیت الاستاز و تخریب الاستین در اطراف الوئل های ریوی، غیر فعال شدن آلفا یک آنتی تریپسین.

تاثیر در بارداری و زایمان

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

محرومیت از مواد دخانی

علائم محرومیت **سیگار:** تحریک پذیری، خستگی، اضطراب، بی خوابی، عدم تمرکز.
زمان شروع علائم **سیگار:** طی ٤-٣ روز علائم بدتر می شوند و ممکن است طی یک هفته یا بیشتر باقی بمانند- تمایل به مصرف ماهها یا سالها ادامه دارد.
اداره علائم محرومیت در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

مسمومیت با مواد دخانی

علائم مسمومیت **در صورت مصرف خوراکی نیکوتین:** تهوع، درد شکم، عرق کردن، سردرد، افزایش بزاق، گیجی و سرگیجه.
اداره علائم مسمومیت در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی را مطابق راهنما انجام دهید.

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

ملاحظات حین بیهوشی در بیماران سیگاری، در صورت مصرف مزمن و ایجاد COPD بعد از بیهوشی عمومی خطر عوارض تنفسی زیاد است. در صورتی که ٦- ٤ هفته قبل از عمل، مصرف قطع شود عوارض تنفسی کمتر می شود. در صورتی که ٤٨ ساعت قبل از عمل، مصرف قطع شود، سطوح کربوکسی هموگلوبین به سطوح افراد غیر سیگاری می رسد و اکسیژن رسانی حین لیبر را بهتر می کند. در بیماران سیگاری بیهوشی ناحیه ای ارجح است. زیرا در این بیماران احتمالاً عملکرد آنزیمهای کبدی مختل است و متابولیسم داروهایی که برای ایناکشن بیهوشی استفاده می شوند طبیعی نیست. همچنین با اجتناب از دستکاری راههای هوایی عوارض حین عمل نظیر برونکواسپاسم و اختلالات تنفسی پس از عمل کم می شود.
ملاحظات بعد از عمل بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.

مواد الکلی

Alcoholic Beverages

الکل

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

اثرات مصرف الکل بر سلامتی

زودرس علائم وستیبولار و اختلال عملکرد مخچه (شامل حرکت سریع و تکراری چشم، لکنت زبان و عدم تعادل)، تضعیف تهویه
دیررس عوارض مصرف شامل آریتمی، کاردیومیوپاتی، هیپرتانسیون، گاستریت، پانکراتیت، ازوفاژیت، سیروز، واریس های مری، هموروئید، سایکوز، نوروپاتی (اختلال عصبی)، اختلالات روانی (افسردگی، رفتار ضد اجتماعی)، اختلال تغذیه ای، دژنراسیون مخچه و آتروفی مغز، اختلالات انعقادی کاهش تعداد پلاکت ها، کاهش تعداد گلبولهای سفید و کم خونی، علائم پوستی بصورت آنژیوم عنکبوتی، میوپاتی (اختلال عملکرد عضلانی)، استئوپروز، کاهش سطح پلاسمایی تستوسترون (ناتوانی جنسی)، هیپوگلیسمی، کتواسیدوز، هیپوآلبومینمی.

تاثیر در بارداری و زایمان

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

محرومیت از الکل

علائم محرومیت لرزش عمومی، اختلال ادراکی (وحشت شبانه، توهم)، افزایش ضربان قلب، افزایش فشار خون، افزایش درجه حرارت، اختلال ریتم قلبی، تهوع، استفراغ، بی خوابی، حالت گیجی خفیف با بی قراری، پرخاشگری، تشنج، تعریق.
زمان شروع علائم ٨-٦ ساعت پس از قطع مصرف شروع و در ٣٦-٢٤ ساعت بعد علائم به حداکثر می رسند.
اداره علائم محرومیت محرومیت از الکل با بنزودیازپینها، آنتاگونیست های بتا (پروپرانولول، اسمولول)، آگونیستهای α ٢، کلونیدین یا شروع مجدد الکل درمان می شود. سایر اقدامات شامل حفاظت راه هوایی، اصلاح اختلال مایع و الکترولیت (منیزیوم و پتاسیم) و متابولیک (تیامین) است.

مسمومیت با الکل

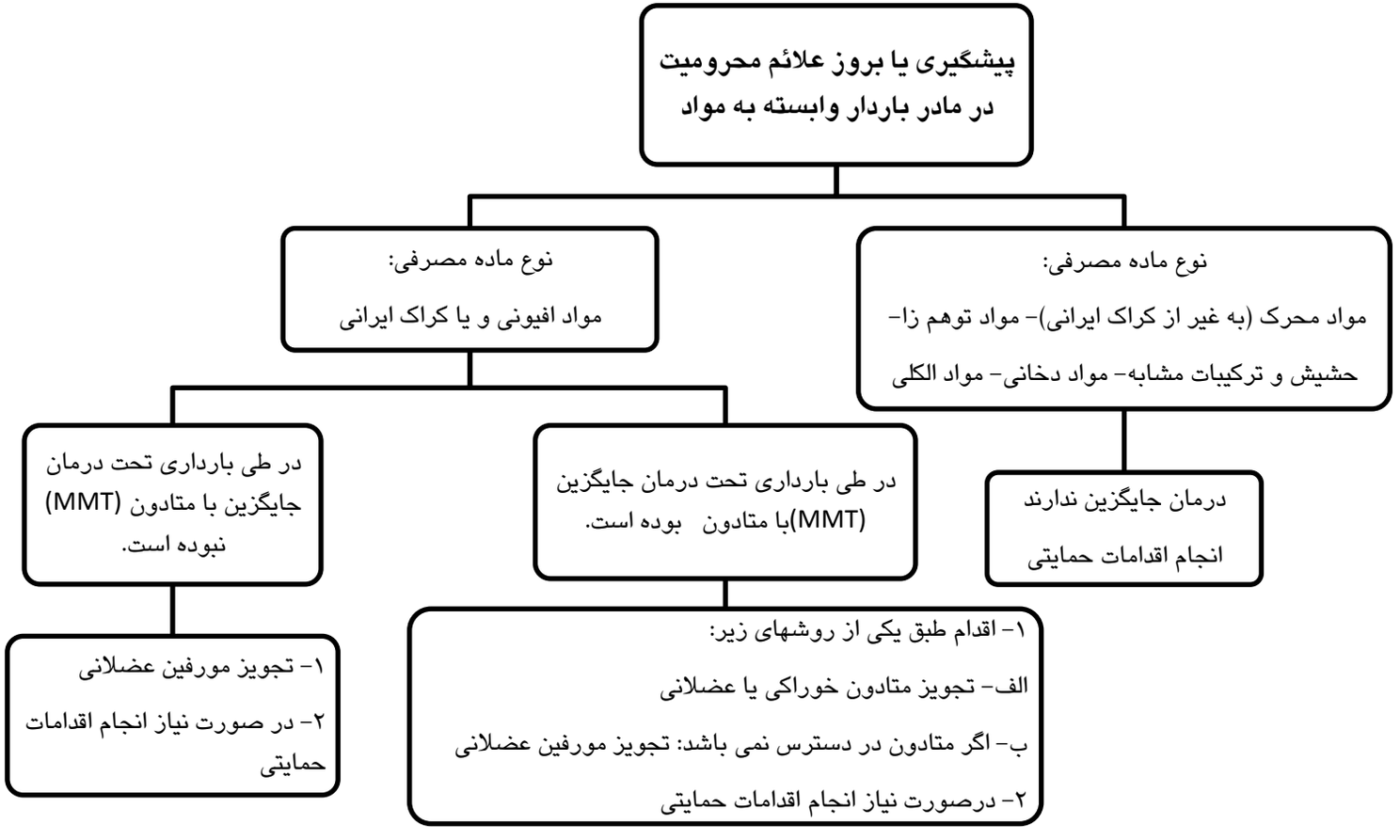
علائم مسمومیت ترمور (لرزشهای تکرار شونده)، حملات بدون توجه، فراموشی، اختلال روانی، اختلال سیستم اتونوم، کاهش فشار خون، کاهش درجه حرارت، خواب آلودگی و در نهایت کما. **خطرات مسمومیت با الکل حین لیبر و زایمان:** آسپیراسیون محتویات معده و زجر جنین.
اداره علائم مسمومیت در صورت نیاز هر یک از اقدامات حمایتی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

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

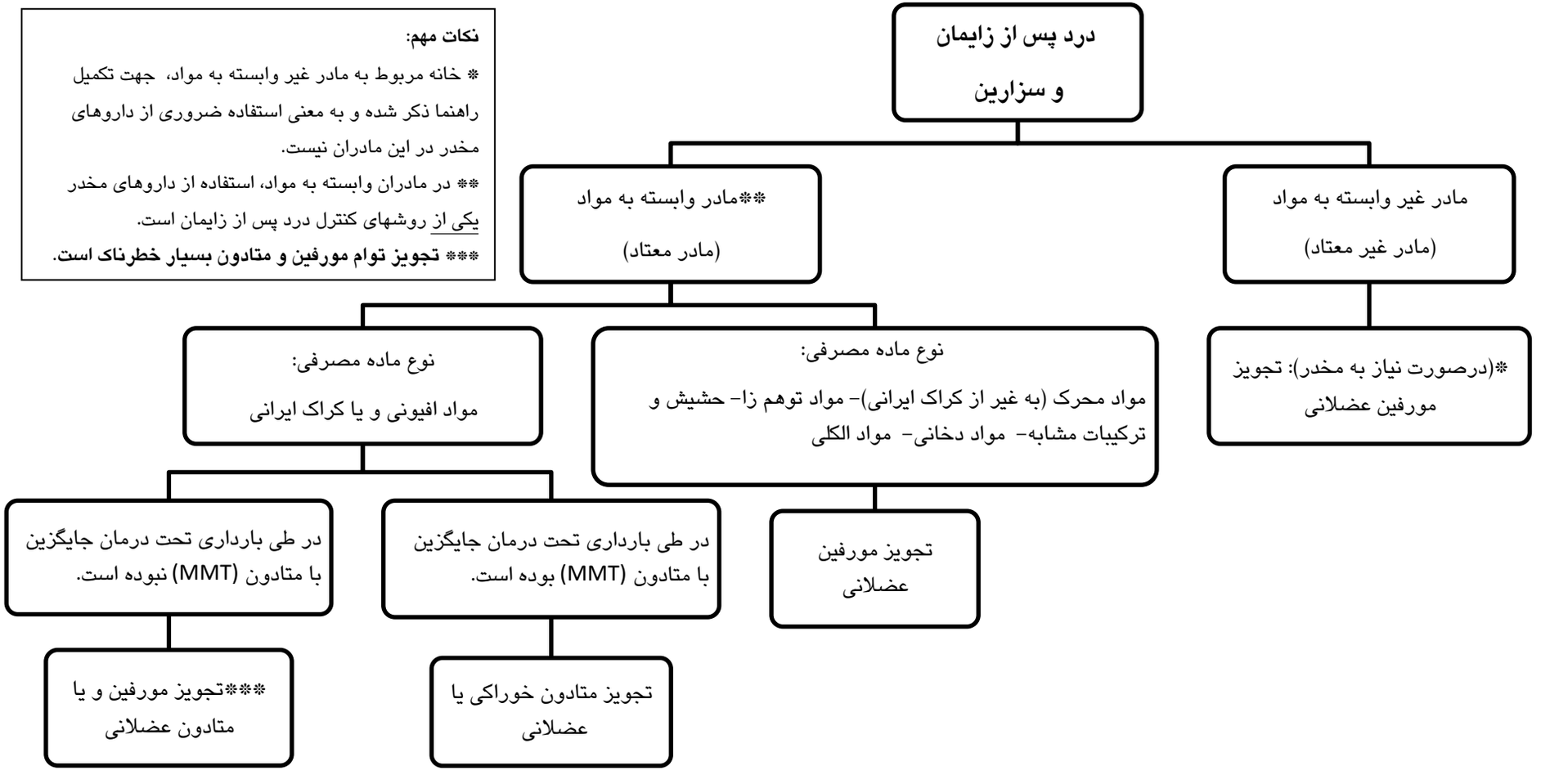
ملاحظات حین بیهوشی
در مصرف کنندگان الکل بیهوشی ناحیه ای ارجحیت دارد.
ملاحظات بعد از عمل
بعد از اتمام سزارین علائم حیاتی و سطح هوشیاری مادر را مطابق تعریف ارزیابی نمایید.

راهنماها

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



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



راهنمای شماره ۳) کنترل صدای قلب جنین

مرحله اول			مرحله دوم
فاز نهفته غیر بستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال	
هر ٤ ساعت یکبار	هر ۳۰ تا ٦۰ دقیقه یکبار	هر۱۵ دقیقه یکبار	هر ۵ دقیقه یکبار

راهنمای شماره ۴) کنترل علائم حیاتی

مرحله اول			مرحله دوم	مرحله چهارم (۲ ساعت اول پس از زایمان)	تا زمان ترخیص
فاز نهفته غیربستری	فاز نهفته بستری	فاز فعال			
هر ٤ ساعت یکبار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ٤ ساعت یکبار (در صورت پارگی کیسه آب بیش از ٦ ساعت هر یک ساعت یکبار)	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت و درجه حرارت هر ۲ ساعت یکبار (در صورت پارگی کیسه آب بیش از ٦ ساعت هر یک ساعت یکبار)	حداقل یکبار★	در ساعت اول: فشارخون، نبض و تنفس هر ۱۵ دقیقه یکبار و درجه حرارت یکبار در ساعت دوم: فشارخون، نبض و تنفس هر ۳۰ دقیقه یکبار	فشارخون، نبض و تنفس هر یک ساعت یکبار تا چهار ساعت سپس هر ٦ ساعت یکبار و درجه حرارت یک ساعت قبل از ترخیص

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

– فشارخون سیستول به میزان ۱۵ تا ۲۵ میلی متر جیوه افزایش می یابد. افزایش آن تا ۱۰ میلی متر جیوه در هنگام زور زدن طبیعی است.

– تعداد نبض افزایش می یابد. تعداد تنفس تغییری نمی کند.

– درجه حرارت به میزان ۰/۵ تا ۱ درجه سانتیگراد افزایش پیدا می کند.

راهنمای شماره ۵) روش های کاهش درد غیر دارویی

مرحله اول		مرحله دوم
فاز نهفته بستری	فاز فعال	
۱–وضعیت های upright شامل: sitting ،walking ،standing ، squatting,lateral (side lying) ۲– ماساژ: نواحی کمر، شکم، پاها، پرینه ۳– تنفس آگاهانه: تنفس شکمی، دم و بازدم آرام و طولانی با آگاهی به تعداد ۹– ٦ تنفس در دقیقه ٤– آموزش و یاد آوری تکنیکهای تنفس، تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت در مراحل مختلف زایمان ٥– تشویق مادر به شنیدن آواهای مذهبی و یا موسیقی مورد علاقه و یا خواندن کتاب ٦– استفاده از آب: حمام کردن و دوش گرفتن ۷– گرما و سرما درمانی سطحی	۱– برقراری محیط ساکت، نور طبیعی روز، حریم شخصی ۲–حمام کردن و دوش گرفتن (چنانچه مادر مایل به خیس کردن موهای خود نیست، از کلاه پلاستیکی استفاده شود) ۳–وضعیت های upright شامل: standing، walking، swaying ,lunging rocking, lateral (side lying) semi-recumbent, forward leaning , squatting kneeling ٤– ماساژ: کمر، شکم، پاها ٥– استفاده از دستگاه TENS ٦– رایحه درمانی: گل سرخ، بهار نارنج، یاسمین یا اسطوخودوس به شکل استنشاقی،دستگاه بخور و اسپری داخل اتاق یا ماساژ ۷– گرما و سرما درمانی ۸– تن آرامی و تنفس : بر اساس تکنیکهای آموزش داده شده در طی بارداری (شل و رها سازی عضلات از ناحیه سر تا پا و توجه به دم و بازدم) ۹– تصویر سازی و تجسم مثبت ۱۰– موسیقی و آوا ۱۱– قرار گرفتن در وان آب برای زایمان	۱–وضعیت های upright شامل: rocking, lateral (side lying) standing، walking، swaying ,lunging semi-recumbent, forward leaning , squatting kneeling ۲– کمپرس گرم در نواحی کمر و زیر شکم ۳– تن آرامی، تصویر سازی و تجسم مثبت ٤– استفاده از دستگاه TENS ٥– ماساژ: کمر ٦– رایحه درمانی ۷– موسیقی و آوا ۱۰– تنفس مناسب این مرحله بر اساس آموزشهای داده شده ۱۱– قرار گرفتن در وان آب برای انجام زایمان در صورت تمایل مادر

منابع

۱) راهنمای بالینی و برنامه ریزی اجرایی تیم سلامت برای ارائه خدمات رده سنی ۲٤- ٦ سال. اداره سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

۲) کاپلان و سادوک، خلاصه روانپزشکی، جلد ۱ ترجمه حسن ربیعی و فرزین رضاعی (۲۰۰۳)

۳) وزیریان، محسن. بوالهری، جعفر. راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ویژه پزشکان. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد (۱۳۸٤)

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

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

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

7) http://dchq.ir

8) http://www.drannabi.com

9) Jonathan Cohen, **Infectious Diseases** (2010)

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

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

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

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

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

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

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

17) UpToDate 2011

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

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

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۴۰۰/۹۳۵۲د
تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۰۶
پیوست دارد

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

موضوع: راهنمای کشوری ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر

با سلام و احترام

به پیوست فایل راهنمای کشوری بیمارستانی ملاحظات بالینی هنگام زایمان در مادران وابسته به مواد مخدر که به منظور بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی و با در نظر گرفتن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت تهیه گردیده ارسال می گردد.

با توجه به درخواست همکاران دانشگاه مبنی بر نیاز ضروری ارائه دهندگان خدمت دراین مورد، خواهشمند است مجموعه پیوست به نحو مقتضی در اختیار کلیه بیمارستانها، متخصصین محترم بیهوشی، زنان و سایر مراقبین مادران قرار گیرد و به عنوان مرجع بالینی برای تشخیص و درمان عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر در بخش های زایمان و اتاق های عمل استفاده شود. ضمنا در صورت نیاز به کسب اطلاعات در مورد نحوه استفاده از مجموعه و همچنین انعکاس نظرات علمی یا پیشنهادهای اجرایی، مراتب به اداره سلامت مادران دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ارسال گردد.

لازم به ذکر است، نظر به تهیه پروتکل جامع اعتیاد توسط دفتر سلامت روانی اجتماعی، این مجموعه متعاقبا به همراه پروتوکل فوق الذکر از طرف آن دفتر نیز به دانشگاه ها ابلاغ خواهد شد.

دکتر علیرضا مصداقی نیا
معاون بهداشت

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

ISBN:978-600-5445-46-6



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت مادران